

# LA PREVENZIONE DEL DISAGIO NELL'INFANZIA E NELL'ADOLESCENZA

Le politiche e i servizi di promozione e tutela, l'ascolto del minore  
e il lavoro di rete

Atti e approfondimenti del seminario nazionale

Firenze 24 settembre 2002

Ministero  
del Lavoro  
e delle  
Politiche  
sociali

Centro  
nazionale di  
documentazione  
e analisi per  
l'infanzia e  
l'adolescenza

**Ministero del Lavoro e delle Politiche sociali**  
Centro nazionale di documentazione e analisi per l'infanzia e l'adolescenza

## **LA PREVENZIONE DEL DISAGIO NELL'INFANZIA E NELL'ADOLESCENZA**

Le politiche e i servizi di promozione e tutela, l'ascolto del minore e il lavoro di rete  
Atti e approfondimenti del seminario nazionale  
Firenze 24 settembre 2002

## **La prevenzione del disagio nell'infanzia e nell'adolescenza**

*Le politiche e i servizi di promozione e tutela, l'ascolto del minore e il lavoro di rete*

Atti e approfondimenti del seminario nazionale.  
Firenze 24 settembre 2002

Realizzato nell'ambito dei programmi di attività del Centro nazionale di documentazione e analisi per l'infanzia e l'adolescenza promossi dal Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali e gestiti in collaborazione con l'Istituto degli Innocenti di Firenze, il volume fornisce la rappresentazione coordinata dei documenti del Seminario nazionale "La prevenzione del disagio nell'infanzia e nell'adolescenza", tenutosi a Firenze il 24 settembre 2002.

Si ringraziano tutti i partecipanti al seminario e gli operatori che, con le loro osservazioni e suggerimenti, hanno contribuito positivamente all'elaborazione del volume.

### **Ha curato la redazione del volume**

Donata Bianchi



**Istituto degli Innocenti**

P.zza SS. Annunziata, 12  
50122 Firenze

### **Direzione Settore Attività**

Aldo Fortunati

### **Progetto grafico e impaginazione**

Cristina Caccavale, Barbara Giovannini

### **Redazione**

Caterina Leoni

# Indice

## **IX Presentazione**

*Grazia Sestini*

## **XI Introduzione**

*Donata Bianchi*

### **Sezione 1**

#### **3 Prevenzione del disagio e dell'abuso all'infanzia**

*Maria Teresa Pedrocco Biancardi*

#### **Approfondimenti**

- 24** Enti locali e prevenzione del disagio. Un'esperienza di intervento nella scuola quale luogo di elaborazione e promozione del diritto alla cittadinanza delle bambine e dei bambini

*Loredana Aurelio Celegato*

- 29** La funzione e le modalità del monitoraggio in tema di prevenzione del disagio. L'esperienza della Regione Veneto

*Alessandra Corò*

- 33** Le politiche per minori in Toscana: la prevenzione come conoscenza degli interventi territoriali e la creazione di un sistema informativo

*Cristina Rossetti, Roberto Ricciotti*

### **Sezione 2**

- 43** **La prevenzione della violenza all'infanzia tra fattori di rischio e fattori protettivi**

*Paola Di Blasio, Vera Acquistapace*

#### **Approfondimenti**

- 66** La scuola come ambiente privilegiato di prevenzione primaria dell'abuso sessuale all'infanzia. L'esperienza di Milano e Vercelli

*Alberto Pellai*

- 72** Fattori di rischio e di protezione negli interventi di prevenzione terziaria: una ricerca di *follow up*

*Elena Camisasca*

### Sezione 3

**81** **La prevenzione del maltrattamento: il sostegno ai genitori**

*Massimo Ammaniti, Giampaolo Nicolais, Anna Maria Speranza*

#### Approfondimenti

**116** La teoria dell'attaccamento

*Anna Maria Speranza*

**123** Strumenti per la valutazione dell'attaccamento nel bambino e nell'adulto

*Anna Maria Speranza*

### Sezione 4

**133** **La prevenzione dell'abuso all'infanzia: il ruolo della pediatria**

*Dante Baronciani, Laura Vicoli*

#### Approfondimenti

**154** Un'agenda globale per la prevenzione della violenza. Il rapporto mondiale su Violenza e salute dell'Organizzazione mondiale della sanità

*Donata Bianchi*

### Sezione 5

**179** **I servizi territoriali e la prevenzione del maltrattamento e dell'abuso all'infanzia: aspetti organizzativi, risorse e nodi problematici**

*Marianna Giordano*

#### Approfondimenti

**203** Prevenzione, formazione e intelligenza emotiva

*Claudio Foti*

**209** Problematiche giuridico-istituzionali di un servizio integrato di tutela dei minori. Alcune riflessioni

*Andrea Pinna*

### Sezione 6

**227** **Prevenzione e integrazione tra le istituzioni di tutela e i servizi**

*Franco Occhiogrosso*

**Approfondimenti**

- 251** Fidarsi è bene  
*Saverio Abbruzzese*
- 258** La scuola e l'abuso in danno dei minori tra nuova cultura e vecchie resistenze. Una riflessione sulle tutela preventiva del bambino e del ragazzo nel mondo della scuola  
*Armando Rossini*

**Sezione 7**

- 269** **Da Yokohama a New York: riflessioni sulle azioni assunte a livello internazionale per la prevenzione e il contrasto della violenza all'infanzia**  
*Adriana Ciampa*

**Approfondimenti**

- 290** L'impegno italiano a livello centrale. La creazione del Comitato interministeriale di coordinamento per la lotta alla pedofilia  
*Centro nazionale di documentazione e analisi per l'infanzia e l'adolescenza*
- 293** Internet: opportunità e rischi per i bambini e le bambine  
*Daniela Battisti*
- 299** Turismo sessuale ai danni di bambini e bambine: l'impegno della World Tourism Organization  
*Marina Diotallevi*

**Focus**

- 307** Informazione e infanzia: è possibile prevenire l'"abuso mediatico" dei minori?  
*Alberto Laggia*
- 313** Report dei gruppi di lavoro
- 323** Abstract dei gruppi di lavoro
- 353** **La prevenzione del disagio nell'infanzia e nell'adolescenza: bibliografia**



## Presentazione

*Sen. Grazia Sestini*

Sottosegretario Ministero del Lavoro e delle Politiche sociali

Cari lettori,

ho la consapevolezza di rivolgermi a un pubblico qualificato, persone che lavorano e vivono a contatto con i problemi dell'infanzia e dell'adolescenza e che cercano di costruire un pezzo alla volta quel mondo a misura di bambino, impegno che si sono assunte tutte le nazioni del mondo un anno fa durante la Sessione speciale dell'Assemblea generale delle Nazioni unite dedicata all'infanzia.

È per questo che so quanto importante sia mettere a disposizione degli operatori strumenti di aggiornamento e di formazione sempre più approfonditi.

Questo primo volume di approfondimento sul tema dell'abuso e del maltrattamento ai minori – portatori di propri peculiari diritti di cittadinanza – è dedicato alla prevenzione di tutte le situazioni di disagio dell'infanzia e dell'adolescenza: se lavoriamo bene e insieme sulla prevenzione riusciremo a produrre una sensibile diminuzione dell'entità del fenomeno.

Con la speranza che il nostro lavoro vi sia di aiuto, vi auguro buon lavoro.





## Introduzione

Donata Bianchi\*

Il volume raccoglie i primi prodotti di un percorso di riflessione sul tema della prevenzione del disagio e dell'abuso all'infanzia promosso dal Centro nazionale di documentazione e analisi per l'infanzia e l'adolescenza in attuazione di un piano di attività voluto dal Dipartimento per gli affari sociali e previdenziali - Ministero del lavoro e delle politiche sociali. Tale percorso si è aperto al confronto con gli operatori in occasione del Seminario nazionale su "La prevenzione del disagio nell'infanzia e nell'adolescenza: le politiche e i servizi di promozione e tutela, l'ascolto del minore e il lavoro di rete" svoltosi a Firenze il 24 settembre 2002.

Il volume si articola in due parti: nella prima abbiamo raccolto una serie di sezioni specialistiche che esaminano il tema della prevenzione dal punto di vista culturale, clinico, sociale, sociologico, giuridico e politico-istituzionale, a partire dalle relazioni tenute in occasione del Seminario nazionale di Firenze; nella seconda parte sono stati raccolti i documenti elaborati nel corso dei lavori delle sessioni parallele del Seminario.

Ogni sezione specialistica è composta di un contributo che inquadra il tema ivi trattato e da uno o più scritti di approfondimento.

Chiude il volume una bibliografia sugli argomenti del Seminario, tratta dal catalogo della Biblioteca Innocenti Library.

Confrontarsi con il tema della prevenzione del disagio di bambini e adolescenti per noi adulti significa compiere una scelta di solidarietà tra le generazioni presenti e quelle future. Laddove c'è disagio e abuso, afferma una nota studiosa e operatrice del settore, «non si può non agire», perché anche il non-intervento è comunque una risposta da cui derivano conseguenze nel breve e nel lungo periodo.

La logica della prevenzione riesce a catturare tutto lo spettro degli interventi da compiere prima, durante e dopo che l'abuso si è manifestato, e ciò significa pensare al di là del qui e ora. Tale logica richiede modificazioni profonde nell'habitus mentale di tutti coloro che si occupano d'infanzia.

Nel volume si parla di situazioni di rischio collegate a un temporaneo indebolimento delle risorse della famiglia, che nel suo ciclo di vita attraversa momenti di difficoltà anche estremamente critici e complessi, ma non identificabili come situazioni di pregiudizio per i bambini presenti nel nucleo. Tali, però, possono diventare se gli adulti non riescono a far fronte ai compiti evolutivi che essi sono chiamati a gestire nel passaggio da una fase all'altra del percorso familiare, oppure se, in momenti di maggiore difficoltà e debolezza,

---

\* Consulente dell'Istituto degli Innocenti, Firenze.

non riescono a trovare risorse di supporto. I processi di nuclearizzazione e di isolamento delle famiglie in atto nel nostro Paese favoriscono l'insorgenza di malesseri profondi anche laddove un tempo la struttura comunitaria e familiare avrebbe fatto da tessuto compensatorio e protettivo.

Gli autori si soffermano in modo approfondito anche sulla prevenzione delle situazioni di vero e proprio pregiudizio, situazioni che la letteratura internazionale suole identificare con il termine di *child abuse*. Una definizione recente del termine *child abuse* è stata offerta dalla Consultation on Child Abuse and Prevention (1999) dell'Organizzazione mondiale della sanità: «per abuso all'infanzia e maltrattamento devono intendersi tutte le forme di cattiva salute fisica ed 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 e potere».

L'abuso all'infanzia può caratterizzarsi per una condotta *attiva* (per esempio: ustioni, percosse, atti sessuali) oppure *omissiva* (per esempio: trascuratezza, abbandono).

Le basilari forme di abuso all'infanzia rilevate nella clinica sono:

- abuso sessuale;
- maltrattamento fisico;
- maltrattamento psicologico;
- trascuratezza/patologia delle cure;
- violenza assistita.

Del *child abuse* si può dare tuttavia anche una definizione più ampia che tenga conto anche delle forme di sfruttamento, nel lavoro e a fini sessuali, aggiungendo alla classificazione sopra riportata:

- sfruttamento del lavoro minorile;
- sfruttamento sessuale dei minori a fini commerciali;
- prostituzione minorile;
- sfruttamento per la produzione di materiale pedopornografico;
- turismo sessuale.

Ritornando alla ripartizione clinica, si presentano di seguito alcune definizioni ricavate dalla letteratura e da linee-guida regionali in materia.

L'*abuso sessuale* si riferisce al coinvolgimento del bambino in attività sessuali o attività finalizzate alla gratificazione sessuale, ma non direttamente riconoscibili come atti sessuali (per esempio: pratiche genitali inconsuete, lavaggi genitali, ispezioni, applicazioni di creme sono comportamenti che hanno una forma di normalità, ma che possono essere erotizzati diventando,

in realtà, atti caratterizzati da forte intrusività sessuale e dalla ricerca di gratificazione sessuale da parte di chi li agisce). L'abuso sessuale può essere caratterizzato o no dalla presenza di violenza, ed essere agito da membri della famiglia o da soggetti esterni al nucleo familiare, adulti o minori.

Manifestazioni dell'abuso sessuale possono essere: mostrare materiale pornografico, esibizionismo, fare assistere il bambino ad atti sessuali o violenze sessuali su altri minori o su adulti, carezze sulle zone genitali, penetrazione orale, genitale e anale (anche con oggetti), induzione alla prostituzione, utilizzo del bambino per la produzione di materiale pedopornografico.

Per *maltrattamento fisico* si intende un comportamento attivo che comporta un danno fisico oppure un comportamento omissivo, che non lo previene e permette che avvenga (si mette il bambino in condizioni di subire lesioni fisiche). Manifestazioni del maltrattamento fisico sono punizioni corporali, frustate, ustioni, urti violenti contro pareti e pavimenti. Conseguenze, non sempre direttamente evidenti, sono, per esempio, ecchimosi, lesioni cutanee, lesioni oculari, fratture, traumi cerebrali, traumi interni, sino a conseguenze estreme letali.

Il *maltrattamento psicologico* si riferisce a relazioni affettive inadeguate, inappropriate e nocive, con atteggiamenti e comportamenti che alterano in forma più o meno grave lo sviluppo psicoaffettivo del bambino. Manifestazioni del maltrattamento psicologico possono essere: pressioni emotive, ricatti, minacce, svalutazioni, rifiuto, denigrazione, coinvolgimento in conflitti di coppia, eccetera.

La *trascuratezza/patologia delle cure* è una categoria che comprende un insieme di situazioni di tipo attivo od omissivo, accomunate da un fallimento più o meno grave nel soddisfare i bisogni fisici, psicologici ed emotivi del bambino. Manifestazioni della trascuratezza/patologia delle cure possono essere: carenza e assenza di cure fisiche e affettive adeguate (trascuratezza), attenzioni e cure connesse a preoccupazioni eccessive e sproporzionate circa lo stato del bambino (ipercura) o improprie per l'età o la fase di sviluppo psicofisico del bambino (discuria) o comportamenti di accudimento con coinvolgimento del minore in ideazioni patologiche (sindrome di Munchausen per procura).

La *violenza assistita* si riferisce all'esposizione intenzionale, occasionale o ripetuta di un bambino ad atti di violenza fisica, psicologica, sessuale, trascuratezza su adulti o minori (e anche su animali domestici). Tra le manifestazioni della violenza assistita, una situazione tipica è quella che si verifica nelle situazioni di violenza domestica in cui il bambino assiste ai maltrattamenti da parte di uno

dei due genitori sull'altro. La relazione affettiva e/o di fiducia tra il bambino, l'autore della violenza e la vittima, costituisce uno degli elementi qualificanti la sussistenza di una situazione di vittimizzazione da violenza assistita.

Nelle situazioni reali di abuso, le forme sopra descritte tendono a essere compresenti: da qui derivano difficoltà di natura concettuale nell'interpretazione e classificazione del complesso fenomeno del *child abuse* (fenomeno a "geometria variabile") e nella pratica clinica quando l'operatore deve procedere alla diagnosi sullo stato di un bambino.

Come scritto nel documento *Proposte di intervento per la prevenzione e il contrasto del fenomeno del maltrattamento* (Commissione nazionale per il coordinamento degli interventi in materia di maltrattamenti, abusi e sfruttamento sessuale di minori, 1998), l'abuso all'infanzia, quale che sia la sua connotazione, costituisce sempre un attacco confusivo e destabilizzante alla personalità in formazione di un bambino, e perciò provoca gravi conseguenze a breve, medio e lungo termine sul processo di crescita. La rilevazione dei comportamenti attivi e omissivi di abuso è importante perché:

- il trauma, se non rilevato, diagnosticato e curato, può produrre disturbi psicopatologici o di devianza nell'età adulta;
- il danno cagionato è in genere tanto maggiore quanto più il maltrattamento resta sommerso e non sia individuato; il maltrattamento è ripetuto nel tempo; la risposta di protezione alla vittima nel suo contesto familiare e sociale ritarda; il vissuto traumatico resta non espresso ed elaborato; la dipendenza fisica e/o psicologica e/o sessuale tra la vittima e il soggetto maltrattante è forte; il legame tra la vittima e il soggetto maltrattante è di tipo familiare.

E, come sappiamo, le conseguenze a breve, a medio e lungo termine possono essere anche estremamente gravi. La costellazione dei sintomi è ampia: nella tabella a pagina seguente riportiamo l'elenco predisposto dall'OMS (2002) relativo alle principali conseguenze del *child abuse* sulla salute psicofisica dei bambini.

Come ci aiuta a comprendere Maria Teresa Pedrocco Biancardi, la prevenzione, prima che un fatto tecnico, è un fatto culturale. È quindi indispensabile iniziare il cammino interrogandosi su quali tratti della nostra cultura individuale, sociale e professionale possono favorire od ostacolare l'attività di prevenzione del disagio dei minori. Quali sono le nostre immagini mentali di infanzia, adultità e violenza? Quali pregiudizi permeano il nostro pensiero e il nostro operare? Queste sono le domande che ci invita a porci Pedrocco

<b>Conseguenze fisiche</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ferite toraciche e addominali</li> <li>Danni cerebrali</li> <li>Contusioni e lividi</li> <li>Bruciature e ustioni</li> <li>Danni neurologici</li> <li>Disabilità</li> <li>Fratture</li> <li>Lacerazioni e abrasioni</li> <li>Danni agli occhi e alla vista</li> </ul>
<b>Conseguenze sulla sessualità e la funzione riproduttiva</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Problemi del sistema riproduttivo</li> <li>Disfunzioni sessuali (amenorrea, dismenorrea)</li> <li>Malattie sessualmente trasmissibili, incluso l'aids/hiv</li> <li>Gravidanze precoci</li> </ul>
<b>Conseguenze psicologiche e comportamentali</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Abuso di alcol e droghe</li> <li>Comportamenti antisociali e a rischio</li> <li>Ritardi cognitivi</li> <li>Ritardi nello sviluppo</li> <li>Depressione, ansia, attacchi di panico</li> <li>Disturbi alimentari e del sonno</li> <li>Sentimenti di vergogna o colpa</li> <li>Iperattività</li> <li>Difficoltà nelle relazioni sociali</li> <li>Scarso rendimento scolastico</li> <li>Bassa autostima</li> <li>Disturbi psicosomatici</li> <li>Comportamenti autolesionistici e suicidari</li> </ul>
<b>Altre conseguenze di lungo periodo sulla salute</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Tumori</li> <li>Fibromialgia</li> <li>Ischemie</li> <li>Disturbi gastrointestinali</li> <li>Infertilità</li> <li>Difficoltà polmonari croniche</li> <li>Malattie epatiche</li> </ul>

(OMS, *World Report on Violence and Health*, 2002, p. 69)

Biancardi, sollecitandoci a capovolgere la prospettiva dalla quale guardare il mondo: com'è l'adulto pensato dal bambino? Quali sono i pensieri e le fantasie del bambino sul mondo adulto, sia esso accudente oppure causa di sofferenza?

Porsi nella prospettiva della prevenzione implica anche un partire da sé sia per l'adulto in genere sia per l'operatore, con una particolare attenzione alle reazioni emotive che la sofferenza dell'infanzia provoca in noi, talvolta tanto forti che possiamo essere spinti a rifiutare ciò che osserviamo, negandolo e,

quindi, ritirandoci dall'offrire ascolto e aiuto, come ci indica anche Claudio Foti in un suo scritto ospitato in questa pubblicazione.

Tre contributi dal campo delle istituzioni (in specifico, di amministrazioni regionali e comunali) completano la prima sezione: Loredana Aurelio Celegato presenta un'esperienza d'intervento nella scuola quale luogo privilegiato per la promozione delle azioni di prevenzione e l'affermazione dei diritti di cittadinanza di bambini e bambine; Alessandra Corò riflette sulla complessità dei sistemi di monitoraggio dal versante della prevenzione, illustrando l'esperienza della Regione Veneto; Cristina Rossetti e Roberto Ricciotti riassumono il percorso compiuto dalla Regione Toscana per giungere alla creazione di un sistema informativo sulla condizione dei minori, da cui sono state tratte indicazioni per la redazione del recente Piano d'azione regionale sui diritti dei minori.

A una lettura multidimensionale del maltrattamento all'infanzia ci accompagna il saggio di Paola Di Blasio e Vera Acquistapace, che apre la seconda sezione. Le autrici mettono in luce la varietà di dinamiche psicologiche, relazionali e sociali sottese alle varie forme di violenza all'infanzia, sintetizzando alcuni dei principali risultati emersi da una ricerca sulle strategie di prevenzione dell'abuso messe in atto a livello europeo (CAPCAE, 1997). Le due studiose assumono una prospettiva dinamica nell'analisi del *child abuse*, con un approccio che integra nel modello interpretativo sia i fattori di rischio sia i fattori di protezione, cioè quei processi capaci di attivare risorse compensatorie e di resilienza nei bambini vittime di maltrattamento e abuso. Il passo in avanti proposto all'attenzione del lettore è segnato dal passaggio da modelli interpretativi del maltrattamento all'infanzia fondati su strutture di causalità lineare o di causalità multifattoriale a uno di tipo interazionale basato sulla relazione tra rischio, stress e fattori di protezione. Le autrici discutono, poi, i fattori di rischio e di protezione alla luce del paradigma della prevenzione: primaria, secondaria e terziaria. E il contributo non trascura di ricordare quanto spesso, nella modulazione dell'intervento e delle azioni di protezione del bambino, gli operatori si trovino a dover affrontare scelte e dilemmi dolorosi che comportano un bilancio tra rischio e protezione per decidere se si trovano di fronte a situazioni nelle quali devono tutelare il bambino da genitori inadeguati o pericolosi, oppure attuare interventi di sostegno rivolti alle famiglie in difficoltà.

Arricchiscono la sezione un articolo di Alberto Pellai e uno di Elena Camisasca. Il primo presenta due progetti lombardi di prevenzione dell'abuso sessuale rivolti ai bambini e alle bambine delle scuole elementari, ideati e condotti dall'autore; il secondo ritorna sui temi illustrati da Di Blasio e Acquistapace, presentando i risultati di una ricerca di *follow up* sul ruolo svolto dai fattori di rischio e di protezione in un intervento di prevenzione terziaria.

Dalla lettura complessiva della seconda sezione si traggono molti spunti di riflessione; tra i molti uno emerge con particolare coerenza: la necessità di disporre di dati adeguati sia sulle determinanti e le caratteristiche del fenomeno del *child abuse* sia sulle risposte fornite dai servizi. La mancanza di dati può diventare un ostacolo a un ulteriore sviluppo delle politiche e dei programmi d'intervento: passati gli anni della costruzione, si tratta adesso di monitorare e di valutare per valorizzare il patrimonio di esperienze e fare ulteriori progressi.

Lottica clinica si amplia ulteriormente nella terza sezione con il saggio di Massimo Ammaniti, Giampaolo Nicolais e Anna Maria Speranza. Gli autori introducono il lettore a una conoscenza del retroterra teorico della prevenzione nel campo del sostegno alla relazione genitore-bambino, esaminando i modelli concettuali succedutisi nel corso degli ultimi decenni. L'attenzione all'impianto teorico è raccomandata poiché si ha oggi sempre più evidenza di come «la prevenzione – scrivono gli autori – abbia bisogno, per essere realmente efficace, di modelli interpretativi adeguati che consentano uno studio approfondito dei fattori etiologici alla base della condizione di rischio e/o patologica». L'inquadramento teorico consente così di apprezzare la successiva analisi delle principali esperienze di sostegno alla genitorialità oggetto di studio e di ricerca *evidence based*. Un ampio spazio è destinato all'illustrazione di progetti di *home visiting*, interventi molto utilizzati nel mondo anglosassone, ma ancora poco diffusi in Italia: da qui il carattere anche propositivo e progettuale della sezione.

Anna Maria Speranza è l'autrice dei due contributi che completano il saggio introduttivo. Il primo illustra la teoria dell'attaccamento, uno dei capisaldi teorici degli interventi a sostegno alla genitorialità e oggetto di rinnovato interesse in Italia – in parte conseguenza dell'animato cantiere d'iniziativa per bambini e famiglie aperto dalla legge n. 285/97. La presentazione di alcuni dei principali strumenti di valutazione dell'attaccamento nel bambino e nell'adulto – di applicazione prevalentemente clinica – integra le riflessioni proposte nel saggio introduttivo e contribuisce a richiamare l'attenzione sulla necessità di sostenere la funzione di valutazione come elemento integrante degli interventi e dei progetti in ambito sociosanitario. Si può riflettere che tale funzione è, oggi, ancor più importante dati i processi di riaggiustamento delle politiche sociali e delle risorse disponibili avviati dai recenti cambiamenti nell'assetto politico-istituzionale, conseguenti alla legge costituzionale n. 3/2001, che ha riformato il Titolo V della Costituzione, demandando tutta la materia sociale alla competenza esclusiva delle Regioni.

Dante Baronciani e Laura Vicoli allargano l'orizzonte di discussione alle competenze del settore sanitario, in specifico della pediatria, nella prevenzione primaria, secondaria e terziaria dell'abuso. Lo scritto si snoda attorno al



problema della valutazione dell'efficacia degli interventi, una dimensione cara all'ottica medica e che fatica a trovare spazio in altri settori. L'analisi accoglie la cornice teorica introdotta nella seconda sezione da Paola Di Blasio e Vera Acquistapace, ovvero il modello interazionale tra rischio, stress e fattori protettivi per l'interpretazione della violenza all'infanzia, qui utilizzato per analizzare il problema della valutazione di efficacia degli interventi.

Segue la presentazione del rapporto OMS su Violenza e salute (2002), di cui si parla focalizzandovi i contenuti che riguardano la violenza all'infanzia. Chi scrive ha cercato di enucleare alcuni temi di maggior risonanza nelle politiche nazionali, tra cui il problema di uno studio dei costi socioeconomici della violenza, una dimensione di analisi che può aiutare a capire quanto, se e come l'investimento attuale in servizi che si collocano lungo i tre livelli della prevenzione, consente di ridurre efficacemente ed efficientemente i costi sociali ed economici sia individuali sia collettivi. Le raccomandazioni dell'OMS rispetto alla prevenzione del *child abuse* sono poi rilette alla luce delle politiche promosse in Italia in questo settore e delle ultime indicazioni d'azione formulate nel nuovo Piano nazionale per l'infanzia e l'adolescenza 2003-2004.

Gli interrogativi sul ruolo e la funzione del pediatra nell'ambito della prevenzione, introdotti da Baronciani e Vicoli, toccano un aspetto sensibile e problematico del coordinamento multisettoriale per la prevenzione e il contrasto della violenza all'infanzia. Se il settore sociale appare (si potrebbe affermare inevitabilmente) sempre in prima linea nella presa in carico dei bambini e delle loro famiglie, meno vivace è stato, fino ad anni recenti, il coinvolgimento del settore medico. Anche se oggi si vede che importanti passi avanti sono stati compiuti con la partecipazione del settore ai tavoli di coordinamento, alle iniziative di formazione e alla creazione di *pool* specialistici in alcuni ospedali pediatrici. In questo settore specialmente il comparto della pediatria di base e di comunità può assolvere una continuativa e capillare funzione di ascolto, supporto e monitoraggio dei bisogni dei bambini e delle loro famiglie. E un rafforzamento della rete locale con i servizi sociali e la scuola potrebbe essere raccomandato.

Un viaggio, anche fabulato, tra gli aspetti organizzativi, le risorse e i nodi problematici del lavoro svolto dai servizi territoriali è quello di Marianna Giordano, il cui saggio riprende quella dimensione culturale presente nello scritto di Maria Teresa Pedrocco Biancardi per intrecciarla con la realtà del quotidiano operare con i bambini e le famiglie.

«L'idea di una prevenzione che impegna tutti gli adulti a contatto con i bambini – scrive l'autrice – fa emergere come, accanto allo sviluppo di *competenze tecniche specifiche* di ciascuna professione per promuovere e sostenere il benessere nell'ambito delle proprie funzioni, sia necessario che ciascuno sviluppi *competen-*

ze trasversali di tipo relazionale per essere in grado di stabilire rapporti significativi con i bambini, con le loro famiglie e con altri operatori». L'interazione tra specifico e trasversale è ciò che poi guida l'analisi tipologica degli interventi attuati dai servizi a livello di prevenzione primaria, secondaria e terziaria, identificando, per ciascuna tipologia, obiettivi, percorsi, attori e criticità. Così facendo, Marianna Giordano ci offre la mappa per proseguire anche da soli il viaggio da lei proposto verso un continente, quello dei servizi territoriali di base, che è attraversato da moti ondulatori e sussultori di riassetto dopo il varo della legge quadro sui servizi sociali, n. 328/00, e le successive leggi regionali di attuazione.

Alle competenze di natura trasversale si rivolge il contributo di Claudio Foti sul rapporto tra prevenzione, formazione e intelligenza emotiva. Da sempre sensibile osservatore del mondo dell'infanzia violata e degli adulti, "buoni" e "cattivi", che vi si muovono attorno, Foti avverte sui rischi di evacuazione della sofferenza infantile che possono essere messi in atto anche da operatori esperti e formati: «Nella mente può avere la meglio l'indifferenza che collude con il silenzio e la negazione che circondano e perpetuano la violenza oppure può emergere la capacità di sottrarre il maltrattamento all'impensabilità e all'indicibilità».

Partire dalla propria storia in quanto adulti, interrogarsi sul proprio assetto emotivo in qualità di operatori, come esortava a fare il saggio di Pedrocchio Biancardi, è un modo per comprendere i fattori di rischio, di stress e di protezione che possono ostacolare, danneggiare o sostenere gli operatori nel loro lavoro sul campo con i bambini vittime di violenza. In tali situazioni, nel rapporto con il bambino e i suoi genitori, esiste un rischio di schieramento, o di identificazione, che può spingere noi adulti a sentirci o "tutto bambino" o "tutto adulto" finendo con il non aiutare sia l'uno sia l'altro.

Ci riporta nell'alveo dei servizi territoriali il contributo di Andrea Pinna sulle problematiche giuridico-istituzionali di un servizio integrato di tutela minori. L'insieme di norme citate per dare atto dei fondamenti giuridici delle competenze dei servizi lascia scorgere punti di forza e punti di debolezza dell'attuale ordinamento, arricchitosi negli ultimi mesi di una nuova legge che certamente avrebbe trovato posto nell'esame dell'autore: la legge 20 marzo 2003, n. 77, *Ratifica ed esecuzione della Convenzione europea sull'esercizio dei diritti dei fanciulli, fatta a Strasburgo il 25 gennaio 1996*.

Pinna passa il testimone del ragionamento a Franco Occhiogrosso il cui saggio approfondisce, anche con un taglio di storia giuridica, la disamina dell'ordinamento vigente e delle modalità organizzative dell'integrazione tra i soggetti che hanno competenza in ordine alla tutela, all'assistenza e alla protezione dei minori in stato di disagio e di pregiudizio. Al termine integrazione è attribuito «il significato di coordinamento tra organismi diversi, chiamati a concorrere

negli interventi relativi a una stessa vicenda». Lo sguardo del magistrato scorge una linea di passaggio attorno agli anni Novanta, con la creazione di coordinamenti paritari frutto di accordi e intese, segnalando come particolarmente innovativi quelli siglati con o tra le autorità giudiziarie. Le aree esperienziali osservate dall'autore sono quelle dell'adozione, della mediazione, della giustizia di prossimità e dell'abuso e sfruttamento sessuale dei minori; di quest'ultima Occhiogrosso discute anche gli orientamenti recenti in materia di allontanamento del minore dalla casa familiare, intervento a tutela del minore e intervento penale a carico del presunto abusante, rispetto delle regole dentro e fuori il processo. L'esigenza di giungere alla condivisione di finalità, obiettivi specifici, funzioni e competenze tra organismi di differenti settori è ravvisata anche nella crescente complessità dei fenomeni sociali coinvolgenti i minori e le loro famiglie. Su questo versante, appare interessante lo spunto di riflessione dato dall'individuazione di una "fattispecie" nuova di malessere, quello del benessere: una sofferenza muta e spesso non riconosciuta, che può esplodere nelle forme più drammatiche come i recenti fatti di cronaca ci testimoniano.

Saverio Abbruzzese, come lui stesso scrive, affronta in modo creativo l'attraversamento dell'esperienza in materia di integrazione, dando "parola" alle criticità, alle sovrapposizioni, agli sfasamenti temporali e alle contraddizioni che tante volte si incontrano nella realtà. Suggestivamente Abbruzzese invita ad adottare il concetto di integrazione *transdisciplinare* piuttosto che *interdisciplinare* perché «nessuno pretende che il giudice diventi psicologo, né che l'avvocato diventi psicologo, né che lo psicologo diventi giudice, ma è necessario che questi soggetti "entrino" nel mondo e nella disciplina dell'altro, la attraversino e ne escano al momento opportuno, tutelando ognuno la propria professionalità».

Continua il ragionamento Armando Rossini e ritorna su un settore già oggetto di altri contributi, quello della scuola. Rossini tenta di delineare un profilo della funzione di tutela preventiva del bambino e del ragazzo, che è propria dell'istituzione scolastica, talvolta non aliena dal compiere essa stessa abusi: dal maltrattamento psicologico agli abusi disciplinari.

Con il saggio di Adriana Ciampa si passa alla rassegna degli impegni assunti dall'Italia in sede internazionale. L'autrice ripercorre gli eventi più significativi dalla Convenzione sui diritti del fanciullo del 1989 alla Sessione speciale delle Nazioni unite sull'infanzia tenutasi a New York del maggio 2002, passando per il Primo Congresso mondiale contro lo sfruttamento sessuale commerciale dei minori di Stoccolma (1996). Ciò che colpisce è il graduale passaggio dal riconoscimento formale della soggettività del bambino al riconoscerli dignità e diritto di parola nei consessi internazionali degli adulti, come si è cominciato a fare timidamente a Budapest (2001) e, poi, più signi-

ficativamente, a New York. Le dichiarazioni e i piani d'azione sottoscritti dall'Italia in occasione degli appuntamenti illustrati nel saggio non sono stati delle mere carte di intenti, ma, almeno in parte, si sono effettivamente tradotti in impegni concreti dello Stato italiano in termini di innovazioni legislative e destinazione di risorse (si pensi ad esempio, ai piani nazionali per l'infanzia e l'adolescenza, alle leggi 66/96, 285/97, 451/97 e 269/98).

Si deve a questa sezione l'allargamento dell'orizzonte di analisi alle forme di sfruttamento sessuale dei minori: la prostituzione forzata dei minori, il turismo sessuale, la produzione di immagini di abusi sessuali (o pedopornografia), spesso diffuse via Internet.

Di queste forme di reati ai danni dell'infanzia si occupa la legge n. 269/98, da cui trae origine la costituzione del Comitato interministeriale di coordinamento per la lotta alla pedofilia (Ciclope), composto dai rappresentanti di undici ministeri con il coordinamento del Ministero per le pari opportunità. Per iniziativa del Comitato, nel 2002 si è arrivati alla presentazione del Primo piano nazionale di lotta alla pedofilia, atto richiesto in numerose dichiarazioni internazionali sottoscritte dall'Italia.

Delle opportunità e dei pericoli di Internet scrive Daniela Battisti, riportando l'esperienza del Ministero per l'innovazione e le tecnologie, che nel maggio 2002 ha promosso una indagine sul rapporto tra i bambini e Internet con un campione di 4.800 bambini italiani, francesi, tedeschi e inglesi. I dati confermano l'elevata familiarità dei bambini con la rete e la forte disponibilità di accesso direttamente da casa. L'informazione e la formazione delle famiglie appaiono, quindi, dei fattori protettivi importanti, insieme alla capacità di non criminalizzare una tecnologia che, pur dovendone combattere gli aspetti pericolosi e "patologici", rimane pur sempre un importante strumento di conoscenza e comunicazione.

Una testimonianza di settore è quella di Marina Diotallevi, coordinatrice delle attività contro il turismo sessuale promosse dall'Organizzazione mondiale del turismo. Dal Primo Congresso mondiale di Stoccolma a oggi molti passi avanti sono stati compiuti in termini di consapevolezza e assunzione di responsabilità da parte degli operatori dell'industria turistica che, attivatasi inizialmente dietro impulso di ONG quali ECPAT e Terre des hommes, è oggi passata ad assumere un ruolo diretto, proattivo nella proposta di interventi e progetti volti alla formazione degli operatori del settore e alla sperimentazione di buone pratiche nell'attuazione del Codice di condotta contro lo sfruttamento sessuale. In questo ambito il nostro Paese, dopo aver introdotto, tra i primi, norme specifiche per questa fattispecie di reato, ha però mancato di dare continuità all'obbligo per gli operatori turistici, previsto dalla norma solo

per tre anni, di informare sulla legge n. 269/98 nei documenti di viaggio e nei dépliant prodotti per reclamizzare itinerari e viaggi.

A conclusione delle sezioni specialistiche, il volume ospita un focus di Alberto Laggia, giornalista, sul problematico rapporto tra informazione e infanzia. Dalla Carta di Treviso a oggi non è facile ravvisare significativi cambiamenti di segno positivo nel modo in cui i media trattano di bambini, specialmente quando questi sono protagonisti, loro malgrado, di fatti di cronaca suscettibili di suscitare la curiosità dei lettori o dei telespettatori. Esiste un pericolo di spettacolarizzazione del dolore che non risparmia i minori. Se i codici di autoregolamentazione possono essere strumenti utili ad avviare processi di cambiamento culturale, Laggia suggerisce anche di attivare sinergie nella formazione dei giornalisti per una migliore conoscenza tra il settore dei media e quello sociale, giudiziario, sanitario ed educativo. Ciò nella convinzione che il conoscersi possa aiutare a superare da un lato l'ostilità degli operatori verso la comunicazione dei media e, dall'altro, la difficoltà dei media di comprendere la complessità insita nella gestione di un caso di violenza su un minore. È interessante ricordare che l'alleanza con i media era, in effetti, una delle strategie individuate nel 1998 dalla Commissione nazionale per il coordinamento degli interventi in materia di maltrattamenti, abusi e sfruttamento sessuale di minori, allo scopo di dare sostanza al rispetto del diritto alla privacy del bambino e sollecitare una funzione in qualche modo anche educante da parte dei media.

È pressoché impossibile dare atto dei singoli contributi inseriti nella seconda parte del volume, in particolare degli abstract degli interventi tenuti nelle sessioni parallele del Seminario di Firenze. Si rinnova qui un ringraziamento a tutti i partecipanti e alle autrici e agli autori dei testi pubblicati. La loro voce si unisce a quella degli autori e delle autrici degli scritti ospitati nella prima parte della pubblicazione nel descrivere il lavoro di tanti nel settore della prevenzione.

Il lettore si troverà davanti a molteplici punti di vista e ad analisi talvolta anche dissonanti: questa situazione riflette la natura del dibattito e del confronto attualmente in essere a livello italiano, e di questo il Centro nazionale si è sforzato, per quanto è stato possibile, di dare atto, stimando la diversità una ricchezza da valorizzare.

## **Prevenzione del disagio e dell'abuso all'infanzia**

*Maria Teresa Pedrocco Biancardi*

### **APPROFONDIMENTI**

**Enti locali e prevenzione del disagio**

Un'esperienza di intervento nella scuola quale  
luogo di elaborazione e promozione del diritto  
alla cittadinanza delle bambine e dei bambini

*Loredana Aurelio Celegato*

**La funzione e le modalità del monitoraggio  
in tema di prevenzione del disagio**

L'esperienza della Regione Veneto

*Alessandra Corò*

**Le politiche per minori in Toscana**

La prevenzione come conoscenza degli interventi  
territoriali e la creazione di un sistema informativo

*Cristina Rossetti, Roberto Ricciotti*

# Sezione 1



# Prevenzione del disagio e dell'abuso all'infanzia

Maria Teresa Pedrocco Biancardi\*

Dite: è faticoso frequentare i bambini.  
Avete ragione.  
Poi aggiungete: perché bisogna mettersi  
al loro livello, inchinarsi, curvarsi, farsi piccoli.  
Ora avete torto.  
Non è questo che più stanca.  
È piuttosto il fatto di essere obbligati ad innalzarsi  
fino all'altezza dei loro sentimenti.  
Tirarsi, allungarsi, alzarsi sulla punta dei piedi.  
Per non ferirli.  
JANUSZ KORCZAK

## 1. Alcune premesse

La difficoltà e la fatica che incontra l'attività di prevenzione sociale, rispetto alla relativa facilità con cui si è organizzata, almeno nel mondo cosiddetto occidentale, l'attività di prevenzione sul piano sanitario – con il risultato che alcune gravissime malattie infettive sono praticamente scomparse – è dovuta al fatto che la prima, a differenza della seconda, pur non priva anch'essa di una sua complessità, è rivolta a una popolazione condizionata da un'enorme molteplicità di fattori ed è rivolta all'eliminazione di situazioni che hanno radici in una grande varietà di cause.

Prevenire fenomeni problematici e gravi come l'emarginazione sociale, la disoccupazione, la fragilità coniugale, la denatalità, l'ignoranza, presuppone la ricerca di causalità complesse, non riducibili a un unico o a un piccolo numero di fattori; conseguentemente, tale prevenzione impone la programmazione di iniziative molteplici che devono poi essere attivate in sinergia tra loro.

Non solo: se è estremamente impegnativo e complesso il capitolo della programmazione, ancor più problematico e aleatorio è il capitolo successivo, quello relativo alla verifica di efficacia: immediata e quasi automatica per la prevenzione sanitaria, ardua fino all'impossibilità per la prevenzione sociale.

Se anche in ambito sanitario gli aspetti culturali appaiono dotati di un potere capace di vanificare gli sforzi di informazione più massicci e capillari – si veda, ad esempio, la faticosa e praticamente fallimentare attività di prevenzione rispetto alla diffusione del virus HIV e la cultura "naturalistica" che sta minando le sicurezze diffuse dalle vaccinazioni di massa –, in ambito sociale gli aspetti culturali hanno un potere ben maggiore.

---

\* Consulente scientifico del Centro per la tutela del bambino e la cura del disagio familiare (CTB) di Marghera, Venezia.



Entrando nel tema della specifica prevenzione del disagio minorile, che è il tema di questo contributo, è evidente che i fattori culturali hanno un peso determinante, anche perché prevalentemente vanno a intaccare la cultura degli adulti, con gli inevitabili tratti di adultocentrismo che la caratterizza.

Probabilmente il primo nodo da sciogliere riguarda il significato che l'adulto attribuisce oggi al bambino. Alfredo Carlo Moro (1994, p. 81-82) segnala una pericolosa trasformazione di attitudine e di atteggiamento verificatasi approssimativamente nel passaggio dagli anni Ottanta agli anni Novanta del secolo scorso: nella mentalità individuale e collettiva del mondo adulto, in modo silente, progressivo e inconsapevole, il bambino è andato perdendo il suo significato di persona ed è andato assumendo il significato di risorsa.

Evidentemente, una concezione del genere non può non provocare disagi nel processo evolutivo del bambino. Non può neppure essere trascurata la sua qualità di sottofondo rumoroso, in grado di svilire o rendere di difficile comprensione possibili iniziative che non tengano conto di questo significativo passaggio di cultura e della precarietà con cui le iniziative stesse possono essere accolte e comprese.

Un bambino che si trovi nella scomoda posizione di risorsa per l'adulto è posto nei confronti propri e dell'adulto stesso in situazione insostenibile, in quanto vengono capovolti e pervertiti i rapporti, le relazioni, le responsabilità. Non sempre poi queste perversioni di significato sono esplicite, anzi: mai come oggi il bambino è oggetto di desiderio, di attesa, di attenzioni (fino agli eccessi dell'ipercura), ma il tutto senza che sia tenuto presente nella sua qualità di persona, nelle sue specifiche esigenze evolutive.

Probabilmente molte delle fatiche concrete che mondo adulto e mondo bambino si trovano a vivere oggi hanno alla base questa trasformazione di significato, i cui effetti non sono immediatamente decifrabili perché, come per tutti i sistemi di significato, esso si esprime in azioni che prestano il fianco a una molteplicità di spiegazioni.

In ogni caso la prevenzione dei disagi dei bambini è rivolta al mondo adulto, quindi passa necessariamente attraverso mediazioni che non coinvolgono solo il loro mondo vitale più prossimo – la famiglia – ma anche tutti i mondi adulti che interagiscono con esso: la scuola in primo luogo, e poi il mondo multiforme e variamente articolato dei servizi sociali e sanitari.

Non è da trascurare tuttavia nemmeno il mondo dei pari, perché l'effetto di accumulo del disagio personale si ripercuote sullo stile di relazione tra bambini e ragazzini, stile sempre più spesso segnato da alta conflittualità, da violenza reciproca, da aggressività.

Un altro aspetto, che doverosamente va richiamato in premessa, è non solo la multifattorialità del disagio minorile, ma anche la varietà delle espressioni che esso può assumere.

Se per alcune situazioni il termine disagio può essere adeguato, nelle situazioni estreme, come la violenza fisica, psicologica o sessuale, esso assume il significato di vero e proprio eufemismo, per la gravità delle conseguenze che possono derivare al processo evolutivo del bambino.

Non si può tuttavia ignorare che anche le situazioni estreme poggiano su una base culturale che ne favorisce lo sviluppo: la giovane mamma psicologicamente debole, che cerca inconsapevolmente nel figlio compensazioni affettive e di immagine, potrà patire con maggiore gravità, fino a comportamenti estremi, l'abissale distanza tra l'immagine di figlio che i mass media le propongono e la concretezza del figlio reale che l'assilla e la esaspera con le sue legittime ma pressanti richieste.

## 1.1 Vera e falsa prevenzione

Appare quindi difficile escludere dall'orizzonte dei pensieri di chi si occupa di prevenzione l'attenzione agli aspetti culturali del disagio minorile, strettamente connesso con il disagio degli adulti.

Il rischio è invece che, nella premura di ottenere risultati sicuri e visibili, si ricorra a quella che deve essere considerata per ciò che è, cioè falsa prevenzione. Quella delle campagne che lanciano indiscriminatamente messaggi allarmistici ad adulti e bambini, mettendoli in guardia da fantomatici e onnipresenti "lupi cattivi" che, attraverso le sembianze di adulti sconosciuti, sarebbero costantemente in agguato per insidiare/violentare psicologicamente, fisicamente o sessualmente ignari bambini.

Questa deve essere considerata falsa prevenzione per più motivi:

- perché i dati statistici raccolti fino a ora in Italia testimoniano che sia il maltrattamento sia l'abuso sessuale sono comportamenti che si consumano in netta prevalenza tra le mura domestiche e che la caccia al lupo cattivo può provocare pericolose trasposizioni di attenzioni e di significati, con i relativi alibi psicologici, proprio alle situazioni familiari a più alto rischio<sup>1</sup>;

---

<sup>1</sup> Il testo redatto dal Centro nazionale di documentazione e analisi per l'infanzia e l'adolescenza, *Le violenze sessuali sui bambini. Lo stato di attuazione della legge 269/98*, Firenze, Istituto degli Innocenti, 2001 (Questioni e documenti, 19), riporta a p. 155 una tabella indicativa del tipo di rapporto esistente tra l'autore o gli autori del reato di abuso sessuale e la vittima: la stragrande maggioranza degli abusi si svolge in ambito familiare ed è commesso da parenti.

- perché presenta ai bambini uno stereotipo di adulto inaffidabile, togliendo al mondo bambino quella spontanea fiducia nel mondo adulto senza la quale il processo evolutivo, specie sul piano sociale, può subire ritardi e complicazioni dovuti alla paura, all'incertezza, alla timidezza, ma può anche, all'opposto, stimolare nei bambini la curiosità rischiosa di abbandonarsi a esperienze ambigue;
- perché diffonde tra gli adulti, specie in ambito familiare, un ulteriore elemento di ansietà, che non può non ripercuotersi sullo stile complessivo delle relazioni, nel gioco sottile di richieste e concessioni di permessi di cui è costellata la quotidianità educativa familiare, gioco attraverso il quale il bambino e poi ragazzino, se opportunamente accompagnato in modo sereno, apprende e sperimenta progressivamente il percorso della socializzazione;
- perché la diffusione generalizzata, sulla larghissima scala consentita dai mass media, di messaggi inquietanti provoca un aumento di false denunce, aprendo la strada a campagne di discredito nei confronti del mondo giudiziario che più facilmente può trovarsi di fronte a situazioni ambigue e di difficile decodifica.

Il percorso della “vera” prevenzione è purtroppo ben più impegnativo e complesso di quello basato sui messaggi allarmistici e devianti. Deve contare sull'impegno sinergico di tutto il mondo adulto, reso consapevole, ciascun settore per la sua parte, da un lato circa i diritti che i bambini vantano nei confronti degli adulti<sup>2</sup>, dall'altro circa le responsabilità che questi diritti configurano per gli adulti.

Autentica prevenzione sarebbe invece la promozione e la diffusione di una cultura del rispetto del bambino, specialmente incoraggiando la famiglia nella direzione di far crescere la propria disponibilità educativa e di aiutare l'adulto, specie se genitore, a sviluppare la propria intelligenza emotiva.

---

<sup>2</sup> Il 3 ottobre 2002 a Bruxelles l'OMS ha presentato il primo rapporto mondiale su violenza e salute (si veda l'approfondimento a p. 154), dando avvio a una campagna globale per la prevenzione della violenza, e raccomandando alle nazioni aderenti di creare un piano di azione nazionale per la prevenzione della violenza. Sembra che questo possa essere considerato un'ulteriore tappa rispetto all'applicazione della Convenzione dell'ONU (New York, 1989), e soprattutto una dichiarazione di consapevolezza della grave situazione in cui a livello mondiale versano i bambini.

## 2. Il bambino pensato dall'adulto

Gli adulti che si occupano dei bambini, professionalmente o nell'ambito del volontariato specializzato, non sempre hanno presente in modo adeguato la dimensione emotiva della loro attività (Pinto, 2000).

Sembra che occuparsi dei bambini sia tutto sommato un'attività "facile", sufficientemente gratificante, perché si dà per scontato che di fronte al bambino l'adulto, specie quando si pone con lui in relazione di aiuto, possa trovare con discreta facilità le vie per accogliere e per essere accolto.

Quando poi si tratta di bambini in difficoltà, di bambini "a rischio", le cose possono a prima vista apparire ancora più facili, perché si dà per scontato che offrire al bambino comprensione e prospettive o esperienze di benessere possa premiare.

Se così fosse veramente, la piaga del burnout che affligge questa categoria di professionisti e di volontari non si spiegherebbe. Invece si spiega riconoscendo quanto imbarazzo, quanto impaccio, quanti dubbi attraversano la mente di chi si trova a dover prendere in carico o anche solo avvicinare un bambino rispetto al quale esistono seri dubbi che non abbia a disposizione gli strumenti affettivi, cognitivi, relazionali e sociali che la famiglia deve assicurargli perché possa crescere.

Un modo al quale facilmente l'adulto ricorre per nascondere a se stesso l'imbarazzo e lo sconcerto è quello di potenziare le corde della compassione, una compassione che rischia di togliere al bambino la sua dignità di persona per renderlo solo oggetto di interventi che, proprio perché suggeriti da un'emozione, possono essere molto carenti sul piano della razionalità, della progettazione, dell'integrazione delle risorse.

A ben guardare, l'impatto emotivo che un bambino maltrattato o comunque a rischio esercita sull'adulto ha ragioni più profonde, e giunge a toccare la stessa identità di adulto, compromessa dalla constatazione che altri adulti possano essere così lontani dall'immagine diffusa e condivisa dell'adulto, considerato protettivo e responsabile per antonomasia. Accettare di credere che un adulto sia maltrattante significa in qualche modo riconoscere che la categoria alla quale si appartiene possa essere meno affidabile, meno rassicurante, meno responsabile di quanto normalmente si è abituati a pensare e a pensarsi.

Nella generale e potente tendenza all'omologazione che caratterizza la cultura contemporanea, un'ulteriore arma di difesa che l'adulto può adottare per difendersi dall'impatto emotivo causato dall'incontro con un bambino maltrattato è il ricorso agli stereotipi.

Due stereotipi in particolare possono caratterizzare i pensieri degli adulti riguardo ai bambini: quello della famiglia buona purchessia e quello che potremmo definire dell'infanzia felice.

Il primo ha radici remote nella atavica "legge del sangue", oggi evoluta in quella che potremmo definire "legge della genetica"; leggi entrambe che, comunque, privilegiano e incentivano la prevalenza valoriale della dimensione biologica su quella relazionale e ambientale nel rapporto tra adulti e bambini, a prescindere dalle garanzie evolutive che alcune situazioni biologicamente ineccepibili ma gravemente compromesse sugli altri due piani possano assicurare.

Questo stereotipo può compromettere o ritardare la progettazione di iniziative di prevenzione non solo su singoli casi, ma anche come visione generalizzata – omologata – che inevitabilmente offusca l'attenzione sui bisogni del bambino per concentrarla su contenuti che in ultima analisi corrispondono a una visione adultocentrica delle cose.

Del resto, a rivisitare sul piano della realtà lo stereotipo della famiglia buona purchessia, luogo degli affetti più puri e generosi, i professionisti delle relazioni di aiuto sono costretti dalle gravi difficoltà relazionali che oggi attraversano la famiglia fino, molto spesso, a distruggerla. Sono sotto gli occhi di tutti le statistiche italiane ed europee che presentano annualmente un trend in crescita di separazioni coniugali e divorzi.

Il secondo stereotipo raffigura l'infanzia come momento felice e spensierato, il più bello dei periodi della vita.

Non sono necessarie grandi e approfondite competenze psicologiche sui processi di sviluppo del bambino per sapere e capire che al cucciolo d'uomo, nei primi dieci anni di vita, sono richiesti apprendimenti, competenze, elaborazione di dati e conoscenze, riconoscimento e accettazione di regole, prestazioni sempre più raffinate e complesse che lo impegnano in modo costante in un confronto con se stesso, con i coetanei e con l'adulto, in una sorta di gara continua, in un'atmosfera facilmente pressante, competitiva, in un percorso tutto in salita, lungo il quale è facile cadere nella depressione, nella mancanza di autostima o, comunque, in una scorretta valutazione di sé.

L'adulto può superare la tentazione di lasciarsi affascinare dallo stereotipo dell'infanzia felice solo che ripercorra con la memoria la propria infanzia, attraversata da tutte le fatiche che costantemente attendono un bambino in crescita e che la sua smemorataggine di oggi lo porta a sottovalutare.

Un buon esercizio per tutti gli adulti, ma specialmente per quelli che si occupano dei bambini, sarebbe quello di rivisitare periodicamente la propria vita bambina e ricordare quei risvolti dolorosi con i quali spesso gli adulti di

allora hanno guastato anche le loro esperienze più belle: la prima umiliazione davanti a tutti, il primo schiaffo, la prima accusa e conseguente punizione vissuta come ingiusta, la gelosia per il fratello/sorella più piccolo/a o più grande... Anche di queste esperienze è popolata la vita dei bambini, attraversata da preoccupazioni, paure, insicurezze e non solo da giochi spensierati: gli adulti consapevoli di queste ineludibili fatiche sono accanto a loro per sostenerli e incoraggiarli, ma quando gli adulti non sono consapevoli alla fatica di crescere si aggiungono altre fatiche<sup>3</sup>.

## 2.1 L'asimmetria nella relazione tra adulto e bambino

Quando l'adulto pensa il bambino, è inevitabile che la sua attenzione si concentri sull'impegno educativo, sulle cose che deve insegnargli e che il bambino deve imparare.

La pedagogia sostiene questo impegno con la scansione dei percorsi, dei metodi e dei contenuti; la psicologia dell'età evolutiva lo organizza e lo codifica secondo parametri che in ultima analisi diventano valutazioni di "normalità/anormalità", prefigurando obiettivi e tappe che possono diventare per i genitori fonte di ansia anche grave, se vengono presentati e assunti in modo rigido e assoluto.

Difficilmente il bambino viene pensato dall'adulto nella sua situazione relazionale, dentro una rete di rapporti segnati in modo permanente e ineludibile dall'asimmetria. Quell'asimmetria che, se costituisce il radicale fattore di protezione per il bambino, in quanto gli mette a disposizione tutte le conoscenze, le competenze, le abilità di cui l'adulto è in possesso, d'altra parte lo espone al rischio di essere e restare in sua balia, senza possibilità di autodifesa, quando la dotazione cognitiva, affettiva, relazionale o sociale dell'adulto non è adeguata al suo ruolo di genitore o almeno di cittadino responsabile.

---

<sup>3</sup> In letteratura si ritrovano frequentemente questi ricordi infantili che, pur nella trasfigurazione letteraria, lasciano sospettare riferimenti biografici: da quelli che scompaiono nel tempo (I. McEwan, *Bambini nel tempo*, Torino, Einaudi, 1988) a quelli che, come il piccolo protagonista del campo di nessuno, seppelliscono con i giocattoli la loro infanzia (D. Picouly, *Il campo di nessuno*, Milano, Feltrinelli, 1996), a quelli che invece la descrivono con crudezza inquietante sia che si svolga in famiglia (F. McCourt, *Le ceneri di Angela*, Milano, Adelphi, 2000) sia che si svolga in strutture riabilitative (P. Hoeg, *I quasi adatti*, Milano, Mondadori, 1997). In questi racconti «ciascuno può ritrovare la propria esperienza segreta», come osserva Pavese nell'introduzione del *David Copperfield* che ha tradotto e curato (Torino, Einaudi, 1939).

La consapevolezza dell'asimmetria dovrebbe rendere accorto l'adulto a non sottovalutare l'enorme fatica del crescere, certo sul piano fisico, ma molto più su quello complessivamente psicologico, riguardo ad abilità, conoscenze, competenze, acquisizioni di ogni genere attraverso le quali faticosamente e progressivamente entra in possesso dell'identità propria e altrui, in un percorso che può a ragione essere definito di costante "messa alla prova". Se le attese dell'adulto sono sproporzionate alle possibilità del bambino, ne risente il suo sistema di significati complessivo, la sua autostima, la qualità della sua immagine sociale, la percezione del suo valore affettivo.

Una sottovalutazione dell'impegno richiesto al bambino per acquisire manualità adeguata, orientamento spazio-temporale, capacità di accettare e applicare le regole, porta l'adulto significativo a sottovalutare anche i suoi progressi, quindi a non valorizzarli, rischiando di indurre il bambino a farsi troppo "visibile" attraverso comportamenti trasgressivi, o troppo "invisibile", mediante comportamenti depressivi. Il comportamento sociale è un comportamento-spia del disagio del bambino (Di Blasio, 2000).

L'adulto, e in particolare l'adulto che per il bambino è il più significativo almeno fino al suo ingresso nel mondo della scuola, ma certamente anche molto oltre, cioè il genitore, per poter riconoscere e gestire in modo corretto l'asimmetria della sua posizione e conseguentemente della sua relazione con il figlio è chiamato a rivisitare i propri ricordi infantili, a superare l'oblio in cui li ha lasciati cadere, e a lasciarsi guidare da essi per poter pensare il figlio in modo corretto e adeguato alle sue esigenze evolutive. Allora anche l'impegno educativo della famiglia potrà assumere quelle note di equilibrio, di correttezza, di rispetto che ne garantiscono in ultima analisi l'efficacia.

## 2.2 L'educazione familiare tra assenteismo e accanimento

Se sul piano teorico l'accordo è comune nel concepire l'educazione come un processo di promozione e valorizzazione di tutte le sue facoltà, processo che il bambino non può compiere senza la guida dell'adulto, sul piano pratico emergono numerose difficoltà, di carattere sia personale che culturale.

Sul piano personale sembra ormai sufficientemente acquisita l'importanza della relazione di attaccamento tra madre e bambino in ordine alla positività e all'efficacia di tutte le altre relazioni, quindi a maggior ragione di quelle educative; ma approfondendo questa prima acquisizione (Bowlby, 1982), studi successivi hanno posto in evidenza come la qualità dell'attaccamento primario sia a sua volta strettamente correlato alla qualità dell'attaccamento che la

madre ha vissuto a suo tempo, tanto che l'esperienza dell'attaccamento materno, rivisitato attraverso opportune tecniche, può giungere ad avere carattere predittivo sul successivo attaccamento che la donna riuscirà a stabilire con il proprio figlio (Crittenden, 1994).

Al di là, comunque, dei dati relativi alla storia personale della madre, è indubbio che il compito dell'educazione comporti complicazioni emotive, prodotte non solo dalla ricordata asimmetria, ma anche da un'ampia gamma di fattori, che vanno dall'accordo esistente nella coppia genitoriale sull'immagine di figlio, fino all'effettiva complessità della vita quotidiana della famiglia, complessità che, rendendo spesso difficile la vita all'adulto, può provocargli reazioni incontrollate nei momenti in cui si rende necessaria l'applicazione delle regole.

Di qui il ricorso frequente alla "sberla", alla minaccia di punizioni esagerate e comunque sproporzionate all'entità della "colpa" o alla possibilità di comprensione del bambino, il tutto suggerito non da un progetto educativo ma dalla possibilità momentanea dell'adulto di pazientare o meno e di comprendere o meno i momenti difficili del figlio.

Spesso poi, nei dialoghi tra coppie di genitori e addirittura nelle trasmissioni televisive o nei consigli ai genitori, il ricorso "moderato" alle mani viene considerato educativo, e in un certo senso peggiorativo è vero, in quanto educa con l'esempio il bambino a non elaborare sul piano del pensiero e della parola le proprie emozioni, inducendolo a comportamenti a sua volta violenti nei confronti dei coetanei e non di rado degli adulti stessi. La violenza dei bambini appartiene infatti alla categoria dei comportamenti appresi, quando non è espressione di profondi disagi relazionali (De Zulueta, 1999; Kindlon e Thompson, 1999).

Frequentemente i comportamenti esasperati dei genitori derivano non solo dalle loro oggettive difficoltà esistenziali, ma anche dal livello eccessivo di attese che la cultura familiare diffusa li induce a investire sui figli, giungendo a un non infrequente accanimento educativo, che li porta a riempire le giornate dei figli di insegnamenti programmati, impegnativi e costosi (nuoto, ballo, tennis, equitazione, lingua straniera...), inserendoli in una sorta di "catena di montaggio" quotidiana che i figli si trovano a subire senza trarne soddisfazione.

Al polo opposto dei comportamenti educativi eccessivamente impegnativi, quando non punitivi e minacciosi fino alla violenza, si trova il comportamento remissivo, assenteista, quello che induce l'adulto a concedere pur di non essere disturbato, ma anche qui con concessioni prive di soddisfazione per il bambino, perché accompagnate da messaggi di esasperata sopportazione.



Queste due diverse posizioni quasi sempre coesistono, creando nel bambino la confusione che tutti i comportamenti incoerenti provocano anche negli adulti, con l'aggravante che in questo caso la persona coinvolta in questi comportamenti non ha gli strumenti cognitivi ed espressivi per manifestare adeguatamente la confusione, e l'adulto può non rendersene conto, attribuendo a disturbi individuali quello che è invece il risultato di una relazione educativa non sufficientemente pensata.

In termini clinici, questo comportamento incoerente viene definito "patologia delle cure", una patologia che, se appare nella sua maggiore gravità in ambito medico, di fatto può invadere numerosi ambiti dell'esperienza educativa (Montecchi, 2002).

### 2.3 Il percorso della genitorialità e le attività di cura adeguate

Se è vero che l'educazione familiare è decisiva per l'impostazione esistenziale e la costruzione del quadro di valori morali del soggetto in evoluzione, è anche vero che le modalità con cui viene esercitata non possono essere violente, minacciose, mortificanti, e neppure confusive, incoerenti, instabili, approssimative: il contesto corretto e adeguato che caratterizza l'educazione familiare e la distingue, per valore, esperienze, qualità, rispetto a tutti gli altri contesti educativi, è quello che viene definito come genitorialità.

Si tratta di un'attitudine che cresce, matura e si affina con il crescere del figlio e del rapporto che con lui/lei si instaura, sulla base di un'attenzione dei genitori che guardano e pensano il figlio, ciascun figlio, con occhio e mente consapevoli di avere a che fare con una persona portatrice di diritti che la distrazione e la superficialità possono indurre facilmente l'adulto a conculcare.

Sul piano della prevenzione, questo dovrebbe indurre gli operatori psicosociali che si occupano di famiglie e di bambini ad allertarsi, perché se è vero che l'amore materno risponde a un bisogno primario del bambino ed è condizione indispensabile per la sua crescita, non si può tuttavia sottovalutare il fatto che questo amore deve tradursi in fatti concreti, verificabili, adeguati alle esigenze di sviluppo del bambino prima, del ragazzino e dell'adolescente poi.

Così come non si può trascurare l'altro polo della genitorialità: l'amore materno che, nella fatica di concretizzarsi, può trarre sostegno, alimento, incentivo, correttivo dalla relazione coniugale; il partner maschile della coppia integra e completa le competenze genitoriali con un ruolo che oggi si è evoluto rispetto alla rigidità autoritaria e anaffettiva che ha caratterizzato lo stile paterno fino a non molti anni fa, ma che forse, in una provvidenzial-

mente guadagnata competenza emotiva, rischia di sfumare nell'evanescenza e di far mancare al bambino quel punto di riferimento forte e rassicurante del quale ha bisogno per il completamento della "base sicura" sperimentata inizialmente con la figura materna.

La competenza genitoriale non è un dato acquisito, ma un *work in progress*, un percorso i cui parametri sono indicati dal figlio stesso, se solo viene ascoltato, guardato e pensato.

### 3. L'adulto pensato dal bambino

Nel suo percorso evolutivo, il bambino ha una diversa percezione del disagio a seconda dell'età e soprattutto delle condizioni di base. Così, paradossalmente e contrariamente a tutti gli stereotipi, bambini allontanati da nuclei familiari disfunzionali manifestano attitudini, competenze cognitive ed espressive precedentemente insospettate. Evidentemente hanno trovato, nella nuova situazione, quell'atmosfera di sicurezza, di protezione, di interesse per la loro persona che la coppia genitoriale per le sue difficoltà non era riuscita a esprimere e a far percepire.

Questo dice come il bambino, anche in tenera età, sia in grado di elaborare pensieri su di sé e sul mondo che lo circonda, come possa costruire un proprio sistema di significati familiari e sociali, come possa esprimere – in verità più con il comportamento che con la parola, anche dopo l'ingresso nella scuola – pensieri e giudizi che costituiscono e vanno ad arricchire in senso positivo o negativo il suo mondo esistenziale.

Il bambino elabora pensieri sull'adulto e su di sé in relazione all'adulto: un pensiero costante, una convinzione certa dei bambini allontanati dal nucleo familiare è di essersi meritati l'allontanamento a causa della loro "cattiveria", e senza un paziente intervento chiarificatore che, non colpevolizzando la famiglia, li sollevi radicalmente dalla responsabilità che si attribuiscono, questa convinzione li accompagnerà per tutta la vita, determinandone facilmente comportamenti devianti (Harris, 1991).

Questa elaborazione negativa di significati su di sé è presente non solo nei bambini i cui maltrattamenti sono stati attribuiti dagli adulti al loro cattivo comportamento, alla disubbidienza, alla maleducazione, alla ribellione, ma anche nei bambini vittime di violenza "assistita", quelli provenienti da nuclei familiari connotati da violenza tra adulti, senza che apparentemente il bambino ne fosse coinvolto. In verità, i processi di pensiero del bambino sono comunque improntati al protagonismo, che in queste situazioni assume connotati negativi.

Anche la non promozione degli sforzi che il bambino fa per crescere negli apprendimenti, causandogli demotivazione e svogliatezza, lo induce a credere di non essere capace, di non saper portare a termine i compiti. L'accumulo di insuccessi, con relative riprovazioni dell'adulto, lo porta a consolidare un'immagine di sé come deludente per l'adulto, e a confermare questa immagine con successive delusioni.

Come si vede, i pensieri che il bambino fa rispetto all'adulto sono inconsapevolmente suggeriti dai comportamenti dell'adulto stesso e, contemporaneamente, questi pensieri sull'adulto determinano nel bambino l'elaborazione dell'immagine di sé, in una sorta di circolo vizioso in perenne, pericolosa auto-costruzione.

Questo dice come la prevenzione del disagio minorile debba abbracciare orizzonti ampi non solo sociali, ma culturali e di costume.

### 3.1 Quando l'adulto è vissuto come un pericolo

La posizione di radicale asimmetria nella quale si trova il bambino nei confronti dell'adulto, se può configurare situazioni di prevalenza nelle quali il soggetto debole rischia di sentirsi schiacciato e squalificato, configura altresì, nelle situazioni di cosiddetta normalità, un potente atteggiamento di fiducia e di affidamento del bambino nei confronti dell'adulto. Esso è percepito come la fonte sicura del proprio benessere e del proprio futuro; quello a cui rivolgersi non solo per ottenere concessioni, ma per avere sicurezze, rassicurazioni, giudizi sui quali impostare a sua volta i propri sistemi di giudizio su se stesso e sul mondo; quello da cui apprendere le modalità più opportune di comportamento; quello a cui ricorrere per avere aiuto e consolazione nelle difficoltà: questo è l'adulto pensato dal bambino nella spontaneità dei suoi impulsi e delle sue prime esperienze relazionali e affettive.

Quando l'adulto è pensato invece come un pericolo, sulla base di esperienze dolorose e violente sia subite che assistite, il bambino cade in una solitudine confusa che lo rende smarrito e incapace di trovare punti di riferimento ai quali affidarsi: una conseguenza psicologica gravissima – alla quale viene in genere dedicata scarsa attenzione – del maltrattamento, della maltutela, dell'abuso sessuale all'infanzia è proprio la sottrazione, al bambino, di punti di riferimento sui quali poter contare.

Certo, come si diceva sopra, il bambino tende ad attribuire a se stesso la causa dei disagi nei quali si trova, ma questo non gli evita – semmai soltanto aggrava – quel primo sentimento di solitudine e di abbandono dato dalla sensazione di non

potersi fidare né dell'adulto, perché l'ha visto aggressivo, squalificante e insicuro, incapace di mantenere la parola data, né di se stesso, perché si vede "cattivo", "ribelle", "stupido", secondo l'immagine che gli viene restituita dall'adulto.

Ma questo bambino cattivo e stupido è pur sempre dipendente dai genitori, è attaccato a loro per la propria sopravvivenza, è portato a vivere l'adulto come "in pericolo" più che come "un pericolo" e può giungere a enfatizzare la propria responsabilità nei suoi confronti non solo sforzandosi di essere "buono" fino alla depressione, ma anche caricando i propri pensieri di fantasie salvifiche e positivamente risolutive che, se da un lato hanno a che fare con il delirio di onnipotenza, dall'altro occupano in modo invasivo i suoi pensieri, impedendogli di godere della propria situazione di bambino. Si parla, in questi casi, di parentificazione quando il figlio, di fronte a genitori che vede sofferenti e conflittuali, si carica nella fantasia della responsabilità di risolvere la loro situazione, identificandosi in genere o con il genitore che considera vittima o con quello che considera aggressore.

### 3.2 I pensieri dei bambini maltutelati e maltrattati

L'impossibilità del figlio a comprendere e a decodificare i comportamenti incomprensibili degli adulti ha molte cause:

- spesso le situazioni di conflitto coniugale sono tanto intricate e complesse, che gli stessi operatori del settore faticano a comprenderle;
- gli strumenti di analisi e di comprensione di cui dispone un bambino sono necessariamente limitati;
- l'invischiamento emotivo e affettivo è tale da impedire comunque, anche agli adulti stessi, di affrontare razionalmente alcune situazioni.

Ma anzitutto questi casi evidenziano la grave disfunzionalità del sistema familiare, perché sottraggono al bambino l'unica fonte che egli è in grado di percepire come sicura e affidabile di conoscenze, chiarezze di significati, indirizzi comportamentali, ma soprattutto sostegno nella fatica di crescere.

Se sul piano cognitivo la maltutela e il maltrattamento appannano i punti di riferimento, causano un disagio inesprimibile a parole e manifestato con comportamenti inadeguati, che possono assumere connotazioni diverse – tutte altamente pregiudizievoli per lo sviluppo della persona in evoluzione –, sul piano emotivo provocano nel bambino la coartazione delle emozioni, che egli si impedisce di provare, negandole (Miller, 1990, p. 166-169).

Il figlio di coppie maltutelanti e maltrattanti si può assegnare il ruolo di "capro espiatorio", attirando su di sé le attenzioni punitive degli adulti, per

provocare un trasferimento di attenzioni e di tensioni sulla propria condotta, nell'illusoria attesa di distrarre gli adulti dalle loro tensioni. Oppure può tentare di concentrare l'attenzione dei genitori su di sé, assegnandosi il ruolo di "paziente designato", attraverso sempre più frequenti indisposizioni, disturbi del sonno, della condotta alimentare, dell'apprendimento.

La prima scelta configura il profilo del "bambino cattivo" e può aprire la strada a trasgressioni sempre più gravi; la seconda invece porta il bambino e il ragazzino a costruirsi l'immagine del "malato", in un'*escalation* che può giungere all'anoressia anche grave, al disturbo psichiatrico, alla depressione. Nel percorso verso questo secondo esito, troviamo i bambini troppo buoni, troppo ubbidienti, erroneamente considerati "perfetti" dai loro insegnanti.

### 3.3 I pensieri dei bambini vittime di abusi sessuali

L'abuso sessuale, specie nella sua forma intrafamiliare, che è in assoluto la più frequente e diffusa, provoca nel bambino un vero e proprio inquinamento della mente e dei pensieri, fino a comprometterne, nei casi più gravi – quelli a inizio precoce e a evoluzione cronicizzata – la salute mentale (Cottle, 1992, p. 309-322).

Questo avviene perché l'abuso sessuale è sempre associato alla violenza psicologica, anche se solo in casi rari viene perpetrato in forme fisicamente violente: nella quasi totalità dei casi esso evolve come degenerazione di modelli comportamentali affettivi, che giungono progressivamente a configurare situazioni di seduzione e passano dalle cosiddette molestie fino a veri e propri gesti di violenza sessuale, nei quali il bambino resta imprigionato per la fiducia che egli attribuisce all'adulto al quale è affettivamente legato, per la soggezione che egli gli incute, per la consegna del segreto che accompagna queste condotte perverse.

Questo deve ancora una volta richiamare l'attenzione sul fatto che una forma sicuramente efficace di prevenzione primaria – quella volta a evitare che si verificano abusi di ogni tipo e in particolare sessuali sui bambini – deve mettere a fuoco lo stile di vita familiare, pur nella consapevolezza che questa è la forma di prevenzione di minore impatto immediato, la più impegnativa, costosa e apparentemente debole.

Il bambino oggetto di attenzioni particolari da parte di un adulto preminente, specie se è il padre o la figura paterna, non ha i parametri per comprendere immediatamente la scorrettezza delle attenzioni di cui è oggetto, attenzioni che può vivere addirittura come segni di gratificante predilezione.

Quando giunge a scoprire l'inganno, si trova a vivere l'emozione di un tradimento subito e, spesso addirittura involontariamente o in modo non del tutto consapevole, lo rivela. Ma la rivelazione apre un nuovo percorso di destabilizzazione nel nucleo familiare, una battaglia di accuse e controaccuse tra gli adulti, rotture di legami, denunce, in qualche caso l'inevitabile allontanamento della vittima, che si vive comunque come la causa colpevole di questi ulteriori disagi, ma che soprattutto giunge ad accusarsi di aver tradito l'adulto con la propria rivelazione.

Un marasma di pensieri, emozioni, illazioni, supposizioni, sospetti occupa la mente del bambino, che si trova schiacciato tra due diversi tradimenti: quello di cui è stato vittima, per la troppa fiducia accordata all'adulto, e quello di cui è stato autore, per aver rivelato il proprio particolarissimo legame con lui.

Tutto questo si configura come un vero e proprio trauma (Malacrea e Lorenzini, 2002, p. 222-223), che dalla fase acuta può giungere alla cronicizzazione, se non intervengono misure di sostegno volte a favorire l'elaborazione dei vissuti che sono comunque di vittimizzazione e di colpevolizzazione e che occupano la mente del bambino in modo magmatico, fino a impedirgli un corretto sviluppo non solo affettivo e sociale, ma anche cognitivo. Episodi di autolesionismo fino al tentato suicidio non sono infrequenti nell'esperienza di chi si occupa di queste situazioni, accanto comunque a una situazione comune di autolesionismo psicologico provocato dall'isolamento, dalla perdita di fiducia nell'adulto, dalla convinzione di essere in ogni caso destinato a un futuro senza speranza, e di autolesionismo affettivo, attraverso una incapacità di ricevere e mostrare affetto.

### **3.4 Il percorso della filialità e la percezione di cure adeguate**

Come l'esperienza della genitorialità, anche l'esperienza della filialità è un percorso complesso e tortuoso, nel quale adulti e bambini si incontrano, costruendo tra loro un rapporto di reciprocità che consolida progressivamente il legame.

In questo percorso il figlio non riceve passivamente cure e affetto, ma stimola, suggerisce, provoca i comportamenti genitoriali.

A ogni percezione di ricevere cure adeguate corrisponde un moto di risposta che si concretizza in comportamenti altamente gratificanti per l'adulto, costretto a moltiplicare e affinare le attenzioni.

Questo rapporto si nutre progressivamente di sempre nuove iniziative, di gesti, sorrisi, richiami, attraverso i quali si costruisce il filo sottile, destinato a

rinsaldarsi nel tempo perché nutrito di sempre nuove sensazioni ed esperienze, non necessariamente verbalizzate e non sempre mentalizzate, che è il sentimento della filialità, il reciproco della genitorialità.

Se la percezione primaria dell'adeguatezza delle cure riguarda prevalentemente fatti materiali, attenzioni attinenti il benessere fisico, oltre esse e mediante esse il figlio matura la percezione del benessere psicologico, perché le cure che riceve e le modalità con cui gli sono prestate lo aprono a una fiducia e a una sicurezza che gli consentono di fidarsi e di affidarsi.

Il gioco sottile e profondo della reciprocità tra genitorialità e filialità consentirà di attraversare indenni anche il tumultuoso periodo dell'adolescenza, quando tutte le sicurezze costruite sulla fiducia nell'adulto significativo dovranno opportunamente essere messe in discussione per diventare sicurezze proprie.

Quanto più sarà forte e sicuro il legame filiale che la genialità genitoriale e la genialità filiale avranno favorito, tanto più il figlio sarà in grado di "prendere le distanze" dal nucleo familiare senza rompere i legami: potrà finalmente attingere all'esperienza dell'autonomia.

#### **4. Opportunità e rischi per il bambino in famiglia**

La vita del bambino complessivamente, ma specialmente nel luogo primariamente e più intimamente deputato alla sua cura, si gioca tutta dentro un equilibrio delicatissimo tra fattori di protezione e fattori di rischio, che da personali e familiari possono evolvere in sociali.

##### **4.1 Le opportunità: la costruzione del mondo cognitivo, affettivo, relazionale e sociale**

La coppia genitoriale, con il contorno relazionale più ampio e libero della rete parentale e amicale, è il contenitore e insieme il motore ideale nel quale il bambino può trovare le risorse adeguate all'incoraggiamento nel suo impegnativo processo di crescita.

Per sommi capi, sarà sufficiente ricordare che le sue facoltà cognitive di base possono essere fortemente potenziate dal mondo affettivo che la famiglia gli assicura: il passaggio dalla lallazione (il cosiddetto "mammese", quel linguaggio apparentemente incomprensibile e senza senso che la mamma utilizza per entrare in contatto con il bambino fin dai primi mesi di vita) alla parola e

alla costruzione del periodo, possibile solo a partire dalla capacità di costruire pensieri; il coraggio di affrontare esperienze nuove, lasciando vecchie sicurezze consolatorie come il biberon, la presenza continua di una persona di famiglia; il passaggio alla posizione eretta; l'apprendimento della letto-scrittura sono altrettante imprese faticose che il bambino deve sostenere, e le sosterrà tanto meglio e più velocemente quanto più sarà caldo, comprensivo, paziente e insieme stimolante il mondo affettivo che lo circonda; quanto più gli adulti significativi saranno attenti a riconoscere e premiare i suoi successi.

Da una buona relazione con i genitori nasce l'autostima, attraverso la quale il bambino, poi ragazzino, potrà affrontare il rischio delle relazioni con i pari e con gli adulti estranei, come gli insegnanti, il coraggio e l'incentivo per risolvere compiti progressivamente più impegnativi e per mettersi alla prova in circostanze via via più complesse. Dalla positività di queste prime esperienze potrà svilupparsi e maturare un'immagine sociale adeguata ai compiti che le varie età della vita gli proporranno.

Questi, necessariamente segnalati per accenni, costituiscono i fattori di protezione sui quali un bambino dovrebbe sempre poter contare per la sua crescita; a essi si aggiungono naturalmente i fattori personali, quali la salute e una buona dotazione intellettuale.

Quanto sopra accennato richiama l'attenzione sul ruolo fondamentale rivestito dalle esperienze precoci in ordine al futuro sviluppo della persona. Un ruolo che sul piano teorico è universalmente riconosciuto ma che poi, in pratica, viene spesso sottovalutato e posto in secondo piano rispetto agli stereotipi della famiglia "comunque buona", stereotipi che hanno il vantaggio di evitare scelte impopolari e inquietanti e di lasciare le cose, almeno temporaneamente, invariate, per poi intervenire quando il ritardo ha creato danni irreversibili.

Una corretta impostazione di progetti di prevenzione del disagio minorile non può trascurare il disagio della famiglia e assumerlo in termini di sostegno e terapia, quando i fatti manifestano, soprattutto attraverso le sintomatologie dei figli, una sua incapacità-impossibilità di garantire alla prole quei fattori di protezione senza i quali la sua evoluzione è inevitabilmente compromessa.

## 4.2 Bambini a rischio nel mondo degli adulti

Un'attenta osservazione della situazione esistenziale dei bambini induce necessariamente a constatare che essi sono comunque esposti a situazioni di rischio nel mondo degli adulti. Questo a prescindere, evidentemente, dalle



condizioni di autentica, insopprimibile e indispensabile opportunità che lo stesso mondo degli adulti garantisce loro, in ordine al loro sviluppo e al loro benessere psicosociale, affettivo e cognitivo.

Le situazioni di rischio sono di vario tipo, e non tutte immediatamente prevedibili, come ad esempio gli eventi critici – malattie gravi o gravemente invalidanti, morte, separazione conflittuale, perdita del lavoro, sfratto – che possono colpire un componente della famiglia provocando un’alterazione complessiva del clima familiare nel quale il bambino può trovarsi coinvolto senza avere adeguata comprensione della situazione.

Là dove una coppia vive in situazione di disagio relazionale, il bambino ne è contagiato inesorabilmente e il suo percorso evolutivo viene compromesso.

Così avviene per le coppie cosiddette “premature”, nate da unioni decise con troppa leggerezza o urgenza, oppure motivate da interessi estranei alla libera scelta della coppia stessa, come l’attesa inopinata di un figlio, la pressione al matrimonio da parte della famiglia allargata, motivi economici.

Anche l’uso di sostanze psicotrope e ancor più la dipendenza severa da esse da parte di uno o di entrambi i partner pone evidentemente la coppia in situazione di grave fragilità.

Alle dipendenze tradizionali si aggiungono oggi ulteriori dipendenze: quelle legate alla sempre più diffusa pratica delle scommesse – videogiochi, lotterie, bingo – che disturbano la coppia genitoriale nel suo impegno di cura e educazione e concentrano altrove le sue energie. Il figlio si trova così schiacciato dai problemi degli adulti rispetto ai quali diventa “invisibile”, nel senso che le figure genitoriali non possono costituire per lui un riferimento sicuro, in quanto sono psicologicamente assenti o distratte.

Così avviene anche per i figli di coppie tanto dipendenti dalle rispettive famiglie di origine da non riuscire a elaborare autonomi sistemi di significati e di valori e stili di comportamento sufficientemente sicuri da diventare per il bambino punti di riferimento significativi.

In altri casi il rischio è costituito per il bambino dalla presenza di giochi familiari (Pedrocco Biancardi, 1996) nei quali gli adulti sono invischiati, ed egli si trova suo malgrado coinvolto con ruoli sostitutivi di affetti mancati o ruoli riparativi di ferite subite o ruoli pacificatori di conflitti antichi e insanabili.

In tutti questi casi il rischio consiste nell’impossibilità che gli adulti hanno di pensare a lui, di vederlo come veramente è, un bambino bisognoso di attenzioni particolari, adeguate e modificate a ogni passaggio di età e a ogni conseguente compito evolutivo.

Tuttavia, sta emergendo oggi un ulteriore fattore di rischio, presente prevalentemente nelle fasce più avvantaggiate della popolazione, quello che

viene complessivamente definito con il termine “ipercura”, che dà luogo ad accanimenti alimentari, educativi, terapeutici, tutti comportamenti genitoriali che rivelano una condizione ansiosa degli adulti nella quale il bambino viene coinvolto.

## 5. Per una cultura della prevenzione

I parametri attraverso i quali stabilire l'adeguatezza delle funzioni genitoriali non possono essere considerati immutabili. Essi subiscono continue variazioni sulla base di almeno due fattori concomitanti: l'incremento delle conoscenze circa il funzionamento mentale dei bambini e l'accresciuto riconoscimento culturale dei loro diritti.

Sul primo fronte è sufficiente pensare agli apporti offerti da un lato da Jean Piaget, che ha considerato prevalentemente i processi cognitivi astraendoli dal contesto affettivo ed emozionale, e dall'altro da John Bowlby che, attraverso la formula dei modelli rappresentativi interni, ha creato la sutura tra dimensione affettiva e cognitiva, aprendo la strada per le successive acquisizioni attraverso le quali si è resa possibile una lettura diacronica e sincronica dei processi evolutivi. Sul secondo fronte, è sufficiente ricordare la vera e propria rivoluzione portata dalla *Convenzione sui diritti del fanciullo*, che ha consentito finalmente di riconoscere alla persona minore di età lo status di soggetto giuridico e non più solo di oggetto.

Oggi, grazie a queste acquisizioni e alle loro conseguenze, il concetto di genitorialità adeguata è più rigoroso ed esigente di ieri, perché la conoscenza dei bisogni evolutivi del bambino è più approfondita e diffusa.

In corrispondenza a queste acquisizioni, si sono attivate e affinate anche le tecniche sociali e pedagogiche di intervento a sostegno della genitorialità, da un lato con una sempre più diffusa e competente presenza di operatori sociali, dall'altro con iniziative anche domiciliari, centri educativi e aggregativi per preadolescenti e adolescenti, servizi socioeducativi per la prima infanzia, con le famiglie, interventi di sostegno alle relazioni di cura. Tutto ciò finalizzato non solo al sostegno preventivo ma anche all'individuazione precoce delle situazioni di rischio. È sufficiente qui ricordare la moltitudine di progetti attuati negli ultimi anni in attuazione della legge 28 agosto 1997, n. 285, *Disposizioni per la promozione di diritti e di opportunità per l'infanzia e l'adolescenza*.

La progettazione di iniziative di prevenzione si è quindi ampliata, impegnandosi in ambito di prevenzione primaria, volta a evitare che si costruiscano sistemi relazionali esposti al rischio di creare disagio nel bambino; in sede

di prevenzione secondaria, finalizzata a una presa in carico precoce ed efficace delle situazioni in cui maltrattamento e abuso si sono già verificate, attrezzando gli operatori a individuarle e riconoscerle; in sede di prevenzione terziaria, finalizzata alla presa in carico terapeutica non solo della vittima, ma del sistema abusante, per provocare l'interruzione del ciclo perverso.

Il problema, come si ricordava all'inizio, ha una portata culturale: si tratta probabilmente di favorire il passaggio da una cultura adultocentrica, in base alla quale tutto è organizzato a partire dalle esigenze e dalla mentalità dell'adulto, per acquisire la disponibilità a entrare nel pensiero bambino per ascoltarlo, comprenderlo, e soprattutto riconoscergli dignità, attendibilità, diritto al rispetto.

Ma poi evidentemente ha una portata sociale: le acquisizioni psicologiche e giuridiche diventano, in un progetto di prevenzione, programmi concreti di formazione per tutti gli adulti che si trovano professionalmente a interagire con i bambini, in primo luogo gli insegnanti e, fra essi, quelli che li accostano nei primi anni di vita e che, per i minori vincoli didattici, possono con maggiore naturalezza e facilità, rispetto ai colleghi dei gradi successivi, entrare in relazione fiduciaria con la famiglia.

Il ruolo della scuola, in particolare proprio della scuola per l'infanzia, in ordine alla prevenzione o all'intervento precoce sul disagio minorile, si rivela spesso fondamentale. La scuola dell'infanzia, infatti, viene a trovarsi proprio al crocevia del passaggio del bambino dalla famiglia alla società, e di frequente questo passaggio non riguarda solo il bambino, bensì tutta la sua famiglia che, attraverso il figlio, viene a trovarsi a confronto con un mondo sociale spesso precedentemente sottovalutato o addirittura ignorato. Nel gioco di questi nuovi rapporti che la famiglia instaura attraverso il figlio, possono emergere situazioni problematiche per le quali un intervento in fase embrionale può rivelarsi positivamente risolutivo, perché produttivo di quelle minime modifiche di comportamento e di significato capaci di far evolvere situazioni relazionali che, lasciate a se stesse, potrebbero subire al contrario pericolose involuzioni.

Si può dunque conclusivamente affermare che il mondo degli adulti nel suo complesso e non solo il mondo familiare – che pur resta il luogo decisivo per il loro futuro benessere personale e sociale – costituisce per i bambini e le bambine, per i ragazzi e le ragazze il contesto nel quale vengono costruiti ed elaborati i fattori di protezione e insieme i fattori di rischio del loro sviluppo complessivo.

Se questo è vero, allora è possibile affermare che a prevenzione del disagio minorile è necessario promuovere non solo l'adeguatezza genitoriale dei genitori biologici, ma una attitudine genitoriale più vasta, nella quale possa fiori-

re disponibilità alla genitorialità vicaria, nelle forme dell'adozione e dell'affidamento eterofamiliare, e competenza per una genitorialità sociale che induca ogni adulto a sentirsi responsabile del benessere di ogni bambino.

## Riferimenti bibliografici

### **Bowlby, J.**

1982 *Costruzione e rottura dei legami affettivi*, Milano, Cortina

### **Cottle, Th.J.**

1992 *I segreti dei bambini*, Milano, Frassinelli

### **Crittenden, P.M.**

1994 *Nuove prospettive sull'attaccamento*, Milano, Guerini

### **De Zulueta F.**

1999 *Dal dolore alla violenza, le origini traumatiche dell'aggressività*, Milano, Cortina

### **Di Blasio, P.**

2000 *La psicologia del bambino maltrattato*, Bologna, il Mulino

### **Harris, P.L.**

1991 *Il bambino e le emozioni*, Milano, Cortina

### **Kindlon, D., Thompson, M.**

1999 *Intelligenza emotiva per un bambino che diventerà uomo*, Milano, Rizzoli

### **Malacrea, M., Lorenzini, S.**

2002 *Bambini abusati*, Milano, Cortina

### **Miller, A.**

1987 *La persecuzione del bambino*, Torino, Bollati Boringhieri

1990 *Il bambino inascoltato*, Torino, Bollati Boringhieri

### **Montecchi, F.**

1998 *Maltrattamenti e abusi ai bambini*, Milano, Franco Angeli

2002 *Abuso sui bambini: l'intervento a scuola*, Milano, Franco Angeli

### **Moro, A.C.**

1994 *I diritti dei minori, oggi*, «Terapia familiare», 46

### **Pedrocco Biancardi, M.T.**

1996 *La relazione coniugale*, «Presenza pastorale», 6, 25-34

### **Pinto, M.A.**

2000 *Centralità delle emozioni e prevenzione del maltrattamento*, in *Il maltrattamento invisibile*, a cura di C. Foti, C. Bosetto, A. Maltese, Milano, Franco Angeli, 91-99

## Enti locali e prevenzione del disagio

Un'esperienza di intervento nella scuola quale luogo di elaborazione e promozione del diritto alla cittadinanza delle bambine e dei bambini

Loredana Aurelio Celegato\*

Buona amministrazione è porre tra gli obiettivi prioritari del programma intorno ai diritti di cittadinanza, individuali e collettivi, l'accrescere il livello della qualità della vita urbana lungo le dimensioni della sicurezza, della solidarietà, della sostenibilità e della funzionalità: questo obiettivo infatti si configura come la più efficace prevenzione del disagio.

È questo un impegno forte e da condividere affinché il benessere realizzato per i cittadini derivi dalla ideazione e attuazione di situazioni capaci di assicurare l'agio come condizione sociale di norma e di superare il disagio come offerta di opportunità di affrancamento individuale e sociale.

Si tratta di un obiettivo impegnativo, universale, da generalizzare e indirizzare in maniera appropriata attraverso l'individuazione e l'adozione di strumenti pertinenti che ne consentano un adeguamento ai vari specifici di cittadinanza.

E se tale diritto riguarda l'infanzia, l'impegno è ancora più forte, perché significa usare le migliori attenzioni e sensibilità nei confronti dei cittadini minori, onde permettere loro di ottenere pari opportunità nel mondo degli adulti, maggiore considerazione e risposte adeguate ai loro bisogni materiali e non, che si trovino in situazione di normalità o di svantaggio.

Operare per l'inclusione sociale dei cittadini minori significa riconoscere loro dignità di persone originali, con le quali instaurare un rapporto attivo.

Fondamentale in questo interscambio è il recepire senza pregiudizi i vari messaggi e i tanti bisogni che vengono posti in modo esplicito dalle bambine e dai bambini, avendo cura di non disperdere quelli impliciti. Su questi va fatto anzi uno sforzo di interpretazione con maggior acume per renderli contenuti di programmazione e tappe di percorsi mirati, prefigurandoli in un quotidiano più ricettivo perché completato da interventi specifici.

Occorre riscoprire perciò una vocazione al servizio educativo e scolastico dell'ente locale per raggiungere il proprio comprovato buon fine di efficienza in termini generali e di efficacia in termini individuali.

Questo è possibile se si parte dalla centralità del bambino rispetto alla relazione, quindi dai suoi bisogni e dall'adeguatezza delle relative risposte. Nella consapevolezza della complessità del rapporto tra scuola e famiglia che caratterizza l'ambiente di vita del bambino, l'ente locale dovrebbe adoperarsi per costruire una relazione collaborativa tra le due entità, aiutandole a superare eventuali pregiudizi e incomprensioni. Questi ultimi insorgono a volte per eccessiva aspettativa reciproca, a volte per difficoltà di interpretazione della

---

\* Assessore Pubblica istruzione, Asili nido, Economato, Pari opportunità, Comune di Venezia.

diversità di ruoli e di modelli educativi. Da questo punto di vista, è fondamentale che alla famiglia e alla scuola siano riconosciute e attribuite funzioni specifiche in una logica di complementarità. In tal modo le loro risorse potranno essere valorizzate e potenziati i relativi interventi.

Se in famiglia gli apprendimenti e l'affettività hanno il carattere della quotidianità e della spontaneità, a scuola apprendimenti e rapporti devono essere "pensati e individualizzati" per creare giusta accoglienza per tutti. Non solo, ma anche per riuscire a individuare precocemente eventuali disagi rispetto ai quali prevedere e fornire adeguato sostegno, attivando sinergie e risorse che le famiglie non hanno o non conoscono, ponendosi in contesti comunicativi attivi e di coinvolgimento sia sul piano comportamentale che su quello sociale e culturale.

Se condivisione e progettazione possono essere gli indirizzi di un intervento educativo pertinente intorno all'infanzia tra servizio comunale e famiglia, altrettanto importante diventa ricercare le tante possibili sinergie interne all'amministrazione e realizzarle per produrre occasioni e percorsi più complessivi e articolati e perciò più efficaci.

Questo, per il buon amministratore, costituisce una sfida che si coniuga con termini e prassi come integrazione, inclusione, confronto democratico, circolazione di idee, collaborazione, sensibilità, pazienza.

I bambini e le bambine meritano tutto il meglio possibile, non per legge di mercato, ma per rispetto e amore dovuto a chi non sa dotarsi dell'autoreferenzialità che caratterizza gli adulti, qualunque sia il ruolo sociale, politico o culturale che ricoprono.

Interpretando in questa funzione dinamica il ruolo di un assessorato alla Pubblica istruzione e agli Asili nido, nella prospettiva della prevenzione del disagio, emerge con forte evidenza la necessità di dare valore e buon spessore educativo al servizio integrato nidi-materne, ai servizi educativi per ogni ordine e grado di scuole e a quelli scolastici previsti dal legislatore, perché siano erogati attraverso un impianto di buona organizzazione e di ricerca di alta qualità, con un costante monitoraggio sulla loro funzionalità e sul grado di soddisfacimento della domanda che riescono ad attuare, in posizione di sussidiarietà e di opportunità integranti del pluralismo sociale e culturale presente nel territorio.

Godere del diritto alla cittadinanza piena, per i cittadini minori, significa certo poter usare buone strutture edilizie, ma anche essere messi nelle condizioni di superare eventuali barriere architettoniche, contare su una sana alimentazione che sia finalizzata al benessere fisico e comportamentale, godere di una scuola attiva, in interazione con il territorio, le sue realtà e le sue ini-

ziative culturali e sociali, avere a disposizione strutture varie di socializzazione e di apprendimento, essere garantiti in termini di tutela e di corresponsabilità.

Questo impone agli adulti anche la responsabilità di aprire un'ampia riflessione per individuare punti di forza e punti di debolezza del prodotto finale di ciascuna "scuola", scegliendo come valore professionale l'aggiornamento e la riqualificazione individuale e collettiva dei docenti, realizzando sul campo continuità culturale, pedagogica e didattica, dando così visibilità alla ricchezza professionale e all'originalità dei percorsi storici degli insegnanti e delle strutture scolastiche, ma soprattutto rendendo esplicita la scelta progettuale e individuando gli utenti, bambini e bambine, mamme e papà, come necessari interlocutori del lavoro definito e da perseguire.

Sulla base di queste considerazioni si può dire che un servizio è luogo di prevenzione del disagio, di educazione, di formazione e di socializzazione, quando ai bambini e alle bambine propone percorsi attivi per sviluppare le loro potenzialità cognitive e affettive e assicurare un loro armonico sviluppo; e alle famiglie offre un servizio di supporto e di azione positiva in risposta ai loro bisogni sociali e alle scelte di vita, oltre che di affiancamento e di sostegno nei loro compiti educativi.

Questo duplice impegno, se è svolto in integrazione con gli altri servizi educativi, sociali e sanitari rivolti all'infanzia:

- favorisce la continuità educativa in rapporto alla famiglia e all'ambiente sociale del piccolo utente;
- mette in atto azioni positive e di pari opportunità con l'intento di valorizzare le differenze, svolgendo altresì un'azione di prevenzione contro ogni forma di svantaggio e un'opera di promozione culturale e di informazione sulle problematiche relative alla prima infanzia;
- tutela e garantisce il diritto all'inserimento dei bambini portatori di svantaggio psicofisico e sociale;
- assicura un ottimo standard di qualità strutturale e di impianto organizzativo;
- si pone in continuità reale con la scuola dell'infanzia e con i relativi orientamenti educativi.

Perché un servizio possa rispondere a questi compiti, tutti mirati alla prevenzione del disagio, deve essere pensato secondo una mentalità impegnata a evitare ogni forma di discriminazione, garantendo il rispetto pieno del cittadino minore, non ponendo alcuna distinzione in merito a razza, etnia, sesso, religione, condizione socioeconomica e psicofisica, e concorrere alla formazione integrale della sua personalità, attraverso l'acquisizione di una identità

**Comune di Venezia, Assessorato Pubblica istruzione**  
**Servizi realizzati per la prevenzione del disagio**

<b>Anno scolastico</b>	<b>Tipologia del servizio</b>	<b>Coinvolgimento</b>
<b>1999/2000</b>	<i>Itinerari</i> di aggiornamento e attività didattica/mostre interattive per relative classi su "Il bullismo a scuola" e "Bambini mal... trattati"	2 gruppi da 25 e 20 insegnanti
<b>2000/2001</b>	<i>Centro Documentazione</i> con prestito materiali sul disagio	178 prestiti per 23 scuole
	<i>Seminario</i> su "La comunicazione..."	60 insegnanti
	<i>Itinerari</i> di aggiornamento e attività didattica/mostre interattive per relative classi su "Conflitti, litigi...", "Guarda che ti mando dal Preside", "Bambini difficili"	3 gruppi da 25, 25 e 16 insegnanti
	<i>Aggiornamento</i> su "Disagio, svantaggio socioculturale", "Relazione educativa e sostegno alla genitorialità"	2 gruppi territoriali di 100 insegnanti di scuola dell'infanzia comunale
<b>2001/2002</b>	<i>Centro documentazione</i> con prestito materiali sul disagio	144 prestiti per 19 scuole
	<i>Seminario</i> su "L'attenzione...", "La relazione..."	2 gruppi da 121 e 150 insegnanti
	<i>Itinerari</i> di aggiornamento e attività didattica/mostre interattive per relative classi su "Bambini difficili"	2 gruppi da 15 e 30 insegnanti
	<i>Aggiornamento</i> su "Disagio, svantaggio socioculturale", "Relazione educativa a sostegno della genitorialità"	2 gruppi territoriali simili all'anno precedente ma a rotazione
<b>Orientamento scolastico</b>		
<b>Triennio 2000/2002</b>	Attività improntate a contrastare l'abbandono scolastico nella Scuola Media	15 scuole, 89 classi, 1.780 alunni
	Centro d'ascolto	11 scuole, circa 1000 alunni
	Conferenze per genitori	10 scuole
	Conferenze "attive" per alunni	3 scuole, circa 60 alunni



## Sezione 1

personale come positiva immagine di sé e la conquista di un buon grado di autonomia personale.

Complessivamente, il diritto di cittadinanza delle bambine e dei bambini si può realizzare:

- riconoscendo loro un'individualità originale in continua interazione con coetanei, adulti e ambiente naturale e sociale;
- mettendoli nelle condizioni di crescere come soggetti liberi, autonomi, competenti e creativi, partecipi del contesto sociale di appartenenza;
- favorendo il loro sviluppo armonico nelle componenti fisiche, affettive, emotive, cognitive e sociali;
- ricercando e sostenendo la collaborazione tra scuola e famiglie, nel riconoscimento della differenza dei ruoli e nella disponibilità di farne elemento strategico della relazione;
- attivando forme di tutela e di garanzia in considerazione della delicatezza e della peculiarità del loro essere;
- continuando a riqualificare le strutture e gli spazi interni ed esterni.

A partire da queste premesse, in un contesto complessivo di prevenzione del disagio, l'Assessorato alla Pubblica istruzione del Comune di Venezia, un esempio tra gli altri che si potrebbero citare ricordando esperienze locali attive in regioni del Nord, del Centro o del Sud Italia, ha realizzato alcuni servizi prevalentemente finalizzati alla valorizzazione educativa della scuola dell'obbligo e della scuola per l'infanzia, dei quali è fornita una sintetica elencazione nel prospetto riassuntivo a pagina precedente.

# La funzione e le modalità del monitoraggio in tema di prevenzione del disagio

L'esperienza della Regione Veneto

Alessandra Corò\*

## 1. Alcune premesse

Parlare di monitoraggio in tema di prevenzione induce a distinguere quale sia il livello in cui si intendono collocare gli interventi in programma. Se la prevenzione primaria, infatti, secondo le categorie individuate dal CAPCAE, Concerted action for the prevention of child abuse in Europe (1999-2000), mira a impedire che il fenomeno si realizzi, individuando precocemente le possibili aree di rischio, la prevenzione secondaria mira all'individuazione precoce del fenomeno e all'intervento immediato per sospenderlo. La prevenzione terziaria, poi, è finalizzata alla riduzione del danno.

Questi aspetti, approfonditi in altra parte del volume, sono stati richiamati per collocare al giusto posto l'attività di monitoraggio che la Regione Veneto svolge in tema di maltrattamento e abuso all'infanzia.

## 2. Il monitoraggio di un fenomeno sommerso

Si può iniziare con una domanda: un fenomeno, quando è sommerso e non ancora codificato, è possibile monitorarlo o solo stimarlo?

Il monitoraggio prevede un sistema di rilevazione condiviso, codificato e realizzato da soggetti individuati e preposti a questo.

Il maltrattamento e l'abuso infantile, quando emergono, prevedono l'intervento di organi e soggetti diversi a seconda che siano intra o extrafamiliari.

La quantità dei possibili rilevatori è la difficoltà più vistosa per la realizzabilità del monitoraggio; a questo si aggiunge la delicatezza del dato che andiamo a rilevare.

## 3. I flussi informativi da potenziare

L'implementazione di un sistema di monitoraggio deve partire dall'analisi di quanto sia da subito realizzabile e prevederne l'estensione.

Da questo presupposto la rilevazione del fenomeno potrebbe essere realizzata utilizzando la rilevazione semestrale dei minori allontanati dalla propria famiglia e inseriti in strutture tutelari, informazioni raccolte ai sensi delle leggi 184/83 e 164/01.

---

\* Dirigente Servizio minori e famiglia, Regione Veneto.

La rilevazione, ormai consolidata, avviata dalla Regione Veneto nel 1993 in modo standardizzato, ha consentito di conoscere la realtà dei minori istituzionalizzati e dei servizi presso i quali trovano accoglienza; in particolare si sono potute approfondire le cause che hanno portato all'allontanamento del minore dalla propria famiglia. Oggi l'Osservatorio regionale per l'infanzia e l'adolescenza, nell'ambito delle iniziative promosse dalla legge 23 dicembre 1997, n. 451, *Istituzione della Commissione parlamentare per l'infanzia e dell'Osservatorio nazionale per l'infanzia e l'adolescenza*, raccoglie semestralmente tutti i dati sui minori allontanati dalla propria famiglia e inseriti in strutture tutelari della regione.

Anche il monitoraggio del fenomeno dell'abuso e del maltrattamento, fenomeni più specifici, possono essere connessi alla rilevazione della Banca dati minori, essendo molti di questi bambini e ragazzi inseriti a tutt'oggi in strutture tutelari o in affidamento familiare. I dati disponibili non possono, tuttavia, essere considerati esaustivi e soddisfacenti, soprattutto perché in questo campo è molto difficile cogliere dai segnali di disagio del bambino la certezza che si tratti di un bambino abusato.

Oltre alle consuete informazioni sul minore in situazione di tutela, nel sistema informativo è precisato il motivo dell'allontanamento dalla famiglia di origine. Se si è dinanzi ad allontanamenti determinati da situazioni di abuso o di maltrattamento dovrà essere compilato uno specifico questionario che raccolga altri dati per far emergere le peculiari caratteristiche di questi gravi fenomeni e tracciare un quadro d'insieme, seppur sintetico, da cui trarre informazioni pertinenti, nonché molteplici e preziosi elementi di riflessione per quanti sono chiamati a confrontarsi con la realtà in questione e con le problematiche a essa connesse.

In particolare dovrebbero essere rilevati alcuni indici riconducibili essenzialmente a queste aree informative:

- tipologia e caratteristiche delle violenze, analizzando l'intensità e la modalità con cui si è realizzato l'abuso e il luogo in cui gli atti sono stati perpetrati;
- gli autori dell'abuso;
- la rete dei servizi e gli interventi, indicando sia la fonte della segnalazione sia il tipo di richiesta inoltrata al servizio a cui è stata fatta la segnalazione e che ha preso in carico il bambino abusato. Tra gli interventi attuati, una particolare attenzione dovrebbe essere diretta a registrare quelli rivolti al nucleo familiare sia nel suo insieme che ai singoli componenti;
- l'intervento della magistratura.

La raccolta delle informazioni anagrafiche consente di condurre anche studi longitudinali, ma soprattutto di conoscere approfonditamente il contesto sociale e familiare dove è avvenuto il maltrattamento o l'abuso, informazioni preziose per la definizione e l'implementazione dei programmi di prevenzione.

L'efficacia della rilevazione, in particolare laddove si vogliono porre in evidenza maltrattamento e abuso sessuale, dipende fortemente anche dal grado di preparazione degli operatori; in generale, si può quindi affermare che è utile farla precedere da un'intensa attività di sensibilizzazione nei confronti degli operatori delle strutture tutelari e dei servizi di tutela per far emergere il fenomeno dell'abuso e del maltrattamento come causa prevalente e non concomitante ad altri motivi magari più evidenti.

#### 4. Gli sviluppi possibili del sistema informativo di monitoraggio

Uno spaccato più puntuale sul fenomeno del maltrattamento e dell'abuso sessuale potrà essere effettuato solo con la costituzione dei centri specializzati, dove invece il monitoraggio potrà consentire anche un'analisi approfondita sull'efficacia dell'intervento.

In tal senso un'opportunità è offerta dal decreto 13 marzo 2002, n. 89, *Regolamento concernente la disciplina del fondo di cui all'art. 17, comma 2, della legge 3 agosto 1998, n. 269, in materia di interventi a favore dei minori vittime di abusi, a norma dell'art. 80, comma 15, della legge 23 dicembre 2000, n. 388*, il quale prevede, all'art. 2, che le regioni, anche alla luce di quanto previsto nel progetto-obiettivo materno infantile adottato con decreto del Ministro della sanità 24 aprile 2000, in tema di maltrattamenti, abuso e di sfruttamento sessuale dei minori, sulla base delle risorse assegnate, predispongano programmi di intervento finalizzati alla realizzazione di progetti specifici concernenti:

- azioni di prevenzione;
- azioni di presa in carico.
- azioni formative e informative, anche rivolte alle vittime e agli autori di reato.

I progetti dovranno prevedere l'integrazione degli interventi con la rete dei servizi sociali e sanitari del territorio e la compresenza di diverse professionalità competenti nella protezione del minore.

L'attivazione di programmi regionali destinati esclusivamente ai minori vittime di abusi e maltrattamenti dovrebbe consentire in ciascuna regione un monitoraggio del fenomeno, oltre a un'analisi approfondita sull'efficacia degli interventi terapeutici messi in atto a favore dei minori.

## 5. Conclusioni

In generale, anche se è stata registrata una maggiore sensibilità tra i cittadini e le famiglie per il rispetto e la considerazione nei confronti dei cittadini più giovani e ampio spazio viene dato alle indicazioni per contrastare ogni forma di maltrattamento e abuso, ancor oggi il problema maggiore è dato dal sommerso del fenomeno e dalla difficoltà di segnalazione.

Per contrastare tali fenomeni, che spesso sono sommersi e difficilmente individuabili al loro insorgere, è necessario predisporre un piano di azione che sia in grado di dare ai servizi preposti gli strumenti adeguati di rilevazione e di intervento. Questo percorso può essere favorito dalla stipula di protocolli e di conseguenza dalla determinazione di procedure condivise, dalla promozione di programmi di formazione che promuovano in coloro che sono a diretto contatto col mondo dell'infanzia e adolescenza (genitori, operatori, educatori, insegnanti) lo sviluppo di capacità di ascolto e di riconoscimento dei segnali di disagio. Sia per gli interventi concreti che per il monitoraggio, è fondamentale poi che la comunità nel suo insieme e gli operatori possano fare riferimento alla consulenza da parte di servizi competenti e formati e siano in grado di procedere, qualora necessario, alla segnalazione delle situazioni di rischio alle autorità competenti mediante procedure conosciute e condivise.

Per raggiungere tali obiettivi e garantire una vera politica di prevenzione, protezione e tutela del minore, è determinante pertanto una qualità del sistema complessivo dei servizi, che tenga presenti molteplici esigenze: l'esigenza di conoscere i fenomeni e il loro andamento nel tempo; l'esigenza di "riappropriarsi" di un concetto di territorio quale comunità civile, non solo area geografica o area amministrativa; l'esigenza di dotare quanti sono a stretto contatto di bambini e adolescenti di capacità di ascolto e tutti i professionisti dell'area della tutela di formazione adeguata alla delicatezza di tali situazioni e pertanto di capacità diagnostico-terapeutiche imprescindibili per garantire al bambino maltrattato e/o abusato l'aiuto necessario a superare il trauma subito e, lì dove possibile, supportare la famiglia disfunzionale e/o maltrattante nel percorso di riabilitazione.

# Le politiche per minori in Toscana

## La prevenzione come conoscenza degli interventi territoriali e la creazione di un sistema informativo

Cristina Rossetti\*, Roberto Ricciotti\*\*

### 1. Introduzione

La Regione Toscana ha destinato un impegno costante ai programmi dell'infanzia e dell'adolescenza con l'obiettivo di costruire una rete di servizi sul territorio in grado di offrire risposte qualificate alle diverse esigenze di bambini, bambine, adolescenti e nuclei familiari. Il lavoro della Regione si è ispirato a una logica di prevenzione primaria del disagio individuale, familiare e sociale, orientandosi, fin dai primi provvedimenti in materia di servizi sociali, a contrastare le cause di esclusione sociale per tutti i cittadini in condizione di difficoltà e di svantaggio e in particolare per i minori di età.

A partire dagli anni Novanta, l'attività della Regione Toscana si è sviluppata lungo tre direttrici principali:

- assunzione del diritto del minore a essere educato “nell'ambito della propria famiglia” quale finalità principale delle politiche volte alla tutela dell'infanzia, impegnando pertanto le istituzioni a sostenere i nuclei familiari nell'assolvimento delle proprie funzioni e quindi a promuovere tutte le risorse idonee a questo fine;
- adozione di misure finalizzate ad azioni specifiche, quali lo sviluppo dell'istituto dell'affidamento familiare e la promozione e qualificazione della rete dei centri di pronta accoglienza e delle comunità educative a dimensione familiare;
- elaborazione di atti d'indirizzo comprendenti schemi di regolamento e protocolli operativi.

Dal 1997, nei progetti per l'infanzia e l'adolescenza è stata data priorità agli interventi finalizzati a contrastare le situazioni di abuso e maltrattamento e alla costituzione di nuovi servizi di accoglienza.

Nell'ambito dell'infanzia e dell'adolescenza, c'è stato poi uno sviluppo costante dei programmi di documentazione, formazione e osservazione, che la Regione ha promosso e sostenuto con la collaborazione dell'Istituto degli Innocenti, attraverso leggi regionali specifiche. Tra gli esiti del lavoro svolto fino a oggi, si annovera una serie di rapporti sulla condizione dei minori in Toscana, che offrono un quadro periodicamente aggiornato di informazioni sui fenomeni che interessano la popolazione minorile della regione (nascite, morti, evoluzione dei nuclei familiari, interventi socioeducativi e assistenziali

---

\* Dirigente Regione Toscana.

\*\* Ricercatore, Istituto degli Innocenti di Firenze.

ecc.). Inoltre, sono stati avviati importanti sistemi informativi, tra i quali il sistema informativo del Tribunale per i minori di Firenze che ha visto coinvolte sia la cancelleria civile che la cancelleria penale e il Sistema informativo dell'Ufficio di giustizia minorile.

Nel 1997 è entrata in vigore la legge regionale 3 ottobre 1997, n. 72, *Organizzazione e promozione di un sistema di diritti di cittadinanza e di pari opportunità: riordino dei servizi socio-assistenziali e socio-sanitari integrati*. Tale legge dedica molta attenzione alle nuove generazioni e alle famiglie in un sistema di responsabilità condivise e di sostegno alla funzione educativa dei genitori; in particolare, la legge 72/97 vede la Regione Toscana assumere la promozione dei diritti di cittadinanza dei bambini e delle bambine come una vera e propria priorità istituzionale.

Importante è stata, poi, l'integrazione della LR 72/97 con quanto predisposto dalla legge 285/97, le cui finalità hanno trovato uno spazio di valorizzazione assolutamente peculiare nel quadro di una legge regionale che, in qualche modo, ne anticipava le finalità e i contenuti.

L'azione congiunta di queste due leggi, anche in termini di integrazione delle risorse economiche, ha permesso di sperimentare e rafforzare politiche e programmi operativi di forte segno preventivo, promozionale e d'integrazione sociale. I progetti attuati con la legge 285/97 e con le LLRR 72/97, 22/99 e, più recentemente, con la recente LR 32/2002 riguardante la realizzazione degli interventi educativi, hanno dato avvio o consolidato servizi e iniziative rivolti sia ad arricchire le risorse e le opportunità per l'universo dei minori e dei nuclei familiari presenti in Toscana sia a prevenire o contrastare specifiche situazioni di disagio e di rischio.

Nel territorio regionale si è andata perciò sviluppando una rete articolata di strutture pubbliche e del privato sociale rivolte all'infanzia e all'adolescenza – anche se non tutte le aree della regione hanno raggiunto lo stesso livello di dotazione rispetto ai servizi – che risponde a una domanda a valenza educativa e a domande di carattere socioeducativo e di tutela attraverso l'offerta di servizi rivolti alla generalità della popolazione (asili nido, scuole dell'infanzia, strutture per gestanti e madri in difficoltà, servizi di pronta accoglienza, consultori familiari ecc.) e di interventi specifici (aiuti economici, potenziamento e sviluppo dell'affidamento familiare, interventi di prevenzione mediante lo sviluppo e il potenziamento delle iniziative educative, ricreative, culturali e sportive ecc.).

## 2. L'Osservatorio sociale regionale

La necessità di avere una lettura costante delle modalità di implementazione degli indirizzi regionali attraverso politiche locali fortemente aderenti ai bisogni del territorio trova riscontro nella stessa legge regionale del 3 ottobre 1997, n. 72, con la quale la Regione Toscana ha istituito anche un sistema di Osservatorio sociale regionale avente finalità di osservazione e analisi dei fenomeni sociali, di valutazione della qualità e della disponibilità di servizi e risorse a livello locale e di diffusione delle conoscenze e delle elaborazioni.

Più in particolare, la legge stabilisce che i compiti dell'Osservatorio sono:

a) fornire elementi utili per la valutazione di efficacia delle politiche sociali, promosse dalla Regione e attuate dagli enti locali e dal terzo settore, e per la progettazione di nuove politiche;

b) utilizzare dati sulla struttura della popolazione regionale, sui fenomeni sociali, sui bisogni reali e sulle risorse provenienti dai sistemi informativi attivati e dall'ufficio di statistica regionale;

c) realizzare la sistematizzazione e l'integrazione dei dati e curare la loro diffusione con uso di tecnologie informatiche;

d) fornire elementi di conoscenza metodica delle impostazioni e delle modificazioni che intervengono nella organizzazione della gestione dei servizi pubblici e privati;

e) promuovere analisi e ricerche mirate su specifici fenomeni sociali.

L'Osservatorio sociale regionale è funzione operativa (così enuncia la legge) che si articola a livello provinciale; le Province provvedono al suo funzionamento nel loro ambito provinciale e ne curano la struttura organizzativa. Per quanto attiene all'attuazione concreta delle finalità, nell'ambito dell'attività dell'Osservatorio sociale regionale, la Regione e la Provincia si avvalgono di enti e organismi di studio con competenze e capacità specifiche per la realizzazione di progetti di studio e di ricerca.

Nel 1998, la Regione ha ulteriormente definito l'architettura del sistema informativo toscano attraverso l'approvazione di uno specifico progetto per un sistema informativo per le politiche sociali (delibera della GR 687 del 29 giugno 1998), determinandone le priorità di intervento in termini di funzioni e servizi di riferimento per le aree di interesse strategico per la programmazione sociale a livello sia regionale sia delle varie zone socioassistenziali. Queste ultime, infatti, attraverso la formulazione del piano di zona concorrono all'attuazione degli orientamenti e dei contenuti del Piano sociale regionale, dando corpo a livello territoriale al coordinamento degli interventi sociosanitari e



socioassistenziali e alla loro integrazione con altre misure sociali e socioeducative, quali quelle relative alla formazione, all'istruzione, all'educazione, al diritto allo studio, eccetera.

Nella delibera n. 687/98 vengono individuate e definite tredici rilevazioni attive o in fase di attivazione che riguardano vari aspetti settoriali delle politiche e degli interventi socioassistenziali; le rilevazioni che interessano in modo più diretto la condizione dei minori sono:

- rilevazione sul movimento dei minori in strutture residenziali;
- rilevazione sui minori ospitati in istituto;
- studio in collaborazione con il tribunale dei minori;
- rilevazione di attività di accertamento dell'handicap;
- rilevazione soggetti portatori di handicap.

In anni più recenti la legge regionale 20 marzo 2000, n. 31, *Partecipazione dell'Istituto degli Innocenti di Firenze all'attuazione delle politiche regionali di promozione e di sostegno rivolte all'infanzia e all'adolescenza*, ha cercato di fornire strumenti adeguati e una cornice organica alle funzioni di monitoraggio sullo stato dei bambini e degli adolescenti, affidando all'Istituto degli Innocenti una serie di funzioni nel quadro di quelle proprie dell'Osservatorio sociale regionale:

- l'organizzazione e lo svolgimento delle attività di osservazione, raccolta ed elaborazione di dati e informazioni, studio e analisi della condizione di vita dei minori inerenti le problematiche dell'infanzia, dell'adolescenza e delle famiglie, ivi comprese quelle previste dalla legge 451/97;
- l'attivazione e la gestione di un centro regionale di documentazione per l'infanzia e l'adolescenza finalizzato ad assicurare tra l'altro il monitoraggio dello stato di attuazione delle politiche per l'infanzia e l'adolescenza e la raccolta, la selezione e la diffusione di documentazione relativa a programmi ed esperienze rivolti alla promozione e al sostegno della condizione dei bambini, degli adolescenti e delle famiglie a livello regionale, nazionale e internazionale allo scopo di selezionare e proporre l'introduzione di metodologie innovative di intervento e la sperimentazione applicativa delle migliori pratiche.

### 3. Alcune esperienze di rilevazione in corso

Le aree prioritarie di osservazione più direttamente inerenti i minori sono state oggetto di indagini e di ricerche ad hoc, svolte a partire dal 1997.

### 3.1 La rilevazioni sul movimento e le caratteristiche degli ospiti nelle comunità per minori

Nel 1990, il Consiglio regionale della Toscana ha approvato uno schema di regolamento per favorire una organizzazione omogenea delle strutture di ospitalità e assicurarne i requisiti idonei al funzionamento. Il regolamento delinea non soltanto le tipologie e i caratteri strutturali e organizzativi, ma anche le modalità operative per impostare e attuare un progetto educativo individualizzato a tutela del minore.

La raccolta sistematica di dati sulle comunità per minori ha avuto da sempre una valenza fortemente operativa per la verifica di quanto la Regione e gli altri enti locali andavano realizzando nella creazione di condizioni di accoglienza più adeguate e consone a soddisfare i bisogni affettivi e relazionali di bambini, bambine e adolescenti. Le informazioni raccolte attraverso la rilevazione sono sia quelle che ciascun presidio residenziale socioassistenziale deve trasmettere alla fine dell'anno su un'apposita scheda annuale riassuntiva, sia le schede individuali di ingresso e di dimissione relative a ciascun minore.

A partire dall'anno 2001, la Regione Toscana ha introdotto una nuova metodologia di rilevazione dei dati che riguardano le comunità per minori. Essa prevede la somministrazione di tre diversi blocchi di questionari appositamente studiati per altrettante tipologie di comunità:

- le case di accoglienza per l'infanzia, le comunità a dimensione familiare e le comunità educative;
- le case per gestanti e madri con figli;
- i centri di pronto accoglimento.

La modifica si è resa necessaria a seguito della riflessione sulle peculiarità che caratterizzano le diverse realtà di comunità per minori e della trasformazione che si sta profilando all'interno delle comunità stesse in relazione all'emergere di aspetti rilevanti nelle caratteristiche dei minori ospiti.

La nuova formulazione dei questionari, oltre a specificare domande pertinenti alle varie tipologie di comunità, presenta anche alcune sezioni comuni, tali da consentire l'analisi aggregata del fenomeno.

Le sezioni non comuni sono state differenziate tenendo conto delle diverse caratteristiche dei minori accolti. Un'attenzione particolare è stata rivolta alle comunità «case per gestanti e madri con figlio», per le quali si ha la possibilità di seguire i percorsi, anche nel caso si differenziassero, della madre e del figlio.

In questi ultimi anni i risultati sono stati approfonditi studiando soprattutto le diversità esistenti tra minori italiani e minori stranieri. Uno dei risultati più interessanti è stato appunto il motivo di ingresso in comunità secondo la

cittadinanza del minore. Altra variabile discriminante è stata quella relativa al sesso, soprattutto se riferita alle tipologie di comunità.

L'elemento più caratteristico della presenza nelle comunità per minori in Toscana è stato il grande incremento di ingressi di minori stranieri, in maggioranza adolescenti vicini alla maggiore età e maschi, provenienti dalle aree instabili della ex-Jugoslavia e dall'Albania, che si fermano nelle comunità non a lungo, sovente ne fuggono e, in non piccola proporzione, hanno problemi con la giustizia.

La rilevazione sul movimento e le caratteristiche degli ospiti nelle comunità per minori ha consentito di portare alla luce elementi di forza e di debolezza del modello di tutela attuato nel corso dell'ultimo decennio dalla Regione Toscana e di capire il valore e la funzione della risorsa comunitaria di accoglienza all'interno di un progetto globale di sostegno, anche preventivo, del benessere di bambini, bambine e adolescenti. Da questo punto di vista è forse utile aggiungere che in continuità con l'esperienza della rilevazione si pone un recente progetto di studio e sperimentazione sul tema della qualità dei servizi residenziali per minori, che si è proposto di affrontare gli aspetti della regolazione del sistema regionale delle comunità per minori, della valutazione dell'autorizzazione al funzionamento e dell'accreditamento delle strutture (come recentemente disposto dalla legge nazionale di riordino dei servizi sociali 328/2000).

### 3.2 Indagine sugli interventi per minori in Toscana

A partire dall'anno 2001 la Regione Toscana ha deciso di avviare un'indagine sperimentale conoscitiva sulla globalità degli interventi territoriali svolti a sostegno dei minori e delle loro famiglie messi in atto in un anno dai servizi territoriali socio-sanitari dell'area socio-assistenziale.

A tutte le zone socio-sanitarie è stata inviata una scheda di rilevazione finalizzata a raccogliere informazioni generali su due macroaree informative:

#### 1. *Interventi per minori in famiglia*

- interventi sui nuclei familiari (mediazione familiare, assistenza economica, assistenza domiciliare educativa territoriale);
- interventi sui minori in famiglia (affidi part-time, richieste di sostegno da parte dell'autorità giudiziaria, inserimenti in servizi semiresidenziali, tutele giuridiche, minori vittime di maltrattamenti, eccetera).

#### 2. *Interventi per minori fuori dalla famiglia*

- minori ospiti nei presidi residenziali;

- affidamenti familiari;
- adozioni.

Il lavoro svolto ha indubbiamente le caratteristiche di un'osservazione sistematica sullo stato degli interventi e, almeno in parte, sulle caratteristiche della situazione di disagio dei minori.

Lo strumento adottato si presta a un'analisi dinamica del lavoro dei servizi e dello stato dell'infanzia in Toscana, da cui ricavare spunti per una riflessione attenta e articolata sugli interventi attuati dai servizi territoriali sul fronte sia della prevenzione sia della tutela, anche rispetto a fenomeni specifici quali il maltrattamento e l'abuso sessuale.

### 3.3 Il Piano d'azione sui diritti dei minori

Nel 2003 la Regione Toscana ha scelto di adottare uno specifico piano d'azione sui diritti dei minori come stabilito nel Piano integrato sociale regionale (PISR) per il triennio 2002-2004. In considerazione della fase di riforma del sistema sociale regionale toscano, la Regione ha deciso che per i principali settori di intervento saranno predisposti e approvati nuovi piani d'azione riferiti ai principali obiettivi di intervento indicati nel piano di indirizzo del PISR.

Ciascuna zona sociosanitaria dovrà formulare uno specifico piano d'azione di zona sui diritti dei minori, che comprenda programmi e azioni orientati a rispondere ai bisogni di bambini, bambine, adolescenti e delle loro famiglie e a contrastare i fenomeni individuati come cause del disagio.

Il monitoraggio e la valutazione del piano d'azione di zona costituiscono due momenti fondamentali del processo innovativo che si intende realizzare con l'adozione di un tale strumento.

L'attività di monitoraggio perseguirà due scopi prioritari: verificare periodicamente lo stato di avanzamento del piano e osservare l'andamento dei fenomeni al fine di poter effettuare le necessarie modifiche ai programmi decisi.

L'attività di valutazione sarà rivolta a mettere a fuoco sia i processi messi in campo (modalità di presa in carico, individuazione delle responsabilità, procedure, ecc.) sia i risultati raggiunti. La valutazione è stata pensata come un continuo processo di riflessione che permetta di leggere il grado di impatto sociale non solo dei servizi attivati, ma anche dei processi di relazione che si sviluppano tra i diversi soggetti che nella zona si occupano di minori.

Il campo di azione della valutazione – in questa prima fase – sarà riferito, come per il monitoraggio, agli interventi per i minori in famiglia e fuori famiglia, con un'analisi descrittiva di alcuni casi, fra i più rilevanti.



## La prevenzione della violenza all'infanzia tra fattori di rischio e fattori protettivi

*Paola Di Blasio, Vera Acquistapace*

### **APPROFONDIMENTI**

La scuola come ambiente privilegiato  
di prevenzione primaria dell'abuso  
sessuale all'infanzia

L'esperienza di Milano e Vercelli

*Alberto Pellai*

Fattori di rischio e di protezione  
negli interventi di prevenzione terziaria:  
una ricerca di *follow up*

*Elena Camisasca*

# Sezione 2



# La prevenzione della violenza all'infanzia tra fattori di rischio e fattori protettivi

Paola Di Blasio\*, Vera Acquistapace\*\*

## 1. Livelli di prevenzione e fattori di rischio

Il sistema dei servizi e gli operatori preposti alla prevenzione delle situazioni a rischio e alla tutela dei bambini e delle fasce deboli hanno compiti rilevanti a) di promozione della salute psicofisica, b) di individuazione delle situazioni problematiche e c) di riparazione del danno. Questi compiti che coincidono, nei fatti, con le funzioni di prevenzione primaria, secondaria e terziaria, richiedono un approccio ai problemi flessibile e non deterministico poiché quando vengono esercitati in relazione a situazioni di violenza all'infanzia implicano decisioni delicate in merito all'esistenza o meno di "condizioni di pregiudizio" per i bambini o di "condotte pregiudizievoli" dei genitori verso i figli.

Valutare le famiglie attraversate da dinamiche violente, maltrattanti e abusanti in termini di fattori di rischio significa quindi cogliere le difficoltà degli adulti che mettono a rischio o danneggiano lo sviluppo del bambino, individuando coloro che hanno maggiormente bisogno di aiuto per intervenire prima che si verifichino o che si ripetano gli episodi di violenza.

Come ha suggerito Rae-Grant (1994), è possibile concettualizzare la prevenzione del maltrattamento infantile lungo un continuum a un estremo del quale troviamo gli interventi di carattere generale volti a promuovere il benessere della popolazione e a favorire la consapevolezza dell'esistenza dell'abuso e alla polarità opposta azioni che mirano essenzialmente a ridurre gli effetti negativi della violenza e quindi a stabilizzare il fenomeno. I tre livelli di prevenzione hanno rispettivamente un carattere di universalità (prevenzione primaria), selettività (prevenzione secondaria) e specificità (prevenzione terziaria). I primi due livelli si traducono in approcci proattivi (*proactive*), mentre a livello di prevenzione terziaria si può parlare di approcci reattivi (*reactive*) (MacLeod e Nelson, 2000).

Una particolare attenzione al concetto di prevenzione è stata dedicata dal nostro gruppo di ricerca europeo denominato «Action for the prevention on child abuse in Europe» (1998)<sup>1</sup>. Nell'ambito di una riflessione sistematica su tale tema, sono stati riconsiderati i livelli di prevenzione tradizionalmente

---

\* Professore ordinario di Psicologia dello sviluppo, CRTI, Università Cattolica di Milano.

\*\* Assegnista di ricerca, cattedra di Psicologia dello sviluppo, CRTI, Università Cattolica di Milano.

<sup>1</sup> Si fa qui riferimento al programma di ricerca europeo «Concerted Action on the Prevention of Child Abuse in Europe» (CAPCAE) promosso dal comitato Biomedical and Health Research Programme della Comunità europea, diretto da Corinne Wattam della Lancaster University, che ha visto, oltre all'Italia rappresentata da P. Di Blasio e T. Bertotti, la partecipazione di numerosi Paesi europei tra cui Gran Bretagna, Germania, Spagna, Paesi Bassi, Belgio ecc.



intesi, ridefinendo in chiave di prevenzione secondaria e non terziaria, come solitamente accade, tutti gli interventi volti a rilevare e/o segnalare i casi di bambini che si trovano nella condizione di vittime della violenza.

Alla luce di questa riclassificazione, le diverse forme di prevenzione hanno i seguenti obiettivi. La prevenzione primaria, finalizzata a ridurre l'incidenza del fenomeno, ha lo scopo sia di promuovere una cultura per la tutela dell'infanzia sia di individuare le situazioni a rischio prima dell'insorgere della violenza. Sono invece propri della prevenzione secondaria gli interventi precoci per una efficace presa in carico, laddove si siano già manifestati i segni della violenza (*early detection*) al fine di ridurre la prevalenza del fenomeno, e della prevenzione terziaria quelli volti a ridurre i danni fisici e psicologici provocati dall'aver subito maltrattamento e abuso. Questa assegnazione alla prevenzione secondaria di compiti di precoce presa in carico appare particolarmente significativa poiché, mentre valorizza gli interventi degli operatori, dalle cui scelte dipenderà la possibilità o meno di ridurre la prevalenza del fenomeno, richiede anche un'attenta conoscenza dei fattori di rischio e di protezione.

Browne realisticamente ritiene che, nel breve termine, sia più opportuno adottare tecniche di intervento finalizzate alla predizione e all'identificazione precoce dei genitori potenzialmente o effettivamente abusanti, piuttosto che promuovere cambiamenti nelle pratiche di accudimento a livello di popolazione totale (prevenzione primaria) (Browne, 1995).

Non vi è dubbio che «il concetto di riduzione del rischio è al cuore della ricerca sulla prevenzione» (National Institute of Mental Health, 1996, 5), e utilizzando l'analogia col mondo dello sport il tentativo di fare prevenzione nell'ambito del maltrattamento infantile, in tutte le sue forme, non è certamente uno *sprint*, cioè uno scatto finale, ma è una maratona, in cui è importante partire, ma è altrettanto importante resistere e continuare a lavorare duramente (Leventhal, 2001). L'efficacia dei programmi di prevenzione è, infatti, uno tra i principali fattori responsabili dell'effettiva diminuzione dell'incidenza dell'abuso sessuale infantile dal 1992 al 1999, secondo le stime del National Child Abuse and Neglect Data System (NCANDS) (Jones, Finkelhor e Kopiec, 2001).

Il presente contributo parte da queste premesse e, dopo una breve analisi delle ricerche più recenti su rischio e violenza all'infanzia, si propone di illustrare un modello di lettura in chiave di fattori di rischio e protettivi per valutare se sia più opportuno tutelare il bambino da genitori che sono causa delle sue difficoltà o intervenire a sostegno di una famiglia che, seppur in crisi, è tuttavia sostanzialmente in grado di far fronte alle difficoltà da cui è attraversata, senza mettere i figli in condizioni di pregiudizio (Di Blasio, 1997; 1999; 2000).

Negli approfondimenti elaborati da Alberto Pellai e da Elena Camisasca verranno illustrati alcuni aspetti specifici connessi alla prevenzione primaria e terziaria.

## 2. Tipologie di maltrattamento e fattori di rischio

Analizziamo quindi i risultati degli studi sul rischio in relazione alle diverse forme di violenza, pur nella consapevolezza che generalmente la distinzione in tipologie non sia che un'astrazione (Di Blasio, 2000). La violenza ai danni dei bambini è, infatti, un fenomeno grave che non si presenta mai con una sola modalità. L'abuso sessuale di sé implica violenza psicologica anche quando quest'ultima non si esprime nelle forme di denigrazione verbale o di svalutazione esplicita. Spesso si associa a quella mancanza di protezione e di tutela da parte del genitore non direttamente abusante o violento che abitualmente viene indicata come trascuratezza psicologica. La storia e la dinamica familiare ci fanno intravedere una progressione, un aggravamento e un moltiplicarsi dei maltrattamenti e degli abusi nel tempo, suggerendoci una sorta di processualità che inizia con difficoltà coniugali, conflitti, violenza domestica che via via inducono cronicità e aggravamento della crisi che si estende ai figli (Cirillo e Di Blasio, 1989).

Anche la ricerca empirica recente ha messo in evidenza come la “violenza domestica” sia un fattore di rischio significativamente correlato al maltrattamento fisico, a quello psicologico e alla trascuratezza. McGuigan e Pratt (2001) hanno, infatti, dimostrato che la presenza di violenza domestica nei primi sei mesi di vita del bambino è un buon predittore che arriva a triplicare il rischio di maltrattamento fisico e a raddoppiare quello di maltrattamento psicologico e di trascuratezza nei successivi primi cinque anni di vita del bambino. Programmi di prevenzione *home visiting* possono rappresentare, in questi casi, un utile strumento per accertare la presenza di eventuale violenza domestica e fornire servizi e assistenza continuativa che, si ritiene, dovrebbero avere la durata di almeno cinque anni (McGuigan e Pratt, 2001).

L'importanza delle relazioni familiari emerge anche in un recente lavoro di Paavilainen e coll. (2001), in cui, indipendentemente dal tipo di violenza, le “dinamiche familiari” valutate attraverso il *Family Dynamics Measure 2* sono considerate a rischio se caratterizzate da:

- scarsa individuazione;
- carente mutualità, flessibilità e stabilità;
- difficoltà nella comunicazione;

- mancanza di chiarezza nella definizione e gestione dei ruoli.

Violenza domestica e difficoltà nelle relazioni e nella comunicazione sembrano dunque elementi comuni a molte dinamiche familiari caratterizzate da violenza fisica e psicologica e da trascuratezza sui bambini. Gli stessi elementi non sono invece così presenti nelle situazioni di abuso sessuale, dove la dinamica familiare non necessariamente appare contrassegnata da conflitti espliciti.

## 2.1 Maltrattamento fisico

Passando ora alle ricerche che si sono concentrate sulle singole tipologie di violenza, notiamo che, sebbene nella letteratura anche recente siano stati individuati diversi fattori di rischio, solo in rari casi essi sono stati distinti in base alla processualità che li caratterizza.

Un esempio interessante è rappresentato dal lavoro di Black e coll. (2001), che, per il maltrattamento fisico, hanno elaborato una sorta di modello eziologico che individua variabili “distali”, come maltrattamenti pregressi subiti dai genitori nell’infanzia o nell’adolescenza e carente supporto sociale e familiare, giovane età dei genitori, in particolare della madre, e condizioni di povertà. La probabilità da parte dei genitori, soprattutto della madre, di mettere in atto azioni maltrattanti nei confronti dei figli aumenta se sussistono particolari condizioni “prossimali” quali: disforia (infelicità, stress emotivo, ansia, solitudine e isolamento, depressione, senso di inadeguatezza...), stress familiari e scarse capacità di *coping*, impulsività, adozione di strategie educative dure e punitive e infine problemi di comportamento dei bambini (aggressività, deficit attentivi...).

Nella gran parte dei lavori la distinzione in termini temporali o spaziali tra i diversi fattori di rischio non viene esplicitata e a seconda dei casi prevale la significatività degli uni, degli altri o della combinazione di entrambi. Una *checklist* nella quale confluiscono vari fattori di rischio ritenuti significativi nel maltrattamento fisico comprende: giovane età della madre, povertà, ambiente familiare e sociale poco supportivo, presenza di problemi mentali, relazioni coniugali insoddisfacenti ed eventi di vita stressanti (Agathonos-Georgopoulou e Browne 1997). Elementi in parte sovrapponibili sono stati descritti da Kotch e coll. (1999), che, sempre per il maltrattamento fisico, parlano di depressione della madre, sintomi psicosomatici, basso livello di scolarità, consumo di alcolici, cronica dipendenza economica dai servizi, presenza di più di un figlio da accudire, precoce separazione dalla propria madre. È interessante la notazione degli autori secondo cui se tali fattori sono presenti subi-

to dopo la nascita del bambino tendono a mantenere un elevato significato come generatori di rischio di maltrattamento fisico anche nel corso dei quattro anni successivi.

Infine l'ampia ricerca longitudinale di Sidebotham e Golding (2001), la prima realizzata nel Regno Unito e condotta su un campione di 162 bambini maltrattati, evidenzia come l'età dei genitori (al di sotto dei 20 anni), il basso livello scolastico e una storia di malattia psichiatrica rappresentino variabili di estrema rilevanza nella dinamica sottesa al maltrattamento infantile. Gli autori insistono nel sottolineare che l'età 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 maggiori difficoltà che tali genitori hanno nel crescere i propri figli. Inoltre, diversamente da altri studi che hanno individuato nella storia passata di violenza subita dai genitori un potente fattore di rischio per il reiterarsi del maltrattamento sui figli, emerge qui un'interessante differenza fra padri e madri che vede nelle esperienze pregresse un fattore di rischio solo se riguardano la madre.

## 2.2 Trascuratezza

Se analizziamo ora la trascuratezza notiamo che le condizioni di rischio a essa assegnate sono molteplici e in alcuni casi simili a quelle del maltrattamento fisico. Levy e coll. (1995) individuano nella trascuratezza la tipologia di violenza maggiormente soggetta a recidiva sulla quale sarebbe opportuno concentrare un'attenzione più alta, anche per il fatto che essa rappresenta la forma prevalente di violenza negli Stati Uniti<sup>2</sup>.

Fattori di rischio elevati sono rappresentati da alcune variabili demografiche e socioeconomiche quali: monoparentalità, vivere in case popolari (rispetto a singole abitazioni familiari), non poter usufruire di una buona assicurazione medica, disoccupazione del capofamiglia o nuclei in cui la fonte principale di reddito proviene dai sussidi economici erogati dai servizi. Gli autori sostengono con forza che il successo della prevenzione attuata attraverso interventi

---

<sup>2</sup> Molte ricerche hanno messo in luce come la trascuratezza sia una delle forme di violenza all'infanzia maggiormente diffuse e in molte circostanze sia presente insieme ad altre forme di abuso a danno dei minori, sia nella stessa unità di tempo sia nella processualità della dinamica abusante. Nel 1990 negli Stati Uniti, su un campione di 2,7 milioni di segnalazioni di abuso e maltrattamento infantile, il 45% riguardava il fenomeno della trascuratezza (NCCAN, 1992). Più recentemente, i dati del Department of Health and Human Services (1999) rilevano, inoltre, come la trascuratezza rappresenti il 54% dei casi segnalati.

di *home visiting*, educazione alla genitorialità, maggior accessibilità ai servizi ecc. dipende molto dall'immediatezza della loro implementazione dopo la scoperta di un primo episodio iniziale di trascuratezza (Levy *et al.*, 1995).

Da una *review* della letteratura, Ethier e coll. (2000) hanno estrapolato un ampio numero di fattori di rischio che sono esemplificativi della difficoltà di individuare elementi specifici e generalizzabili alle diverse condizioni di trascuratezza, probabilmente per il fatto che tale forma si presenta con diverse sfaccettature che vanno dalla incuria all'abbandono. Nei diversi studi oggetto della meta-analisi sono emersi come significativi il basso reddito familiare (Pelton, 1994); la condizione di monogenitorialità (Kimball *et al.*, 1980); la presenza di violenza domestica (Erickson e Egeland, 1996); la giovane età della madre (< 21 anni) alla nascita del primo figlio (Zuravin, 1988); precedenti esperienze di abuso fisico e/o trascuratezza subite dai genitori nell'infanzia (Egeland *et al.*, 1988); il basso livello di scolarità dei genitori (Crittenden, 1993); complicazioni perinatali alla nascita come prematurità o scarso peso del bambino (Belsky, 1980; Ross, 1984); abuso di sostanze e problemi di salute mentale dei genitori (Browne e Saqi, 1988); elevati livelli di depressione e stress (Kotch *et al.*, 1995).

Una recente ricerca ha confermato la rilevanza di una combinazione di fattori individuali e sociali che riguardano bassa stima di sé, impulsività, scarso supporto sociale, carente interazione delle madri con i propri bambini e problemi comportamentali dei bambini stessi (Schumacher *et al.*, 2001).

### 2.3 Maltrattamento psicologico

Nonostante le difficoltà di rilevare il maltrattamento psicologico e di giungere a una definizione condivisa, non sono assenti le indicazioni sui fattori di rischio che lo caratterizzano, sebbene non sempre siano specifici. Gran parte delle informazioni sul rapporto tra variabili demografiche e maltrattamento psicologico provengono dall'ampio studio di Sedlak (1997), il quale ha osservato come il rischio di esercitare questo tipo di violenza aumenti con l'aumentare dell'età del bambino e riguardi essenzialmente le famiglie con basso reddito e i bambini la cui razza venga percepita come diversa da quella dominante. Altre variabili quali la struttura familiare, la regione geografica di provenienza e il genere del bambino non si configurano, invece, come fattori di rischio significativi. Sono state anche studiate le caratteristiche dei bambini che inducono atteggiamenti negativi nei loro confronti. La ricerca condotta su 3.346 famiglie da Vissing *et al.* (1991) ha individuato nell'espressione dell'aggressività (lotte, interazioni fisiche con altri bambini), nella delinquenza

(in particolare nel vandalismo) e in problemi relazionali i principali fattori di rischio nel maltrattamento psicologico. Non è però facile comprendere se i comportamenti di bambini e di adolescenti che provocano – in una sorta di circolo vizioso – le azioni violente da parte degli adulti siano causa o conseguenza di relazioni familiari maltrattanti.

Le caratteristiche dei genitori considerate a rischio per il maltrattamento psicologico si riferiscono sia a fattori di personalità quali aggressività, ostilità e nevrosi, sia a esperienze negative pregresse. In particolare, Lesnik-Oberstein *et al.* (1995) in un campione olandese hanno confrontato un gruppo di madri non abusanti (128 soggetti) con uno di madri abusanti psicologicamente (44 soggetti), mettendo in luce come le seconde fossero affette in misura maggiore da sintomi distimici, nevrotici, da aggressività e ostilità, ansia, bassa autostima, scarso coinvolgimento in attività sociali, e presentassero punteggi più bassi nel ragionamento verbale e anche episodi frequenti di malattia nell'anno precedente alla rilevazione. Rispetto alle proprie famiglie di origine le madri abusanti psicologicamente hanno dichiarato di aver ricevuto poche cure durante l'infanzia e di aver sperimentato un controllo eccessivo privo di affetto da parte dei propri padri, ma non dalle madri. Anche nella relazione col partner queste madri – rispetto al gruppo di controllo – sono apparse meno capaci di dare e ricevere affetto e propense a manifestare elevati livelli di aggressività verbale e fisica.

Si può in sintesi osservare come variabili personali (legate all'infanzia dei genitori), fattori di personalità (nevrosi, aggressività...), stress ambientali (episodi di malattia) e conflitti di coppia (aggressività fisica e verbale tra genitori) siano in relazione con l'abuso psicologico sui bambini e rappresentino una base per iniziare a costruire modelli di prevenzione specifici.

## 2.4 Abuso sessuale

Per quanto concerne, infine, i casi di abuso sessuale, l'identificazione dei fattori di rischio si concentra essenzialmente sugli elementi della storia degli abusanti. Sappiamo che soggetti di sesso maschile possono presentare un rischio elevato di perpetrare violenza sessuale se sono stati allevati in ambienti familiari ostili in cui hanno assistito alla violenza fisica tra i loro genitori o in cui hanno direttamente sperimentato abuso fisico o sessuale (McMahon, 2000). Sempre l'attenzione sugli abusanti caratterizza lo studio meta-analitico di Black e coll. (2001), che analizzano alcune delle variabili demografiche riscontrate tra gli abusanti, tra cui il basso livello di istruzione, la condizione di povertà, la presenza di alcuni problemi emotivi, rigidità, infelicità, solitudi-

ne e presenza di sintomi psichiatrici, a cui si associano eventi di vita particolarmente stressanti e carente supporto emotivo.

Analizzando inoltre le caratteristiche delle madri delle vittime di abuso sessuale, Pianta, Egeland e Erikson (1989) hanno messo in luce come non siano in grado di fornire ai propri figli un adeguato sostegno emotivo e come, anche sul piano della personalità, siano maggiormente tese, depresse, arrabbiate e confuse nel confronto con le madri di bambini non abusati. Considerazioni confermate da Jenner e McCarthy (1995), che rilevano come questi genitori abbiano una certa difficoltà nel riconoscere anche i propri bisogni di sicurezza, con conseguente incapacità di mettere in atto adeguate strategie di sostegno per far fronte allo stress e a eventi imprevisti. A queste difficoltà si accompagna «una concezione più negativa del comportamento dei propri figli; percepiti come maggiormente irritabili ed esigenti» (Browne, 1995, 51) e una sottovalutazione o mancanza di consapevolezza circa le loro capacità e i loro bisogni. Dalle ricerche non emergono invece differenze nelle capacità intellettive di queste madri (Pianta, Egeland e Erikson, 1989; Browne, 1995), e si può senza dubbio affermare, in accordo con Browne (1995), che l'ipotesi secondo cui il deficit di consapevolezza o di comprensione delle esigenze dei figli derivi da limitazioni sul piano intellettuale (Smith, 1975) non appare affatto confermata (Hyman, 1977).

La letteratura tende a convergere sulla idea che genitori con una storia di vittimizzazione sessuale nella propria infanzia corrano, in misura più elevata, il rischio di diventare autori di violenza sessuale sui propri figli. Finkelhor *et al.* (1997) sostengono che tale fattore determini un rischio dieci volte superiore rispetto alla popolazione "normale". A questo si associano poi altre condizioni familiari caratterizzate da relazioni insoddisfacenti sia a livello coniugale sia con il nucleo d'origine, scarsa efficacia nell'esercizio del ruolo di genitori, orientato non tanto sulle punizioni corporali come nei casi di maltrattamento fisico, quanto sull'incuria, in analogia a ciò che avviene nei modelli trascuranti (Finkelhor *et al.*, 1997).

Per quanto riguarda l'età delle vittime occorre una certa prudenza nell'identificare le fasce più a rischio per la diversità dei risultati emersi nelle ricerche. Finkelhor (1984), ad esempio, individua l'età a rischio di abuso sessuale al di sotto dei 12 anni, ma in lavori successivi parla, in accordo con altri autori, dei teenager come soggetti maggiormente a rischio (Boney-McCoy e Finkelhor, 1995; Finkelhor *et al.*, 1997; Sedlak, 1997). Secondo Tourigny e Lavergne (1995), il rischio di un'aggressione intrafamiliare è maggiore nella fascia d'età compresa tra i 6 e gli 11 anni, mentre il rischio di un'aggressione extrafamiliare è più frequente tra i 12 e i 17 anni.

Fischer e McDonald (1998), a partire da una ricerca su 1.109 soggetti di età compresa tra 1 e 17 anni, notano l'alta percentuale di vittime di sesso femminile (77%), ma sottolineano come i maschi siano più precocemente a rischio delle bambine, poiché l'età media dell'abuso è di 6,7 anni, rispetto ai 9,2 anni delle femmine. Infatti, le punte più elevate di aggressioni sessuali riguardano l'età compresa tra i 3 e i 6 anni per i maschi e le età tra 4/5 anni, 7/8 anni, 12/13 anni per le femmine. In generale poi i bambini più piccoli sono più vulnerabili all'abuso sessuale intrafamiliare che colpisce spesso a un'età tra 6 e 7 anni, rispetto a quello extrafamiliare che riguarda bambini di età tra 9 e 10 anni.

Per quanto riguarda altre caratteristiche demografiche in campioni americani quali il basso livello intellettivo e problemi comportamentali nei bambini potrebbero essere sia fattori predisponenti l'abuso sia conseguenze negative di relazioni abusanti (Black *et al.*, 2001).

### 3. Rischio e protezione: un modello interpretativo

Gli operatori che sono chiamati a intervenire con l'obiettivo di ridurre la prevalenza della violenza, e che quindi devono individuare precocemente i segnali di rischio e comprendere se i bambini si trovino in una situazione pericolosa, hanno un compito tutt'altro che facile poiché spesso la consapevolezza di dover fare qualcosa si intreccia alla mancanza di elementi chiari e definiti che permetterebbero di agire con ragionevole accuratezza. In assenza di segni palesi di maltrattamento fisico o di trascuratezza o di dichiarazioni riguardanti un abuso sessuale, seppur in presenza di bambini sofferenti e di famiglie in difficoltà, ci si trova in una zona d'ombra, attraversati dal dubbio sul significato da assegnare a quel complesso intreccio di elementi che ancora non si sono organizzati in un quadro intellegibile. In questa fase possono manifestarsi pregiudizi culturali e personali che, a seconda dei casi e del contesto storico, orientano verso atteggiamenti che privilegiano a tutti i costi la tutela del bambino o che, al contrario, salvaguardano il presunto diritto dei genitori a occuparsi dei figli come credono o possono. Più spesso, per la verità, si finisce per abbandonare le famiglie e i bambini a se stessi, attendendo che gli eventi orientino sul da farsi.

Per questo appare particolarmente importante 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 superare sia le concezioni classiche di rischio fondate su una prospettiva della



causalità diretta sia quelle più evolute, basate su un concetto di causalità multifattoriale (indici cumulativi di rischio), per acquisire un punto di vista più flessibile e attento all'influenza dei fattori di protezione. Ripercorrendo lo sviluppo delle concezioni sui fattori di rischio notiamo come la prospettiva della causalità diretta riguarda i primi lavori sul rischio e si fonda sull'idea, peraltro da tempo superata, di un nesso diretto tra un agente eziologico e il risultato maladattivo.

La seconda feconda prospettiva, della causalità multifattoriale, è rivolta all'individuazione di indici cumulativi di rischio biologico e/o psicosociale. È proprio di questo approccio il concetto di "profilo di rischio", che si basa sulla individuazione di diversi fattori (es. genetico, riproduttivo, costituzionale, di sviluppo, familiare, di salute fisica, ambientale, traumatico), ognuno articolato in un sottosistema di categorie a cui è assegnato un punteggio in base al quale dedurre se si tratta di situazioni ad alto, moderato o basso rischio.

Certamente la concezione basata sul profilo di rischio ha un valore predittivo superiore rispetto a quella della causalità diretta e ha il vantaggio di aver introdotto una prospettiva multifattoriale basata anche su criteri qualitativi che ha avuto larga diffusione sia in ambito di ricerca sia in quello operativo.

La necessità di riconsiderare le classiche concezioni sul rischio (prospettiva della causalità diretta o della causalità multifattoriale) per individuare un modello più completo – e qui si inserisce la terza prospettiva per meccanismi e processi – nasce dall'aver osservato che molte persone (bambini e adulti) presentano la capacità di mantenere un discreto adattamento anche in condizioni di vita particolarmente sfavorevoli, una capacità di non soccombere anche nelle situazioni più avverse. Per indicare questo fenomeno è stato coniato il concetto di *resilience* che, nelle ricerche sui bambini, si riferisce al fatto che i compiti di sviluppo (*developmental tasks*) tipici delle diverse età e delle diverse situazioni sono caratterizzati da pattern di adattamento interni ed esterni positivi, pur in un contesto dominato da importanti fattori di rischio e di avversità (Masten e Reed, 2002).

Questo vuol dire che qualsiasi agente casuale preso isolatamente o in associazione con altri può essere responsabile solo di una parte della variabilità in gioco, e di conseguenza che i fattori di rischio da soli non consentono di capire come e da dove possa generarsi la *resilience*. Per comprendere cosa renda gli individui capaci di un buon adattamento anche nelle condizioni più avverse è stato necessario introdurre i concetti di "risorsa", di "fattori protettivi" e di "processi protettivi", che sono esattamente opposti a quelli di rischio poiché la loro presenza è predittiva di un buon adattamento. Il termine "risorsa" è inteso in senso generale per indicare 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, e i “processi protettivi” indicano il modo in cui i fattori protettivi agiscono in condizioni di rischio (Masten e Reed, 2002, 76).

Le situazioni familiari multiproblematiche o difficili, nelle quali potrebbe esserci il rischio di violenza nei confronti dei figli e per le quali sembra opportuno avviare progetti di prevenzione o di contenimento del danno, appaiono contrassegnate da dinamiche e da condizioni di vita instabili che non consentono di prevedere se prevarranno i fattori di rischio o quelli protettivi. Spesso, poi, la propensione di queste famiglie a nascondere e a celare i problemi genera negli operatori un assetto mentale che privilegia l’osservazione e l’individuazione delle sole condizioni di rischio, a scapito dei fattori protettivi.

Occorre, viceversa, rispondere alla complessità che caratterizza le condizioni difficili di vita delle famiglie e dei bambini con un repertorio ampio di progettualità, per cogliere le sfumature e gli spazi entro cui sollecitare possibili risorse. L’interazione tra rischio e protezione appare, almeno per il momento, un modello concettuale valido che ci sentiamo di riproporre in modo aggiornato (Di Blasio, 1997) nello schema della fig. 1, poiché evidenzia sia l’interazione tra fattori di rischio, vulnerabilità, fattori di amplificazione del rischio e fattori protettivi, sia la natura dinamica dei diversi elementi che presi isolatamente o interpretati in senso unidirezionale avrebbero uno scarso valore euristico.

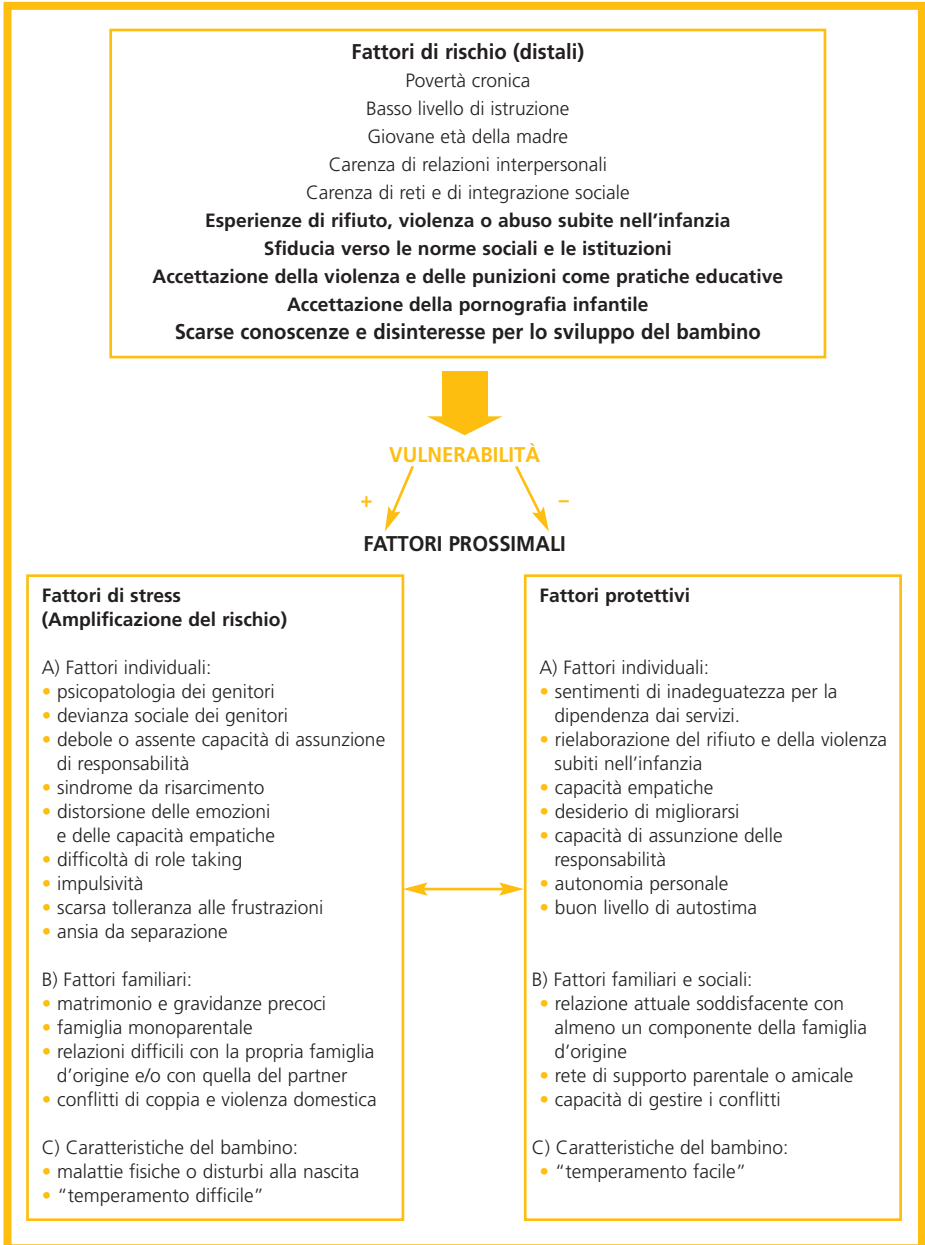
### 3.1 Fattori distali e prossimali

Vediamo in primo luogo come leggere lo schema presentato nella fig. 1, a pagina seguente.

Per quanto riguarda il rischio occorre distinguere tra fattori “distali” e “prossimali”, nel significato attribuito a questi concetti da Baldwin *et al.* (1990). I fattori *distali* sono così denominati perché esercitano un’influenza indiretta e rappresentano lo sfondo su cui vengono a innestarsi altri elementi più vicini e prossimi all’esperienza di cui sono intessute le relazioni. Essi determinano una sorta di sensibilizzazione nel senso che creano un maladattamento che rende le famiglie e gli individui più *vulnerabili*, ma non sono connessi in termini di causa-effetto alle specifiche situazioni relazionali o individuali che concorrono a favorire l’emergere di comportamenti maltrattanti o abusanti.

I fattori *prossimali*, invece, si riferiscono a caratteristiche individuali o ambientali oppure a eventi che esercitano un’influenza diretta nelle relazioni,

Figura 1. Interazione tra rischio, stress e fattori protettivi nella violenza all'infanzia



sono percepibili nell'esperienza soggettiva e investono lo spazio di vita, le emozioni e i comportamenti quotidiani. Possono avere una valenza negativa e per questo contribuiscono a potenziare il rischio, nel senso che ne amplificano l'effetto, oppure una valenza positiva che contribuisce a ridurre la portata dei fattori di rischio. Nel primo caso, vale a dire quando hanno una valenza negativa, parliamo di "fattori di stress o di amplificazione del rischio", nel secondo caso di "fattori protettivi", intesi nella specifica accezione di elementi che entrano in gioco riducendo l'effetto dei fattori di rischio. Esemplifica in modo efficace il concetto di fattore protettivo l'analogia con l'air bag, che svolge la funzione di salvavita solo in caso di incidente. Questo vuol dire che particolari eventi o certi tipi di relazioni, che in condizioni abituali esercitano una funzione neutra, assumono un valore protettivo nella intersezione con situazioni di rischio. Ad esempio, in situazioni di forte disaccordo tra i genitori una relazione stretta dei figli con una figura adulta esterna alla famiglia costituisce un fattore protettivo, mentre tale fattore ha poco effetto nel caso in cui i genitori abbiano un buon rapporto tra loro. L'effetto benefico di tale relazione si fa quindi sentire solo se è sostitutiva di quella con i genitori.

La dinamicità dei processi protettivi risiede, quindi, nell'intreccio con quelli di rischio. Quando un fattore protettivo entra in gioco è probabile che una traiettoria precedentemente a rischio cambi direzione in senso positivo. Se, invece, a causa dei fattori di stress, le condizioni di vulnerabilità della famiglia vengono ulteriormente aggravate, aumenta la probabilità di una evoluzione maltrattante o abusante. Ad esempio, il basso livello di istruzione della madre, considerato in letteratura un importante fattore di rischio poiché implica ridotte competenze igienico-sanitarie, può essere causa di carenze in alcune aree dell'accudimento del bambino, ma per generare trascuratezza è necessario che intervengano fattori di stress prossimali, ad esempio un conflitto col coniuge, oppure il temperamento difficile del bambino che ne amplificano e ne potenziano l'effetto negativo. In senso inverso una buona relazione coniugale o la presenza di una rete di sostegno parentale possono fungere da fattori protettivi nel compensare insufficienze o incompetenze nelle cure.

In sintesi, il valore esplicativo del modello consiste nella interconnessione che viene a determinarsi tra i diversi fattori.

Nei lavori più recenti sulla violenza comincia ad affiorare una maggiore attenzione a queste interconnessioni anche se, come abbiamo visto, gli studi sono ancora troppo polarizzati sull'individuazione dei fattori di rischio, con un'inevitabile sottovalutazione dell'incidenza esercitata dai fattori protettivi.

#### 4. Rischio e protezione in chiave di prevenzione secondaria

Cercheremo ora di comprendere come integrare i fattori di rischio e quelli protettivi, con l'obiettivo di individuare i percorsi di intervento nella prospettiva della prevenzione secondaria, vale a dire quando emergono i primi segnali di disagio familiare o di violenza. In una prospettiva valutativa organica e completa occorre analizzare sia i fattori di rischio distali sia l'effetto che su di essi esercitano i fattori prossimali negativi e positivi di amplificazione del rischio e protettivi.

Nella figura 1 abbiamo indicato come fattori distali gli elementi del contesto di vita, le concezioni, i valori o le esperienze personali pregresse che esercitano un'influenza indiretta sul bambino e che rappresentano il terreno su cui potrebbe innestarsi la violenza. Si tratta di elementi che da soli non sono sufficienti a generare dinamiche abusanti o maltrattanti ma che contribuiscono a determinare una certa fragilità che ne facilita l'emergere quando a essi si associano altre condizioni o particolari circostanze negative che colpiscono la famiglia o i genitori. Tra questi fattori alcuni sono aspecifici e, in quanto tali, presenti anche in altre situazioni di disagio psicologico o sociale in cui sono coinvolti i bambini, altri sono fortemente caratterizzanti i contesti di violenza e abuso ai danni dei bambini. I fattori indicati in grassetto sono, a nostro avviso, più di altri presenti nelle situazioni in cui viene a determinarsi violenza fisica, trascuratezza o abuso e alcuni di questi sono stati descritti ampiamente nella letteratura sul rischio, ad esempio la condizione di povertà, il basso livello di istruzione della madre, la giovane età della madre.

È interessante notare come molti tra questi fattori di rischio siano gli stessi su cui si concentrano i programmi di prevenzione primaria rivolti ad ampie fasce di popolazione e che abbiano un'azione a largo raggio. Infatti, in molti Paesi europei e anche in Italia i programmi di prevenzione primaria hanno puntato a sensibilizzare l'opinione pubblica su temi quali: stigmatizzazione delle punizioni corporali a scopo educativo; proibizione della violenza nei media e soprattutto nei video; promozione di una cultura che incoraggia a fidarsi dei servizi e delle istituzioni (attraverso programmi a largo raggio volti a trasmettere il messaggio «sia la vittima sia i perpetratori della violenza hanno bisogno di aiuto»); programmi di supporto alle famiglie e al bambino, di informazione nella scuola e di intervento educativo e sanitario (pediatria di base).

I fattori di rischio sono connessi a quelli di amplificazione, nel senso che ne vengono potenziati, mentre il rapporto con quelli protettivi è opposto, nel senso che ne vengono depotenziati. Ad esempio, un conflitto di coppia contribuisce a rendere le famiglie ancor più povere sul piano economico perché riduce la capacità dei genitori di gestire congiuntamente il *budget* familiare.

Questo ulteriore impoverimento non si verifica nelle famiglie in cui, in assenza di conflitto, il ridotto *budget* familiare viene oculatamente impegnato. La povertà rappresenta indubbiamente una grave piaga che le società civili devono con ogni mezzo contrastare poiché favorisce la disperazione e la devianza, ma non si può affermare che essa sia direttamente connessa ai comportamenti maltrattanti o che ne sia la causa.

Un altro fattore di rischio distale frequentemente indicato in letteratura, utilizzato nella programmazione di azioni di prevenzione, è la giovane età della madre. Affinché tale condizione generi comportamenti inadeguati nei confronti dei figli è però necessario che a esso si associno altre condizioni distali o prossimali che ne enfatizzano l'effetto. Come abbiamo visto nel paragrafo precedente, le ricerche ritengono che la giovane età della madre, in associazione o con la povertà e lo scarso supporto emotivo da parte dell'ambiente familiare e sociale (Agathonos-Georgopoulou, 1997), o con problemi di alcolismo del padre e con il fatto di vivere in una comunità povera (Black *et al.*, 2001), oppure con il basso livello scolastico e una storia di malattia psichiatrica (Sidebotham *et al.*, 2001), rappresenti un importante fattore di rischio per il maltrattamento fisico e in alcuni casi anche per la trascuratezza. Analoghe considerazioni si potrebbero introdurre per altri fattori predisponenti, ad esempio le esperienze pregresse di abuso e di violenza o l'adesione a metodi educativi violenti ecc.

Sul terreno reso fertile dalla presenza di fattori di rischio distali vengono a innestarsi variabili prossimali più vicine all'esperienza dei bambini che possono amplificare il rischio oppure ridurlo.

Nel modello descritto nella figura 1 abbiamo indicato diversi elementi di rischio prossimali di tipo individuale, familiare e sociale quali: matrimonio e gravidanze precoci, relazioni attuali difficili con le famiglie d'origine, conflitti di coppia, violenza domestica, temperamento del bambino ecc.

Tra i fattori individuali, molti dei quali desunti dalla letteratura e dalle ricerche illustrate nel paragrafo precedente, ne abbiamo inseriti alcuni meno usuali quali: la sindrome di risarcimento, la debole o assente capacità di assunzione di responsabilità, la distorsione delle emozioni e delle capacità empatiche e la difficoltà di *role taking*. L'esperienza clinica ne evidenzia l'importanza anche in una prospettiva prognostica e può essere utile descriverli brevemente.

Quella che abbiamo chiamato "sindrome da risarcimento" o "sindrome da indennizzo" è un insieme di emozioni, sentimenti, comportamenti e azioni che portano il genitore o i genitori del bambino vittima a ritenere di dover essere risarciti, oggi, per ingiustizie, mancanze e carenze subite nel passato. Spesso si tratta di adulti che hanno subito vessazioni, maltrattamenti, abusi, punizioni ingiuste quando erano impotenti e incapaci di difendersi, e che ritengono del

tutto inconsapevolmente di dover ricevere, da adulti, ciò che non hanno avuto in passato. Si pongono, pertanto, nel rapporto con i servizi e con le istituzioni, nella posizione di rivendicare il diritto a ricevere aiuto e sostegno, senza peraltro assumersi la responsabilità dei propri comportamenti inadeguati nei confronti dei figli. Esprimono sfiducia nelle norme, nelle regole sociali e nelle istituzioni, chiedono alla società di occuparsi di loro quasi a compensare ciò che non hanno avuto nella propria famiglia e dai propri genitori. Soprattutto il servizio sociale si vede investito da richieste di ottenere un'abitazione, un sussidio economico, un supporto domestico non accompagnato dalla volontà di mettersi in gioco o di prendere responsabilmente atto delle proprie difficoltà. Si tratta di un atteggiamento di deresponsabilizzazione o meglio di una tendenza ad attribuire a condizioni esterne e a difficoltà ambientali la causa dell'inadeguatezza verso i figli. Tendenza da cui deriva la propensione a negare sia le azioni negative verso i figli sia la propria responsabilità, come hanno ben evidenziato Barrett e Trepper (1992) in un lavoro sulle diverse forme di negazione nei casi di abuso sessuale. Uno dei punti focali dell'intervento, secondo alcuni la condizione indispensabile per ristabilire relazioni familiari non critiche, consiste in un *iter* psicologico che, attraverso passaggi successivi e sempre più approfonditi, miri a dissolvere tutte le diverse forme di negazione che nel tempo si sono instaurate.

Un altro elemento, anche questo clinicamente di una certa importanza, è la distorsione delle emozioni e delle capacità empatiche. La capacità di provare empatia verso gli altri è abbastanza precoce e già a due anni quasi tutti i bambini hanno sperimentato un qualche tipo di sofferenza, sono capaci di immaginare che anche gli altri soffrano nella stessa situazione e cominciano a vedere nelle azioni che danneggiano il prossimo una violazione delle norme. Intuiscono precocemente la sofferenza altrui e vi reagiscono cercando di soccorrere e di andare in aiuto.

La capacità di provare empatia è fortemente compromessa quando, per l'esposizione ripetuta a esperienze dolorose subite in prima persona, si riduce la capacità di sentire il dolore altrui. Per proteggersi il soggetto finisce per anestetizzarsi e, di fronte alla sofferenza altrui, più che mettere in atto comportamenti di consolazione e di solidarietà prova il desiderio di interrompere il disagio altrui anche con forza e violenza. I bambini maltrattati tendono a sopprimere il dolore di un altro bambino, a volte anche con la violenza. Sembra di notare lo stesso insieme di risposte, sebbene nel tempo queste reazioni diventano più complesse, negli adulti maltrattanti che appaiono incapaci di accorgersi del dolore e della sofferenza altrui e che non riescono a mettersi nei panni degli altri e quindi a riconoscere di aver generato sofferenza e disagio.

Senza dilungarci oltre sui singoli elementi sintetizzati nel modello della figura 1, ci preme sottolineare l'importanza di realizzare un processo valutativo dinamico che operi connessioni e relazioni tra variabili, superando una visione deterministica fondata sulla somma o sulla quantità di elementi di rischio.

## 5. Percorsi di intervento

Sul piano degli interventi di prevenzione, possiamo dire che, se vi sono elementi protettivi in grado di contrastare quelli di amplificazione del rischio, molto probabilmente siamo in presenza di un bambino e di una famiglia da aiutare, ad esempio a causa di difficoltà economiche o di problemi medici o per eventi traumatici e improvvisi che hanno messo in crisi l'equilibrio e la stabilità della sua famiglia e del suo assetto psicologico (fig. 2).

Figura 2. Strategie d'intervento

prevalenza di fattori protettivi	<ul style="list-style-type: none"> <li>• aiuto e sostegno al bambino e alla famiglia</li> </ul>
compresenza di fattori di rischio, amplificazione del rischio e fattori protettivi	<ul style="list-style-type: none"> <li>• protezione del bambino</li> <li>• potenziamento delle risorse familiari</li> <li>• monitoraggio del bambino e della famiglia</li> </ul>
assenza di fattori protettivi	<ul style="list-style-type: none"> <li>• protezione e tutela del bambino</li> <li>• prescrizioni alla famiglia</li> <li>• valutazione delle risorse della famiglia</li> </ul>

Nuclei che, accanto al forte desiderio di ricevere supporto, esprimono il disagio di dover dipendere temporaneamente dalla rete dei servizi e che sono in grado di farsi aiutare a riacquistare la propria autonomia. La competenza e la operatività sviluppata in questi anni dai servizi territoriali non manca di strumenti idonei a intervenire in casi come questi in cui gli utenti sono disponibili a chiarire quali siano le proprie esigenze e a strutturare una relazione caratterizzata da una sostanziale spontaneità e volontarietà della richiesta.

Una seconda categoria di situazione indubbiamente ampia è quella caratterizzata dalla compresenza di fattori rischio e di fattori protettivi. Si tratta di famiglie nelle quali gli elementi di rischio non sono compensati a sufficienza dai fattori protettivi che non riescono a modulare o a ridurre l'effetto dei fattori di amplificazione del rischio. Possiamo esemplificare una situazione di questo tipo pensando a una famiglia attraversata da difficoltà economica, con



una madre giovane in attesa del secondo figlio e incapace di far fronte alle esigenze del primogenito molto irrequieto e con un temperamento difficile. Il supporto che riceve dalla propria madre, con cui pure ha un buon rapporto, riesce solo in parte a consentirle di far fronte a una situazione di stress aggravata da sporadici, ma intensi conflitti con il partner a sua volta sotto tensione a causa di problemi lavorativi e di insoddisfazioni personali. In questo caso il fattore protettivo (buon rapporto con la madre) non è da solo sufficiente a ridurre l'impatto delle altre condizioni esistenziali e relazionali.

Se l'individuazione di situazioni familiari a rischio di questo tipo avviene precocemente, quando il bambino non è ancora nato o è molto piccolo, si sono rivelati utili gli interventi di prevenzione dell'abuso fisico e della trascuratezza rivolti a madri o a giovani coppie che prevedono interventi a domicilio, contatti con pediatri, frequenza di centri *drop-in*, *training* genitoriale e libero accesso ai servizi medici, per un tempo variabile tra sei mesi e due anni.

MacLeod e Nelson (2000) descrivono interventi a livello di *mass media* che consistono essenzialmente nella diffusione di pubblicazioni specifiche rivolte ai giovani genitori, interventi domiciliari *home visiting* e interventi *multi-component*.

Tra gli interventi domiciliari *home visiting* appare interessante l'*Early Intervention Programme* (EIP) di Naughton e Heath (2001), progettato a partire dalle osservazioni empiriche desunte da circa 70 referti medici di ferite non accidentali su bambini sospettati di aver subito maltrattamenti, dai quali si è potuto constatare che la maggioranza di tali incidenti (82%) si era verificata di sera e sembrava indotta da comportamenti aggressivi o disubbidienti dei bambini stessi. A sostegno delle famiglie vulnerabili l'EIP prevede una serie di interventi che vanno dall'organizzazione di incontri per i genitori prima della nascita del bambino, corsi di *baby massage* rivolti alle coppie madre-bambino per insegnare le principali tecniche di massaggio e rilassamento dei bambini, indicazioni cliniche dedicate al sonno, al pianto, all'alimentazione e, infine, istruzioni per aiutare i genitori a gestire il comportamento del bambino più grande e in età prescolare.

I programmi *multicomponent*, invece, come il *Parent Child Development Centers* (PCDC; Andrews *et al.*, 1982), comprendono un'ampia gamma di interventi che includono il sostegno economico, l'educazione dei genitori, la costruzione di una rete sociale e il coinvolgimento della comunità in cui le famiglie a rischio vivono.

Nelle situazioni definite ad alto rischio e tipicamente caratterizzate dalla condizione di monoparentalità, dalla giovanissima età della madre, da svantaggio sociale, l'efficacia degli interventi si traduce in una riduzione, rispetto al gruppo di controllo, delle ospedalizzazioni, degli incidenti domestici, dell'e-

sposizione a maltrattamenti e trascuratezza. L'efficacia appare connessa alla continuità dell'intervento, soprattutto se avviato durante la gravidanza e ultimato quando il bambino raggiunge circa due anni, e alla capacità degli operatori di stabilire un'alleanza con la famiglia (MacMillan *et al.*, 1994a; 1994b).

Questi programmi hanno effettivamente, nel loro complesso (ne sono esempio la Germania e la Gran Bretagna), ottenuto il risultato di ridurre l'incidenza del maltrattamento fisico e della trascuratezza. Tuttavia, non sempre l'interpretazione delle ragioni che sono alla base della loro efficacia è facile: ad esempio Roberts, in un lavoro del 1996, ha analizzato nove diversi gruppi randomizzati di interventi di *home visiting* e ha trovato che in quattro di essi la presenza di violenza verso i bambini era più bassa e in cinque più alta. Questi dati potrebbero indicare che a certe condizioni la presenza di operatori che svolgono funzioni di *home visiting* contribuiscono ad aumentare le capacità dei genitori e questo permette di scongiurare il rischio che si manifesti la violenza, in altri contribuisce all'individuazione precoce della violenza e alla sua segnalazione.

Appare quindi molto importante, nell'implementazione di tali programmi, mantenere vigile l'attenzione per cogliere eventuali segnali di violenza che potrebbero celarsi dietro un'apparente normalizzazione della situazione. Infatti, si tratta di situazioni che non si sviluppano pienamente all'interno di un rapporto di fiducia e di una richiesta spontanea di aiuto e in cui ad esempio la spinta ad autonomizzarsi dai servizi non è sempre un obiettivo della famiglia, che spesso ritiene di aver diritto alla dipendenza e al sostegno senza contropartite. L'aiuto in questi casi va temperato con il monitoraggio, con il controllo e con estrema attenzione agli indicatori e ai primi eventuali segnali di violenza, nell'obiettivo di proteggere e tutelare i componenti più deboli.

Infine, una terza categoria di situazioni è caratterizzata da assenza o da ridotta presenza di fattori protettivi che non riescono a compensare quelli di rischio distali o prossimali. Situazioni nelle quali spesso vi sono anche segni di violenza che richiedono interventi di tutela e di protezione esplicita e immediata del bambino non disgiunti dall'opportunità offerta alla famiglia di essere aiutata a comprendere le cause del disagio (Cirillo e Di Blasio, 1989).

Siamo, qui, in presenza di genitori in crisi fino al punto da determinare, non importa se volontariamente o meno, condizioni di pregiudizio per lo sviluppo del bambino e danni da azioni lesive o omissive e per i quali occorre individuare modalità di intervento capaci di superare, da un lato, la negazione del problema e, dall'altro, la semplice colpevolizzazione. In questi casi la tutela e la protezione del bambino, attuati attraverso il suo allontanamento dalla famiglia, vanno intesi nell'accezione di interventi complessi e articolati che salvaguardino il diritto del bambino a essere psicologicamente aiutato non

solo individualmente, ma anche sul piano dei rapporti con la propria famiglia d'origine. Un intervento psicosociale e terapeutico che non abbia l'obiettivo di chiarire la natura e le caratteristiche dei legami familiari, che lasci incertezze, dubbi o confusioni nelle percezioni o nei sentimenti che il bambino nutre verso i propri genitori, rischia di essere parziale e di lasciare inalterata la carica emotiva di ambivalenza, colpevolizzazione, rabbia, autodenigrazione che si accompagna alla dinamica della violenza e dell'abuso. L'intervento sulla famiglia ha allora l'obiettivo di capire in dettaglio la dinamica e la processualità violenta, affinché anche il bambino possa comprenderla e liberarsi da ingiustificate colpevolizzazioni qualora si prefiguri per lui un programma di affidamento o di adozione, alternativo alla famiglia d'origine. Ha ovviamente lo scopo prioritario di verificare la suscettibilità della famiglia al cambiamento, affinché il bambino stesso, laddove sia possibile, possa ristabilire relazioni soddisfacenti con la propria famiglia d'origine.

## Riferimenti bibliografici

**Agathonos-Georgopoulou, H., Browne, K.D.**

1997 *The prediction of child maltreatment in greek families*, «Child Abuse & Neglect», 21, 721-735

**Andrews, S.R., Blumenthal, J.B., Johnson, D.L., Kahn, A.J., Ferguson, C.J., Lasater, T.M., Malone, P., Wallace, D.B.**

1982 *The skills of mothering: a study of the Parent-Child Development Centers*, «Monographs of the Society for Research in Child Development», 47 (6, Serial No. 198)

**Baldwin, A., Baldwin, C., Cole, R.**

1990 *Stress resistant families and stress resistant children*, in A. Rolf, T. Masten, D. Cicchetti et al. (eds.), *Risk protective factors in the development of psychopathology*, New York, Cambridge University Press

**Barrett, M.J., Trepper, T.S.**

1992 *Unsmaking the incestuous family*, «Family Therapy Networker», 16, 3, 39-47

**Belsky, J.**

1980 *Child maltreatment: an ecological integration*, «American Psychologist», 35, 320-335

**Black, D.A., Heyman, R.E., Smith Slep, A.M.**

2001 *Risk factors for child physical abuse*, «Aggression and Violent Behavior», 6, 121-188

**Black, D.A., Heyman, R.E., Smith Slep, A.M.**

2001 *Risk factors for child sexual abuse*, «Aggression and Violent Behavior», 6, 203-229

**Boney-McCoy, S., Finkelhor, D.**

1995 *Prior victimization: a risk factor for child sexual abuse and for PTSD-related symptomatology among sexually abused youth*, «Child Abuse & Neglect», 19, 1401-1421

**Browne, K.**

1995 *La previsione del maltrattamento*, in P. Reder, C. Lucey, *Assesment of parenting. Psychiatric and psychological contributions*, London, Routledge. Tr. it. *Cure genitoriali e*

*rischio di abuso. Guida per la valutazione*, Torino, Erickson, 1997

**Browne, K., Saqi, S.**

1988 *Approaches to screening for child abuse and neglect*, in K. Browne, C. Davies, P. Stratton (eds.), *Early Prediction and Prevention of Child Abuse*, Chichester, Wiley, 57-85

**CAPCAE**

1998 *An overview of child maltreatment prevention strategies in Europe: volume 1*, European Commission, «Science Research and Development», XII/372/97-EN

**Cirillo, S., Di Blasio, P.**

1989 *La famiglia maltrattante. Diagnosi e terapia*, Milano, Cortina

**Crittenden, P.**

1993 *An information-processing perspective on the behavior of maltreating parents*, «Criminal Justice and Behavior», 20, 27-48

**Di Blasio, P.**

1997 *Abusi all'infanzia: fattori di rischio e percorsi di intervento*, «Ecologia della mente», 20, 2, 13-37

1999 *La tutela qualificata e integrata del minore*, in P. Re (a cura di), *La tutela dei bambini, dieci anni di Convenzione ONU in Italia*, Roma, SEAM

2000 *Psicologia del bambino maltrattato*, Bologna, il Mulino

**Egeland, B., Jacobvitz, D., Sroufe, L.A.**

1988 *Breaking the cycle of abuse*, «Child Development», 59, 1080-1088

**Ethier, L.S., Couture, G., Lacharité, C., Gagnier, J.P.**

2000 *Impact of a multidimensional intervention programme applied to families at risk for child neglect*, «Child Abuse Review», 9, 19-36

**Erickson, M., Egeland, B.**

1996 *Child neglect*, in J. Briere, L. Berliner, J.A. Bulkley, C. Jenny, T. Reid (eds.), *The APSAC Handbook on Child maltreatment. American Professional Society on the Abuse of Children*, Sage, CA: Thousands Oaks, 4-20

**Finkelhor, D.**

1984 *Child Sexual Abuse*, New York, The Free Press

**Finkelhor, D., Moore, D., Hamby, S.L., Straus M.A.**

1997 *Sexually abused children in a national survey of parents: methodological issues*, «Child Abuse & Neglect», 21, 1-9

**Fischer, D., McDonald, W.**

1998 *Characteristics of intrafamilial and extrafamilial child sexual abuse*, «Child Abuse & Neglect», 22, 9, 915-929

**Hyman, C.A.**

1977 *A report on the psychological test results of battering parents*, «British Journal of Social and Clinical Psychology», 16, 221-224

**Jenner, S., McCarthy, G.**

1995 *Misure quantitative delle cure genitoriali*, in P. Reder, C. Lucey, *Assesment of parenting. Psychiatric and psychological contributions*, London, Routledge. Tr. it. *Cure genitoriali e rischio di abuso. Guida per la valutazione*, Torino, Erickson, 1997

**Jones, L.M., Finkelhor, D., Kopiec, K.**

2001 *Why is sexual abuse declining? A survey of state child protection administrators*, «Child Abuse & Neglect», 25, 1139-1158

**Kimball, W.H., Stewart, R.B., Conger, R.D., Burges, R.L.**

1980 *A comparison of family interaction in single-vs two parent abusive, neglectful and control families*, in T. Field, S. Goldberg, A. Sostek (eds.), *High-Risk infants and Children: Adult and Peer Interactions*, New York, Academic Press

**Kotch, J.B., Browne, D.C., Dufort, V., Winsor, J., Catellier, D.**

1999 *Predicting child maltreatment in the first 4 years of life from characteristics assessed in the neonatal period*, «Child Abuse & Neglect», 23, 4, 305-319

**Kotch, J.B., Browne, D.C., Ringwalt, C.L., Stewart, P.W., Ruina, E., Holt, K., Lowman, B., Jung, J.W.**

1995 *Risk of child abuse and neglect in a cohort of low income children*, «Child Abuse & Neglect», 19, 1115-1130

**Lesnik-Oberstein, M., Koers, A.J., Cohen, L.**

1995 *Parental hostility and its sources in psychologically abusive mothers: a test of the three-factor theory*, «Child Abuse & Neglect», 19, 33-49

**Leventhal, J.M.**

2001 *The prevention of child abuse and neglect: successfully out of the blocks*, «Child Abuse & Neglect», 25, 431-439

**Levy, H.B., Markovic, J., Chaudhry, U., Ahart, S., Torres, H.**

1995 *Reabuse rates in a sample of children followed for 5 years after discharge from a child abuse inpatient assesment program*, «Child Abuse & Neglect», 19, 11, 1363-1377

**MacLeod, J., Nelson, G.**

*Programs for the promotion of family wellness and the prevention of child maltreatment: a meta-analytic review*, «Child Abuse & Neglect», 24, 1127-1149

**MacMillan, H., MacMillan, J., Offord, D., Griffith, L., MacMillan, A.**

1994a *Prymary prevention of child physical abuse and neglect: a critical review. Part I*, «Journal of Child Psychology and Psychiatry», Vol. 35, 5, 835-86

1994b *Prymary prevention of child sexual abuse: a critical review. Part II*, «Journal of Child Psychology and Psychiatry», 35, 5, 857-876

**Masten, A.S., Reed, M.J.**

2002 *Resilience in development*, in C. Snyder, S.J. Lopez (eds.), *Handbook of Positive Psychology*, Oxford, Oxford University Press, 74-88

**McGuigan, W.M., Pratt, C.C.**

2001 *The predictive impact of domestic violence on three types of child maltreatment*, «Child Abuse & Neglect», 25, 869-883

**McMahon, P.**

2000 *The Public Health Approach to the prevention of sexual violence*, «Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment», 12, 1, 27-36

**Naughton, A., Heath, A.**

2001 *Developing an early intervention programme to prevent child maltreatment*, «Child Abuse Review», 10, 85-96

**National Institute of Mental Health**

1996 *A plan for prevention research for the National Institute of Mental Health*, NIH Publication No. 96-4093

**NCCAN (National Center on Child Abuse and Neglect)**

1992 *National child abuse and neglect data system: 1990 summary data component*, Working

Paper 1. Washington, DC, U.S. Department of Health and Human Services

**Paavilainen, E., Astedt-Kurki, P., Paunonen-Ilmonen, M., Laippala, P.**

2001 *Risk factors of child maltreatment within the family: towards a knowledgeable base of family nursing*, «International Journal of Nursing Studies», 38, 297-303

**Pelton, L.H.**

1994 *The role of material factors in child abuse and neglect*, in G.B. Melton, F.D. Barry (eds.), *Protecting Children from Abuse and Neglect: Foundations for a New National Strategy*, New York, Guilford Press, 131-181

**Pianta, R., Egeland, B., Erikson, M.F.**

1989 *The antecedents of maltreatment: results of the mother-child interaction project*, in D. Cicchetti, V. Carlson, *Child Maltreatment: theory and research on the causes and consequences of child abuse and neglect*, Cambridge, Cambridge University Press

**Rae-Grant, N.I.**

1994 *Preventive interventions for children and adolescents: where are we now and how far have we come?*, «Canadian Journal of Community Mental Health», 13, 2, 17-36

**Roberts R.G.**

1996 *Quality improvement in primary care in the United States*, «Journal of the Association for Quality in Healthcare», 3, 3, 83-90

**Ross, G.S.**

1984 *Home intervention for premature infants of low income families*, «American Journal of Orthopsychiatry», 54, 263-270

**Schumacher, J.A., Smith Slep, A.M., Heyman, R.E.**

2001 *Risk factors for child neglect*, «Aggression and Violent Behavior», 6, 231-254

**Sedlak, A.J.**

1997 *Risk factors for the occurrence of child abuse and neglect*, «Journal of Aggression, Maltreatment, Trauma» 1, 149-187

**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

**Smith, S.**

1975 *The battered child syndrome*, London, Butterworths

**Tourigny, M., Lavergne, C.**

1995 *Les agressions de la situation, efficacité des programmes et facteurs associés à la dénomination*. Laboratoire de recherche en écologie humaine et sociale, Université du Québec à Montréal

**Vissing, Y.M. Straus, M.A., Gelles, R.J., Harrop, J.W.**

1991 *Verbal aggression by parents and psychosocial problems of children*, «Child Abuse & Neglect», 15, 223-238

**Zuravin, S.J.**

1988 *Child maltreatment and teenage first births: a relationship mediated by chronic socio-demographic stress?*, «American Journal of Orthopsychiatry», 58, 91-103

# La scuola come ambiente privilegiato di prevenzione primaria dell'abuso sessuale all'infanzia

L'esperienza di Milano e Vercelli

Alberto Pellai\*

## 1. Introduzione

Programmare progetti di natura educativa per la prevenzione primaria dell'abuso sessuale significa promuovere azioni rivolte alla comunità e finalizzate a sostenere genitori e adulti in genere nel proprio compito di accompagnamento educativo nei confronti dei minori, così da insegnare loro le strategie di autodeterminazione e autodifesa da mettere in atto in occasione di situazioni potenzialmente pericolose. Tali azioni possono anche rivolgersi ai bambini affinché direttamente apprendano – grazie a percorsi di educazione alla salute – tecniche di autodifesa e autodeterminazione da agire qualora un potenziale abusante cercasse di renderli vittima di violenza sessuale.

Negli Stati Uniti nel 1991 il SIECUS (Sex Information and Education Council of the United States) ha pubblicato le linee-guida per l'educazione sessuale da effettuarsi nell'ambito della scuola dell'obbligo all'interno delle quali viene contemplata la necessità di dotare chi sta crescendo di informazioni e competenze “fase-specifiche” relative all'abuso sessuale, a interazioni corporee non appropriate con minori e all'incesto (Beyer e Ogletree, 1998). In effetti è proprio negli Stati Uniti che sono nati e si sono ampiamente diffusi da più di venti anni percorsi educativi in cui vengono insegnati al bambino, con criteri che rispettano il suo stadio di crescita e sviluppo, i principi di sicurezza e protezione personale (*self-safety* e *self-protection*) supportandolo con informazioni necessarie per reagire all'aggressione fisica o sessuale da parte di un adulto. Inoltre, questi programmi forniscono opportunità educative per insegnanti e genitori per rivedere il contenuto di tali *curricula*, le modalità di segnalazione dell'abuso e i servizi di territorio ai quali indirizzare tale segnalazione (Daro, 1991). Considerata l'ampia diffusione di questi programmi all'estero e la totale assenza di esperienze simili organizzate in modo sistematico nella nostra nazione, dal 1998 l'Istituto di igiene e medicina preventiva dell'Università degli studi di Milano ha cominciato a collaborare con agenzie del territorio al fine di diffondere nelle scuole elementari della nostra nazione un intervento preventivo basato su un modello educativo adatto alla popolazione degli studenti del secondo ciclo della scuola elementare. Tali progetti sono stati promossi nella città di Milano e in provincia di Vercelli. Entrambi questi progetti sono basati su guide didattiche-educative elaborate per un utilizzo diretto da parte di genitori e insegnanti (Pellai, 2000; Pellai, 2001).

---

\* Istituto di Igiene e medicina preventiva dell'Università degli studi di Milano.

## 2. L'esperienza di Milano

A Milano l'attività di prevenzione primaria dell'abuso sessuale è iniziata con una fase pilota in due scuole elementari nel corso dell'anno scolastico 1998-99 (Pellai *et al.*, 2000). Considerati i buoni risultati monitorati attraverso uno studio di validazione e valutazione ad hoc (Pellai *et al.*, 2001), il Servizio Famiglia infanzia ed età evolutiva ha deciso di estendere l'intero progetto a tutte le scuole della città, previa loro diretta iscrizione al progetto.

A Milano il progetto è stato proposto a tutte le classi IV e V elementare della città. All'interno dei cicli della scuola elementare sono state selezionate queste classi perché i bambini in esse presenti appartengono a una fascia d'età che i dati epidemiologici riferiscono ad alto rischio. Essi, inoltre, sono soggetti che presentano uno stadio di sviluppo del pensiero e dell'intelligenza emotiva tale da renderli in grado di assimilare anche i concetti astratti presenti nel *curriculum* educativo a loro proposto e di estrapolare messaggi dalle situazioni ed esperienze in esso incluse (Aldridge e Wood, 1997; Elliott, Browne e Kilcoyne, 1995; Tutty, 1992). Inoltre, non va trascurato il fatto che in queste classi la programmazione didattica curricolare, in accordo con le indicazioni ministeriali, affronta già temi come la conoscenza del proprio corpo e un primo approccio sull'educazione sessuale. I bambini di questa età hanno, tra l'altro, già sviluppata, seppure relativamente, la capacità di esporre le proprie emozioni e i propri pensieri (Goleman, 1997).

Le attività previste dal progetto sono state finalizzate al raggiungimento dei seguenti obiettivi:

- identificare possibili situazioni di rischio;
- imparare a riconoscere, ad ascoltare, a fidarsi delle proprie emozioni e sensazioni. Nel bambino, infatti, scarsa autostima e fiducia in se stessi attirano il pedofilo;
- sentirsi capaci e autorizzati a dire "sì" o "no" in base ai propri desideri. Il bambino che ha acquisito sicurezza in se stesso e percepisce anche il suo corpo come un valore e una proprietà da difendere difficilmente è vittima di abuso;
- identificare persone di fiducia a cui rivolgersi e raccontare le proprie esperienze positive e negative. Tradurre in parola gli aspetti ambivalenti dell'esperienza sessuale aiuta il bambino ad aumentare il suo potere di autodifesa di fronte al rischio di attentati alla sua integrità corporea.

Il raggiungimento di tali obiettivi è stato perseguito attraverso la promozione di laboratori didattici rivolti ai bambini, consistenti in cinque incontri così strutturati:



## Sezione 2

- primo incontro finalizzato a rafforzare nei bambini la propria autostima, dal titolo «Il mio corpo è bello»;
- secondo incontro finalizzato a fornire conoscenze sul proprio corpo sessuato, dal titolo «Conosco il mio corpo»;
- terzo incontro finalizzato a riconoscere diversi modi di comunicare, dal titolo «Ascolto il mio corpo, le mie emozioni e riconosco il tocco amico»;
- quarto incontro finalizzato a riconoscere potenziali situazioni di rischio, dal titolo «Imparo a evitare i pericoli»;
- quinto incontro finalizzato a identificare le figure di riferimento a cui confidare le proprie emozioni e a cui chiedere aiuto dal titolo «Grido no, scappo via e corro a dirlo a qualcuno».

Gli incontri con i bambini si svolgono in palestra, dove corpo e mente possono trovare piena espressione attraverso il movimento, il gioco, la riflessione, l'ascolto di sé, il rilassamento.

Poiché anche gli adulti possono essere aiutati ad acquisire maggiori strumenti per ascoltare, comprendere e sostenere i bambini e a divenire sempre più capaci di riconoscere eventuali segnali di disagio, sono stati previsti ambiti di intervento specifici anche per genitori e docenti contemplati nelle seguenti azioni formative:

- a) un laboratorio didattico-formativo con gli insegnanti di IV e V elementare su
  - il fenomeno dell'abuso sessuale e le sue conseguenze sui bambini;
  - come far acquisire ai bambini maggiori competenze e sicurezza;
  - l'ascolto e l'accoglienza delle domande e delle confidenze dei bambini;
  - l'affiancamento e la prosecuzione del lavoro che gli operatori realizzano nei laboratori-didattici con i bambini;
- b) un percorso di formazione per i genitori strutturato in due diverse modalità
  - incontri informativi rivolti ai genitori dei bambini che frequentano le classi IV e che partecipano ai laboratori didattici. Obiettivo è condividere il percorso che i loro figli faranno e confrontarsi sul tema dell'abuso sessuale;
  - cicli di incontri sul tema della sessualità e dell'abuso sessuale. L'obiettivo è fornire agli adulti occasioni di conoscenze e di riflessione in quattro incontri dedicati ad approfondire aspetti quali il fenomeno dell'abuso sessuale, il significato del fare prevenzione in questo ambito, l'importanza di parlare di sessualità con i bambini e la necessità di imparare come adulti a tutelare e supportare i propri figli.

In due anni scolastici consecutivi il programma è cresciuto enormemente, raggiungendo un numero complessivo di tremila bambini direttamente coinvolti nei percorsi educativi a loro destinati.

Più di duemila adulti (sia genitori che insegnanti) hanno invece partecipato alle sezioni formative a essi destinate. Per la sua innovatività e utilità sociale il progetto «Le parole non dette» è stato insignito del Premio Cento progetti da parte del Dipartimento della funzione pubblica della Presidenza del consiglio dei ministri nell'anno 2002.

### 3. L'esperienza di Vercelli

Sul modello implementato e realizzato a Milano, nell'autunno del 2000, l'Assessorato alle Politiche sociali della Provincia di Vercelli ha attivato il processo di elaborazione del Piano territoriale di intervento 2001-2003 (applicativo della legge 285/97, *Disposizioni per la promozione di diritti e di opportunità per l'infanzia e l'adolescenza*). Tra l'amministrazione provinciale, il Provveditorato agli Studi, gli enti gestori delle funzioni socioassistenziali e l'ASL 11 si è evidenziata una convergenza di attenzione, in particolare sulla prevenzione all'abuso sessuale sui minori, problema per il quale i servizi denunciavano l'esigenza di maggior coordinamento e visibilità, mentre la Provincia proponeva, nell'ottica della promozione dei diritti dei minori, un'attività di prevenzione primaria.

Nel frattempo anche la Regione Piemonte emanava delle linee-guida<sup>3</sup> finalizzate a un maggior coordinamento delle azioni degli enti rispetto alla prevenzione secondaria, e sembrava dunque giunto il momento per un intervento di prevenzione complesso, in raccordo e in integrazione con l'azione socioassistenziale e sociosanitaria a livello sia provinciale che regionale.

Il confronto con l'esperienze attuata dalla ASL Città di Milano ha consentito la creazione di un progetto *ad hoc* per il territorio della Provincia di Vercelli ispirato, però, al modello realizzato con successo a Milano. Si è deciso così di utilizzare gli stessi metodi e strumenti del progetto milanese integrandoli con un nuovo strumento, un libro-gioco, appositamente creato per questo progetto, rivolto a tutti i genitori dei bambini fra i 5 e i 9 anni<sup>4</sup>.

Il risultato atteso al termine del triennio di lavoro previsto per il progetto consiste nell'aver dotato tutti i soggetti territoriali competenti di autonomia

---

<sup>3</sup> Assessorato alle Politiche sociali, *Approvazione delle linee guida per la segnalazione e la presa in carico dei casi di abuso e maltrattamento ai danni di minori da parte dei servizi socio-assistenziali e sanitari*, Regione Piemonte, DGR n. 42-29997 del 2 maggio 2000.

<sup>4</sup> A. Pellai, *Un bambino è come un re*, Milano, Franco Angeli, 2001 (in collaborazione con l'Amministrazione provinciale di Vercelli).

e abilità utili a continuare ed estendere capillarmente l'azione di prevenzione, obiettivo perseguibile proprio in funzione della formazione effettuata e degli strumenti forniti a tutti gli adulti, genitori e docenti, del territorio.

A tutt'oggi a Vercelli sono stati realizzati sei corsi di formazione per 200 docenti di scuola elementare, venti corsi di formazione per genitori ai quali hanno partecipato quasi duemila adulti e laboratori educativi che hanno coinvolto circa 300 bambini.

#### 4. Conclusioni

A tutt'oggi le esperienze di Milano e Vercelli sono le più intense e sistematiche azioni di prevenzione primaria dell'abuso sessuale realizzate in Italia. Considerata la facilità con cui possono essere replicate e l'enorme interesse che hanno prodotto sia nei bambini che negli adulti, auspichiamo che tale metodologia di intervento possa crescere ed estendersi in altre parti della nazione. Inoltre, crediamo che i futuri piani per l'infanzia implementati e promossi a livello locale, provinciale, regionale e nazionale dovrebbero considerare la possibilità di facilitare la diffusione in tutte le scuole materne ed elementari di interventi di natura simile a quelli qui descritti affinché le future generazioni possano sapere che difendere i bambini dagli abusi sessuali non è solo un dovere di tutti gli adulti, ma è anche un diritto che ogni bambino può e (per quanto gli è possibile) deve esercitare.

#### Riferimenti bibliografici

**Aldridge, M., Wood, J.**

1997 *Talking about feelings: young children's ability to express emotions*, «Child Abuse & Neglect», 21, 1221-1233

**Beyer, C.E., Ogletree, R.J.**

1998 *Sexual coercion content in 21 sexuality education curricula*, «Journal of School Health», 68, 370-37

**Daro, D.**

1991 *Child sexual abuse prevention: Separating fact from fiction*, «Child Abuse & Neglect», 15, 1-4

**Elliott, M., Browne, K., Kilcoyne, J.**

1995 *Child sexual abuse prevention: what offenders tell us*, «Child Abuse & Neglect», 19, 579-594

**Goleman, D.**

1997 *Emotional Intelligence*, New York, Bantam Books. Tr. it. *Intelligenza emotiva*, Milano, Rizzoli, 1997

**Pellai, A.**

2000 *Le parole non dette*, Milano, Franco Angeli

2001 *Un bambino è come un re*, Milano, Franco Angeli

**Pellai, A., Tomasetto, M., Bazzi, M., Bottasini, R., Stefanini, M., Vitale, S.**

2000 *La prevenzione dell'abuso sessuale sui minori: sperimentazione di un progetto pilota in una scuola elementare di Milano*, «Maltrattamento e abuso all'infanzia», 2, 87-98

2001 *Modificazione della percezione del proprio rischio di vittimizzazione sessuale a seguito di un intervento di prevenzione dell'abuso sessuale. Valutazione di un progetto pilota in due scuole elementari di Milano*, «Maltrattamento e abuso all'infanzia», 3, 95-108

**Tutty, L.M.**

1992 *The ability of elementary school children to learn child sexual abuse prevention concepts*, «Child Abuse & Neglect», 16, 369-384

# Fattori di rischio e di protezione negli interventi di prevenzione terziaria: una ricerca di *follow up*

Elena Camisasca\*

## 1. Introduzione

Lo studio e l'analisi dei fattori di rischio e protezione nei casi di maltrattamento e abuso all'infanzia assume sicuramente un ruolo di tutto rilievo nell'individuazione delle strategie di prevenzione primaria, secondaria e terziaria.

In questa trattazione verrà presentata una breve sintesi della letteratura relativa agli studi sul rischio nei casi di abuso all'infanzia e, in particolare, verranno presentati i risultati di una ricerca italiana che si è proposta di analizzare il ruolo svolto dai fattori di rischio e di protezione in un intervento di prevenzione terziaria. Prevenzione terziaria che, come è noto, si propone non solo di ridurre i danni fisici e psicologici provocati dall'aver subito esperienze di vittimizzazione, ma anche di realizzare interventi efficaci affinché tali esperienze non vengano riprodotte.

## 2. Fattori di rischio e protezione negli studi sul maltrattamento e l'abuso all'infanzia

Nell'ambito degli studi sul maltrattamento e l'abuso all'infanzia, le ricerche sui fattori di rischio e di protezione hanno privilegiato, da un lato, gli interessi di prevenzione primaria e di intervento precoce (enfaticizzando il peso dei fattori di rischio), dall'altro gli interessi di sostegno alla vittima (privilegiando l'analisi dei fattori che possono favorire la *resilience* nei bambini che subiscono la violenza) e, in misura minore, l'analisi dei fattori connessi al *reiterarsi* della violenza.

Le ricerche realizzate, tuttavia, non sembrano far riferimento a un concetto di rischio basato sulla recente prospettiva per meccanismi e processi (Emiliani e Bastianoni, 1993), bensì a modelli di rischio basati sulla prospettiva della causalità diretta o multifattoriale.

In un'ottica multifattoriale, sono stati individuati i fattori ritenuti alla base dell'eziologia del maltrattamento (Belsky e Vondra 1989; Brown *et al.*, 1998). Tra questi, emergono per la loro rilevanza: le disagiate condizioni socio-economiche, i conflitti tra i genitori, uno scarso supporto sociale, i disturbi di personalità dei genitori, l'abuso di sostanze stupefacenti, la presenza di storie di vittimizzezioni subite da genitori durante l'infanzia e, nelle

---

\* Ricercatrice in Psicologia dello sviluppo, CRTI, Università Cattolica di Milano.

vittime, la presenza di handicap e di sintomi psichiatrici. Nello studio longitudinale condotto da Brown e coll. (1998) emerge come la giovane età della madre e la presenza di sociopatia siano fattori di rischio correlati a maltrattamento fisico, trascuratezza e abuso sessuale. Uno scarso coinvolgimento materno nei confronti dei figli, una precoce separazione del bambino dalla madre e la presenza di problemi perinatali risultano invece strettamente correlati al solo maltrattamento fisico. La presenza nelle vittime di handicap, di un patrigno, l'assenza prolungata da casa della madre e il sesso delle vittime sono invece correlati al rischio di abuso sessuale. Il rischio di maltrattamento e di abuso all'infanzia aumenta drammaticamente nel caso in cui, nella famiglia, siano ravvisabili almeno quattro tra i fattori di rischio sopra citati.

Solo recentemente in letteratura sono stati descritti alcuni studi di *follow up* che, concentrandosi sul problema delle recidive, hanno analizzato i fattori connessi al reiterarsi della violenza, senza peraltro giungere a risultati univoci.

Terling (1999) sottolinea l'importanza del tipo di violenza, evidenziando come il maltrattamento fisico e l'abuso sessuale siano condizioni di rischio correlate a episodi di rivittimizzazione, mentre in una direzione diversa si collocano i risultati di Levy e coll. (1995) e di Marshall e English (1999), che definiscono gli episodi di trascuratezza come maggiormente a rischio di recidive. Altri fattori di tipo familiare e individuale, strettamente connessi col verificarsi di nuovi episodi di violenza sono: un basso livello intellettuale dei genitori, la loro capacità (incapacità) di comprendere e accettare l'idea che il proprio comportamento sia stato inadeguato (con la conseguente impossibilità a modificarsi), l'abuso di sostanze stupefacenti, l'isolamento sociale, la presenza di conflitti e di violenza domestica.

La ricerca sui fattori protettivi si è, invece, proposta l'obiettivo di analizzare gli elementi che risultano correlati alla capacità delle vittime di "resistere" alle esperienze di violenza subite. Sono state individuate alcune specifiche caratteristiche dei bambini, dei genitori e dell'ambiente extrafamiliare che sembrano favorire nelle vittime la capacità di resistere. In particolare, i bambini dotati di buona autostima e capacità intellettive, convinti di poter controllare la propria vita e che possono contare sulla presenza di un genitore supportivo e di un ambiente scolastico positivo, evidenziano maggiori possibilità di superare le esperienze subite (Heller *et al.*, 1999).

Relativamente alle esperienze di abuso sessuale, sono stati riscontrati come importanti fattori protettivi la possibilità per le vittime di contare su un adulto protettivo, l'assenza di violenza e coercizione durante l'abuso, un utilizzo

limitato di strategie di *coping*<sup>5</sup> di tipo aggressivo e di strategie di evitamento cognitivo<sup>6</sup> (Spaccarelli e Kim 1995; Dufour, Nadeu e Bertrand, 2000).

Nonostante la maggior parte delle ricerche sopra descritte abbiano fatto riferimento a una prospettiva del rischio di tipo multifattoriale, è possibile sostenere che il riferimento alla prospettiva per meccanismi e processi, seppur sicuramente più difficile da realizzare in ambito di ricerca, risulta il più idoneo. È infatti più utile non solo ai fini di una migliore comprensione del fenomeno e per l'individuazione di strategie di intervento efficaci (Di Blasio, 1997), bensì anche nella rilevazione dei fattori che, nelle famiglie maltrattanti, favoriscono un processo di cambiamento positivo (Camisasca, Di Blasio, 2002).

Le conoscenze relative all'interazione tra fattori di rischio e di protezione permettono, infatti, di realizzare un processo valutativo complesso e dinamico che non si limita a una valutazione della situazione fondata sulla somma o sulla quantità di elementi di rischio presenti e permette di individuare delle strategie di intervento efficaci.

Secondo Di Blasio (1997) è, infatti, possibile sostenere che se gli elementi protettivi sono presenti e sono in grado di contrastare quelli di amplificazione del rischio molto probabilmente si è in presenza di un bambino e di una famiglia da aiutare. Le difficoltà del bambino vengono considerate dipendenti da eventi imprevisti, da momenti critici del ciclo di vita della famiglia, da difficoltà lavorative o da frustrazioni familiari, da perdite, lutti o malattie. Genitori sostanzialmente idonei a occuparsi dei figli ma che l'accumulo di stress e di eventi critici ha messo momentaneamente in difficoltà. In tali situazioni, si collocano tutti gli interventi di sostegno e di aiuto che rappresentano il repertorio classico della operatività dei servizi.

Ma vi sono situazioni in cui i genitori del bambino, a causa di disagi e difficoltà personali, diventano la principale fonte dei disturbi del bambino. Si tratta delle situazioni in cui sono venute a mancare tutte o gran parte delle

---

<sup>5</sup> Lazarus (1966), nei suoi studi sullo stress psicologico, fornisce una interessante spiegazione del concetto di *coping*. Secondo questo autore, vi è stress psicologico quando la persona si rende conto che la situazione in cui si trova inserita pone delle richieste che vanno al di là delle proprie forze, così da mettere in discussione il proprio benessere. Il concetto di *coping* implica una serie di processi messi in atto per far fronte a una situazione stressante, al fine di risolvere, padroneggiare o tollerare problemi incombenti. In particolare, Lazarus distingue tra modalità di far fronte centrata sul problema (sforzi per modificare la situazione) e modalità di far fronte centrate sull'emozione (prendere le distanze dalla situazione, fuggire di fronte ad essa ecc).

<sup>6</sup> Per evitamento cognitivo si intende una particolare modalità di affrontare una situazione che implica l'evitamento di stimoli, pensieri, sensazioni ed emozioni legati all'evento traumatico o stressante.

condizioni protettive. In queste situazioni, il sistema dei servizi e gli operatori preposti alla tutela devono configurarsi come promotori della protezione, attivando interventi capaci di vicariare e riparare le carenze subite dal bambino. Si tratta dunque di valutare attentamente la situazione e, in assenza di fattori protettivi, agire con l'obiettivo della tutela e della salvaguardia del bambino. Contemporaneamente, la famiglia viene responsabilizzata attraverso prescrizioni e seguita psicologicamente per comprendere se possiede risorse sulle quali far leva al fine di ripristinare relazioni adeguate. L'esperienza clinica con le famiglie maltrattanti ha permesso di cogliere come alcuni genitori riescano a trarre giovamento dagli interventi psicologici e sociali che vengono loro offerti mentre altri mantengono inalterate le dinamiche distruttive che li caratterizzano, finendo, nei fatti, col rifiutare il proprio bambino (Cirillo e Di Blasio, 1989). Risulta quindi particolarmente pregnante comprendere quali sono i fattori che portano a esiti così differenti. In altre parole, è importante chiedersi: «Quali sono le risorse individuali e familiari sulle quali si può far leva al fine di sostenere un processo di cambiamento positivo e ripristinare relazioni adeguate di accudimento? E quali sono invece i fattori che ostacolano o non promuovono tale processo?».

### 3. Fattori di rischio e protezione nella prevenzione terziaria: i risultati di una ricerca di *follow up*

Al fine di rispondere a tale domanda, è stata condotta una ricerca di *follow up* (Camisasca e Di Blasio, 2002) su un gruppo di famiglie nelle quali il comportamento violento aveva reso necessaria l'attuazione di interventi di tutela dei bambini. Si tratta di nuclei caratterizzati da difficoltà relazionali e da conflitti che, al momento della segnalazione e dell'allontanamento dei bambini, avevano ridotto le risorse interne e impoverito le capacità protettive, facendo prevalere in modo determinante e schiacciante il peso dei fattori di rischio.

Queste famiglie, in media sei anni prima della realizzazione della ricerca, hanno seguito, su prescrizione della magistratura, un protocollo di intervento psicologico presso il CBM di Milano (Centro per il Bambino maltrattato e la cura della crisi familiare). Tale protocollo consiste in colloqui di valutazione volti a promuovere la "recuperabilità familiare", ovvero aventi l'obiettivo di sollecitare le risorse individuali e del nucleo familiare nel suo complesso.

Sono stati quindi selezionati due sottogruppi, caratterizzati il primo, da una valutazione psicologica positiva ai fini del rapporto coi figli, il secondo da una valutazione psicologica negativa. La conclusione valutativa di "recuperabilità"



o “irrecuperabilità” della famiglia emersa al termine del protocollo standard di intervento non è tuttavia sembrata una condizione sufficientemente forte e attendibile di differenziazione dei gruppi. Può infatti sorgere il legittimo dubbio che le famiglie così gravemente attraversate dalla dinamica violenta adottino strategie di adeguamento e di apparente adattamento finalizzate a riottenere i figli e a uscire dal circuito del controllo sociogiuridico.

Per comprendere quali sono i fattori di rischio e protettivi presenti in tali famiglie era quindi necessario avere la certezza non solo che nei gruppi “recuperabili” non si fossero verificate nel tempo delle recidive (ulteriori episodi di violenza sui figli), ma anche che si fossero create per il bambino condizioni affettive idonee al suo sviluppo.

Da qui la necessità di ottenere dati di *follow up* a lungo termine sulla stabilità o meno dei cambiamenti familiari.

Lo studio di *follow up* ha dunque permesso di individuare due gruppi di famiglie, il primo caratterizzato da 28 nuclei nei quali le risorse positive hanno consentito di superare la forte crisi che aveva generato la violenza, l'altro costituito da 27 nuclei in cui la relazione col figlio si è definitivamente interrotta e per il bambino sono state adottate soluzioni alternative alla famiglia di origine (adozione, affidamento, comunità).

Quali sono allora le risorse che nel primo gruppo di famiglie hanno favorito il processo di cambiamento positivo e i fattori che, nel secondo gruppo, lo hanno ostacolato?

Possiamo iniziare col dire che tutte le famiglie analizzate sono risultate caratterizzate da una serie di difficoltà che la letteratura ha indicato come condizioni di rischio connesse alla violenza: le disagiate condizioni economiche e educative, l'immigrazione, il conflitto di coppia e i conflitti educativi.

Le famiglie nelle quali la dinamica espulsiva nei confronti dei figli si è aggravata fino a determinare una separazione definitiva risultano, tuttavia, caratterizzate da ulteriori fattori di rischio.

In particolare, questi nuclei sembrano attraversati da rotture di legami con entrambe le famiglie d'origine, dalla presenza di comportamenti violenti e aggressivi di un coniuge sull'altro, da difficoltà della madre nella gestione dell'organizzazione familiare, dalla percezione della madre che il bambino le sia ostile e dall'assenza di assunzione di responsabilità delle azioni violente verso i figli. È infatti emerso che i genitori, che di fronte agli interventi dei servizi e del tribunale accettano la propria responsabilità, riconoscendo di aver determinato, anche se involontariamente, un danno ai propri figli, riescono a utilizzare l'intervento psicologico, a modificare le relazioni e a funzionare adeguatamente dopo il rientro dei figli in famiglia. Questi genitori, inoltre, rac-

contano di aver sempre potuto contare su qualche componente dell'una o dell'altra famiglia d'origine.

I genitori che invece non riescono a usufruire dell'intervento psicologico e, di conseguenza, a migliorare le proprie dinamiche relazionali, a differenza degli altri genitori, presentano una serie di difficoltà individuali che possiamo riassumere in disturbi psicologici, malattie fisiche e devianza sociale (tossicodipendenza, alcolismo). Possiamo dunque dire che le difficoltà di tipo organico e sanitario, il disagio sociale e la devianza costituiscono elementi di rischio frequentemente associati a situazioni familiari "disimpegnate" nelle quali il rifiuto del figlio ha come esito la sua separazione definitiva dalla famiglia d'origine. Appaiono inoltre significative, come condizioni di rischio, la presenza di disagio mentale della madre e il disagio psicologico del bambino. Relativamente a quest'ultima condizione di rischio, si può pensare che bambini gravemente compromessi, proprio a causa delle esperienze traumatiche subite, finiscano per adottare comportamenti aggressivi e problematici che diventano ulteriori stimoli per il reiterarsi e il cronicizzarsi della violenza.

Alcune specifiche caratteristiche degli episodi di violenza risultano, infine, ulteriori fattori che favoriscono o impediscono un'evoluzione positiva di tali famiglie.

È infatti stato riscontrato che se la durata del maltrattamento non è superiore a un anno, se esso non è così grave da richiedere l'avvio di un iter penale, se attraverso le misure di protezione si segnala precocemente alla famiglia la preoccupazione per la condizione del bambino (inducendo in essa una qualche forma di assunzione di responsabilità) e se almeno uno dei due genitori non è violento e ha avuto, seppur in modo non soddisfacente o continuativo, un rapporto per alcuni aspetti buono col figlio, vi sono le condizioni per innescare un cambiamento positivo. La mancanza di tali condizioni, invece, vale a dire il ritardo nell'intervento protettivo sul bambino, la cronicità e la gravità della violenza, l'assenza di un legame positivo anche solo con un genitore, rappresentano condizioni che rendono difficile il recupero.

Recupero sicuramente difficile ma non impossibile se gli operatori dei servizi sociosanitari possiedono gli strumenti conoscitivi e operativi per effettuare un'efficace valutazione della situazione, interrompendo precocemente la dinamica violenta e favorendo l'attivazione delle risorse individuali e familiari presenti nelle famiglie maltrattanti e abusanti.

I risultati di questa ricerca hanno infatti evidenziato che, anche nelle famiglie gravemente maltrattanti, accanto a gravi condizioni di rischio si possono osservare fattori protettivi che giocano un ruolo importante nel promuovere un cambiamento positivo.

## Riferimenti bibliografici

**Belsky, J., Vondra, J.**

1989 *Lessons from child abuse: the determinants of parenting*, in D. Cicchetti, V. Carlson (eds.), *Child Maltreatment: theory and research on the causes and consequences of child abuse and neglect*, Cambridge, Cambridge University Press, 153-202

**Brown, J., Cohen, P., Johnson, J., Salzinger, S.**

1998 *A longitudinal analysis of risk factors for child maltreatment: findings of a 17-year prospective study of officially recorded and self reported child abuse and neglect*, «Child Abuse & Neglect», 22, 11, 1065-1978

**Camisasca, E., Di Blasio, P.**

2002 *Una ricerca di follow up su famiglie maltrattanti e abusanti: fattori di rischio e di proiezione*, «Età evolutiva», 72, 89-96

**Cirillo, S., Di Blasio, P.**

1989 *La famiglia maltrattante. Diagnosi e terapia*, Milano, Cortina

**Di Blasio, P.**

1997 *Abusi all'infanzia: fattori di rischio e percorsi di intervento*, «Ecologia della mente», 20, 2, 13-37

**Doufur, M.H., Nadeu, L., Bertrand, K.**

2000 *Resilience factors in the victims of sexual abuse: state of affairs*, «Child Abuse & Neglect», 24, 6, 781-797

**Emiliani, F., Bastianoni, P.**

1993 *Una normale solitudine*, Roma, La Nuova Italia Scientifica

**Heller, S., Larrieu, J., D'Imperio, R., Boris, N.**

1999 *Research on resilience to child maltreatment: empirical considerations*, «Child Abuse & Neglect», 23, 4, 321-338

**Levy, H.B., Markovic, J., Chanhry, U., Ahart, S., Torres, H.**

1995 *Reabuse rates in a sample of children followed for 5 years after discharge from child abuse inpatient assessment program*, «Child Abuse & Neglect», 19, 1363-1377

**Lazarus, R.S.**

1966 *Psychological stress and the coping process*, New York, McGraw-Hill

**Marshall, D., English, D.**

1999 *Survival analysis of risk factors for recidivism in child abuse and neglect*, «Child Maltreatment», 4, 4, 287-296

**Spaccarelli, S., Kim, S.**

1995 *Resilience criteria and factors associated with resilience in sexually abused girls*, «Child Abuse & Neglect», 19, 9, 1171-1182

**Terling T.**

1999 *The efficacy of family reunification practices: Reentry rates and correlates of reentry for abused and neglected children reunited with their families*, «Child Abuse & Neglect», 23, 12, 1359-1370

**La prevenzione  
del maltrattamento:  
il sostegno ai genitori**

*Massimo Ammaniti, Giampaolo Nicolais,  
Anna Maria Speranza*

**APPROFONDIMENTI**

**La teoria dell'attaccamento**

*Anna Maria Speranza*

**Strumenti per la valutazione  
dell'attaccamento nel bambino  
e nell'adulto**

*Anna Maria Speranza*

**Sezione 3**



# La prevenzione del maltrattamento: il sostegno ai genitori

Massimo Ammaniti, Giampaolo Nicolais, Anna Maria Speranza\*

## 1. Introduzione

Freud (1905), circa un secolo fa, indirizzò il suo interesse alla relazione precoce madre/bambino quale matrice delle successive relazioni d'amore, da cui prendono origine la vita affettiva individuale e le sue difficoltà. Tuttavia, solo negli ultimi decenni la ricerca si è ampliata allo studio sistematico della rete delle relazioni familiari e al riconoscimento della sua importanza per lo sviluppo sociale ed emozionale del bambino. Per comprendere al meglio lo sviluppo del bambino, si è quindi ampiamente riconosciuto il valore del *contesto*, che costituisce la più importante acquisizione degli ultimi decenni nel campo della psicologia dello sviluppo (Sameroff e Fiese, 2000). Indubbiamente, le caratteristiche intrinseche che contribuiscono al contesto possono originare dalle differenze individuali della dotazione genetica come anche da differenze neurobiologiche non ereditate. Quantunque le differenze individuali del bambino possano essere identificate rapidamente, queste hanno un limitato potere predittivo se sono considerate solo le caratteristiche infantili. Ad esempio, gli studi sui bambini prematuri che hanno subito significative sofferenze perinatali hanno evidenziato che i più significativi indici predittivi sono quelli familiari rispetto alle caratteristiche infantili. Infatti, la classe sociale della famiglia del bambino è il miglior predittore degli esiti in questi bambini (Sameroff, 1997).

Le relazioni fra genitore e bambino costituiscono la più importante esperienza connessa al contesto per lo sviluppo infantile. Un gran numero di ricerche ha documentato l'importanza delle caratteristiche qualitative della relazione madre/bambino sullo sviluppo del bambino. Qualità positive nella relazione madre/bambino sono state associate a uno sviluppo ottimale sociale, emozionale e cognitivo (Crockenberg e Leerkes, 2000; Lyons-Ruth e Zeanah, 1993; Zeanah *et al.*, 1997). Le relazioni madre-bambino moderano i fattori intrinseci di rischio (McCarton *et al.*, 1997; Ramey *et al.*, 1992): ad esempio, i bambini prematuri hanno esiti migliori quando l'ambiente familiare è protettivo, mentre gli esiti sono più negativi quando l'ambiente è meno protettivo. La psicopatologia infantile ha evidenziato la specificità della variabilità relazionale: i bambini possono instaurare differenti modalità di relazione con le varie figure che si occupano di loro (*caregiver*) (Steele *et al.*, 1996; Suess *et al.*, 1992), come anche esprimere sintomi all'interno di una relazione ma non in un'altra (Hossain *et al.*, 1994; Zeanah *et al.*, 2001). Per questi motivi, la salute mentale nel campo dell'infanzia è sempre più ancorata a un approccio

---

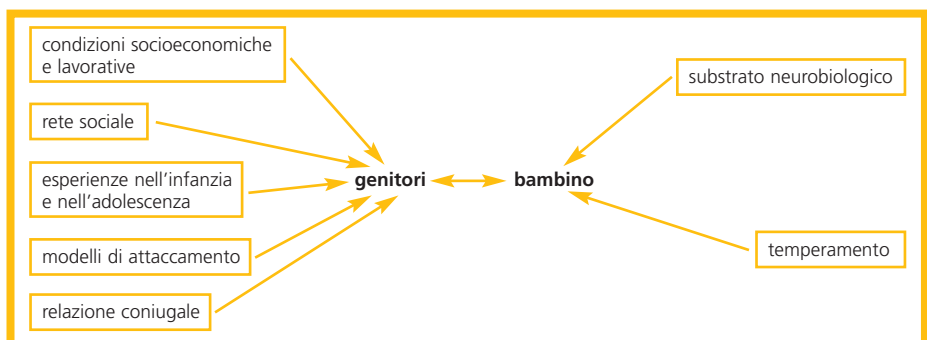
\* Università La Sapienza, Roma.

relazionale: i bambini sono compresi, valutati e trattati meglio nel contesto delle relazioni primarie di accudimento.

Tuttavia, è necessario valutare la qualità delle relazioni diadiche all'interno delle diverse relazioni che caratterizzano l'intero nucleo familiare (Crockenberg *et al.*, 1993): vi sono evidenze, infatti, che sottolineano l'influenza considerevole della relazione coniugale dei genitori sullo sviluppo infantile, e il conflitto fra i due genitori appare essere un fattore di rischio più importante dello stesso divorzio (Kelly, 2000). La complessità dei processi familiari costituisce senz'altro una sfida, dal momento che ogni bambino ha una specifica relazione con ogni membro della famiglia e ogni relazione è influenzata dalle altre relazioni familiari. Inoltre, si verificano importanti influenze intergenerazionali sullo sviluppo infantile: infatti, sono state messe in luce importanti concordanze dello stile di attaccamento fra nonne, madri e nipoti (Benoit e Parker, 1994).

In riferimento al modello transazionale (Sameroff e Chandler, 1975; Sameroff e Fiese, 2000), si può affermare che lo sviluppo è realmente contestuale, dal momento che le transazioni fra il bambino e il suo ambiente di allevamento implicano effetti reciproci e bidirezionali che modificano non soltanto le caratteristiche e le esperienze del bambino, ma anche le stesse interazioni fra i geni e l'ambiente. Lo sviluppo dell'individuo non è solo il risultato del dispiegarsi di linee di crescita predeterminate: in realtà, i diversi processi evolutivi si realizzano all'interno della matrice costituita dalla relazione tra l'individuo e il suo contesto. Il modello transazionale sottolinea non solo gli effetti che l'ambiente ha sul bambino (modello interazionale di sviluppo), quanto, piuttosto, gli effetti che il bambino, al contempo, produce sul proprio contesto. In un'ottica di complessità, non è cioè possibile considerare le influenze ambientali sul bambino come forze indipendenti dal bambino stesso.

Figura 1. Modello interazionale



In questa cornice, alcuni fattori sembrano aumentare o ridurre i rischi di distorsioni evolutive oppure di psicopatologie. I fattori di rischio rappresentano caratteristiche che aumentano lo stato di rischio di un individuo o di un gruppo. Così i bambini pretermine o i figli di madri depresse oppure bambini allevati nelle istituzioni sono considerati “a rischio” per quanto riguarda lo sviluppo. Tuttavia nella maggior parte dei casi i fattori di rischio sono complessi e interagiscono fra di loro, e va ricordato che non è mai possibile individuare una relazione causale diretta tra specifici fattori di rischio e specifici esiti. A questo proposito, il termine “plurifinalità” viene utilizzato quando un singolo fattore, come la depressione materna, aumenta il rischio per diversi esiti nel bambino, quali ad esempio l’attaccamento insicuro (Lyons-Ruth *et al.*, 1987; Shaw e Vondra, 1993), problemi di linguaggio e cognitivi (Murray, 1992) e problemi sociali interattivi (Weinberger e Tronick, 1997). Diversamente, il termine “equifinalità” indica quelle condizioni in cui diversi fattori aumentano il rischio per un esito specifico: ad esempio la depressione materna (Murray, 1992; Shaw *et al.*, 1994), il conflitto genitoriale (Holden e Ritchie, 1991), l’attaccamento insicuro (Erickson *et al.*, 1985), il maltrattamento (Reems, 1999) e difficoltà temperamentali percepite (Sanson *et al.*, 1991) permettono di prevedere comportamenti aggressivi nel corso dello sviluppo.

Vi sono evidenze che i rischi tendano a sommarsi (Beckwith, 2000), con un aumento di fattori di rischio associati a un’umentata vulnerabilità (Sameroff *et al.*, 1993). Al contrario, i fattori protettivi possono ridurre direttamente gli effetti del rischio, favorire le competenze e rafforzare l’individuo nei confronti delle avversità, consolidando le sue capacità di *coping* e *resilience* (Garmezy *et al.*, 1984).

Per la salute mentale in età evolutiva il rapporto fra fattori di rischio e protettivi, e il reciproco effetto dell’uno sull’altro, è di centrale importanza. Focalizzare le risorse e lavorare attivamente al fine di sostenere, favorire e promuovere le risorse dei genitori e della famiglia rappresenta uno dei principi attorno ai quali si è consolidata la tradizione della salute mentale infantile (Knitzer, 2000).

Negli anni Ottanta e Novanta, la ricerca ha messo in luce l’importanza della responsività dei genitori ai segnali del bambino e come, ad esempio, le esperienze e l’organizzazione dell’attaccamento dei genitori interagiscono con le capacità, in via di sviluppo, del bambino. In particolare, i segnali emotivi assumono il valore di regolatori sociali e definiscono i processi attraverso cui le interazioni bambino/figura di accudimento vengono interiorizzate dal bambino come modelli di autoregolazione. Questa enfasi sulle emozioni e sui meccanismi regolativi assume un particolare valore per la possibilità di riconosce-



re indicatori precoci di rischio e di adattamento disfunzionale. Nel caso di bambini vittime di maltrattamento o trascuratezza, gli adulti non costituiscono adeguati riferimenti sociali per cui il bambino può andare incontro a situazioni di pericolo senza poterle riconoscere adeguatamente.

Un ulteriore avanzamento nella comprensione delle interazioni genitori/figlio e del modo in cui fattori di rischio e protettivi interagiscono, contribuendo a determinare la qualità dei processi di sviluppo del bambino, è rappresentato dagli studi nel campo dell'attaccamento<sup>1</sup>. Questi studi hanno messo in luce strategie diverse per regolare la sicurezza personale, in ogni caso legate alle differenti esperienze relazionali soprattutto nei momenti critici nei quali il bambino ha bisogno di protezione (Ainsworth *et al.*, 1978). Oltre ai modelli organizzati (sicuro, evitante e ambivalente), è stato riconosciuto un attaccamento disorganizzato/disorientato (Main e Solomon, 1990) più facilmente riscontrabile nelle madri depresse, abusanti o alcoliste (Carlson *et al.*, 1989; Lyons-Ruth *et al.*, 1990).

## 2. Il maltrattamento: etiologia e contesto

In relazione al maltrattamento e all'abuso all'infanzia, fino agli inizi degli anni Ottanta lo studio dei fattori etiologici ha indicato la centralità dei fattori di natura socioculturale ed economica (studi sul cosiddetto fattore SES-status socioeconomico), in particolare per l'abuso sessuale e fisico. La crescente preoccupazione circa il fenomeno dell'abuso all'infanzia nell'opinione pubblica statunitense ha determinato in quegli anni lo stanziamento di fondi consistenti destinati alla valutazione della reale incidenza del fenomeno. Le ricerche epidemiologiche cominciano a mostrare in quegli anni e sempre più confermeranno negli anni successivi (National Center on Child Abuse and Neglect, 1978, 1993, 1995) come in realtà l'abuso, soprattutto quello sessuale intrafamiliare, sia un fenomeno che attraversa tutte le classi sociali. Conseguentemente, i ricercatori hanno spostato il focus della ricerca sui fattori etiologici nella direzione di possibili fattori di natura familiare (caratteristiche del nucleo, presenza di un patrigno, presenza di conflittualità, caratteristiche del funzionamento della coppia, presenza di esperienze di abuso nel genitore abusante, ecc.). Un importante lavoro di David Finkelhor (1979) ha segnalato una possibile "costellazione di rischio" (identificata attraverso una

---

<sup>1</sup> Su questi temi si vedano gli approfondimenti di Anna Maria Speranza alle p. 111 e 123.

specifica *Risk Factor Checklist*) in cui otto fattori interagirebbero, in termini probabilistici, nel realizzare condizioni favorevoli all'abuso sessuale:

1. presenza di un patrigno;
2. separazione temporanea dalla madre;
3. mancanza di vicinanza con la madre;
4. basso livello di scolarità materna;
5. aspetti punitivi circa la sessualità da parte della madre;
6. assenza di affetto da parte del padre;
7. due o meno di due amicizie durante l'infanzia;
8. reddito familiare annuale inferiore a \$ 10.000.

Uno studio di molti anni dopo (Bergner *et al.*, 1994), usando gli stessi fattori di rischio su popolazioni diversamente selezionate, ha dimostrato una scarsa incidenza dei fattori di rischio in questione. Del resto, lo stesso Finkelhor aveva già affermato che «un'altra linea di ricerca importante consiste nel guardare attentamente alle caratteristiche degli stessi bambini, oltre che alle caratteristiche delle loro famiglie e del loro ambiente sociale. Sono ancora poche le ricerche condotte per indagare se bambini con certe personalità, caratteristiche fisiche e psicologiche possono essere a maggiore o minore rischio per l'abuso» (Finkelhor, 1993, 69).

Parallelamente, le definizioni operative del maltrattamento sono divenute sempre più articolate, declinando il fenomeno lungo alcune dimensioni (la tipologia, la ricorsività o l'unicità dell'evento, ecc.) le cui implicazioni nel determinare esiti psicopatologici per il bambino devono essere comprese nella loro interazione con i diversi elementi strutturali ed evolutivi del bambino da un lato, e con le caratteristiche del suo contesto familiare ed extrafamiliare dall'altro.

La necessità di incentrare la ricerca sul maltrattamento attorno alla complessa interrelazione tra le caratteristiche dell'evento, del bambino coinvolto e del suo contesto è espressione diretta di quella *developmental psychopathology* (Cicchetti e Toth, 1995) che, nello studio delle origini e delle cause dei pattern di adattamento disfunzionale del bambino al proprio ambiente, sottolinea la necessità di tener conto del rapporto tra sviluppo normale e patologico, della continuità *vs* discontinuità nello sviluppo e della bilancia tra fattori di rischio e fattori protettivi presenti nella sua "ecologia".

Rispetto al maltrattamento, viene quindi postulata la necessità di:

- condurre un approfondimento delle trasformazioni e riorganizzazioni che si realizzano a partire dall'evento;
- analizzare i fattori di rischio e protettivi che operano nell'individuo e nel suo contesto ambientale;

- valutare il modo in cui funzioni e competenze emergenti, assieme a compiti di sviluppo fase-specifici, modificano l'espressione del disturbo o comportano sintomi e difficoltà;
- riconoscere, infine, che uno stress specifico o uno specifico funzionamento possono verificarsi in difficoltà comportamentali diverse, in tempi diversi durante lo sviluppo e in contesti diversi.

In relazione allo studio e all'approfondimento dei fattori etiologici del maltrattamento, maturano così modelli esplicativi che tentano di cogliere la specificità di fattori intervenienti che operano ai vari livelli delle "ecologie" individuale, familiare e sociale.

Nel "modello transazionale" di Cicchetti e Rizley (1981), il risultato delle fasi evolutive è dato dai contributi reciproci di forze ambientali, caratteristiche dei *caregivers* e caratteristiche del bambino.

Le transazioni tra fattori di rischio e protettivi che contribuiscono al verificarsi dell'abuso e del maltrattamento possono venire così schematizzate:

- fattori di rischio *perduranti*: biologici, psicologici, sociali, storici retrospettivi (a lungo termine);
- fattori di rischio *transitori*: perdite (lavoro, affetto), problemi di coppia e/o familiari, malattie, periodo critico sviluppo bambino;
- fattori protettivi *perduranti*: cure adeguate, legami di attaccamento sicuri, adeguate capacità genitoriali (a lungo termine);
- fattori protettivi *transitori*: miglioramento del rapporto di coppia, miglioramento economico, uscita del bambino da un periodo di sviluppo critico.

Il "modello ecologico" di Belsky (1980) punta a una descrizione articolata dell'ambiente nel quale si realizzano l'abuso e il maltrattamento. I quattro livelli di analisi proposti sono: lo *sviluppo ontogenetico* (fattori individuali e disposizionali associati con l'essere perpetratore di abuso e/o con l'esposizione a situazioni abusanti); il *microsistema* (fattori relativi alla famiglia nucleare in termini di composizione, dinamiche prevalenti, stile della coppia, attitudini genitoriali, ecc.); l'*esosistema* (aspetti della comunità di appartenenza della famiglia e dell'individuo che contribuiscono all'abuso e al maltrattamento); e il *macrosistema* (fattori relativi a valori e riferimenti culturali della società di appartenenza).

Infine, il "modello transazionale-ecologico" di Belsky (1993) tenta una sintesi tra i due precedenti modelli, all'interno della quale i fattori di rischio possono essere presenti a ciascun livello dell'ecologia: l'abuso e il maltrattamento sono a "determinazione multipla" rispetto a fattori che operano ai vari livelli dell'ecologia. È quindi impossibile isolare un passaggio lineare verso l'abuso, e ne consegue che il discorso sull'etiologia va sempre affrontato considerando la "bilancia" tra fattori di rischio e protettivi.

### 3. La prevenzione: sostegno alla genitorialità e *home visiting*

La prevenzione dei futuri problemi di salute mentale in età evolutiva tende a identificare i bambini ad alto rischio prima che le difficoltà diventino manifeste. La prevenzione si pone come finalità quella di modificare i comportamenti dei bambini e dei genitori e il funzionamento familiare, in modo da salvaguardare o favorire la reintegrazione verso traiettorie di sviluppo più equilibrate. In alcuni casi, fattori di rischio intrinseci alla dotazione del bambino (come ad esempio l'iperreattività temperamentale alla nascita) non sono prevenibili, tuttavia la prevenzione può intervenire su tutti quegli aspetti relativi all'ambiente familiare (la depressione materna; l'abuso o la trascuratezza; ecc.) che abbiamo in precedenza descritto come fattori di rischio peculiari del contesto relativo al bambino.

Appare perciò evidente come la prevenzione abbia bisogno, per essere realmente efficace, di modelli interpretativi adeguati che consentano uno studio approfondito dei fattori etiologici alla base della condizione di rischio e/o patologica.

Nel maltrattamento all'infanzia, nonostante diversi studi abbiano messo in evidenza le sorprendenti capacità di *resilience* che i bambini abusati spesso manifestano (Heller *et al.*, 1999), permettendo loro di recuperare esperienze anche devastanti in termini di successivo adattamento, sappiamo (Cicchetti e Toth, 1995) che esiti negativi sono generalmente attesi in diversi aspetti dello sviluppo di questi bambini: dallo sviluppo di un senso di sé inadeguato, a problematiche interpersonali, a gravi disturbi della sfera affettiva e sessuale. In particolare, i bambini in età prescolare posti in affidamento rappresentano una popolazione ad alto rischio: è stato documentato (Klee *et al.*, 1997) che l'80% di questi bambini presenta problemi evolutivi e/o emotivi, e più del 50% in entrambe le aree.

Ciò giustifica ampiamente massivi interventi di prevenzione secondaria al fine di ridurre al minimo gli esiti psicopatologici nei bambini maltrattati e abusati. Un esempio rilevante in questo senso è costituito dal lavoro dell'Infant Team di New Orleans, centro attivo dal 1995 e specificamente deputato al lavoro con bambini in fascia prescolare (0-4 anni) temporaneamente affidati per problematiche di abuso, maltrattamento e grave trascuratezza familiare. Il gruppo di lavoro guidato da Charles Zeanah ha recentemente dimostrato (Zeanah *et al.*, 2001) l'efficacia del proprio intervento di "presa in carico della relazione". L'intervento trattamentale rivolto ai bambini e alle famiglie di origine ha, infatti, determinato una significativa riduzione, rispetto ai dati relativi alla popolazione clinica in età evolutiva, delle segnalazioni per problematiche psicopatologiche in bambini trattati all'Infant Team e restituiti ai propri genitori biologici dopo il periodo di affidamento.

Dagli anni Ottanta, esperienze di supporto alle famiglie in popolazioni ad alto rischio si sono sviluppate in vari Paesi del mondo, in particolare negli Stati Uniti. Tali esperienze, che rappresentano interventi di prevenzione primaria del fenomeno del maltrattamento all'infanzia, sono essenzialmente centrate sul riconoscimento dell'importanza di prendersi cura del figlio da parte della madre, e si articolano in larga parte (anche se non in modo esclusivo) sul sostegno delle capacità materne (Fraiberg, 1999). Si tratta di un insieme di strategie che forniscono un supporto alle relazioni precoci madre-bambino, aiutando il genitore a:

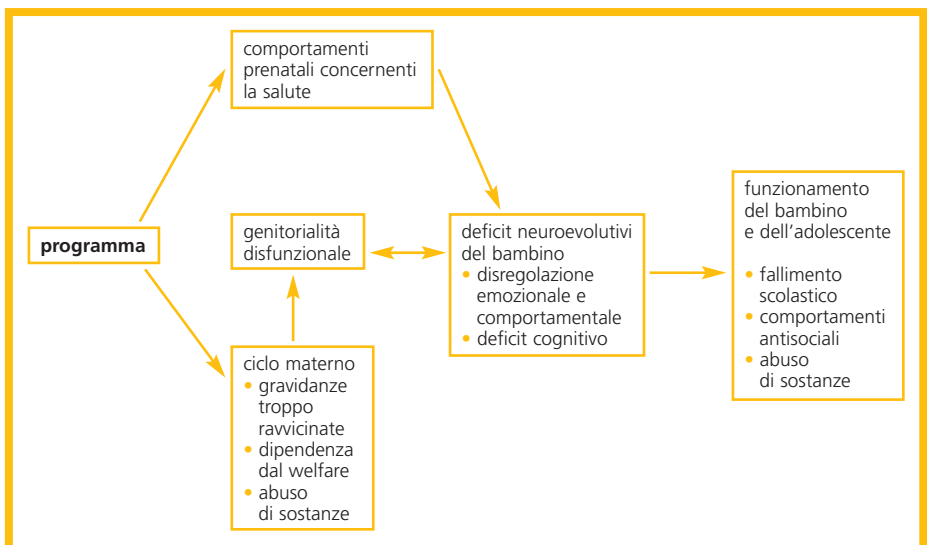
- riconoscere e interpretare i segnali del bambino;
- instaurare una comunicazione intima;
- trovare i giusti ritmi col figlio nei vari momenti della vita quotidiana e in particolare negli scambi alimentari.

Questo approccio prende in considerazione le relazioni precoci e fornisce un sostegno alle madri e ai bambini nell'intimità delle proprie case, stimolando per quanto possibile le potenzialità della coppia. La particolarità metodologica di un simile approccio consiste nella realizzazione domiciliare dell'intervento, anziché nei luoghi tradizionalmente deputati all'intervento di tipo assistenziale e/o psicologico-psichiatrico: da qui, la denominazione di *home visiting*. Entrare direttamente nel mondo delle famiglie rappresenta un modo per raggiungere genitori che non hanno fiducia, o che apertamente sconfessano, i servizi sociali tradizionalmente consolidati e deputati ad azioni di "controllo e sanzione" della genitorialità, ovvero quelle persone che meno probabilmente si riferiranno ai servizi per problematiche familiari relative al maltrattamento. Spesso, l'esperienza dell'*home visiting* è che, a contatto con personale non professionale e non giudicante, questi genitori generalmente accrescono la loro capacità di inquadrare i problemi presenti non sentendosene più spaventati, fino al punto da potersi rivolgere ai servizi. Un altro significativo vantaggio dell'*home visiting* con queste famiglie è che il particolare "setting" che viene a definirsi permette una maggiore e più completa valutazione del contesto ecologico nel quale la famiglia è inserita, altrimenti non adeguatamente apprezzabile in altri termini. Si realizza, così, un'opportunità unica di osservare la molteplicità delle interazioni fra madre, padre e bambino all'interno del proprio ambiente, che consente di comprendere al meglio come si sviluppa la loro relazione, incoraggiando le capacità dei membri della famiglia e la loro fiducia personale.

L'esistenza di programmi di intervento alle famiglie svantaggiate attraverso l'*home visiting* è testimoniata già dalla fine dell'Ottocento (Weiss, 1993). Una sintesi dei dati relativi a sei importanti programmi di *home visiting* negli Stati Uniti ha stimato che circa mezzo milione di famiglie siano state coinvolte com-

pletivamente in quei programmi (Gomby *et al.*, 1999). Tale tradizione consolidata in ambito statunitense ha comportato nel corso del tempo lo stanziamento, da parte del governo federale, di fondi ingenti per programmi di prevenzione destinati alle famiglie meno abbienti con bambini piccoli e donne in gravidanza. A partire dal 1965 il progetto *Head Start*, rivolto a questo tipo di famiglie, ha interessato circa 18 milioni di persone, fornendo assistenza in termini di sostegno alimentare, economico e educativo, nonché facilitando l'accesso ai servizi sociali e di salute mentale alle famiglie e soprattutto ai bambini con l'intento di aumentare la qualità del loro sviluppo durante l'infanzia. Con il rifinanziamento del progetto nel 1994, il Congresso statunitense ha lanciato un nuovo programma, l'*Early Head Start*, che ha preso avvio nel 1995 con 68 programmi di sostegno nel Paese. A oggi, i programmi sono diventati 693, e gli utenti circa 55mila. Le caratteristiche distintive dell'*Early Head Start*, che lo differenziano dall'*Head Start* nel cui solco comunque si colloca, sono essenzialmente tre: l'enfasi dell'intervento è posta sulla fascia della primissima infanzia (0-3 anni); la metodologia di intervento prevede strategie di *home visiting* più mirate, soprattutto verso famiglie con neonati e altri bambini; il progetto, la cui realizzazione deve rispondere a rigorosi criteri (*performance standards*), vuole porsi come punto di riferimento per la ricerca sulla prevenzione mirata a fasce svantaggiate con bambini nella primissima infanzia.

Figura 2. Aree di intervento con programmi di *home visiting*



### 3.1 Il lavoro di David Olds: i progetti *Elmira* e *Memphis*

In riferimento ai programmi di prevenzione e sostegno alla genitorialità attraverso *home visiting*, le esperienze realizzate da David Olds a partire dalla fine degli anni Settanta sono da ritenersi le più complete sia relativamente all'adeguatezza dell'impianto teorico e metodologico, sia nella strategia di raccolta e analisi dei dati, tanto da porsi come punto di riferimento imprescindibile in questo settore. A queste esperienze riteniamo importante, perciò, dedicare ampia attenzione: descriveremo di seguito i due maggiori programmi preventivi di *home visiting* realizzati dal gruppo di Olds, i cui dati illustrano con chiarezza la ricaduta dell'intervento realizzato tanto in senso clinico-preventivo, quanto in termini di efficacia e realizzabilità.

Questi programmi di prevenzione hanno inteso fornire al governo statunitense dati di evidenza circa la praticabilità di consistenti interventi di *home visiting* rivolti a fasce svantaggiate di popolazione.

#### ***Il progetto Elmira (The Prenatal/Early Infancy Project)***

Questo programma di prevenzione (Olds *et al.*, 1986a, 1986b, 1997, 1998, 2002) è stato lanciato nel 1977 in una piccola regione semi-rurale dello Stato di New York con circa 100mila abitanti, la cui comunità ha fatto registrare nel decennio 1972-1982 il tasso più elevato di casi segnalati e confermati di abuso e trascuratezza all'infanzia nello Stato. Gli obiettivi del progetto erano quelli di intervenire sui fattori di rischio per la genitorialità da un lato, e per lo sviluppo dei figli dall'altro, associati a condizioni socioeconomiche svantaggiate.

Circa 500 donne sono state invitate a partecipare al programma di *home visiting*: di queste 400 hanno aderito. Il campione doveva essere caratterizzato dalla presenza di almeno uno dei seguenti fattori di rischio: madri primipare; meno di 26 settimane di gestazione; madri con meno di 19 anni di età (oppure) con status di genitore unico (oppure) con basso SES-status socioeconomico.

L'85% delle madri del campione presentava tutti questi fattori di rischio: di fatto, il campione conteneva virtualmente l'intera popolazione delle madri primipare a basso reddito della comunità.

Il campione è stato stratificato sulla base della etnia materna, dello status matrimoniale e della regione geografica di residenza, e poi assegnato in modo randomizzato a quattro gruppi con diverse condizioni sperimentali:

- gruppo 1: screening evolutivo per i bambini a 12 e 24 mesi;
- gruppo 2: condizioni gruppo 1 + trasporto gratuito alle madri e ai bambini per visite mediche dei bambini dalla gravidanza ai 2 anni;
- gruppo 3: condizioni gruppo 1 e 2 + *home visiting* durante la gravidanza;

- gruppo 4: condizioni gruppo 1, 2 e 3 + *home visiting* fino ai 24 mesi.

Al *follow up* dopo 15 anni, sono stati ottenuti dati sull'81% delle donne originariamente inserite nel progetto: ciò, com'è ovvio, aumenta la validità delle inferenze circa l'impatto del programma.

Il progetto è nato articolandosi attorno alla teoria dell'ecologia umana elaborata da Bronfenbrenner (1979), a quella della *self-efficacy* di Bandura (1977) e a quella bowlbiana dell'attaccamento (1980). Le infermiere professionali incaricate dell'*home visiting* avevano il compito di migliorare il contesto materiale e sociale della famiglia coinvolgendo altri membri della famiglia (i padri, soprattutto) nelle visite, cercando di mettere in rete la famiglia con i servizi; un altro cardine dell'intervento consisteva nello spiegare alle donne cosa si conosce circa l'influenza di particolari comportamenti sulla propria salute e su quella del bambino, per poi orientarle al raggiungimento di obiettivi realistici così da aumentare la loro *self-efficacy*; infine, il programma doveva promuovere esplicitamente un *caregiving* sensibile, responsivo e motivato, e ciò veniva realizzato anche con l'aiuto dato ai *caregivers* nel rileggere le vicissitudini dei loro legami di attaccamento e nel prendere decisioni in base al confronto con il modo in cui erano stati allevati quando erano piccoli.

Accanto a queste premesse teoriche, su cui è stata articolata la metodologia dell'intervento, i dati di ricerca hanno guidato le decisioni sulle famiglie da arruolare nel programma e sul contenuto del programma stesso. In particolare, il programma era volto a incidere positivamente sugli esiti accreditati dalla letteratura come conseguenze probabili di fattori di rischio quali:

- comportamenti inappropriati della madre durante la gravidanza;
- *caregiving* inappropriato;
- sviluppo ostacolato della genitorialità.

Infatti, ad alcuni comportamenti materni inappropriati durante la gravidanza sono associati rischi accertati per il feto: ad esempio, l'esposizione prenatale a tabacco, alcool o droghe è un fattore di rischio in termini di scarso accrescimento fetale, nascite pretermine e disturbi neuroevolutivi nel bambino, e così le infermiere incaricate dell'*home visiting* hanno cercato di ridurre questi comportamenti nelle madri. Le competenze di *caregiving* dei genitori sono influenzate da fattori ontogenetici e contestuali: mentre è impossibile cambiare la storia personale degli adulti (fattori di rischio quali accudimento abusante, immaturità psicologica e problemi di salute mentale), il programma ha cercato di mitigare gli effetti di tali condizioni sul comportamento di *caregiving* genitoriale, nel senso di una riduzione del tasso atteso di condotte maltrattanti nei genitori. Inoltre, bambini esposti durante la gravidanza ad abuso di sostanze e all'ansia materna tendono a essere neonati più "difficili", che



danno poca soddisfazione ai genitori nel *caregiving*, completando così un circolo vizioso in cui l'ambiente intrauterino risulta avere una profonda influenza sulle abilità e competenze genitoriali. Durante le prime fasi della genitorialità, presenza di ulteriori gravidanze, perdita di lavoro e scarso coinvolgimento del padre rappresentano rischi notevoli per uno sviluppo compromesso della genitorialità: così, ad esempio, le infermiere hanno lavorato molto nella direzione di incoraggiare il coinvolgimento paterno.

I fattori elencati fin qui costituiscono fattori di rischio per un esordio precoce di comportamento antisociale nel bambino, a cui sono spesso associabili un latente deficit neuroevolutivo assieme a cure precoci abusanti o rifiutanti. I bambini abusati sviluppano frequentemente stili attributivi negativi che fanno loro interpretare comportamenti neutri degli altri come potenzialmente minacciosi. Questi bambini, inoltre, hanno spesso rappresentazioni delle relazioni interpersonali caratterizzate da violenza e aggressività non modulate.

*Lo schema del programma:* la frequenza delle visite veniva modulata in funzione degli stadi della gravidanza e dello sviluppo e dei bisogni dei genitori, con una media di 9 visite durante la gravidanza e di 23 dalla nascita al secondo compleanno. Ogni visita durava circa 75-90 minuti.

*I risultati:* nella valutazione degli effetti del programma di *home visiting* sui comportamenti materni in gravidanza e sugli esiti della gravidanza, è stato operato un confronto tra le medie dei gruppi 1 e 2 (controllo) con quelle dei gruppi 3 e 4 (sperimentali). Diversamente, nella valutazione degli effetti post-natali si è operato un confronto tra le medie dei gruppi 1 e 2 (controllo) e le medie del gruppo 4 (sperimentale). Di seguito, riportiamo i dati statisticamente significativi.

- Comportamenti circa la salute precedenti la nascita: le madri che avevano ricevuto *home visiting* avevano una dieta migliore, le fumatrici fumavano di meno (25% in meno alla 34ma settimana) e, al termine della gravidanza, fruivano di maggiore supporto sociale e della comunità.
- Esiti della gravidanza e del parto: le madri che avevano ricevuto *home visiting* presentavano minori infezioni ai reni; tra le fumatrici si è registrata una diminuzione di parti pretermine nell'ordine del 75%; le adolescenti giovani avevano figli che pesavano di più alla nascita.
- Cure sensibili e competenti del bambino: alle visite ai 10 e 22 mesi, le madri che avevano ricevuto *home visiting* mostravano comportamenti meno punitivi e restrittivi, e fornivano ai bambini materiale di gioco più appropriato. Inoltre, queste madri fornivano ambienti più adatti per i bisogni di sviluppo emotivo e cognitivo dei bambini. Un dato controverso è che queste madri punivano di più i loro bambini a 46 mesi: tale dato è stato messo dagli auto-

ri in relazione con la diminuita presenza di ferite nei figli di queste donne (un pattern inverso è stato riscontrato nei controlli).

- Abuso, trascuratezza, ferite: nei due anni di vita dei bambini, le madri adolescenti che avevano ricevuto *home visiting* presentavano l'80% in meno di casi verificati di abuso e trascuratezza dei propri bambini.

Per l'abuso e la trascuratezza, nel lungo termine (*follow up* dopo 15 anni) il programma ha avuto un'incidenza non all'altezza delle aspettative in termini di riduzione del fenomeno nelle famiglie che avevano ricevuto *home visiting*. Tale evenienza viene spiegata dall'effetto interveniente di uno specifico fattore, ovvero della violenza domestica: l'effetto del programma sull'abuso e la trascuratezza sarebbe stato ridotto in quelle situazioni in cui la violenza domestica era più alta durante i 15 anni seguenti la nascita del primo figlio. Questo riscontro ha peraltro determinato una focalizzazione più attenta mirata alla riduzione della violenza domestica, nei programmi successivi di *home visiting*.

- Deficit neuroevolutivi nel bambino: a sei mesi, le madri che avevano ricevuto *home visiting* riportavano che i loro bambini erano meno irritabili e più tranquilli (ciò si verificava in particolare tra le madri che nei gruppi sperimentali e controllo fumavano più di 10 sigarette al giorno).
- Prime fasi della genitorialità: entro il quarto anno di vita del bambino, le madri che avevano ricevuto *home visiting* avevano un minore numero di successive gravidanze e a intervalli di tempo più ampi, e maggiore permanenza in posizioni lavorative.
- Fasi successive della genitorialità: al *follow up* dopo 15 anni, i dati relativi alle prime fasi della genitorialità non si sono confermati, a eccezione del sottogruppo "donne povere non sposate": oltre ai dati sopra citati, in queste madri si è riscontrato anche un minor uso di sostanze, minor numero di gravidanze successive, minor tempo di permanenza in condizioni di aiuto presso i servizi sociali, minori arresti.
- Condizioni del bambino e dell'adolescente: non sono state riscontrate differenze significative sul totale degli adolescenti tra gruppi sperimentali e di controllo, a eccezione dei figli di "donne povere non sposate": in questo gruppo si sono riscontrate meno fughe da casa, arresti, giorni in cui si è bevuto alcool negli ultimi sei mesi, sigarette al giorno, incriminazioni. I genitori di questi adolescenti riportavano meno problematiche comportamentali collegate all'uso di droghe o alcool.

L'analisi complessiva dei risultati dell'intero programma ha mostrato come i suoi effetti siano stati particolarmente positivi per le famiglie a più alto rischio. Più precisamente, nei primi due anni di vita dei bambini gli effetti più

consistenti circa la riduzione di lesioni, comportamenti di abuso e trascuratezza dei genitori verso i propri figli si sono avuti con quelle madri che avevano poca fiducia nella loro capacità di controllo sulle circostanze della propria vita. Ciò ha comportato che nei progetti seguenti le infermiere venissero maggiormente formate nel promuovere la *self-efficacy* delle madri.

Analizzando con attenzione i costi del programma, si è visto che questo ha fatto risparmiare il governo e la società per gli interventi realizzati con madri che all'iscrizione erano con basso SES e non sposate: il ritorno dell'investimento, in questi casi, è stato realizzato ben prima del compimento del quarto anno di età del bambino, considerando la sensibile riduzione delle spese in termini di welfare e di giustizia criminale.

### **Il progetto Memphis**

Dal momento che il progetto *Elmira* si è dimostrato particolarmente efficace con le famiglie a più alto rischio, particolarmente laddove le madri erano sia non sposate sia con basso reddito, il progetto *Memphis* (Eckenrode *et al.*, 2000; Kitzman *et al.*, 1997b; Olds *et al.*, 1998) ha inteso replicare quello *Elmira* su un campione che presentasse queste caratteristiche di rischio.

Questo progetto è stato quindi realizzato con l'obiettivo di valutare se i risultati incoraggianti del progetto *Elmira* potevano confermarsi laddove l'intervento era condotto da un dipartimento di salute già esistente e riguardava donne afroamericane a basso reddito, i loro bambini e le loro famiglie in una grande area urbana.

1290 donne sono state invitate a partecipare, 1139 hanno aderito attraverso la clinica ostetrica del Regional Memphis Center. I criteri di inclusione erano: un tempo di gestazione inferiore alle 29 settimane; madri primipare; assenza di apparenti e rilevate malattie croniche con possibile influenza sul ritardo dello sviluppo fetale o parto pretermine; almeno due fattori di rischio tra assenza di convivenza stabile, meno di 12 anni di scolarità, disoccupazione. All'iscrizione, il campione delle madri presentava alcune caratteristiche rilevanti che lo distinguevano sensibilmente da quello dell'*Elmira*: 92% afroamericane; 98% non sposate; 65% con età inferiore o uguale a 18 anni; 85% con SES sulla soglia di povertà.

*Lo schema del programma*: i presupposti teorici e metodologici nell'intervento di *home visiting*, come detto, erano gli stessi del progetto *Elmira*. In media, sono state effettuate 7 visite durante la gravidanza, con una media di 26 dalla nascita al secondo anno del bambino.

*I risultati*: anche qui, il campione è stato randomizzato in quattro gruppi con condizioni sperimentali sovrapponibili a quelle previste per il progetto *Elmira* per la corretta valutazione degli effetti del programma di *home visiting*. Di seguito, riportiamo i dati statisticamente significativi.

- Comportamenti circa la salute precedenti la nascita: alla 36ma settimana di gravidanza, le madri che avevano ricevuto *home visiting* si riferivano più frequentemente ad altri servizi territoriali per avere sostegno e aiuto.
- Esiti della gravidanza e del parto: assenza di effetti dell'intervento sugli esiti alla nascita (peso, durata gestazione, parto spontaneo, indice di Apgar, ecc.)
- Cura sensibile e competente del bambino: le madri che avevano ricevuto *home visiting* riportavano maggiori tentativi di allattamento al seno, ma non sono state registrate differenze nella durata dell'allattamento al seno. Queste madri fornivano ambienti più adatti per i bisogni di sviluppo emotivo e cognitivo dei bambini.
- Abuso, trascuratezza, ferite: il tasso di casi di abuso e trascuratezza all'infanzia nella popolazione di bambini di 2 anni a Memphis era troppo basso (3-4%) per essere un valido indicatore di riferimento circa il maltrattamento all'infanzia in questo studio. L'indicatore, come nel progetto *Elmira*, è perciò stato quello delle ferite: durante i primi due anni, i figli di madri che avevano ricevuto *home visiting* hanno avuto meno medicazioni/ospedalizzazioni per questo motivo, e questo effetto è stato tanto più significativo per i bambini di madri che avevano scarse risorse psicologiche.
- Deficit neuroevolutivi nel bambino: dopo i 2 anni, non si sono riscontrate differenze significative tra i bambini assegnati alle diverse condizioni sperimentali.
- Prime fasi della genitorialità: al secondo anno di vita del bambino, le madri che avevano ricevuto *home visiting* avevano un minore numero di seconde gravidanze, e si rivolgevano con minore frequenza ai servizi sociali.
- Fasi successive della genitorialità: al *follow up* dopo 4,5 anni, le madri che avevano ricevuto *home visiting* mostravano un minor numero di successive gravidanze, di aborti terapeutici e maggiore distanza di tempo tra la nascita del primo e del secondo figlio. Inoltre, queste madri riportavano una maggiore stabilità di convivenza con un partner e di matrimonio e/o convivenza con il padre biologico del bambino.

Le sperimentazioni *Elmira* e *Memphis* nel complesso hanno dimostrato che il programma di *home visiting* ha raggiunto due dei suoi obiettivi più importanti:

- la riduzione dell'accudimento disfunzionale dei bambini;
- il miglioramento della traiettoria genitoriale materna.

L'impatto sugli esiti della gravidanza è stato meno chiaro.

Le implicazioni di questi risultati in termini di politica sanitaria negli Stati Uniti indicano il vantaggio di tali programmi di *home visiting* laddove essi siano "targeted", ovvero mirati a fasce di popolazione svantaggiate e caratterizzate dalla presenza di molteplici fattori di rischio di tipo psicosociale. In par-

ticolare, i dati del progetto *Elmira*, con il conforto di un *follow up* consistente a distanza di 15 anni dall'intervento, hanno indicato una scarsa efficacia dell'*home visiting* per le donne sposate e con più alto livello di SES. L'analisi dell'efficacia dei due progetti in termini economici ha rafforzato la convinzione che tali interventi siano efficaci per l'utenza, e convenienti per le amministrazioni, quando sono mirati a famiglie ad alto rischio.

A partire dal 1996, l'impianto metodologico dei progetti *Elmira* e *Memphis* viene offerto come struttura portante di interventi di *home visiting* sul territorio statunitense. Il *Nurse-Family Partnership* è divenuto un programma formativo offerto dal National Center for Children, Families and Communities dell'Università del Colorado, che si occupa di aiutare le comunità che ne fanno richiesta ad adottarlo e svilupparlo, prevedendo un training e una formazione specifici (Olds *et al.*, 2002).

### **Altre esperienze di home visiting**

A partire dalle esperienze di Olds, l'ambito degli interventi preventivi basati sull'*home visiting* si è notevolmente esteso negli ultimi anni definendo in maniera sempre più dettagliata le popolazioni a rischio, le strategie dell'intervento, le finalità, la metodologia e i presupposti teorici che ne sono alla base e delineando in tal modo un panorama variegato di interventi.

Descriveremo alcune delle più significative esperienze di *home visiting* che permettono di comprendere tale panorama.

Lo studio di McDonald Culp *et al.* (1998) è relativo a un intervento di *home visiting* effettuato su una specifica popolazione a rischio, quella delle madri adolescenti, attraverso un intervento educativo volto ad aumentare le conoscenze delle giovani donne sulle abilità genitoriali, sullo sviluppo infantile, sulla sicurezza nell'ambiente domestico e sulle risorse dei servizi di comunità. Il focus della visita domiciliare, svolta da educatrici appositamente formate, è sul bambino e viene effettuato con una frequenza settimanale. I risultati di questo studio indicano che il programma di intervento ha avuto significativi effetti sulle conoscenze materne relative allo sviluppo del bambino e in particolare sulla comprensione empatica, sui differenti ruoli assunti da adulto e bambino in famiglia, sulle alternative alle punizioni fisiche e sulla sicurezza dell'ambiente domestico, tutte conoscenze che erano state valutate come estremamente scarse nelle madri adolescenti e che si ritiene siano in relazione con il maltrattamento infantile in questa popolazione a rischio. I limiti di questo studio possono essere individuati nella mancanza di un *follow up* nel tempo, nell'attenzione esclusiva alle competenze materne senza una valutazione delle variabili infantili oltre che nella mancanza di un gruppo di controllo non seguito.

Tra i programmi di *home visiting* su popolazioni a rischio psicosociale, caratterizzati da un impianto teorico-metodologico basato sulla teoria dell'attaccamento e attento quindi agli aspetti relazionali, vanno sicuramente segnalate le esperienze della Lyons-Ruth (Lyons-Ruth *et al.*, 1990; Lyons-Ruth *et al.*, 1997; Lyons-Ruth, 2002). Nei campioni presi in esame il rischio sociale, come l'estrema povertà, era spesso associato con una storia di maltrattamenti infantili, una storia psichiatrica o la presenza di depressione nella madre e con segnalazioni per maltrattamenti nei confronti dei bambini. Gli obiettivi principali dell'*home visiting* erano:

- fornire una relazione accettante e di fiducia;
- aumentare le capacità delle famiglie di utilizzare i servizi sociali, educativi, finanziari e sanitari;
- definire e rinforzare scambi interattivi positivi e appropriati dal punto di vista evolutivo tra madre e bambino, con particolare attenzione al ruolo della madre nel fornire stimoli e sicurezza emotiva al bambino;
- diminuire l'isolamento sociale.

Il programma prevedeva la presa in carico di famiglie con bambini da 0 a 9 mesi al momento dell'inizio e due gruppi di controllo senza intervento, uno con caratteristiche psicosociali simili e l'altro in cui erano assenti variabili di rischio come il ricorso ai servizi sociali, la segnalazione per maltrattamento, una pregressa storia psichiatrica. I risultati di questo studio (Lyons-Ruth *et al.*, 1990) hanno indicato effetti positivi dell'intervento soprattutto per quanto riguarda un migliore sviluppo cognitivo e una maggiore frequenza di attaccamenti sicuri a 12 mesi per i figli di madri depresse. Inoltre la durata dell'intervento, determinata dall'età del bambino al momento della presa in carico, era positivamente correlata al coinvolgimento della madre verso il bambino, cioè alla qualità della sua comunicazione verbale e dei suoi comportamenti affettivi e di conforto. Altri lavori della Lyons-Ruth (1997; 2002) hanno preso in esame in particolar modo i comportamenti esternalizzanti e aggressivi dei bambini in età prescolare e scolare associati all'insicurezza dell'attaccamento infantile, al comportamento materno ostile-intrusivo e ai sintomi depressivi materni. In questo studio la riduzione dei comportamenti aggressivi verso i pari è risultata mediata dagli effetti positivi dell'intervento di *home visiting* sia sulla maggiore frequenza della sicurezza dell'attaccamento infantile sia sull'aumento delle abilità del bambino nel confrontarsi con i pari.

Sempre nell'ambito delle metodologie di intervento basate sulla teoria dell'attaccamento si colloca il progetto di ricerca-intervento di Ammaniti e coll. (Ammaniti *et al.*, 2000; 2002). Questo studio è stato elaborato con l'obiettivo di valutare l'efficacia dell'intervento di sostegno domiciliare alla maternità

nelle situazioni di rischio psicosociale e depressivo, distinguendo i due tipi di rischio allo scopo di valutarne l'effetto separatamente sullo sviluppo del bambino. Il focus dell'intervento è stato rivolto alla relazione madre/bambino.

Il progetto è tuttora in corso, ma possono essere segnalati alcuni risultati preliminari.

Il progetto è svolto in collaborazione con i Consultori familiari della Asl RMB del Comune di Roma, dove le donne vengono selezionate intorno al 5°-6° mese di gravidanza. La selezione del campione viene effettuata attraverso la somministrazione di un'intervista semistrutturata sul rischio psicosociale e di un test per la valutazione degli stati depressivi (CES-D) a cui vengono sottoposte tutte le donne che si rivolgono ai consultori familiari per i corsi di preparazione al parto.

L'intervista sul rischio psicosociale esplora la condizione socioeconomica della donna e del partner, la fisiologia della gravidanza, lo stato psicologico della donna, la storia personale e della famiglia di origine e attuale, e rileva l'eventuale presenza di fattori di rischio come bassa istruzione, condizione lavorativa inadeguata, assenza del partner, numerosità della prole, assenza di supporto sociale, patologia psichiatrica familiare, abuso fisico o sessuale, comportamenti devianti e antisociali, eventi stressanti come perdite, separazioni, aborti, ecc.

Il CES-D (Radloff, 1977) è un questionario autosomministrato che valuta lo stato depressivo della donna attraverso la rilevazione di una serie di sintomi come umore depresso, mancanza di appetito, disturbi del sonno, senso di impotenza, ecc. Il *cut-off* scelto per l'individuazione dello stato depressivo è un punteggio maggiore di 20.

Attraverso questo screening iniziale vengono selezionati tre gruppi di donne:

1. un gruppo di donne a rischio depressivo con una o nessuna variabile di rischio psicosociale (CES-D > 20, 0-1 variabili di rischio psicosociale);
2. un gruppo di donne a rischio psicosociale con bassi punteggi depressivi (3 o più variabili di rischio psicosociale, CES-D < 10);
3. un gruppo di controllo con una o nessuna variabile di rischio psicosociale e bassi punteggi depressivi (0-1 variabili di rischio, CES-D < 10).

Per ciascuna condizione è previsto un gruppo sperimentale, che partecipa al programma di intervento domiciliare, e un gruppo di controllo che viene seguito solo per le valutazioni.

Il progetto considera numerosi indicatori (variabili) per valutare gli effetti del rischio psicosociale e del rischio depressivo sullo sviluppo emotivo e relazionale del bambino e l'efficacia dell'intervento nelle diverse condizioni. Le variabili considerate possono essere complessivamente suddivise in:

1. variabili materne;
2. variabili relative al bambino;
3. variabili relative all'interazione madre/bambino.

Le valutazioni relative al campione in esame prevedono la somministrazione durante la gravidanza di due interviste, l'IRMAG (*Intervista sulle rappresentazioni materne in gravidanza*; Ammaniti *et al.*, 1995) e l'AAI (*Adult Attachment Interview*; George *et al.*, 1984), allo scopo di valutare rispettivamente le rappresentazioni mentali della donna rispetto alla gravidanza, al futuro bambino e a sé come madre e quelle relative all'attaccamento. Un questionario self-report, l'SCL-90-R (*Symptom Check-list 90-R*; Derogatis, 1977), viene inoltre utilizzato per rilevare la presenza di eventuali sintomi psicopatologici.

Dopo la nascita del bambino vengono raccolte le informazioni relative al parto e ai primi atti fisiologici del neonato e viene nuovamente somministrato il CES-D per valutare lo stato depressivo della donna che in questo periodo tende ad accentuarsi. Il CES-D viene in seguito somministrato al 3°, 6° e 12° mese di vita del bambino per valutare l'andamento dei sintomi depressivi.

Nel corso del primo anno di vita le interazioni madre/bambino vengono osservate attraverso tre procedure standardizzate: la *Feeding Scale-Observational Scale for Mother-Infant Interaction during Feeding* (Chatoor *et al.*, 1997), una procedura che viene utilizzata per codificare le interazioni durante l'allattamento o il pasto, al 3° mese; il *Face-to-Face Still-Face Paradigm* (Cohn e Tronick, 1983), che valuta le capacità comunicative del bambino, la sua sensibilità ai cambiamenti del comportamento materno e la sua capacità di regolare gli stati affettivi, al 6° mese; la *Strange Situation* (Ainsworth *et al.*, 1978), che valuta il modello di attaccamento del bambino a 12 mesi. Inoltre, sul versante delle rappresentazioni materne, vengono somministrate l'IRMAN (*Intervista per le rappresentazioni materne nel periodo post-natale*) al 3° mese, e nuovamente l'AAI e l'SCL-90-R al 12° mese di vita del bambino.

Infine, all'età di 3 anni (2 anni dopo la conclusione del programma di intervento domiciliare), viene effettuato un *follow up* per valutare lo sviluppo del bambino e la presenza di eventuali situazioni di abuso e maltrattamento.

Per quanto riguarda l'intervento domiciliare (*home visiting*), le donne incluse nei tre campioni sperimentali vengono seguite dall'ottavo mese di gravidanza con una frequenza settimanale fino al 6° mese e quindicinale dal 6° al 12° mese di vita del bambino. L'intervento viene effettuato da psicologi e assistenti sociali che hanno ricevuto un training specifico e che sono supervisionati con frequenza quindicinale, con una attenzione particolare affinché gli interventi svolti dai singoli operatori siano omogenei, pur rispettando la specificità delle singole situazioni.



Le finalità dell'intervento domiciliare riguardano principalmente:

1. il sostegno alla donna, in particolare rispetto al ruolo materno;
2. il sostegno all'interazione madre/bambino;
3. il sostegno alle dinamiche della coppia coniugale, nel caso di situazioni conflittuali.

L'intervento è concettualmente basato sulla teoria dell'attaccamento e ha lo scopo di aumentare la capacità della madre di leggere e interpretare i comportamenti e i segnali del bambino, di migliorare le capacità genitoriali e in questo modo promuovere lo sviluppo e la salute mentale del bambino.

I risultati di questo lavoro, benché preliminari dal momento che l'intervento è ancora in corso, sembrano indicare che:

- il gruppo di donne a rischio psicosociale presenta con maggiore frequenza stati della mente insicuri nei confronti dell'attaccamento e in particolare quadri di *Mancata risoluzione del lutto o del trauma*. La qualità insicura delle rappresentazioni materne costituirebbe in questo gruppo un indice di ulteriore rischio dal momento che è nota l'associazione tra questa e l'attaccamento insicuro nel bambino anche per lo sviluppo successivo alla prima infanzia. Il gruppo a rischio psicosociale sperimenta inoltre un forte aumento del disagio psicologico indicato dai sintomi depressivi soprattutto verso la fine del primo anno di vita del bambino;
- il gruppo delle donne a rischio depressivo, pur mantenendo indici significativi relativamente ai sintomi depressivi, sembra andare incontro a un progressivo attenuarsi della sintomatologia nei mesi successivi alla nascita del bambino. Queste diadi madre/bambino mostrano però più spesso uno stato affettivo negativo caratterizzato da tristezza e rabbia e dalla difficoltà per il bambino di sperimentare un'autoregolazione degli stati affettivi a causa di comportamenti controllanti e intrusivi.

Nonostante non siano presenti differenze significative nelle interazioni a 6 mesi e nelle caratteristiche dell'attaccamento infantile a 12 mesi, lo stato della mente insicuro nei confronti dell'attaccamento – indipendentemente dal gruppo di appartenenza – sembra associato a un comportamento materno meno sensibile e responsivo e più ostile nei confronti del bambino a 6 mesi, mentre i rischi psicosociale e depressivo sono associati a un numero più elevato di attaccamenti insicuri (evitanti) nei bambini a 12 mesi.

Per quanto riguarda la valutazione dell'efficacia dell'intervento di *home visiting*, i dati preliminari indicano che nel gruppo a rischio depressivo le donne seguite mostrano sia a 6 sia a 12 mesi comportamenti più strutturati e adeguati rispetto ai segnali del bambino e sono maggiormente in grado di sostenere l'interazione facilitando la reciprocità dei turni. Nel gruppo a rischio psicosociale,

invece, le donne che hanno ricevuto il programma di sostegno mostrano meno ostilità nei confronti del bambino a 6 mesi e questo dato è tanto più significativo dal momento che nelle madri di questo gruppo sono con più frequenza presenti modelli di attaccamento insicuri (irrisolti e distanzianti) che sono in genere associati con comportamenti insensibili e/o spaventanti/ostili nei confronti del bambino. Anche il gruppo normale seguito con visite domiciliari è risultato meno ostile e più sensibile rispetto a quello di controllo sia a 6 che a 12 mesi.

Nell'insieme i risultati di questo studio sembrano sostenere l'efficacia dell'intervento di *home visiting* nel migliorare le capacità delle madri di interagire con i propri bambini, pur non risultando ancora chiari gli effetti sulla qualità dell'attaccamento del bambino a un anno. Questi risultati d'altra parte sono in linea con quanto dimostrato da altri studi analoghi (Egeland e Erickson, 1990, 1993; Teti *et al.*, 1995; Bosquet e Egeland, 2001), dove all'aumento della sensibilità e delle capacità materne di accudimento non sempre corrispondeva un aumento della sicurezza dell'attaccamento nel bambino.

### Figura 3. Caratteristiche dell'intervento di *home visiting*

- 
- intervento psicosociale (assistenza, asilo-nido ecc.)
  - intervento rivolto alla relazione madre/bambino (attaccamento, sensibilità ecc.)
  - intervento rivolto alla coppia genitoriale
  - intervento rivolto al bambino
- 

### Figura 4. Modalità variamente presenti nell'intervento di *home visiting*

- 
- solo nella fase della gravidanza
  - durante tutto il primo anno di vita del bambino
  - fino ai primi 3 anni di vita del bambino
  - frequenza: settimanale/quindicinale/mensile
  - figure professionali che svolgono il ruolo di educatore domiciliare nei vari programmi: psicologi oppure assistenti sociali, infermiere, ecc.
  - in alcuni progetti sono utilizzate figure non professionali
- 

### Figura 5. Schema dei principali risultati ottenuti con interventi di *home visiting*

- 
- risultati non sempre sovrapponibili
  - miglioramento della condizione sociolavorativa materna
  - miglioramento delle capacità materne
  - miglioramento delle capacità psicomotorie del bambino
  - miglioramento dello stato di salute del bambino
  - prevenzione dell'abuso/trascuratezza
-

#### 4. Limiti e prospettive dell'*home visiting*

Negli ultimi anni la pubblicazione di dati relativi a ingenti progetti di prevenzione come quelli del gruppo di David Olds ha permesso di discutere nel dettaglio limiti e prospettive dell'*home visiting*, con un ancoraggio forte su dati di evidenza. È stato così possibile realizzare all'interno della comunità scientifica non solo un confronto sull'impatto complessivo di questi progetti, ma anche un tentativo di comprensione degli aspetti ancora inesplorati di questi interventi. Assistiamo a un periodo di riflessione critica sull'*home visiting* (Korfmacher, 1999), il cui presupposto fondamentale è che non esiste un solo approccio all'*home visiting*: non esiste, cioè, una tecnica specifica né, quindi, una specifica e chiara teoria della tecnica dell'*home visiting*.

Le differenze teorico-metodologiche, nonché di selezione dei campioni, tra i vari progetti tendono a essere notevolissime (si pensi alla definizione delle caratteristiche della popolazione target; o al tipo di definizione professionale degli assistenti domiciliari). L'*home visiting* può essere rivolto a famiglie in cui siano presenti condizione di abuso o trascuratezza; a famiglie in cui si presume siano attivi fattori di rischio consistenti per i bambini a causa di condizioni mediche e/o psichiatriche accertate nei genitori; ancora, l'*home visiting* può connotarsi come un intervento rivolto a bambini con diversi ritardi evolutivi. Solitamente, come abbiamo visto, l'intervento è rivolto a famiglie con bambini piccoli che sono "statisticamente a rischio", ma il rischio può essere nei vari interventi individuato come rischio singolo (il bambino con ritardo; il basso status socioeconomico) o molteplice; in questo secondo caso, nei diversi studi verrà presa in considerazione una parte o la totalità di fattori di rischio quali il reddito, il tipo di gravidanza e l'esito al parto, l'età dei genitori e/o la loro prima esperienza di genitorialità, una storia psichiatrica o di uso di sostanze da parte del/i genitore/i, o altro ancora. A marcare ancora di più le differenze tra i programmi di intervento, bisogna poi aggiungere che, in genere, l'*home visiting* prevede modalità di realizzazione che possono limitare l'intervento a una visita postpartum di controllo da parte di una infermiera dopo che la famiglia ha lasciato l'ospedale, o al contrario una relazione stabile con un assistente domiciliare che realizzerà diverse visite nell'arco di mesi o anni. Infine, le diverse teorie del cambiamento alla base dei diversi programmi enfatizzeranno ora un intervento di semplice trasferimento di informazioni ai genitori sulla salute e lo sviluppo del bambino, sulle pratiche genitoriali e sui servizi presenti sul territorio; ora privilegeranno un approccio più diretto sul bambino e sull'interazione genitori/bambino; ora si concentreranno maggiormente sul genitore attraverso il sostegno diretto fornito dall'assistente domiciliare.

Oltre a questi aspetti, che sottolineano la differenza a volte profonda tra i diversi progetti, alcune riflessioni sulla verifica dell'efficacia di importanti programmi di *home visiting* realizzati nell'ultimo decennio negli Stati Uniti (Kitzman *et al.*, 1997a; Hiatt *et al.*, 1997, Olds e Kitman, 1993) hanno messo in luce aspetti problematici e ancora non indagati, che di seguito sintetizziamo:

1. l'*home visiting* elimina lo status di professionalità dell'intervento poiché non è un servizio erogato in una sede ad hoc che lo caratterizza pienamente agli occhi dell'utente; le famiglie, prevalentemente svantaggiate, possono considerare improprio, e quindi intrusivo e controllante, l'intervento;
2. la qualità di "familiarità" che si crea nel tempo in molti dei programmi tra assistente domiciliare e utenti sembra rendere più difficile il lavoro di supervisione e di controllo della qualità dell'intervento degli assistenti domiciliari, soprattutto se paraprofessionali;
3. famiglie difficili da coinvolgere – che costituiscono il target prevalente di questi programmi – sembrano tendere a minimizzare gli effetti positivi del programma di intervento, e di conseguenza a riportare effetti percepiti sottostimati.

Ciò detto, è d'altro canto importante sottolineare come le procedure di analisi dei dati di questi studi di solito sembrano fornire stime conservative circa la reale efficacia degli interventi di *home visiting* perché a volte troppo drasticamente la mancanza di differenze statisticamente significative tra il gruppo sperimentale e quello di controllo porta alla conclusione della inefficacia dell'intervento. Si fa sempre più strada l'idea che non tutte le famiglie risponderanno o no al trattamento: al contrario, le famiglie rispondono in modo diverso ai diversi aspetti del programma. Bisogna quindi chiedersi "come, per chi e in quali circostanze funzionano i programmi di *home visiting*?". Ciò richiede analisi più sofisticate degli esiti degli interventi, che possano gettare luce su fattori che sono intrinseci ai partecipanti, ai programmi, agli ecosistemi in cui gli assistenti domiciliari e le famiglie sono inseriti. Appare necessario studiare più in profondità le singole famiglie, accettando che ciò possa comportare una certa quota di interpretazione soggettiva nella descrizione dei risultati.

Lo status attuale della riflessione sugli interventi di *home visiting* pone all'attenzione dei ricercatori alcuni aspetti irrisolti sui quali nei prossimi anni si dovrà ragionare in modo più sistematico (Korfmacher, 1999):

1. la natura del rapporto che si instaura tra l'assistente domiciliare e il *caregiver* non è stata finora sistematicamente esplorata e rappresenta, come appare intuitivo, una variabile cruciale per la valutazione della efficacia degli interventi;

2. nonostante la larga diffusione di programmi preventivi “universali” (all’interno di una determinata area geografica sono rivolti a tutte le famiglie con neonati o bambini molto piccoli), i programmi di *home visiting* focalizzati sul trattamento sono rivolti a popolazioni “mirate” (*targeted*), ovvero alle famiglie più vulnerabili. Ma sembra chiaro che in molti studi di questo tipo, i criteri per la corretta identificazione dei gruppi “mirati” siano ancora insoddisfacenti;
3. in molti dei programmi di *home visiting* valutati, comune è stato il riscontro di un’alta percentuale di abbandoni così come di una notevole incapacità di mantenere il numero delle visite sui livelli previsti. In realtà, non è ancora chiaro quante visite siano “abbastanza” per produrre effetti di cambiamento, e i diversi progetti fanno registrare differenze notevoli a questo riguardo;
4. il profilo curriculare e professionale dell’assistente domiciliare è uno degli elementi ancora meno conosciuti dei programmi di *home visiting*. Negli Stati Uniti, il dibattito riguarda soprattutto l’efficacia dell’intervento di professionisti (in genere infermiere) *versus* quello di non professionisti (cosiddetti “paraprofessionali”);
5. alla luce dei riscontri ottenuti nei principali programmi, dovrà essere valutata con maggiore attenzione la possibilità di integrare programmi di *home visiting* con la fruizione di servizi territoriali; infatti, sembra probabile che l’uso più efficace dell’*home visiting* sia quello che pone questo intervento all’interno di un continuum di servizi offerti alla famiglia.

#### 4.1 L’assistente domiciliare: ambiguità di ruolo e definizione professionale

Abbiamo visto come nei programmi di *home visiting* il ruolo centrale venga assunto dall’assistente domiciliare. Indipendentemente dalla sua caratterizzazione in termini professionali (torneremo più avanti su questo nodo critico), questi entra a far parte di un mondo di relazioni molteplici all’interno della famiglia, e su queste è chiamato ad agire in senso trasformativo. Il contesto nel quale l’assistente domiciliare si muove è costituito di volta in volta da un insieme formato da combinazioni diverse di relazioni familiari disfunzionali, genitorialità carente e profili evolutivi problematici nei bambini.

L’esito atteso di un intervento di *home visiting* – ovvero il depotenziamento dei fattori di rischio in base ai quali l’intervento è costituito – è, quindi, il frutto di un lavoro all’interno e sul mondo delle relazioni: la finalità dell’in-

tervento si iscrive in una matrice interpersonale, che l'assistente domiciliare al contempo contribuisce a formare e nella quale opera il cambiamento. Come in ogni campo interpersonale, la questione relativa alla definizione dei rispettivi ruoli è centrale, e nell'*home visiting* appare decisiva al fine di determinare un buon ambiente di lavoro e collaborazione tra l'assistente domiciliare e la famiglia. A questo riguardo, l'assistente domiciliare nei programmi di *home visiting* si trova ad assumere inevitabilmente la coesistenza di diverse funzioni (e ciò, come notato in precedenza, può in parte minare l'efficacia dell'intervento, dal momento che l'assistente non assume agli occhi dell'utenza l'autorevolezza di una professionalità ben definita). Infatti, questi dovrà al contempo osservare le interazioni; guidare la madre in un allattamento corretto; essere direttivo nel contrastare una condotta punitiva del genitore nei confronti del bambino, e così via, ora incarnando istanze punitive, ora assumendo agli occhi del genitore una funzione supportiva ed empaticante.

Questa difficoltà è peraltro amplificata dal trovarsi a invadere lo spazio privato della famiglia, uno spazio che soprattutto le famiglie maggiormente problematiche vivono come protettivo nei confronti del mondo esterno. A volte, queste famiglie possono non comprendere il motivo per cui l'assistente domiciliare si trova lì; altre volte, al contrario, possono tentare di "annettersi" una presenza vissuta come un aiuto gratuito per la gestione delle incombenze della vita quotidiana. Assumendo l'inevitabile ambiguità del ruolo, l'assistente domiciliare dovrà cercare di stabilire chiari confini tra sé e i membri della famiglia. Questo compito è particolarmente delicato nei confronti delle madri, che a loro volta oscilleranno tra la percezione dell'assistente come di una figura cui delegare un accudimento rispetto al quale si sentono inadeguate, e il timore verso un agente delle istituzioni pronto a togliere loro il bambino al primo passo falso.

Abbiamo sottolineato precedentemente l'esigenza, avvertita da più parti e in modo sempre più consistente nel campo della ricerca sull'efficacia degli interventi di *home visiting*, di valutare adeguatamente l'incidenza della variabile "relazione assistente domiciliare/caregiver/sistema famiglia" sull'efficacia dell'*home visiting*. Nonostante lo studio di questa variabile si dimostri a tutt'oggi di difficile realizzazione per le notevoli difficoltà di ordine metodologico che dovrebbe comportare (si pensi solo, ad esempio, agli effetti di covarianza di cui si dovrebbe tenere conto nel valutare l'effetto combinato delle diverse variabili relazionali sull'efficacia dell'intervento), alcuni progetti di *home visiting* hanno provato a valutare l'impatto della qualificazione professionale dell'assistente domiciliare sui programmi (Gomby *et al.*, 1999; Larner e Halpern, 1987).

In un recentissimo lavoro, David Olds e collaboratori (2002) hanno pubblicato i dati di un progetto di *home visiting* condotto a Denver negli ultimi cinque anni. Basato sul progetto *Elmira*, questo programma di prevenzione ha reclutato tra il 1995 e il 1996 un vasto campione di donne primipare che non avevano assistenza sanitaria o assicurazione sulla salute. Le 775 donne che hanno aderito sono state randomizzate in tre gruppi: un gruppo di controllo; uno con *home visiting* dalla nascita del bambino al suo secondo anno di età, realizzato da infermiere professionali; un terzo con *home visiting* nello stesso periodo, da parte di personale paraprofessionale. L'obiettivo di questo studio era specificamente quello di valutare l'impatto differenziale degli interventi di *home visiting* gestiti dai due gruppi, al fine di comprendere se, ed eventualmente in quale misura, il profilo curriculare degli assistenti domiciliari abbia una reale incidenza sull'efficacia di questi progetti.

Le infermiere dovevano avere diplomi specifici e specifica esperienza nel *nursing* materno e del bambino. Gli operatori paraprofessionali dovevano avere conseguito un diploma di scuola superiore ma nessuna preparazione specifica nelle professioni di aiuto. Era però importante che questi condividessero molte delle caratteristiche sociali del campione studiato, nell'ipotesi che ciò facilitasse sia gli operatori paraprofessionali a empatizzare, sia le madri a fidarsi di loro. Entrambe le figure professionali ricevevano un mese di training prima della loro immissione nel programma, ma gli operatori paraprofessionali ricevevano il doppio della supervisione prevista per le infermiere.

Gli obiettivi del programma erano:

- migliorare la salute della madre e del feto durante la gravidanza aiutando la madre a promuovere comportamenti adeguati relativamente al proprio benessere psicofisico;
- migliorare lo stato e lo sviluppo del bambino, aiutando i genitori a promuovere un *caregiving* più competente;
- sostenere lo sviluppo personale dei genitori, aiutandoli a pianificare future gravidanze, a continuare gli studi e a trovare lavoro.

Il totale del campione è stato suddiviso in un gruppo a basso (40%) e ad alto (60%) funzionamento, in base a una variabile "risorse psicologiche" della donna, espressione dei valori medi di salute mentale; senso di controllo/padronanza; intelligenza.

Le variabili dipendenti su cui è stato misurato l'intervento sono state:

- comportamenti materni relativi alla salute (uso di sostanze; riferimento ai servizi preventivi sul territorio per corsi di preparazione al parto, ecc.; riferimento ai servizi di emergenza per alloggio, buoni per il vitto, ecc.);

- vita genitoriale (eventuali altre gravidanze, percorsi formativi, lavoro, ecc.);
- interazione/madre bambino e qualità del contesto domestico;
- sviluppo emotivo, mentale e comportamentale del bambino.

I risultati del progetto hanno mostrato un solo effetto abbastanza significativo ( $p=.05$ ) ottenuto dagli operatori paraprofessionali rispetto al gruppo di controllo: le diadi madre/bambino in cui le madri erano classificate a basso funzionamento per la variabile “risorse psicologiche” mostravano un’interazione reciproca più responsiva. Per il resto, sono stati registrati dei trend ( $p<.10$ ) nella riduzione delle successive gravidanze e nel ritardo nel tempo di successive gravidanze.

Diversamente, l’*home visiting* condotto dalle infermiere ha avuto un impatto maggiore sulle madri rispetto a quelle seguite dagli operatori paraprofessionali. Relativamente alle variabili “comportamenti materni relativi alla salute” e alla “vita genitoriale”:

- le madri fumatrici avevano significativa riduzione nel tasso di nicotina tra l’*assessment* iniziale e la fine della gravidanza;
- ai 24 mesi del bambino, le madri avevano un numero significativamente minore di gravidanze, con periodi di tempo comunque più prolungati tra una gravidanza e l’altra;
- la permanenza stabile in una situazione lavorativa era maggiore rispetto alle madri degli altri due gruppi.

In relazione alle variabili “interazione madre bambino e qualità del contesto domestico” e “sviluppo emotivo, mentale e comportamentale del bambino”:

- l’interazione madre/bambino era caratterizzata da una maggiore responsività materna;
- i bambini a 6 mesi esibivano minore vulnerabilità emotiva in risposta a stimoli paurosi, e quelli nati da donne con scarse risorse psicologiche mostravano maggiore vitalità emotiva in risposta a stimoli di gioia o rabbia;
- a 21 mesi, i bambini mostravano minori livelli di ritardo linguistico (soprattutto i bambini di madri con scarse risorse psicologiche);
- in genere, i bambini nati da madri con scarse risorse psicologiche mostravano maggiori livelli linguistici e di sviluppo cognitivo.

In termini di *effect size*, l’intervento degli operatori paraprofessionali per la maggior parte degli esiti è stato circa la metà rispetto a quello riscontrato dopo l’intervento delle infermiere.



## 5. Conclusioni: dalla sperimentazione all'intervento preventivo dei servizi. La centralità dei consultori familiari

Le esperienze e i programmi di *home visiting* hanno dimostrato di essere efficaci nel campo della genitorialità e dello sviluppo infantile, particolarmente in alcuni ambiti specifici in cui sono presenti importanti fattori di rischio. Tuttavia è in primo piano, oggi, l'esigenza di rendere questi programmi non solo di ricerca e sperimentali ma di inserirli fra il ventaglio di prestazioni dei servizi sanitari e sociali che si rivolgono specificamente ai genitori e ai bambini nei primi anni di vita, in particolare i consultori familiari.

Per dare piena attuazione a questi programmi che hanno un'importante funzione preventiva occorre tuttavia rispondere all'interrogativo «Che cosa funziona e per chi» (*what works for whom*). A questo proposito il programma da noi realizzato nell'area romana ha dimostrato che le donne a rischio depressivo isolato oppure a rischio psicosociale isolato non necessitano di un intenso sostegno perché hanno sufficienti risorse per affrontare l'allevamento dei figli, mentre le madri con un rischio combinato depressivo e psicosociale hanno maggiori difficoltà nel fronteggiare la gravidanza e la maternità e a collaborare con gli operatori in modo da utilizzare l'aiuto in modo positivo. Gli stessi programmi realizzati negli Stati Uniti e nel Regno Unito si rivolgono a popolazioni materne molto in difficoltà, in cui spesso manca un partner; si tratta di madri adolescenti con gravidanze multiple e ravvicinate. A questo proposito la ricerca ha anche messo in luce che questi gruppi di madri sono quelle che possono abusare dei figli oppure sono gravemente inadeguate e trascuranti.

Un secondo interrogativo riguarda le modalità dell'intervento in modo da garantire, al contempo, la massima efficacia ed economicità. A questo proposito il gruppo di Olds, che abbiamo ripetutamente citato, ha messo a confronto metodologie di intervento diverse evidenziando che l'intervento più efficace ai fini della prevenzione dell'abuso è quello che dura dalla gravidanza fino al primo anno di vita del bambino.

La nostra esperienza si muove nella stessa linea, per cui abbiamo provveduto a incontri settimanali nel primo semestre di vita del bambino sia per favorire l'instaurarsi di un ritmo continuativo e una relazione di collaborazione sia per sostenere la madre nelle tappe del primo semestre che sono senz'altro più impegnative. Nel secondo semestre, quando si è stabilito un rapporto di fiducia reciproca, prevediamo degli incontri a frequenza quindicinale.

Un altro aspetto che va considerato riguarda le figure professionali che devono effettuare l'*home visiting*.

Dalla letteratura internazionale emerge il fatto che sono state utilizzate figure diverse: psicologi, assistenti sociali, infermiere e addirittura figure non professionali, come madri. Indubbiamente la diversità delle figure corrisponde anche alle finalità dell'intervento, se si basa sulle dinamiche psicologiche nella relazione madre/bambino oppure ha un carattere maggiormente pragmatico che stimola competenze specifiche. Nel nostro caso abbiamo privilegiato le figure dello psicologo e dell'assistente sociale, includendo a volte l'infermiera.

Un ultimo punto riguarda le specifiche competenze professionali che vengono richieste agli operatori impegnati nell'*home visiting*.

Per quanto riguarda il nostro programma abbiamo realizzato un corso preliminare che ha approfondito i temi della genitorialità, dell'attaccamento, delle dinamiche interazionali fra genitori e bambino nel corso del primo anno di vita attraverso incontri seminariali in cui veniva presentato materiale videoregistrato, poi discusso e approfondito in gruppo. Ma quello che è stato decisivo per il nostro lavoro è stata la supervisione quindicinale degli operatori impegnati nell'*home visiting*, tenendo presente che si tratta di uno spazio di intervento non protetto in quanto l'operatore è immerso nelle dinamiche familiari e può rischiare di concentrare la propria attenzione sui problemi della madre oppure guardare fondamentalmente il bambino mentre è senz'altro più significativo lavorare sulla loro interazione. Allo stesso tempo, operando a così stretto contatto con la famiglia, si può andare incontro a profonde risonanze emotive che se non riconosciute possono interferire col processo di *home visiting*.

Infine, va sottolineato che l'*home visiting* è molto diverso dal lavoro psicoterapico: occorre calarsi nella vita quotidiana delle madri e dei bambini evitando un ruolo direttivo o didattico, promuovendo piuttosto le risorse della madre e del padre e aiutandoli a riconoscere le proprie capacità.

## Riferimenti bibliografici

**Ainsworth, M.D.S., Blehar, M.C., Waters, E., Wall, S.**

1978 *Patterns of attachment: A psychological study of the Strange Situation*, Hillsdale, NJ, Lawrence Erlbaum Associates

**Ammaniti, M., Candelori, C., Pola, M., Tambelli, R.**

1995 *Maternità e gravidanza: studio delle rappresentazioni materne*, Milano, Raffaello Cortina

**Ammaniti, M., Speranza, A.M., Sergi, G., Tambelli, R.**

2000 *Impact des visites à domicile dans une intervention précoce: résultats préliminaires*, «Prisme», 33, 110-125

**Ammaniti, M., Sergi, G., Speranza, A.M., Muscetta, S.**

2002 *The impact of Home Visiting on infant development in high risk samples*. Paper presented at the 8th congress of the World Association for Infant Mental Health (WAIMH), Amsterdam, 16-20 July

**Bandura, A.**

1977 *Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change*, «Psychological Review», 84, 191-215

**Beckwith, L.**

2000 *Prevention science and prevention programs*, in C.H. Zeanah (ed.), *Handbook of infant mental health*, New York, Guilford Press, 439-456

**Belsky, J.**

1980 *Child maltreatment: An ecological integration*, «American Psychology», 35, 320-335

1993 *Etiology of child maltreatment: A developmental-ecological analysis*, «Psychological Bulletin», 114, 413-434

**Benoit, D., Parker, K.**

1994 *Stability and transmission of attachment across three generations*, «Child Development», 65, 1444-1456

**Bergner, R.M., Delgado, L.K., Graybill, D.**

1994 *Finkelhor's risk factors checklist: A cross-validation study*, «Child Abuse & Neglect», 18, 331-340

**Bosquet, M., Egeland, B.**

2001 *Associations among maternal depressive symptomatology, state of mind and parent and child behaviors: Implications for attachment-based interventions*, «Attachment & Human Development», 3, 2, 173-199

**Bowlby, J.**

1980 *Attachment and Loss*, Vol. 3: *Loss*, London, Hogarth Press. Tr. it. *Attaccamento e perdita*, Vol. 3: *La perdita della madre*, Torino, Boringhieri, 1983

**Bronfenbrenner, U.**

1979 *The ecology of human development: Experiments by nature and design*, Cambridge, Ma, Harvard University Press

**Carlson, V., Cicchetti, D., Barnett, D., Braunwald, K.**

1989 *Disorganized/disoriented attachment relationships in maltreated infants*, «Developmental Psychology», 25, 525-531

- Chatoor, I., Getson, P., Menvielle, E., Brasseaux, C., O'Donnell, R., Rivera, Y., Mrazek, D.A.**  
1997 *A feeding scale for research and clinical practice to assess mother-infant interactions in the first three years of life*, «Infant Mental Health Journal», 18, 1, 76-91
- Cicchetti, D., Rizley, R.**  
1981 *Developmental perspectives on the etiology, intergenerational transmission, and sequelae of child maltreatment*, «New Directions in Child Development», 11, 31-55
- Cicchetti, D., Toth, S.**  
1995 *A developmental psychopathology perspective in child abuse and neglect*, «J. of Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry», 34, 5
- Cohn, J.F., Tronick, E.Z.**  
1983 *Three-month-old infants' reaction to simulated maternal depression*, «Child Development», 54, 185-193
- Crockenberg, S., Leerkes, E.**  
2000 *Infant social and emotional development in family context*, in C.H. Zeanah (ed.), *Handbook of infant mental health*, New York, Guilford Press, 60-90
- Crockenberg, S., Lyons-Ruth, K., Dickstein, S.**  
1993 *The family context of infant mental health II: Infant development in multiple family relationships*, in C.H. Zeanah (ed.), *Handbook of infant mental health*, New York, Guilford Press, 38-55
- Derogatis, L.R.**  
1977 *SCL-90-R: Administration, scoring and procedures manual*, Baltimore, MD: Clinical Psychometrics Research
- Eckenrode, J., Ganzel, B., Henderson, C.R., Smith, E., Olds, D.L., Powers, J.**  
2000 *Preventing child abuse and neglect with a program of nurse home visitation: The limiting effects of domestic violence*, «The Journal of the American Medical Association», 284, 1385-1391
- Egeland, B., Erickson, M.F.**  
1990 *Rising above the past: Strategies for helping new mothers break the cycle of abuse and neglect*, «Zero to Three», 11, 2, 29-35
- Egeland, B., Erickson, M.F.**  
1993 *Attachment theory and findings: Implications for prevention and intervention*, in S. Kramer, H. Parens (eds.), *Prevention in mental health: now, tomorrow, ever?*, Northvale, NJ, Jason Aronson
- Erickson, M.F., Sroufe, L.A., Egeland, B.**  
1985 *The relationship between quality of attachment and behavior problems in preschool in a high risk sample*, «Monograph of the Society of Research in Child Development», 50, 147-166
- Finkelhor, D.**  
1979 *Sexually victimized children*, New York, The Free Press  
1993 *Epidemiological factors in the clinical identification of child sexual abuse*, «Child Abuse & Neglect», 17, 67-70
- Freud, S.**  
1905 *Tre saggi sulla teoria sessuale*, tr. it. in *Opere*, vol. IV, Torino, Boringhieri, 1970

**Fraiberg, S.**

1999 *Il sostegno allo sviluppo*, Milano, Cortina

**Garmezy, N., Masten, A.S., Telliger, A.**

1984 *The study of stress and competence in children: A building block for developmental psychopathology*, «Child Development», 55, 97-111

**George, C., Kaplan N., Main, M.**

1984 *Adult Attachment Interview Protocol*. Manoscritto non pubblicato, Università di California, Berkeley

**Gomby, D.S., Culross, P.L., Behrman, R.E.**

1999 *Home visiting: Recent program evaluations – analysis and recommendations*, «The Future of Children», 9, 4-26

**Heller, S.S., Larrieu, J.A., D’Imperio, R., Boris, N.W.**

1999 *Research on resilience to child maltreatment: Empirical considerations*, «Child Abuse & Neglect», 23, 4, 321-338

**Hiatt, S.W., Sampson, D., Baird, D.**

1997 *Paraprofessionals home visitation: Conceptual and pragmatic considerations*, «Journal of Community Psychology», 25, 77-93

**Holden, G.W., Ritchie, K.L.**

1991 *Linking extreme marital discord, child rearing, and child behavior problems: Evidence from battered women*, «Child Development», 62, 311-327

**Hossain, Z., Field, T., Gonzalez, A., Malphurs, J., Del Valle, C.**

1994 *Infants of depressed mothers interact better with their nondepressed fathers*, «Infant Mental Health Journal», 15, 348-357

**Kelly, J.B.**

2000 *Children’s adjustment in conflicted marriage and divorce: A decade review of research*, «Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry», 39, 963-973

**Kitzman, H., Cole, R., Yoos, L., Olds, D.**

1997a *Challenges experienced by home visitors: A qualitative study of program implementation*, «Journal of Community Psychology», 25, 95-109

**Kitzman, H., Olds, D.L., Henderson, C.R., Hanks, C., Cole, R., Tatelbaum, R.**

1997b *Effect of prenatal and infancy home visitation by nurses on pregnancy outcomes, childhood injuries, and repeated childbearing: A randomized controlled trial*, «The Journal of the American Medical Association», 278, 644-652

**Klee, L., Kronstadt, D., Zlotnick, C.**

1997 *Foster care’s youngest: a preliminary report*, «American Journal of Orthopsychiatry», 67, 290-299

**Knitzer, J.**

2000 *Early childhood mental health services: A policy and systems development perspective*, in J.P. Shonkoff, S.J. Meisels (eds.), *Handbook of early childhood intervention*, Cambridge, Cambridge University Press, 416-438

**Korfmacher, J.**

1999 *Home visiting: Promise and peril*, «The Signal», 7, 3, 1-8

**Larner, M., Halpern, R.**

1987 *Lay home visiting: Strengths, tensions, and challenges*, «Zero to Three», 8, 1-7

**Lyons-Ruth, K.**

2002 *Positive effects of infant home visiting services on kindergarten aggression: what are the mediators?* Paper presented at the 8th congress of the World Association for Infant Mental Health (WAIMH), Amsterdam, 16-20 July

**Lyons-Ruth, K., Connell, D., Grunebaum, H., Botein, S.**

1990 *Infants at social risk: Maternal depression and family support services as mediators of infant development and security of attachment*, «Child Development», 61, 85-98

**Lyons-Ruth, K., Connell, D., Zoll, D., Stahl, J.**

1987 *Infants at social risk: Relations among infant maltreatment, maternal behavior, and infant attachment behavior*, «Developmental Psychology», 23, 223-232

**Lyons-Ruth, K., Easterbrooks, M.A., Cibelli, C.D.**

1997 *Infant attachment strategies, infant mental health, and maternal depressive symptoms: Predictors of internalizing and externalizing problems at age 7*, «Developmental Psychology», 33, 4, 681-692

**Lyons-Ruth, K., Zeanah, C.H.**

1993 *The family context of infant mental health I: Affective development in the primary caregiver relationship*, in C.H. Zeanah (ed.), *Handbook of infant mental health*, New York, Guilford Press, 14-37

**Main, M., Solomon, J.**

1990 *Procedures for identifying infants as disorganized/disoriented during the Ainsworth Strange Situation*, in M. Greenberg, D. Cicchetti, M. Cummings (eds.), *Attachment in the preschool years: Theory, research and intervention*, Chicago, University of Chicago Press

**McCarton, C.M., Brooks-Gunn, J., Wallace, I.F., Bauer, C.R.**

1997 *Results at age 8 years of early intervention for low birthweight premature infants: The Infant Health and Development Program*, «Journal of the American Medical Association», 277, 126-132

**McDonald Culp, A., Culp, R.E., Blankemeyer, M., Passmark, L.**

1998 *Parent education home visitation program: adolescent and nonadolescent mother comparison after six months of intervention*, «Infant Mental Health Journal», 19, 2, 111-123

**Murray, L.**

1992 *The impact of postnatal depression on infant development*, «Journal of Child Psychology, Psychiatry and Allied Disciplines», 33, 543-561

**NCCAN (National Center on Child Abuse and Neglect)**

1978 *Child sexual abuse: Incest, assault, and sexual exploitation*, Publication n° 79-30166, Department of Health, Education and Welfare, Washington, DC

1993 *A report on the maltreatment of children with disabilities*, Department of Health and Human Services, Washington, DC

1995 *Child maltreatment in 1993: Reports from the states to the National Conference on Child Abuse and Neglect*, Department of Health and Human Services, Washington, DC

**Olds, D.L.**

2002 *Prenatal and infancy home visiting by nurses: From randomized trials to community replication*, «Prevention Science», 3, 153-172

**Olds, D.L., Eckenrode, J., Henderson, C.R., Kitzman, H., Powers, J., Cole, R.**

1997 *Long-term effects of home visitation on maternal life course and child abuse and*

- neglect: 15-year follow-up of a randomized trial*, «The Journal of the American Medical Association», 278, 637-643
- Olds, D.L., Henderson, C.R., Chamberlin, R., Tatelbaum, R.**  
1986b *Preventing child abuse and neglect: A randomized trial of nurse home visitation*, «Pediatrics», 78, 65-78
- Olds, D.L., Henderson, C.R., Cole, R., Eckenrode, J., Kitzman, H., Luckey, D.**  
1998 *Long-term effects of nurse home visitation on children's criminal and antisocial behavior: 15-year follow-up of a randomized trial*, «The Journal of the American Medical Association», 280, 1238-1244
- Olds, D.L., Henderson, C.R., Kitzman, H., Eckenrode, J., Cole, R., Tatelbaum, R.**  
1998 *Prenatal and infancy home visitation by nurses: A program of research*, in C. Rovee-Collier, L.P. Lipsitt, H. Hayne (eds.), *Advances in Infancy Research, Volume 12*, Stamford, Ct, Ablex Publishing Corp.
- Olds, D.L., Henderson, C.R., Tatelbaum, R., Chamberlin, R.**  
1986a *Improving the delivery of prenatal care and outcomes of pregnancy: A randomized trial of nurse home visitation*, «Pediatrics», 77, 16-28
- Olds, D.L., Hill, P.L., O'Brien, R., Racine, D., Moritz, P.**  
2002 *Taking preventive intervention to scale: The Nurse-Family Partnership*, «Cognitive and Behavioral Practice», in stampa
- Olds, D.L., Kitzman, H.**  
1993 *Review of research on home visiting*, «The Future of Children», 3, 51-92
- Olds, D.L., Robinson, J.A., O'Brien, R., Luckey, D.W., Pettitt, L.M., Henderson, C.R., Nag, R.K., Sheff, K.L., Korfmacher, J., Hiatt, S., Talmi, A.**  
2002 *Home visiting by paraprofessionals and by nurses: A randomized controlled trial*, «Pediatrics», 110, 486-496
- Radloff, L.S.**  
1977 *The CES-D Scale*, «Applied Psychological Measurement», 1, 385
- Ramey, C.T., Bryant, D.M., Wasik, B.H., Sparling, J., Fendt, K.H., LaVange, L.M.**  
1992 *Infant Health and Development Program for low birthweight, premature infants: Program elements, family participation, and child intelligence*, «Pediatrics», 89, 454-465
- Reems, R.**  
1999 *Children birth to three entering the State's custody*, «Infant Mental Health Journal», 20, 166-174
- Sameroff, A.J.**  
1997 *Understanding the social context of early psychopathology*, in J. Noshpitz (ed.), *Handbook of child and adolescent psychiatry*, Vol. 1: *Infants and preschoolers: development and syndromes*, edited by S. Greenspan, S. Wieder, J. Osofsky, New York, John Wiley & Sons, 224-235
- Sameroff, A.J., Chandler, M.J.**  
1975 *Reproductive risk and the continuum of caretaker casualty*, in F.D. Horowitz, E.M. Hetherington, S. Scarr-Salapatek, G.M. Siegel (eds.), *Review of child development research*, Chicago, University of Chicago Press
- Sameroff, A.J., Fiese, B.**  
2000 *Models of development and developmental risk*, in C.H. Zeanah (ed.), *Handbook of infant mental health*, New York, Guilford Press, 3-19

- Sameroff, A.J., Seifer, R., Baldwin, A., Baldwin, C.**  
1993 *Stability of intelligence from preschool to adolescence: The influence of social and family risk factors*, «Child Development», 64, 80-97
- Sanson, J., Oberklaid, F., Pedlow, R., Prior, M.**  
1991 *Risk indicators: Assessment of infancy predictors of preschool behavioral maladjustment*, «Journal of Child Psychology and Psychiatry», 32, 609-626
- Shaw, D.S., Keenan, K., Vondra, J.I.**  
1994 *Developmental precursors of externalizing behavior: Ages 1 to 3*, «Developmental Psychology», 30, 355-364
- Shaw, D.S., Vondra, J.I.**  
1993 *Chronic family adversity and infant attachment security*, «Journal of Child Psychology, Psychiatry and Allied Disciplines», 34, 1205-1215
- Steele, H., Steele, M., Fonagy, P.**  
1996 *Associations among attachment classifications of mothers, fathers, and their infants*, «Child Development», 67, 541-555
- Suess, G.J., Grossman, K.E., Sroufe, L.A.**  
1992 *Effects of infant attachment to mother and father on quality of adaptation to preschool: From dyadic to individual organization of self*, «International Journal of Behavioral Development», 15, 43-56
- Teti, D. et al.**  
1995 *Maternal depression and the quality of early attachment: An examination of infants, preschoolers, and their mothers*, «Developmental Psychology», 31, 364-376
- Weinberg, K., Tronick, E.**  
1997 *Maternal depression and infant maladjustment: A failure of mutual regulation*, in J. Noshpitz (ed.), *Handbook of child and adolescent psychiatry*, New York, John Wiley & Sons
- Weiss, H.B.**  
1993 *Home visits: Necessary but not sufficient*, «The Future of the Children», 3, 3, 113-128
- Zeanah, C.H., Bakshi, S., Boris, N., Lieberman, A.**  
2000 *Disorders of attachment*, in J. Osofsky, H. Fitzgerald (eds.), *WAIMH handbook of infant mental health*, New York, John Wiley & Sons
- Zeanah, C.H., Boris, N., Larrieu, J.**  
1997 *Infant development and developmental risk: A review of the past 10 years*, «Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry», 36, 165-178
- Zeanah, C.H., Larrieu, J.A., Heller, S.S., Valliere, J., Hinshaw-Fuselier, S., Aoki, Y., Drilling, M.**  
2001 *Evaluation of a preventive intervention for maltreated infants and toddlers in foster care*, «Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry», 40, 214-221



## La teoria dell'attaccamento

Anna Maria Speranza\*

La teoria dell'attaccamento, nella sua formulazione più completa, può essere considerata come il risultato del lavoro congiunto di John Bowlby e Mary Ainsworth (Bowlby, 1969/1982, 1973, 1988; Ainsworth *et al.*, 1978), che ne hanno elaborato rispettivamente i concetti teorici e le metodologie sperimentali in grado di validarla. Secondo la teoria dell'attaccamento la propensione a stringere relazioni emotive intime, nell'infanzia come nell'età adulta, è una componente fondamentale della natura umana con importanti funzioni biologiche. Il legame di attaccamento del bambino con la figura materna si sviluppa attraverso le predisposizioni all'interazione sociale e alla creazione di un rapporto stabile e duraturo presenti fin dalla nascita. Tali predisposizioni sono iscritte nel patrimonio genetico dell'individuo e con la crescita si organizzano in sistemi comportamentali complessi, espressione della necessità primaria di calore, vicinanza e contatto fisico ricercati dal bambino.

I sistemi comportamentali predisposti geneticamente sarebbero il risultato della selezione naturale e avrebbero la funzione di assicurare la sopravvivenza dell'individuo e della specie, attraverso l'interazione tra il patrimonio genetico e l'ambiente di adattamento in cui l'individuo vive. Come altri sistemi comportamentali, il *sistema dell'attaccamento* è organizzato per garantire la sopravvivenza e per assolvere una particolare funzione biologica che Bowlby individuava nella «protezione dai predatori». Questa funzione è garantita dall'attivazione del *comportamento di attaccamento*, attraverso cui il bambino ricerca e mantiene la vicinanza fisica con la figura di attaccamento ogni volta che si trova in condizioni di vulnerabilità. Gli stimoli in grado di attivare il comportamento di attaccamento possono essere di natura interna, come le condizioni di fame, stanchezza, malattia, oppure di natura esterna, come l'allontanamento o l'assenza della madre o la presenza di stimoli in grado di suscitare paura nel bambino. Una volta che il comportamento di attaccamento sarà stato attivato da uno di questi stimoli, le condizioni in grado di farlo cessare varieranno di conseguenza. Maggiore è l'intensità con cui viene provocato il comportamento di attaccamento, tanto più rigide saranno le condizioni necessarie per deattivarlo; nei casi estremi sarà solo il contatto fisico prolungato con la madre stessa a permettere dopo un certo periodo di tempo la deattivazione del comportamento di attaccamento a favore, per esempio, dell'esplorazione. A livelli di attivazione meno intensa, invece, la vicinanza relativa, lo sguardo, la comunicazione distale potranno rappresentare condizioni più flessibili, in grado di rassicurare il bambino sulla disponibilità materna a fornire il suo aiuto in caso di bisogno.

---

\* Università La Sapienza, Roma.

L'*obiettivo esterno* del sistema dell'attaccamento è dunque quello di conseguire e mantenere un certo livello di vicinanza fisica con il *caregiver*, mentre il suo *obiettivo interno* è di motivare il bambino al raggiungimento di un senso di sicurezza interna. L'attaccamento, quindi, in quanto sistema motivazionale complesso, viene a costituirsi nel tempo come un'organizzazione psicologica interna che comprende sentimenti, ricordi, desideri, aspettative e intenzioni che hanno particolare rilevanza per lo stabilirsi e il perdurare di un legame profondo in grado di assicurare tale senso di sicurezza.

Il comportamento di attaccamento si sviluppa nel primo anno di vita attraverso lo sviluppo del corredo biologico e comportamentale del bambino. Nei primi mesi i comportamenti di segnalazione, come il pianto, il sorriso, i vocalizzi, e i comportamenti di accostamento, come l'aggrapparsi, il seguire, la suzione non alimentare, garantiscono un certo grado di vicinanza tra bambino e figura di attaccamento, pur non essendo ancora intenzionali e discriminati verso una figura specifica. Verso la fine del primo anno di vita questi stessi segnali saranno invece rivolti a una persona discriminata, la figura di attaccamento, e indicheranno in maniera evidente che si è costituito un legame di attaccamento specifico.

Dal momento che la costruzione del legame di attaccamento dipende contemporaneamente dalle predisposizioni del bambino e dalla qualità delle cure materne che egli riceve in risposta al suo bisogno di attaccamento sono stati individuati e descritti diversi comportamenti di attaccamento.

Il *modello di attaccamento sicuro* (B) è tipico di quei bambini che protestano durante le separazioni dalla figura di attaccamento, ne ricercano attivamente la vicinanza e altrettanto facilmente vengono da lei consolati. Il genitore rappresenta in questo caso una «base sicura» (Ainsworth *et al.*, 1978) da cui il bambino può allontanarsi temporaneamente per esplorare in virtù della fiducia nella sua disponibilità in caso di bisogno. Diversamente, il *modello di attaccamento insicuro-evitante* (A) è caratteristico di quei bambini che esplorano facilmente anche in assenza della figura di attaccamento, si separano da lei con facilità senza mostrare segni di protesta e non ne ricercano la vicinanza al suo ritorno. I bambini con un *modello di attaccamento insicuro-ambivalente* (C), invece, sono molto angosciati dalle separazioni, esplorano poco a causa della preoccupazione prevalente che mostrano verso la figura di attaccamento e che si manifesta con un'estrema passività e inconsolabilità o con rabbia e ambivalenza nei suoi confronti. Infine, i comportamenti di alcuni bambini indicano la presenza di un *modello disorganizzato/disorientato* nella relazione con il genitore<sup>2</sup>.

<sup>2</sup> Per una descrizione più accurata cfr. l'approfondimento a p. 123.

Sempre verso la fine del primo anno di vita, il bambino inizia a organizzare in maniera complessa le caratteristiche specifiche del suo comportamento di attaccamento e al tempo stesso la sua esperienza affettiva con il *caregiver* viene a essere rappresentata in quelli che Bowlby ha chiamato *modelli operativi interni*, cioè rappresentazioni mentali in grado di raffigurare con sufficiente coerenza l'esperienza vissuta nelle relazioni interpersonali con le persone che si prendono cura di lui. Il bambino forma così un *modello operativo della figura di attaccamento*, che riassume la storia delle risposte affettive e della disponibilità del genitore nei confronti delle sue richieste, e un complementare *modello del sé*, che tiene conto anche delle abilità e potenzialità comportamentali che egli è in grado di utilizzare per raggiungere un sentimento di sicurezza. Tali modelli operativi interni risulteranno fondamentali ai fini della costruzione della realtà affettiva del bambino, perché saranno in grado di guidare la sua valutazione dell'esperienza, il suo comportamento di attaccamento, e lo renderanno in grado di fare previsioni sull'esperienza affettiva nelle relazioni significative. Così, un bambino che riceve risposte adeguate e tempestive nei confronti dei suoi tentativi di mantenere la vicinanza con la madre e di ottenere da lei conforto sarà in grado di sviluppare un modello operativo della madre come figura disponibile e un modello operativo di sé come degno di cure e efficace nell'ottenere un sostegno emotivo (modello di attaccamento sicuro). Al contrario, l'insensibilità materna, espressa come rifiuto o come incapacità e incoerenza in risposta alle richieste di vicinanza e cure del bambino, darà luogo a modelli operativi della madre come di una figura non disponibile e di sé come non degno di protezione e cura (modelli insicuri). Infine, si presume che la disorganizzazione dell'attaccamento comporti rappresentazioni di sé e dell'altro multiple, contraddittorie e reciprocamente dissociate.

La tendenza alla *stabilità* che si riscontra nei modelli operativi interni è dovuta probabilmente al fatto che, operando al di fuori della consapevolezza e fornendo all'individuo le regole attraverso le quali percepire, prevedere e agire soprattutto nel contesto relazionale, essi tenderanno a ricreare attivamente esperienze congruenti con la storia di relazione che l'individuo ha vissuto. È probabile tuttavia che la stabilità dei modelli sia dovuta anche in parte al fatto che, essendo il modello elaborato da un'esperienza reale generalizzata relativa alla disponibilità emotiva della madre, si presume che la capacità di risposta adeguata o inadeguata della madre rimanga relativamente stabile e quindi perpetui un certo tipo di interazione e di comunicazione almeno nei primi anni. Inoltre si può dire che se da una parte nel bambino sicuro, con la crescita e le nuove possibilità cognitive, si verifica un graduale aggiornamento del modello, congruente e coerente entro una stessa struttura, nel bambino insicuro tale modificazione tenderà a essere molto più difficile, in virtù dell'esclusione difensiva (Bowlby, 1969/1982).

I comportamenti di attaccamento possono inoltre essere considerati come *strategie di regolazione emotionale particolarmente efficaci*. Le emozioni giocano un ruolo rilevante nell'organizzazione interna dell'attaccamento nell'assolvere la funzione di valutare contemporaneamente l'ambiente circostante, lo stato dell'organismo, la disponibilità delle figure di attaccamento e il successo del comportamento di attaccamento nel mantenere il senso di sicurezza interno. La funzione regolativa opera a due livelli: a un livello di base, le emozioni come la paura e il disagio attivano il sistema di attaccamento e comunicano alla madre il bisogno di protezione e conforto del bambino; a un livello più elevato di controllo gerarchico, le emozioni restituiscono informazioni al bambino sul successo dei suoi tentativi di ottenere rassicurazione e conforto e mantenere la relazione. Nel modello di attaccamento sicuro questi due livelli operano in maniera integrata e permettono al bambino di ripristinare il senso di sicurezza. Nelle relazioni di attaccamento insicure, invece, in cui i due livelli producono un conflitto o una dissociazione, il bambino non può sperimentare un senso di sicurezza dal momento che si ipotizza che non verrà data una risposta adeguata all'espressione emotionale dei suoi bisogni (nel caso dell'attaccamento ambivalente perché la risposta sarà inconsistente e non costante e nel caso dell'attaccamento evitante perché vi sarà un rifiuto). In queste circostanze è probabile che il bambino tenderà a sviluppare strategie alternative, come quelle di distanziamento o inibizione dell'espressione emotiva, per ridurre l'indisponibilità della figura di attaccamento e aumentare il senso di sicurezza. Questa strategia può divenire col tempo un meccanismo anticipatorio che sposta, per esempio, l'attenzione del bambino dagli stimoli che sono in grado di attivare l'attaccamento verso gli oggetti inanimati, consentendo di mantenere un'organizzazione flessibile del comportamento e una vicinanza accettabile con la madre (Main e Weston, 1982). L'imprevedibilità della risposta materna che viene sperimentata invece dai bambini con attaccamento ambivalente favorirà l'emergere di una strategia in cui le espressioni emozionali saranno esagerate nel tentativo di ottenere più facilmente risposta.

Se nel contesto di una particolare relazione di attaccamento queste strategie alternative possono risultare adattative, esse possono a lungo andare rivelarsi disadattative in altri contesti.

Numerose ricerche hanno indagato infatti l'*adattamento sociale durante lo sviluppo* e hanno messo in luce che i bambini con un attaccamento sicuro a 1 anno mostravano in maniera significativamente maggiore degli altri più entusiasmo, affetti positivi e capacità di persistere nelle situazioni di problem-solving a 2-3 anni, una maggiore fiducia in se stessi e un migliore adattamento nella scuola materna, una maggiore competenza sociale e affettiva nei con-

fronti dei pari, una minore dipendenza dalle insegnanti a 4-5 anni; questi bambini sono inoltre risultati più competenti nel gioco e nella risoluzione di un conflitto a 5 anni. Al contrario, i bambini con attaccamento insicuro ad 1 anno (evitante o ambivalente) esprimevano più frequentemente affetti negativi e comportamenti aggressivi e ostili nei confronti dei pari a 4-5 anni; nella risoluzione di un compito difficile a 2 anni; inoltre, tendevano a lamentarsi e ad arrendersi facilmente e le loro madri erano meno disponibili delle madri dei bambini sicuri a offrire loro un aiuto: i bambini evitanti erano più aggressivi nei confronti dei genitori, mostravano più frequentemente espressioni inappropriate di ostilità nelle relazioni sociali con i pari e nel gioco ed erano descritti dagli insegnanti della scuola materna come “ostili” o “isolati”; i bambini ambivalenti invece piangevano più frequentemente degli altri, erano considerati più deboli e impulsivi dalle insegnanti e presentavano diversi problemi comportamentali (Arend *et al.*, 1979; Matas *et al.*, 1978; Sroufe, 1983; Wartner *et al.*, 1994; Zimmermann e Grossmann, 1994).

Diversi studi negli ultimi anni hanno inoltre indagato la *continuità dei modelli di attaccamento* in adolescenza e in età adulta. I risultati di questi studi longitudinali (Ammaniti *et al.*, 2000; Ammaniti e Speranza, 2002; Hamilton, 2000; Waters *et al.*, 2000; Weinfield *et al.*, 2000), che hanno utilizzato metodologie in grado di valutare il livello rappresentazionale dell'attaccamento, indicano l'esistenza di una sostanziale stabilità dei modelli di attaccamento nel tempo, ma anche di possibili cambiamenti avvenuti in relazione a eventi di vita negativi come separazioni, divorzi e lutti.

Un altro consistente filone di ricerche ha rivolto invece l'attenzione ai processi di *trasmissione intergenerazionale dell'attaccamento* tra genitori e figli (Bretherton, 1992). Queste ricerche hanno contribuito a chiarire in che modo il modello operativo interno del genitore, costruito durante l'infanzia, influenzi le modalità di cura, gli atteggiamenti e i comportamenti genitoriali che costituiranno il contesto in cui il bambino svilupperà il suo modello di attaccamento. I risultati di questi studi (Ainsworth e Eichberg, 1991; Fonagy *et al.*, 1991; van Ijzendoorn, 1995) hanno messo in evidenza una forte correlazione tra il modello di attaccamento “sicuro nell'adulto” e il modello “sicuro nel bambino”, così come rispettivamente tra modello “distanziante” e modello “evitante” e tra modello “preoccupato” e modello “resistente-ambivalente” nel bambino. Le ricerche sul modello “disorganizzato/disorientato” del bambino (Main e Solomon, 1990) hanno evidenziato che questo modello è frequentemente correlato nei campioni a basso rischio con la “mancata risoluzione del lutto” nell'adulto, mentre nei campioni ad alto rischio è associato spesso con esperienze di maltrattamento o di abuso (Main e Hesse, 1992; Speranza *et al.*, 2002).

## Riferimenti bibliografici

**Ainsworth, M.D.S., Blehar, M.C., Waters, E., Wall, S.**

1978 *Patterns of attachment: A psychological study of the Strange Situation*, Hillsdale, NJ, Lawrence Erlbaum Associates

**Ainsworth, M.D.S., Eichberg, C.**

1991 *Effetti sull'attaccamento bambino-madre del lutto irrisolto della madre per una figura di attaccamento o di un'altra esperienza traumatica*, tr. it. in C. Parkes, J. Stevenson-Hinde, P. Marris (a cura di), *L'attaccamento nel ciclo di vita*, Roma, Il Pensiero Scientifico, 1995

**Ammaniti, M., Speranza, A.M.**

2002 *I modelli di attaccamento dalla prima infanzia alla preadolescenza: uno studio longitudinale*, «Psichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza», 69, 3-16

**Ammaniti, M., Van IJzendoorn, M.H., Speranza, A.M., Tambelli, R.**

2000 *Internal working models of attachment during late childhood and early adolescence: an exploration of stability and change*, «Attachment and Human Development», 2, 3, 328-346

**Arend, R., Gove, F.L., Sroufe, L.A.**

1979 *Continuity of individual adaptation from infancy to kindergarten: a predictive study of ego-resiliency and curiosity in preschoolers*, «Child Development», 50, 950-959

**Bowlby, J.**

1969/1982 *Attaccamento e perdita*, vol. 1: *L'attaccamento alla madre*, tr. it. Torino, Bollati Boringhieri (1 ed.) 1989

1973 *Attaccamento e perdita*, vol. 2: *La separazione dalla madre*, tr. it. Torino, Boringhieri, 1975

1988 *Una base sicura. Applicazioni cliniche della teoria dell'attaccamento*, tr. it. Milano, Cortina, 1989

**Bretherton, I.**

1992 *Modelli operativi interni e trasmissione intergenerazionale dei modelli di attaccamento*, in M. Ammaniti, D.N. Stern (a cura di), *Attaccamento e psicoanalisi*, Bari, Laterza

**Fonagy, P., Steele, H., Steele, M.**

1991 *Maternal representations of attachment during pregnancy predict the organization of infant-mother attachment at one-year of age*, «Child Development», 62, 891-905

**Hamilton, C.E.**

2000 *Continuity and discontinuity of attachment from infancy through adolescence*, «Child Development», 71, 3, 690-694

**Main, M., Hesse, E.**

1992 *Attaccamento disorganizzato/disorientato nell'infanzia e stati mentali dissociati dei genitori*, in M. Ammaniti, D.N. Stern (a cura di), *Attaccamento e psicoanalisi*, Bari, Laterza

**Main, M., Solomon, J.**

1990 *Procedures for identifying infants as disorganized/disoriented during the Ainsworth Strange Situation*, in M. Greenberg, D. Cicchetti, M. Cummings (eds.), *Attachment in the preschool years: Theory, research and intervention*, Chicago, University of Chicago Press

**Main, M., Weston, D.R.**

1982 *Avoidance of the attachment figure in infancy: descriptions and interpretations*, in C.M. Parkes, J. Stevenson-Hinde (eds.), *The place of attachment in human behavior*, New York, Basic Books; London, Tavistock

## Sezione 3

**Matas, L., Arend, R.A., Sroufe, L.A.**

1978 *Continuity of adaptation in the second year: the relationship between quality of attachment and later competence*, «Child Development», 49, 547-556

**Speranza, A.M., Nicolais, G., Ammaniti, M.**

2002 *Le rappresentazioni mentali dell'attaccamento nella trasmissione intergenerazionale dell'abuso*, «Maltrattamento e abuso all'infanzia», 3

**Sroufe L.A.**

1983 *Infant-caregiver attachment and patterns of adaptation in pre-school: the roots of maladaptation and competence*, in M. Perlmutter (ed.), *Minnesota symposium in child psychology*, Minneapolis, University of Minnesota Press, vol.16

**Van Ljzendoorn, M.**

1995 *Adult attachment representations, parental responsiveness, and infant attachment: A meta-analysis on the predictive validity of the Adult Attachment Interview*, «Psychological Bulletin», 117, 387-403

**Wartner, U.G., Grossmann, K., Fremmer-Bombik, E., Suess, G.**

1994 *Attachment patterns at age six in South Germany: predictability from infancy and implications for preschool behavior*, «Child Development», 65, 1014-1027

**Waters, E., Merrick, S., Treboux, D., Crowell, J., Albersheim, L.**

2000 *Attachment security in infancy and early adulthood: a twenty-year longitudinal study*, «Child Development», 71, 3, 684-689

**Weinfield, N.S., Sroufe, L.A., Egeland, B.**

2000 *Attachment from infancy to early adulthood in a high-risk sample: continuity, discontinuity, and their correlates*, «Child Development», 71, 3, 695-702

**Zimmermann, P., Grossmann, K.E.**

1994 *Attaccamento, emozioni e comportamento aggressivo*, «Età evolutiva», 47, 92-98

## Strumenti per la valutazione dell'attaccamento nel bambino e nell'adulto

Anna Maria Speranza\*

Negli ultimi anni sono stati elaborati diversi strumenti di valutazione dell'attaccamento sia nel bambino che nell'adulto. Essi si dividono fondamentalmente in due grandi tipologie: gli strumenti osservativi che valutano il comportamento di attaccamento in risposta a episodi di separazione e riunione, utilizzati con bambini di età tra i 12 mesi e i 7-8 anni, e gli strumenti che valutano il livello rappresentazionale dell'attaccamento, ossia i modelli operativi interni, attraverso questionari, racconti di storie e interviste, impiegati con bambini in età prescolare, con adolescenti o con adulti.

### Strange Situation (Ainsworth et al., 1978)

La *Strange Situation* è una metodologia osservativa standardizzata, della durata di circa 20 minuti, ideata per valutare l'equilibrio tra il sistema di attaccamento e il sistema di esplorazione e per mettere in luce le differenze individuali nei modelli di attaccamento infantili. Questa procedura viene utilizzata per valutare il modello di attaccamento nei bambini tra i 12 e i 20 mesi. Essa permette di osservare la capacità del bambino di utilizzare il genitore come «base sicura» per esplorare l'ambiente e come rifugio al quale tornare per ricevere conforto e sicurezza quando è spaventato o angosciato, per esempio di fronte a una situazione nuova, a una persona estranea o in seguito a brevi separazioni. L'attenzione dell'osservazione è rivolta soprattutto alle modalità interattive adottate durante le riunioni con il genitore.

La procedura prevede sette situazioni osservazionali, ognuna della durata di circa tre minuti.

1. *Genitore, bambino*. Il bambino esplora, il genitore interviene se necessario.
2. *Genitore, bambino, estraneo*. Una persona estranea entra nella stanza e gioca con il bambino.
3. *Bambino, estraneo*. Il genitore esce dalla stanza e lascia il bambino con l'estraneo (1<sup>a</sup> separazione).
4. *Genitore, bambino*. Il genitore ritorna, l'estraneo esce dalla stanza (1<sup>a</sup> riunione).
5. *Bambino*. Il genitore lascia il bambino solo nella stanza (2<sup>a</sup> separazione).
6. *Bambino, estraneo*. L'estraneo rientra nella stanza e interagisce con il bambino.
7. *Genitore, bambino*. Il genitore rientra, l'estraneo esce dalla stanza (2<sup>a</sup> riunione).

---

\* Università La Sapienza, Roma.



Attraverso l'analisi dei comportamenti è possibile individuare i seguenti modelli di attaccamento infantile (Ainsworth *et al.*, 1978; Main e Solomon, 1990).

*Sicuro (B)*: presente in circa il 60-65% della popolazione normale.

Questi bambini usano la madre come «base sicura» per esplorare e interagire con l'ambiente. Si osserva un giusto equilibrio tra attaccamento ed esplorazione.

Separazione: può essere presente un disagio più o meno evidente, soprattutto nella seconda separazione. Cercano o chiamano il genitore quando è assente.

Riunione: sono attivi nel ricercare il contatto e l'interazione con il genitore durante la riunione. Vengono confortati facilmente dal contatto e una volta consolati riprendono l'esplorazione.

Qualità delle cure: le madri di questi bambini sono ritenute sensibili, accoglienti e disponibili emotivamente.

*Insicuro-evitante (A)*: presente in circa il 20-25% della popolazione normale.

Questi bambini mostrano un prevalente interesse per l'ambiente a scapito della relazione. Il comportamento di attaccamento sembra disattivato e il comportamento esplorativo non fa affidamento sulla madre come «base sicura».

Separazione: si separano facilmente ed esprimono poco disagio durante le separazioni.

Riunione: non intraprendono alcun tentativo di ricerca della madre, evitano attivamente la vicinanza e il contatto concentrando l'attenzione sull'ambiente. Se presi in braccio possono irrigidirsi e inarcare la schiena o segnalare al genitore di voler tornare a giocare.

Qualità delle cure: le madri di questi bambini possono incoraggiare eccessivamente l'autonomia, sono ritenute spesso intrusive, controllanti o rifiutanti e i loro comportamenti di conforto non fanno uso del contatto fisico.

*Insicuro-ambivalente (C)*: presente in circa il 10-15% della popolazione normale.

Questi bambini sono incapaci di utilizzare la madre come «base sicura» per l'esplorazione dell'ambiente. Appaiono visibilmente angosciati da qualsiasi situazione o persona nuova. Sono spesso agitati o passivi e non riescono a coinvolgersi nell'esplorazione.

Separazione: sono molto allarmati e angosciati. A volte la separazione risulta impossibile.

Riunione: manifestano una forte ambivalenza nell'interazione, alternando ricerca del contatto ed espressioni di rabbia e resistenza. Altre volte si mostra-

no passivi e inconsolabili. Non si calmano facilmente e spesso i comportamenti della madre non sono in grado di consolarli.

Qualità delle cure: le madri di questi bambini sono descritte come incostanti e imprevedibili nelle cure oppure scarsamente capaci di rispondere alle richieste del bambino.

*Disorganizzato/disorientato (D)*: presente in circa il 10-15% della popolazione normale, può arrivare all'80% nei campioni ad alto rischio, come nel caso del maltrattamento infantile.

La disorganizzazione dell'attaccamento nel bambino si manifesta, nel momento della riunione con il genitore, come una rottura improvvisa di una delle strategie di base (A, B o C) che per altri versi il bambino mantiene nel resto della procedura.

Gli indici di disorganizzazione possono essere: manifestazioni simultanee o in sequenza di modelli di comportamento contraddittori (es. evitanti e resistenti), comportamenti inesplicabili o disorganizzati quali espressioni o movimenti incompleti, interrotti o indirizzati in modo errato (es. salutare il genitore al rientro e poi seguire l'estraneo mentre esce), stereotipie, posture anomale, immobilità (es. posizioni di rannicchiamento, "congelamenti" con lo sguardo fisso nel vuoto), fino a esprimere indici diretti di paura o di preoccupazione nei confronti del genitore (es. avvicinarsi con le mani che coprono il volto).

Qualità delle cure: si ritiene che il comportamento materno possa risultare spaventato/spaventante o perché direttamente minaccioso, come nel caso del maltrattamento, o perché espressione di uno stato ritirato e impaurito quando la madre è ancora assorbita in un lutto o un trauma non risolto.

#### **Comportamento di riunione – Strange Situation modificata (Main e Cassidy, 1988)**

In età prescolare, il comportamento di attaccamento nei confronti del genitore può essere valutato secondo la procedura e il sistema di classificazione di Main e Cassidy (1988). Si tratta fondamentalmente di un adattamento della Strange Situation che considera le diverse capacità del bambino tra i 4 e i 7 anni. La classificazione è basata sull'osservazione del comportamento di riunione del bambino dopo due successive separazioni, una di 15 minuti e la seconda di circa un'ora, e permette di classificare quattro modelli di attaccamento: sicuro (B), evitante (A), ambivalente (C) e controllante (D). Quest'ultimo, che si ritiene essere la conseguenza della disorganizzazione nella prima infanzia, può manifestarsi come comportamento di controllo rivolto al genitore nella forma di un comportamento punitivo o di cura.

**Attachment Q-sort****(Waters, 1995; validazione italiana di Cassibba e D'Odorico, 2000)**

È un sistema di valutazione dell'attaccamento basato sull'osservazione dei comportamenti di "base sicura" manifestati dal bambino a casa o in contesti familiari come l'asilo nido. Viene utilizzato con bambini da 1 a 5 anni.

**MacArthur Story Stem Battery – MSSB****(Bretherton *et al.*, 1990; Buchsbaum e Emde, 1990)**

Questo strumento, che può essere utilizzato con bambini tra i 3 e gli 8 anni, consiste nella presentazione di un materiale-stimolo che favorisce la produzione di storie relative a particolari situazioni relazionali e familiari e a eventi emotivamente significativi (es. comportamento di empatia, conflitto tra la disciplina e il comportamento di cura, conflitto tra i genitori, separazione tra genitori e bambino e comportamento di attaccamento durante la riunione). L'intervistatore chiede al bambino di giocare con lui e di aiutarlo a raccontare delle storie sulle situazioni che gli proporrà. L'obiettivo è quello di far produrre al bambino una storia verbale o d'azione che completi quanto raccontato inizialmente dall'intervistatore. Ognuna delle storie raccontate dal bambino viene codificata secondo una categoria principale (sicura, evitante o ostile/negativa) e a essa viene inoltre attribuito un punteggio di sicurezza da 1 a 5 in base alle caratteristiche della narrazione e alle tematiche di ogni storia. La classificazione finale attribuita in base al numero di storie sicure, evitanti o ostili, definisce il modello di attaccamento del bambino come sicuro (B), evitante (A) o disorganizzato (D).

**Separation Anxiety Test****(Klagsbrun e Bowlby, 1976; adattamento italiano di Attili, 2001)**

Si tratta di un test semiproiettivo per valutare il modello operativo interno dell'attaccamento nei bambini e negli adolescenti tra i 4 e i 19 anni. Il materiale-stimolo è composto da una serie di sei fotografie che descrivono diverse separazioni tra un bambino e i suoi genitori. Le risposte vengono codificate tenendo conto delle reazioni emotive espresse (capacità del bambino di esprimere vulnerabilità o bisogno rispetto alla separazione) e delle abilità di *coping*, cioè delle risposte che il bambino è in grado di ipotizzare per affrontare la situazione e del grado di fiducia in se stesso.

**Intervista sull'attaccamento nella latenza – IAL****(Ammaniti *et al.*, 1990)**

La IAL è una revisione della *Adult Attachment Interview* per soggetti in età di latenza e prima adolescenza (Ammaniti *et al.*, 2000). La struttura dell'in-

tervista e la sequenza delle domande sono inalterate, ma il linguaggio è stato semplificato e adattato all'età. I trascritti delle interviste vengono classificati secondo le seguenti categorie: sicuro-autonomo (F), distanziante (Ds), preoccupato (E), irrisolto nei confronti del lutto o del trauma (U) e cannot classify (CC). Viene utilizzata dai 9-10 anni fino ai 18 anni.

#### **Adult Attachment Interview – AAI**

**(George et al., 1984)**

È un'intervista semistrutturata che esplora i modelli di attaccamento dell'adulto nei confronti delle figure di attaccamento della propria infanzia e il modo in cui questi influenzano gli stati mentali attuali rilevanti per l'attaccamento. I trascritti delle interviste vengono classificati in base al sistema di codifica messo a punto da Main e Goldwyn (1998) secondo le seguenti categorie:

*Sicuro-autonomo (F)*: questi adulti sono in grado di presentare una narrazione coerente e ricca della propria storia infantile di attaccamento. Le esperienze relazionali precoci possono essere state molto positive o aver incluso varie forme di difficoltà, come il rifiuto o l'inversione di ruolo da parte di un genitore. Quello che emerge, tuttavia, è un atteggiamento obiettivo e coerente nel discutere gli aspetti dolorosi delle esperienze, che può comprendere l'accettazione delle imperfezioni proprie o altrui e un senso di perdono per i torti subiti. Si può ritenere che vi siano state un'elaborazione e una riflessione profonda su queste esperienze in un periodo successivo all'infanzia che hanno consentito di valutare l'importanza delle relazioni di attaccamento e di considerarne gli effetti sulla propria personalità attuale.

*Distanziante (Ds)*: questi adulti, nel discutere le proprie esperienze di attaccamento, assumono in generale un atteggiamento distanziante o apertamente svalutativo. La narrazione si rivela fortemente incoerente perché l'immagine idealizzata dei genitori non è sostenuta da alcun ricordo specifico o al contrario emergono ricordi negativi che evidenziano una forte contraddizione tra la memoria semantica e quella episodica. I ricordi sono quasi del tutto assenti e quando emergono sostengono piuttosto l'immagine di un'infanzia difficile in cui il bambino veniva spesso rifiutato o trascurato. Tuttavia l'adulto non ritiene che le esperienze precoci abbiano avuto alcun effetto sulla sua personalità attuale e sul suo modo di essere.

*Preoccupato/invischiato (E)*: questi adulti sembrano mantenere ancora una forte dipendenza dalla propria famiglia di origine che in parte ha impedito loro di sviluppare un forte senso di identità personale. Ostilità, risentimento e rabbia sono sentimenti ancora presenti nei confronti di uno o entrambi i genitori. La narrazione si rivela molto incoerente perché caratterizzata da frasi lunghe e contorte, che esprimono rabbia, oppure da lunghe pause, sospensioni e lapsus che

indicano un'estrema passività nei processi di pensiero. Spesso l'infanzia di questi individui è stata caratterizzata da un'inversione di ruolo con uno dei due genitori, di cui il bambino doveva in qualche modo prendersi cura.

*Irrisolto nei confronti del lutto o del trauma (U)*: gli adulti a cui viene assegnata questa categoria presentano specifiche incoerenze, lapsus o alterazioni formali del discorso durante il racconto di esperienze traumatiche quali la perdita di una figura di attaccamento nell'infanzia o esperienze di abusi fisici o sessuali subiti da parte di un genitore. È importante sottolineare che non sono tanto la perdita o l'esperienza traumatica in sé a costituire la caratteristica essenziale per l'attribuzione di questa categoria, quanto invece la presenza di processi mentali irrisolti relativi a tali eventi, evidenziati nell'intervista da lapsus linguistici in cui il sé e l'altro vengono confusi o scambiati, da sentimenti di colpa che sembrano portare alla luce la convinzione di essere stati la causa della morte, da negazione della perdita, da alterazioni nel flusso del discorso o dall'improvviso emergere del racconto dell'esperienza traumatica in un contesto completamente privo di collegamenti.

*Cannot Classify (CC)*: nei campioni clinici è stata a volte riscontrata la presenza di un quadro denominato «Cannot Classify», caratterizzato dalla presenza di modelli mentali contraddittori che indicano una rottura globale nella strategia di attaccamento. Tale rottura si manifesta attraverso l'oscillazione nel corso dell'intervista tra due stati della mente contrastanti che dovrebbero essere incompatibili (Ds e E), oppure attraverso una generale incapacità di mantenere una posizione organizzata. Si ritiene che questa rottura nella strategia del discorso sia il risultato di esperienze traumatiche che portano a una forma di processo dissociativo manifestato nell'intervista dalla presenza contemporanea di strategie incompatibili.

#### Questionari autosomministrati

Negli ultimi anni sono stati elaborati anche questionari di facile autosomministrazione che colgono alcuni aspetti delle relazioni passate e presenti dell'adulto in relazione ai costrutti chiave dell'attaccamento. Questi strumenti, certamente meno attendibili nel rilevare i modelli operativi interni, misurerebbero il contenuto esplicito della percezione e dei punti di vista che gli adulti hanno attualmente di sé e dei propri partner relazionali.

Tra questi strumenti troviamo: il *Parental Bonding Instrument* (PBI; Parker et al., 1979), l'*EMBU* (Arrindell et al., 1999), l'*Inventory of Parent and Peer Attachment* (IPPA; Armsden e Greenberg, 1987), l'*Attachment Style Instrument* (ASI; Sperling e Berman, 1991) e l'*Attachment Style Questionnaire* (ASQ; Feeney et al., 1994).

## Riferimenti bibliografici

**Ainsworth, M.D.S., Blehar, M.C., Waters, E., Wall, S.**

1978 *Patterns of attachment: A psychological study of the Strange Situation*, Hillsdale, NJ Lawrence Erlbaum Associates

**Ammaniti, M., Candelori, C., Dazzi, N., De Coro, A., Muscetta, S., Ortu, F., Pola, M., Speranza, A.M., Tambelli, R., Zampino, F.**

1990 *IAL: intervista sull'attaccamento nella latenza (AICA, Attachment Interview for Childhood and Adolescence)*. Manoscritto non pubblicato, Università di Roma La Sapienza

**Ammaniti, M., Van IJzendoorn, M.H., Speranza, A.M., Tambelli, R.**

2000 *Internal working models of attachment during late childhood and early adolescence: An exploration of stability and change*, «Attachment and Human Development», 2, 3, 328-346

**Armsden, G.C., Greenberg, M.T.**

1987 *The Inventory of Parent and Peer Attachment: Individual differences and their relationship to psychological well-being in adolescence*, «Journal of Youth and Adolescence», 16, 427-454

**Arrindell, W.A., et al.**

1999 *The development of a short form of the EMBU*, «Personality and Individual Differences», 27, 613-628

**Attili, G.**

2001 *Ansia da separazione e misura dell'attaccamento normale e patologico*, Milano, Unicopli

**Bretherton, I., Ridgeway, D., Cassidy, J.**

1990 *Assessing internal working models of the attachment relationship: An attachment story completion task for 3-year-olds*, in M.T. Greenberg, D. Cicchetti, E.M. Cummings (eds.), *Attachment in the preschool years: Theory, research, and intervention*, Chicago, The University of Chicago Press

**Buchsbaum, H.K., Emde, R.N.**

1990 *Play narratives in 36-month-old children: Early moral development and family relationships*, «The Psychoanalytic Study of the Child», 45, 129-155

**Cassibba, R., D'Odorico, L.**

2000 *La valutazione dell'attaccamento nella prima infanzia: l'adattamento italiano dell'Attachment Q-Sort (ASQ) di Everett Waters*, Milano, Franco Angeli

**Feeney, J.A., Noller, P., Hanrahan, M.**

1994 *Assessing Adult Attachment*, in M.B. Sperling, W.H. Berman (eds.), *Attachment in Adults*, New York, Guilford Press

**George, C., Kaplan, N., Main, M.**

1984 *Adult Attachment Interview Protocol*. Manoscritto non pubblicato, Università di California, Berkeley

**Klagsbrun, M., Bowlby, J.**

1976 *Responses to separation from parents: A clinical test for young children*, «Projective Psychology», 21, 2, 7-27

## Sezione 3

**Main, M., Cassidy, J.**

1988 *Categories of response to reunion with the parent at age 6: Predictable from infant attachment classifications and stable over a 1-month period*, «Developmental Psychology», 24, 3, 415-426

**Main, M., Goldwyn, R.**

1998 *Adult attachment scoring and classification systems*. Manoscritto non pubblicato, University of California, Berkeley

**Main, M., Solomon, J.**

1990 *Procedures for identifying infants as disorganized/disoriented during the Ainsworth Strange Situation*, in M.T. Greenberg, D. Cicchetti, E.M. Cummings (eds.), *Attachment in the preschool years: Theory, research, and intervention*, Chicago, The University of Chicago Press

**Parker, G., Tupling, H., Brown, L.B.**

1979 *A Parental Bonding Instrument*, «British Journal of Medical Psychology», 52, 1-10

**Sperling, M.B., Berman, W.H.**

1991 *An attachment classification of desperate love*, «Journal of Personality Assessment», 56, 1, 45-55

**Waters, E.**

1995 *Appendix A: The Attachment Q-Set (version 3.0)*, in E. Waters, B.E. Vaughn, G. Posada, K. Kondo-Ikemura (eds.), *Caregiving, cultural and cognitive perspectives on secure-base behavior and working models: New growing points of attachment theory and research*. Monograph of the SRCD, 60, 234-246

## La prevenzione dell'abuso all'infanzia: il ruolo della pediatria

*Dante Baronciani, Laura Vicoli*

### **APPROFONDIMENTI**

Un'agenda globale per la prevenzione  
della violenza

Il rapporto mondiale su Violenza e salute  
dell'Organizzazione mondiale della sanità

*Donata Bianchi*

# Sezione 4





# La prevenzione dell'abuso all'infanzia: il ruolo della pediatria

Dante Baronciani\*, Laura Vicoli\*\*

## 1. Premessa

L'analisi degli interventi preventivi dell'abuso all'infanzia deve necessariamente tenere conto del pluriennale dibattito relativo alla classificazione della prevenzione.

La tradizionale distinzione tra prevenzione primaria (rimozione dei fattori che determinano la malattia), secondaria (diagnosi precoce e modifica della storia naturale della malattia) e terziaria (limitazione dei danni associati alla malattia) ha necessità di qualche adattamento allorché si affronta il fenomeno dell'abuso.

Mantenendo il significato di fondo di tale classificazione, il gruppo di ricerca europeo denominato CAPCAE (Concerted Action on the Prevention of Child Abuse in Europe) ha sottolineato come la distinzione tra i diversi livelli di prevenzione non possa essere disgiunta dagli obiettivi che si prefiggono gli interventi e così:

- la *prevenzione primaria* si riferisce alle strategie e ai programmi che hanno come intento quello di evitare l'abuso al bambino prima che si verifichi. Essa si attua attraverso la promozione di una cultura per la tutela dell'infanzia e l'individuazione precoce delle situazioni a rischio, prima che si determini l'abuso;
- la *prevenzione secondaria* si riferisce alle strategie e ai programmi che hanno come intento quello di evitare la recidiva dell'abuso, una volta che esso si è verificato attraverso una presa in carico che garantisca la protezione del bambino;
- la *prevenzione terziaria* si riferisce alle strategie e ai programmi che hanno come intento quello di minimizzare, attraverso una presa in carico, gli effetti negativi dell'abuso sulla salute del bambino per quanto riguarda i danni sia fisici che psicologici.

Non vi è accordo nella letteratura internazionale su questa classificazione. Secondo la proposta del CAPCAE l'identificazione precoce del caso consentirebbe di ridurre la possibilità di recidiva (prevenzione secondaria) e i danni associati all'abuso (prevenzione terziaria), mentre per altre istituzioni, quali la Canadian Task Force on Preventive Health Care (MacMillan, 2000), si osserva un sostanziale capovolgimento dei significati attribuiti a tale classificazione. Una serie di autori poi, in accordo con quanto proposto da una commis-

---

\* Pediatra, Modena.

\*\* Pediatra, CEVEAS, Modena.

sione del WHO, inserisce nella prevenzione secondaria gli interventi relativi a sottogruppi di popolazione che sono ad alto rischio di abuso, mentre questi ultimi sono compresi, secondo il CAPCAE, nella prevenzione primaria, essendo la secondaria e terziaria relative ai soggetti in cui si è verificato un abuso. Riteniamo maggiormente condivisibile la definizione del CAPCAE, in quanto evitare il danno (prevenzione primaria) è indipendente dal livello di rischio della popolazione cui è rivolto l'intervento; inoltre il definire come prevenzione secondaria gli interventi rivolti alla popolazione ad alto rischio può, a nostro avviso, comportare una lettura eccessivamente lineare del nesso di causalità, confondendo l'esistenza del rischio con la diagnosi precoce.

Comprendere quale sia il ruolo della prevenzione nel campo dell'abuso necessita l'esame di un modello causale che, superando sia il modello lineare che quello multifattoriale, analizzi i meccanismi e i processi che producono l'abuso. Tale modello *interazionale* nasce dall'osservazione che molte persone (bambini e adulti) presentano la capacità di mantenere un discreto adattamento anche in condizioni di vita particolarmente sfavorevoli, una capacità di non soccombere anche nelle situazioni più avverse. Questo ha portato a concludere che «qualsiasi agente causale preso isolatamente o in associazione con altri può essere responsabile solo di una parte della variabilità in gioco poiché i fattori di rischio vanno valutati non in modo deterministico, ma all'interno di una concezione interazionista» (Di Blasio, 1997).

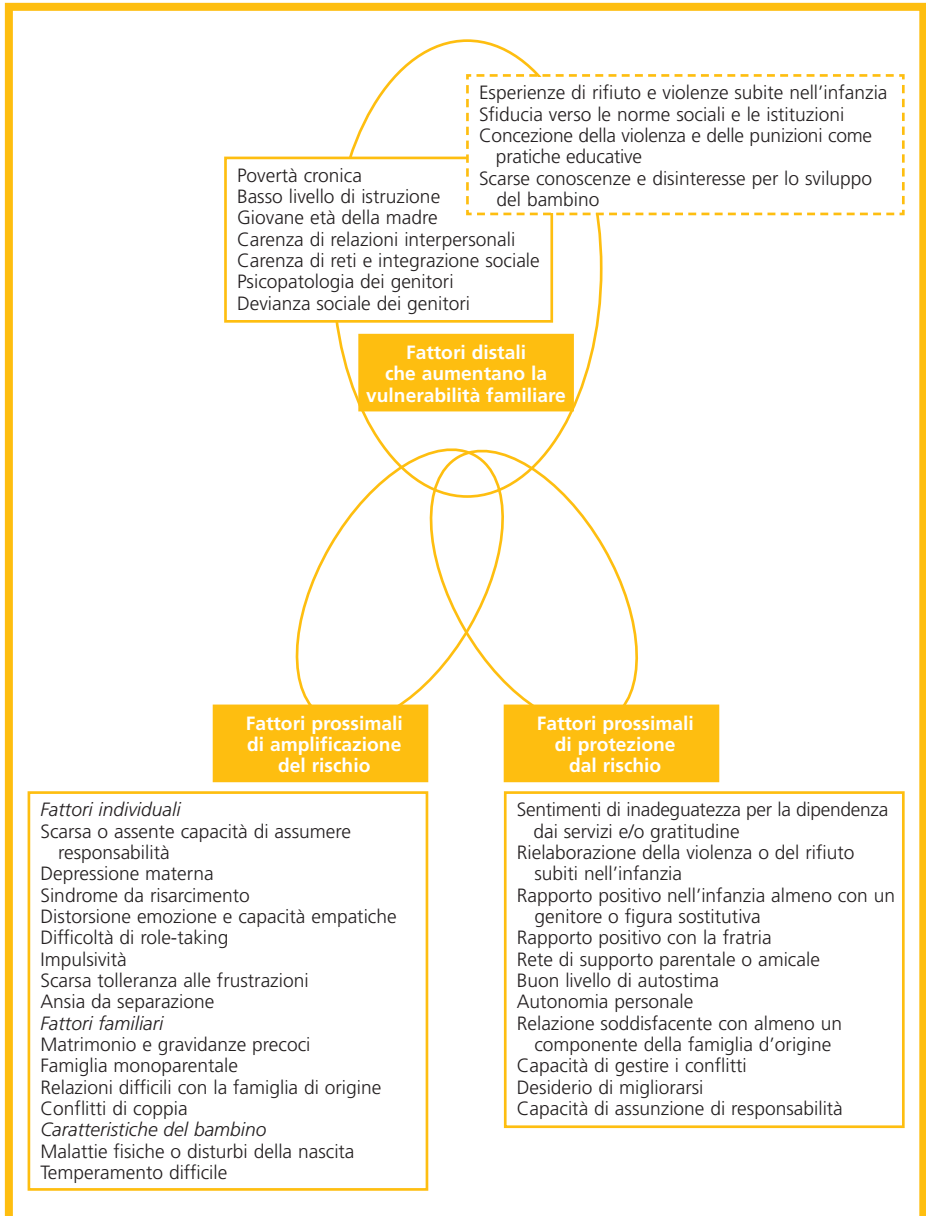
Nella figura 1 a pagina seguente è riportata un'ipotesi di modello causale in cui si evidenziano:

- *fattori di rischio distali* che rendono la famiglia più vulnerabile;
- *fattori prossimali* che possono potenziare il rischio (*fattori di stress o di amplificazione*) o avere una valenza positiva (*fattori di protezione*).

Non è scopo di queste note affrontare i limiti metodologici associati alla definizione del rischio: per gli stessi si rimanda alle osservazioni contenute nel contributo di Di Blasio e Acquistapace (*supra*, p. 43 ss.) e in Di Blasio (1997). Il modello interazionale non deve essere letto né in senso sequenziale (l'abuso si verifica solo per somma dei fattori distali e di quelli prossimali di amplificazione), né in senso di semplice equilibrio (l'abuso non si verifica se i fattori protettivi sovrastano quelli di amplificazione). Il rapporto è assai più complesso; si pensi, ad esempio, come alcuni fattori protettivi possano essere attivati solo in presenza di fattori di amplificazione e non risultare significativi in assenza di quest'ultimo.

Il modello proposto non rappresenta un semplice esercizio speculativo ma dovrebbe costituire un modo di essere dei servizi.

Figura 1. Interazione tra rischio, stress e fattori protettivi nella violenza familiare (Di Blasio, 1997)



I fattori di rischio associati alla vulnerabilità sono di una certa rilevanza allorché si analizza il maltrattamento fisico e la trascuratezza, mentre assai più problematico è individuare i fattori di contesto che sono associati all'abuso sessuale. Non a caso per quest'ultimo fenomeno si preferisce indicare delle *precondizioni* piuttosto che dei fattori di rischio; secondo la classificazione proposta da Finkelhor (Finkelhor e Asdigian, 1996), tali precondizioni sono quelle che:

- motivano l'abusatore (blocchi evolutivi, attivazione sessuale e incongruenza emotiva);
- predispongono al superamento delle inibizioni interne;
- predispongono al superamento delle inibizioni esterne;
- predispongono al superamento delle resistenze del bambino.

In questo contributo affronteremo il tema della prevenzione primaria (secondo la definizione del CAPCAE) del maltrattamento fisico e della trascuratezza, attraverso un'analisi della letteratura, con particolare attenzione alle revisioni sistematiche, utilizzando lo schema del modello causale "per meccanismi e per processi".

I quesiti ai quali intendiamo rispondere sono:

- è possibile attuare misure di prevenzione primaria tese a ridurre le condizioni di rischio?
- è possibile attuare interventi di prevenzione primaria di sostegno alle famiglie a rischio?
- quale efficacia hanno gli interventi di prevenzione primaria nei confronti dei fattori aggravanti?
- quale efficacia hanno gli interventi di prevenzione primaria tesi al rafforzamento dei fattori di protezione?
- qual è il ruolo del pediatra in questi interventi preventivi?

Non analizzeremo né la prevenzione dell'abuso sessuale, per la quale, viste le caratteristiche eziopatogenetiche, sono stati effettuati interventi educativi in ambito scolastico la cui discussione meriterebbe una trattazione a parte; né la prevenzione secondaria e terziaria che, per quanto riguarda il ruolo pediatrico, comprendono la conoscenza della semeiotica dell'abuso e la capacità di integrazione nella rete dei servizi.

## 2. È possibile attuare misure di prevenzione primaria tese a ridurre le condizioni di rischio?

I fattori di rischio elencati nella fig. 1 sono in parte legati alla storia personale dell'individuo, in parte dipendono dalla rete comunitaria di appartenenza, in parte sono secondari a fattori economici e culturali. Ovviamente esiste una correlazione tra questi fattori di rischio poiché è probabile ad esempio che il disinteresse per lo sviluppo del bambino riguardi genitori con un basso livello di istruzione, senza una rete sociale di sostegno e provenienti da famiglie povere. Possiamo quindi affermare che il disagio sociale può essere assunto come fattore di rischio per il verificarsi dell'abuso, e che la sua prevenzione primaria è tale anche nei confronti dell'abuso.

La relazione tra disagio sociale e salute infantile è stata analizzata in numerosi articoli scientifici; un testo di riferimento fondamentale continua a essere il *Black Report*, un rapporto redatto nel 1980 in Gran Bretagna, relativo alle ricadute della disuguaglianza sociale sulla salute degli individui e della collettività, che evidenziava come una politica basata sulla redistribuzione del reddito e sullo sviluppo di una politica di opportunità educative e di lavoro fosse in grado di agire in termini di prevenzione a partire dal primo anno di vita.

A livello mondiale la distribuzione del reddito (in particolare un aumento dell'accessibilità delle donne al reddito) costituisce il principale determinante dell'aspettativa di vita alla nascita, tanto che la crescita di quest'ultima è stata più veloce nei Paesi che hanno raggiunto una distribuzione del reddito più equa. Oltre alla distribuzione del reddito, assume un ruolo di fondamentale importanza lo sviluppo di politiche sociali rivolte all'infanzia e alla famiglia. Il persistere di disuguaglianze strutturali comporta che l'accesso ai servizi e la risposta a interventi di educazione sanitaria o a interventi di prevenzione siano profondamente differenziati per i diversi gruppi sociali.

A tal proposito è necessario sottolineare come l'impegno italiano rispetto alle politiche sociali sia significativamente inferiore a quello di altri Paesi europei. La percentuale di spesa sociale rivolta al sostegno dei minori e delle famiglie in difficoltà è stata, nel 1998, dell'8,3% a livello europeo; in particolare a fronte di un valore del 10,1% della Germania e del 9,8% della Francia, la spesa italiana si attesta al 3,6% (Centro nazionale di documentazione e analisi per l'infanzia e l'adolescenza, 2002). Spostare la spesa verso le nuove generazioni e le famiglie povere significa operare un investimento sul futuro. Se si riesce a evitare che le future generazioni siano ancora caratterizzate da alti tassi di genitori con scolarità inferiore e da alti tassi di disoccupati, si avranno meno malattie legate al disagio e figli più sani; questo, al

di là di considerazioni di tipo etico, eviterà un aumento esponenziale della spesa sociale.

Negli ultimi anni vi è stata, nel nostro Paese, una ricca attività legislativa e di indirizzo nel campo specifico dell'infanzia<sup>1</sup>; nonché la stesura dei primi due rapporti sulla condizione dell'infanzia e dell'adolescenza in Italia<sup>2</sup>. Si tratta di novità importanti nel panorama italiano in quanto si è cercato di sviluppare una politica tesa da un lato a intervenire rispetto alla qualità della vita dell'infanzia nel suo insieme, dall'altro a sperimentare e a sviluppare iniziative specifiche rispetto al disagio e a condizioni ad alto rischio. Accanto a questi provvedimenti vi è stato il tentativo, nell'ambito della riforma della scuola, di prolungare l'obbligo scolastico.

Ne discende che un importante ruolo nella prevenzione primaria del disagio, assunto come fattore contributivo al determinarsi dell'abuso, è assunto da politiche che non solo vedono un diretto coinvolgimento dei servizi sociosanitari ma sono piuttosto legate a una cultura dell'infanzia che dovrebbe permeare le iniziative politiche del legislatore e di chi amministra lo Stato o le amministrazioni locali.

### 3. Quale efficacia hanno gli interventi di sostegno nelle situazioni a rischio?

Una prima questione riguarda la scelta relativa alla popolazione bersaglio. È più efficace effettuare un intervento rivolgendolo alla sola popolazione a rischio o all'intera popolazione? Un'utile sintesi del dibattito esistente su tale problema è riportato in un rapporto del Health Technology Assessment dedicato all'efficacia delle visite domiciliari (Elkan *et al.*, 2000). La tesi favorevole a un approccio universale, che si richiama alla "teoria" dell'epidemiologo Geoffery Rose, si basa sulla considerazione che «la popolazione non può essere

---

<sup>1</sup> Piano di azione del Governo per l'infanzia e l'adolescenza; Disposizioni per la promozione di diritti e di opportunità per l'infanzia e l'adolescenza (L. 285/97); Istituzione della Commissione parlamentare per l'infanzia e dell'Osservatorio nazionale per l'infanzia (L. 451/97), alle Norme contro lo sfruttamento della prostituzione, della pornografia, del turismo sessuale in danno dei minori, quali nuove forme di riduzione in schiavitù (L. 269/98); Documento della Commissione nazionale per il coordinamento degli interventi in materia di maltrattamenti, abusi e sfruttamento sessuale dei minori (1998); Progetto Città sostenibili delle bambine e dei bambini da parte del Ministero dell'ambiente.

<sup>2</sup> *Diritto di crescere e disagio* (Rapporto 1996); *Un volto o una maschera. I percorsi di costruzione dell'identità* (Rapporto 1997). I testi delle leggi e dei rapporti sono disponibili sul sito del Centro nazionale di documentazione e analisi per l'infanzia e l'adolescenza: [www.minori.it](http://www.minori.it).

chiaramente distinta in “malata” e “sana” in quanto, per la maggior parte delle malattie o dei problemi di salute, vi è un continuum di gravità; in modo simile non si può pensare di ipotizzare una popolazione *a rischio* e una *non a rischio*».

Questa affermazione è indirettamente suffragata dal fatto che la maggior parte dei casi di malattia o di problemi di salute si rileva nella popolazione non a rischio, in quanto pur essendo l'incidenza della condizione minore in questa popolazione, essa rappresenta una maggioranza della popolazione generale. Un esempio può aiutare a comprendere questa realtà. Nelle famiglie povere il rischio di abuso fisico o trascuratezza è stimato quattro volte superiore a quello delle famiglie non svantaggiate (Geltman *et al.*, 1996); questo significa che se la prevalenza dell'abuso è stimata attorno a un valore del 5%, il dato sarà, nelle famiglie povere, attorno a un valore del 20% (rischio relativo uguale a 4). Consideriamo due popolazioni: la popolazione A presenta una prevalenza di famiglie povere del 30%, mentre la popolazione B presenta una prevalenza della povertà del 3%. Nella tabella 1 sono riportati i casi attesi nelle due popolazioni.

**Tabella 1. Confronto di incidenza dell'abuso in due popolazioni con diversa prevalenza della condizione di rischio (povertà)**

popolazione	n° soggetti	prevalenza povertà	n° famiglie povere	n° casi abuso	
				famiglie povere	famiglie non povere
Popolazione A	10.000	30%	3000	60	7000
Popolazione B	10.000	3%	300	6	9700

Come si evidenzia dai dati della tabella, un intervento mirato sulle famiglie a “rischio” permetterebbe di rilevare il 63,2% dei casi di abuso nella popolazione in cui si ha una prevalenza di povertà del 30% ma solo l'11,1% nella popolazione in cui la povertà rappresenta una condizione rara (3%). Questo esempio aiuta a comprendere come la scelta tra interventi rivolti alla popolazione universale *vs* quelli intrapresi nei confronti di una popolazione bersaglio non sia una decisione che si possa assumere una volta per tutte ma necessiti di una valutazione del contesto in cui si agisce. Se la prevalenza della condizione di rischio è rara, la scelta di un intervento universale è, se economicamente sostenibile, la più vantaggiosa.

Una diversa modalità di intervento sulla vulnerabilità è, secondo alcuni autori, rappresentata dall'attuazione di screening in grado di individuare la popolazione potenzialmente abusante. Nel caso dell'abuso lo screening è considerato nelle misure di prevenzione primaria in quanto il suo obiettivo è quello



di individuare un rischio “ambientale” (il contesto di una popolazione potenzialmente abusante) al fine di rimuoverlo o di favorire elementi di protezione.

Una revisione sistematica condotta alla fine del 2000 (MacMillan 2000), aggiornamento di una precedente versione, conferma la fallacia delle politiche di screening in quanto l'alto tasso di falsi-positivi, ovvero il basso valore del valore predittivo positivo, ne rende improponibile l'adozione. Secondo tale revisione «vi è una sufficiente evidenza, di discreta qualità, per escludere procedure di screening che abbiano l'obiettivo di identificare i soggetti a rischio di commettere o subire un maltrattamento infantile».

A fronte di questa evidenza è necessario sottolineare come i pochi interventi preventivi di provata efficacia, come vedremo in seguito, siano quelli rivolti a una popolazione a rischio: non si tratta di una rivalutazione dello screening ma, più semplicemente, della prova che allorché un rischio esiste un intervento specifico può ridurre il determinarsi di esiti indesiderati.

Un secondo problema è rappresentato dal fatto che la maggioranza degli studi ha come obiettivo la misura di molteplici esiti. Questa scelta è comprensibile se si ricorda che nella rete causale, che associa le condizioni del disagio alla salute infantile, è complessa la relazione sia tra i diversi “fattori” che contribuiscono all'eziologia sia tra le diverse “componenti della salute infantile”. Per quanto riguarda i primi è necessario sottolineare come la relazione tra bassa scolarità, mancata occupazione, comportamenti individuali, gravidanza nelle minorenni e altro non è una relazione tra variabili indipendenti ma comporta un'analisi (multivariata) dei rapporti tra i singoli indicatori. Per quanto concerne le diverse “componenti della salute infantile”, richiede molta attenzione comprendere il rapporto tra salute materna (non solo in termini di assenza di malattia) e salute del bambino e tra i diversi aspetti di questa salute: dai comportamenti alle malattie, all'utilizzo dei servizi. Questa complessità si traduce in una difficoltà di analisi della letteratura relativa all'efficacia di interventi che si pongono obiettivi e utilizzano strumenti assai eterogenei tra loro.

Un esempio relativo alle gravidanze nelle donne minorenni può aiutare a comprendere il peso che i fattori sopraenunciati hanno nella interpretazione dei dati. In diversi studi la definizione della popolazione a rischio comprende le minorenni in gravidanza, in quanto si è evidenziato un maggiore rischio di maltrattamento associato alla giovane età dei genitori. Per valutare l'efficacia di programmi rivolti a madri adolescenti (15-19 anni), individualmente o attraverso la formazione di gruppi, è stata condotta una revisione sistematica (Coren e Balrow, 2002), aggiornata al 2001, che ha preso in esame quattro studi clinici controllati randomizzati (*Randomized Clinical Trial* o RCT). Pur tenendo conto dei limiti metodologici caratterizzanti gli studi presi in esame, si rileva come con entrambe

le strategie (interventi individuali o di gruppo) sembrano evidenziarsi effetti positivi su: l'interazione madre-bambino, l'attitudine genitoriale, l'identità materna, lo sviluppo del linguaggio. L'interpretazione di questi risultati deve considerare:

- il contesto in cui si opera. Il tasso di gravidanze in età adolescenziale (donne di età compresa tra 15 e 19 anni) nella realtà italiana è stimato al 12‰ (6,9‰ di nati vivi e 5,1‰ di interruzioni della gravidanza), significativamente inferiore al dato di Stati Uniti (83,6‰), Nuova Zelanda (54‰) e di alcuni Stati europei quali Inghilterra e Galles (46,9‰), ma più simile a quelli di Francia (20,2‰), Svezia (17,2‰) e Germania (16,1‰) (Singh e Darroch, 2000);
- l'associazione tra minore età della madre (o dei genitori) e incidenza di abuso risente di fattori ambientali connessi sovente a condizioni di vita e soggettive dei genitori adolescenti quali la deprivazione socioeconomica, la mancanza di supporto sociale, la depressione, la scarsa autostima e lo stress emozionale. In assenza di altri fattori, la giovane età dei genitori non sembra quindi, di per sé, associata a un aumentato rischio di maltrattamento.

Non vorremmo che quanto detto sulle difficoltà metodologiche facesse correre il rischio di sottovalutare il ruolo di alcuni fattori data l'influenza, di non secondaria importanza, che lo svantaggio socioeconomico e culturale esercitano sullo stato di salute dell'infanzia.

L'esame dell'efficacia degli interventi di prevenzione primaria nei confronti della popolazione a rischio sarà condotto nel paragrafo relativo agli interventi di protezione. Tale scelta deriva dalla constatazione che tali interventi non sono rivolti a rimuovere i fattori di rischio ma ad aumentare le "potenzialità" dei genitori nel contrastare gli effetti derivanti dall'essere esposti al rischio.

#### **4. Quale efficacia hanno gli interventi di prevenzione nei confronti dei fattori aggravanti?**

L'intervento sui fattori di stress rappresenta probabilmente il maggiore contributo che i pediatri, e più in generale i professionisti impegnati nel settore materno-infantile, possono dare a una politica di prevenzione primaria dell'abuso infantile poiché hanno enormi potenzialità di individuare i fattori che possono agire come amplificazione della vulnerabilità.

Tra i possibili fattori di stress un ruolo assai rilevante, in quanto avviene in un momento di cambiamento qual è la nascita, è rappresentato dalla depressione materna. Questo problema dovrebbe essere al centro dell'attenzione dei clinici per una serie di motivi:

- la depressione materna del periodo perinatale ha un'incidenza del 10%-15% (O'Hara e Swain, 1996);
- il disturbo mentale (nel suo complesso) costituisce la maggiore causa di mortalità materna (Royal College of Obstetrician and Gynaecologists, 2001);
- sono dimostrati gli effetti negativi, a breve e lungo termine, della depressione materna sullo sviluppo emozionale, sociale e comportamentale del bambino (Murray e Cooper, 1997).

Tre importanti revisioni sistematiche (Singh e Darroch, 2000; Beck, 1996; Wilson *et al.*, 1996) dei principali studi e ricerche sulla depressione postnatale hanno permesso di identificare i principali fattori di rischio in: pregressa storia di psicopatologia e disturbi psicologici in gravidanza, basso supporto sociale, insoddisfacente relazione coniugale, recenti eventi negativi, *post-partum blues* (melanconia che assai sovente è presente durante il puerperio). Un'associazione più debole è stata trovata con: una pregressa storia di abuso nella madre, un basso livello economico o un basso livello occupazionale e le complicazioni ostetriche. La salute mentale della madre può anche risentire dello stato di salute del bambino; in studi di coorte la depressione materna è stata associata al rischio neonatale (Bennate e Slade 1991) e alla grave prematurità (<1500g) (Singer *et al.*, 1999).

Il decorso della depressione clinica è sovente condizionato da un ritardo diagnostico, associato a una reticenza della donna a rivolgersi a un medico nonché a un trattamento inadeguato. Questo ritardo diagnostico è particolarmente grave alla luce delle evidenze che dimostrano una discreta efficacia (a 25 settimane dopo la nascita) sia del trattamento farmacologico (fluoxetina) che degli interventi di counselling cognitivo-comportamentista (Hofbrand *et al.*, 2002). L'evidenza dell'efficacia, in questa revisione sistematica, risente non solo della ridotta dimensione del campione complessivo studiato (111 donne) ma anche di un drop-out del 30% in uno degli studi. In entrambi gli studi lo screening della condizione depressiva (attraverso la *Scala della depressione postnatale* di Edimburgo) è stato condotto a distanza di sei settimane dal parto. Vi è da chiedersi se un intervento più precoce potrebbe avere effetti maggiori.

Tale domanda assume un particolare rilievo se si considera che alcuni studi (Evans *et al.*, 2001; Fergusson *et al.*, 1996) evidenziano come il tasso di incidenza della depressione sia più elevato nel terzo trimestre di gravidanza rispetto al periodo postnatale. Il picco della depressione risulta, in entrambi gli studi, a 32 settimane di gestazione. I tassi di donne con depressione risultano più elevati nel corso della gravidanza che nel post-partum e l'evento nascita, per alcune donne, sembra risultare associato a una remissione dello stato di

depressione: la nascita del figlio, mentre per alcune donne può rappresentare l'evento che determina uno stato di depressione (come risultato di cambiamenti ormonali o altro), per un consistente gruppo di donne con pregressa depressione risulta essere un'esperienza protettiva.

Il tema della depressione post-partum ha visto recentemente il pronunciamento di una delle maggiori agenzie mondiali impegnate nella redazione di linee guida basate sull'*Evidence Based Medicine* (Scottish Incollegiate Guidelines Network, 2002). Gli autori delle linee guida raccomandano l'attuazione di «interventi che assicurino che tutte le donne in gravidanza siano valutate routinariamente rispetto a una possibile storia di depressione; non vi è evidenza che supporti uno screening formale, nel periodo prenatale, per predire lo sviluppo di depressione».

A fronte di queste raccomandazioni vi è una profonda sottovalutazione da parte dei professionisti, sia in campo ostetrico che in quello pediatrico. Negli ultimi anni si è sviluppato un dibattito sulla dimissione precoce della madre e del neonato che, secondo la maggior parte dei protocolli a essa relativi, riguarda una popolazione a basso rischio sia in termini di salute della madre e del bambino, sia per quanto riguarda l'assenza di fattori maggiori di rischio sociale. A tale popolazione, per rendere sicura la dimissione, viene offerto un intervento di sostegno (visite domiciliari o *follow up*). Ciò significa che la popolazione a rischio "rischia" di avere una degenza più lunga e nessun supporto extraospedaliero.

Oltre al tema della depressione, altri eventi possono agire quali fattori di stress al momento della nascita: tra questi particolare importanza assumono la prematurità e la disabilità.

È stata condotta una revisione sistematica di cinque RCT disegnati per valutare l'efficacia delle visite domiciliari per genitori di bambini pretermine e di basso peso (Olds e Kitzman, 1993). La revisione evidenzia:

- un miglioramento dello sviluppo intellettuale dei bambini (risultato ottenuto in 4 studi su 4 finalizzati a valutare tale esito);
- una maggiore capacità dei genitori di fornire un ambiente stimolante per lo sviluppo del bambino (3 studi su 3);
- un maggiore incremento ponderale a 4 mesi di vita (1 su 2).

Per quanto riguarda il bambino con disabilità, una "messa a punto" da parte di una commissione dell'American Academy of Pediatrics (Committee on Child Abuse and Neglect & Committee on Children with Disabilities, 2001) evidenzia che, rispetto alla popolazione generale, tale condizione aumenta il rischio di abuso fisico. Si osserva un rischio relativo (RR) pari a 1,6-1,7, il che significa che vi è un incremento del 60%-70% dell'abuso nei bambini con disabilità rispetto a quelli senza. Analogamente il rischio aumenta in caso di

trascuratezza (RR =1,8) e abuso sessuale (RR =2,2). Pur tenendo conto delle difficoltà di definizione che riguardano tanto la disabilità quanto l'abuso, è indubbio che l'esistenza di una disabilità comporti cambiamenti sul piano emozionale, fisico, economico e di domanda sociale da parte dei familiari. Quale direzione e quale intensità abbiano tali cambiamenti, quanto siano uniformi tra i diversi familiari e quali siano le risorse dei singoli componenti, sono quesiti cui è impossibile dare una risposta complessiva. Sovente il ruolo del pediatra, e dei servizi più in generale, è più attento ai problemi relativi all'inquadramento diagnostico, agli aspetti terapeutici e al *follow up* clinico che non alla dinamica, nel tempo, dei delicati equilibri tra il bambino e il suo sistema.

## 5. Quale efficacia hanno gli interventi tesi al rafforzamento dei fattori di protezione?

Se si analizzano i fattori di protezione presi in esame nella figura 1 si comprende la difficoltà di disegnare interventi riguardanti la comunità a fronte di problemi che sembrano riguardare i singoli individui, la loro storia e i loro comportamenti.

Una recente revisione sistematica sugli aspetti preventivi del maltrattamento infantile (MacMillan 2000) riporta le raccomandazioni comprese nella tabella 2.

**Tabella 2. Raccomandazioni relative alla efficacia degli interventi di prevenzione dell'abuso**

Intervento	Efficacia	Livello evidenza <sup>a</sup>	Forza raccomandazione <sup>b</sup>
<i>Programmi mirati alla prevenzione primaria dell'abuso fisico e della trascuratezza</i> Visite domiciliari da parte di professionisti dal periodo perinatale attraverso l'infanzia per madri primipare, con svantaggio socioeconomico, genitori minorenni o madri nubili.	L'effettuazione dei programmi riduce il numero di casi di abuso fisico e trascuratezza.	RCT (Olds <i>et al.</i> , 1994 e 1997; Kitzman <i>et al.</i> , 1997)	<b>A</b>
<i>Programmi globali di tutela della salute</i> Intervento di un gruppo multidisciplinare di supporto in epoca prenatale e postatale, fino ai due anni di vita. Popolazione ad alto rischio.	Aumento del numero di rilevazione dei casi di trascuratezza (e abuso) nel gruppo trattato	RCT (Brayden <i>et al.</i> , 1993)	<b>C</b>

<sup>a</sup> Il *livello di evidenza* è in relazione al disegno dello studio. Gli studi clinici randomizzati (Randomized Clinical Trial o rct) sono studi che utilizzano un disegno sperimentale in cui un gruppo di soggetti viene sottoposto al trattamento (nel nostro caso le visite domiciliari) rispetto a un gruppo sottoposto (nel nostro caso) a un intervento classico. I soggetti vengono assegnati ai due gruppi in modo casuale, attraverso un processo di randomizzazione. Questo disegno di studio garantisce il maggior controllo dei fattori di distorsione (*bias*) o confondimento che possono influenzare i risultati. Gli studi clinici randomizzati garantiscono il maggior livello di evidenza rispetto ad altri disegni di studio (osservazionali o descrittivi).

<sup>b</sup> La *forza della raccomandazione* è, nella maggior parte delle linee guida basate sulle prove di efficacia, associata, se pure in modo indiretto, ai livelli di evidenza. Se questi ultimi sono elevati, come nel caso delle prove di efficacia basate su studi clinici randomizzati, la forza della raccomandazione è di tipo A, ovvero vi sono chiare indicazioni a raccomandare l'intervento.

Si può affermare che gli interventi più frequentemente utilizzati, quali elementi per favorire lo sviluppo dei fattori protettivi, siano rappresentati dalle visite domiciliari e dalle azioni rivolte a sostenere e migliorare le competenze dei genitori.

### 5.1 Le visite domiciliari<sup>3</sup>

La più recente revisione sistematica della letteratura esistente sull'efficacia delle visite domiciliari è costituito da un rapporto di Health Technology Assessment. Il rapporto prende dapprima in esame i risultati delle precedenti revisioni condotte sull'argomento per quanto riguarda gli esiti generali dell'intervento (Scottish Incollegiate Guidelines Network, 2002; Hodnett e Roberts, 1998) e per gli aspetti specifici relativi all'abuso (e agli incidenti) (Scottish Incollegiate Guidelines Network, 2002; MacMillan *et al.*, 1994; Roberts *et al.*, 1996). Successivamente gli autori hanno analizzato 102 studi relativi a 86 programmi di visite domiciliari. Le conclusioni di questa revisione sono che vi è sufficiente evidenza che le visite domiciliari siano associate a una riduzione nella frequenza di incidenti (anche attraverso una riduzione dei fattori di rischio per quanto riguarda gli incidenti domestici) e a un miglioramento:

- delle capacità dei genitori di assicurare un migliore ambiente di crescita per il bambino;
- di alcuni problemi comportamentali, inclusi i disturbi del sonno;
- dello sviluppo intellettivo, specie per bambini di basso peso o con “failure to thrive”;
- della capacità di rilevazione e trattamento della depressione postnatale;
- della qualità di supporto sociale alle madri;
- dei tassi di allattamento al seno.

Per quanto riguarda gli aspetti specifici dell'abuso, gli autori hanno preso in esame 12 studi; di questi solo 3 evidenziano significative differenze associate a programmi comprendenti le visite domiciliari. Uno studio evidenzia un maggior numero di bambini ricoverati in ospedale con sospetto di abuso nel gruppo assistito con visite domiciliari rispetto ai controlli: in particolare sono i bambini delle famiglie ad alto rischio a essere ricoverati con maggiore frequenza (Gray *et al.*, 1977). Questo studio era inserito nella revisione con-

---

<sup>3</sup> Su questo tema si veda anche la sezione 3 e l'analisi ivi condotta sull'*home visiting*.

dotta da Roberts (Roberts *et al.*, 1996), che evidenziava risultati analoghi in altre quattro ricerche. L'apparente paradosso di una maggiore incidenza dell'abuso nel gruppo sottoposto all'intervento potrebbe essere spiegato dal fatto che nella popolazione soggetta alle visite domiciliari aumenta la sorveglianza e quindi la possibilità di evidenziare i casi di abuso e trascuratezza. Si verrebbe quindi a dimostrare un'efficacia delle visite domiciliari non in ambito di prevenzione primaria ma di quella secondaria, con una diagnosi più precoce dell'abuso.

## 5.2 Gli interventi tesi a sostenere e migliorare le competenze dei genitori

Diversi studi suggeriscono che lo stato psicosociale della madre può avere un significativo effetto sulla relazione che si instaura tra madre e bambino e sulla salute di quest'ultimo nel breve e lungo periodo. Barlow e Coren (2002) hanno condotto una revisione sistematica con l'obiettivo di valutare l'efficacia di programmi rivolti a gruppi di genitori allo scopo di migliorare lo stato di salute psicosociale delle madri. La revisione ha individuato 23 studi controllati randomizzati, di cui solo 17 avevano una dimensione tale da poter calcolare gli effetti dell'intervento.

La tipologia degli interventi era varia, per lo più prevedendo contatti "faccia a faccia" con approcci comportamentisti (7), cognitivo-comportamentisti (4), comportamento-umanisti (4) e razionali-emozionali (2). I destinatari erano per lo più madri con fattori di rischio o che presentavano problemi specifici. Gli esiti per cui è stato possibile condurre una meta-analisi sono: depressione, ansia/stress, autostima, supporto sociale e relazioni con il partner. I risultati della meta-analisi mostrano valori statisticamente significativi per tutti gli esiti salvo che per il supporto sociale. Quest'ultimo risultato potrebbe essere attribuito all'inadeguatezza delle misure di esito utilizzate nei diversi studi per verificare se l'intervento ha modificato in senso positivo il supporto sociale.

Per quanto riguarda altri esiti (competenza sociale, senso di colpa, umore, irrazionalità, aggressività ecc.) non è stato possibile condurre una meta-analisi.

I maggiori problemi evidenziati nella revisione condotta sono:

- le dimensioni relativamente modeste del campione nei singoli studi. Ci si può interrogare se i risultati ottenuti in campioni di popolazione di dimensione variabile (nel caso della depressione da 16 a 303 donne) siano generalizzabili, ovvero se le azioni intraprese possano essere offerte a campioni di popolazione assai più consistenti;

- il tasso di abbandono dagli interventi proposti varia dal 6% al 44%. Diversi studi evidenziano come l'abbandono sia associato allo svantaggio socioeconomico, all'appartenere a una minoranza etnica e alle famiglie multi-problematiche. Sembrerebbe quindi che esista un problema di generalizzabilità dei risultati rispetto ai casi più gravi;
- un ulteriore elemento che inficia la generalizzabilità è la mancanza di sufficienti elementi sulle caratteristiche demografiche dei partecipanti. In generale sembra che i programmi di intervento siano rivolti a soggetti con rischio moderato-grave (basso livello socioeconomico, dipendenza da sostanze come alcool o droghe, anamnesi positiva per abuso nell'infanzia) o problemi materni (depressione) o del bambino (AHDH, *Attention Deficit Hyperactivity Disorder*, disabilità di sviluppo e mentali, problemi della condotta e del comportamento, eccetera.);
- non è possibile trarre conclusioni sui diversi approcci utilizzati. La similarità dei risultati ottenuti con diversi tipi di programmi può indicare che i fattori "di processo" sono di per sé importanti nell'influenzare gli esiti. Si tratta quindi di comprendere se gli effetti positivi registrati siano da attribuirsi ai contenuti del programma e/o al suo sviluppo;
- una meta-analisi dei dati relativi al *follow up* a breve termine (fino a 6 mesi) per quanto riguarda depressione, autostima e relazioni coniugali evidenzia un miglioramento continuo di tali condizioni, anche se per le ultime due non si osserva una significatività statistica. La revisione sistematica evidenzia come interventi di supporto e formazione rivolti ai genitori siano in grado di migliorare lo stato di salute psicosociale delle madri nel breve periodo; gli effetti sul lungo periodo non sono attualmente documentati in modo sufficiente.

I risultati degli studi e delle ricerche che si ritrovano in letteratura quanto sono generalizzabili? Buona parte degli autori delle revisioni sistematiche invita alla prudenza nell'interpretazione dei risultati. Non si tratta della solita conclusione sulla "necessità di nuove ricerche" ma della constatazione che la complessità del modello causale rende assai difficile la conduzione degli studi stessi. Tale prudenza è indirettamente testimoniata dal fatto che la maggior parte delle revisioni, dopo aver raccolto un numero significativamente alto di studi, include nella revisione solo una minima parte degli stessi in quanto la maggioranza presenta seri problemi metodologici che ne inficiano l'interpretazione.

Le principali difficoltà sono associate a:

- la definizione di abuso è diversa nei vari studi. In alcuni casi è utilizzata come misura dello stesso l'allontanamento del bambino dal nucleo fami-



liare o il suo ricovero mentre in altri si prendono in esame solo le diagnosi validate;

- le difficoltà diagnostiche dell'abuso e la riproducibilità dei criteri diagnostici, in particolare per quanto riguarda la trascuratezza;
- la potenza degli studi e la dimostrazione d'effetto dell'intervento<sup>4</sup>. Il problema della dimensione del campione può spiegare, almeno in parte, le grandi variazioni nella dimensione e nella direzione dell'effetto o l'evidenziazione di quest'ultimo solo su una parte degli esiti. Se due esiti, apparentemente associati nella catena causale, presentano una diversa incidenza, può essere del tutto naturale che l'intervento dimostri la sua efficacia (in termini di significatività statistica) solo rispetto a uno di essi (quello con incidenza maggiore);
- un'insufficiente descrizione delle modalità con cui viene progettato e attuato l'intervento e, in particolare, una carenza sulle caratteristiche della formazione dei professionisti o altri soggetti coinvolti. Per quanto riguarda quest'ultimo punto assumono, ad esempio, una notevole importanza le competenze comunicative dei soggetti che effettuano le visite domiciliari. Se è vero che una revisione sistematica di 7 RCT, di discreta/buona qualità relativa al counselling (definito secondo la BACP, British Association for Counselling and Pscoterapy) ne evidenzia una efficacia clinica, rispetto alla usuale *care*, solo nel breve termine (Bower *et al.*, 2002), ci si chiede quale effetto possano avere interventi che non si avvalgono di competenze specifiche nel campo della comunicazione.

<sup>4</sup> Nella tabella 3 sono riportate alcune ipotesi relative alla dimensione del campione necessario per evidenziare l'effetto desiderato, in relazione al tasso di prevalenza dell'abuso. Si evidenzia che se si interviene su una popolazione a rischio (prevalenza dell'abuso 20%), qualora si voglia verificare come esito dell'intervento una riduzione del 20% (passare cioè al 16%) è necessario reclutare circa 40.000 famiglie (20.000 da sottoporre all'intervento e 20.000 come controllo); il numero si riduce se si ipotizza (cosa improbabile) che l'intervento sia così efficace da dimezzare (50%) o diminuire ancor più (80%) il fenomeno dell'abuso. Naturalmente le dimensioni del campione sono sensibilmente aumentate nel caso l'intervento sia rivolto alla popolazione universale che presenta tassi di prevalenza minori (stima del 5%).

**Tabella 3. Calcolo del numero di soggetti da reclutare (per ciascun braccio dello studio) stabilita la prevalenza dell'abuso nella popolazione e la riduzione della stessa che si pone come obiettivo (stime effettuate per livello di significatività 0,05, potenza 80%, test a due code)**

Prevalenza abuso	Riduzione prevalenza 20%	Riduzione prevalenza 50%	Riduzione prevalenza 80%
5‰	75.717	11.512	5.656
20‰	18.651	2.837	1.045

## 6. Qual è il ruolo del pediatra in questi interventi di prevenzione?

Per quanto riguarda la riduzione delle situazioni di disagio sociale abbiamo già detto sulla necessità di iniziative politiche e legislative; il ruolo dei pediatri può essere in tal senso solo di *advocacy* per un potenziamento dei servizi e una loro maggiore qualità e accessibilità. Una riduzione dei finanziamenti per la spesa sanitaria e sociale può avere conseguenze negative nel medio e lungo termine rispetto a finalità di prevenzione.

Più diretto è il ruolo dei servizi, e in particolare della pediatria di comunità, riguardo la prevenzione dell'abuso fisico e della trascuratezza attraverso gli interventi di sostegno.

Il concetto che strategie di successo per prevenire l'abuso richiedano interventi a tutti i livelli di società, anche se formalmente condiviso, solo faticosamente comincia a essere oggi trasferito in programmi specifici relativi alla costruzione della rete e all'acquisizione di nuovi strumenti di lavoro da parte dei professionisti. Si pensi, in tal senso, alle difficoltà di attuazione, a livello regionale e provinciale, di quanto previsto dal documento della Commissione nazionale per il coordinamento degli interventi in materia di maltrattamenti, abusi e sfruttamento sessuale dei minori, laddove esso prevedeva l'istituzione di Centri di riferimento. Sono spesso prevalse logiche particolaristiche ed è stato difficile avviare accordi di programma, tra amministrazioni locali e aziende sanitarie, che valorizzassero le professionalità esistenti nei diversi settori.

Come è stato evidenziato dalla revisione della letteratura, è in corso una riflessione sull'efficacia degli interventi di prevenzione nei casi a rischio, attuati attraverso le visite domiciliari o interventi più complessi. Gli elementi che hanno mostrato una maggiore efficacia nel ridurre l'incidenza del maltrattamento fisico e della trascuratezza o nel potenziare la possibilità di diagnosi precoce sono associati a fattori quali: la selezione di una popolazione ad alto rischio, la lunga durata dell'intervento e l'impegno di professionisti che riescano a stabilire un buon rapporto con la famiglia.

È importante evitare il rischio che prevalgano interventi che sviluppano acriticamente il modello delle visite domiciliari, spesso rivolte a tutte le gestanti (indipendentemente dal rischio o dalle loro reali necessità), di breve durata e con contenuti e modalità di comunicazione poco chiari. Il rischio è che essi siano eccessivamente generici, o al contrario prescrittivi, senza la necessaria capacità di individualizzare l'intervento. Si evidenzia in questo caso l'importanza di un'adeguata formazione degli operatori e delle operatrici coinvolti.

Un altro ampio settore di intervento di prevenzione primaria dell'abuso da parte dei pediatri, in questo caso di libera scelta o dell'ospedale, riguarda alcu-

ni eventi aggravanti relativi alla salute della donna e del bambino. Vi sono sufficienti evidenze dell'efficacia di una diagnosi precoce della depressione post-partum e della presa in carico complessiva (non solo in termini di salute fisica) dei bambini pretermine e di quelli portatori di handicap. I pediatri che svolgono prevalentemente una attività clinica vengono più volte in contatto con la madre nel primo periodo che segue la nascita del bambino; possono pertanto fare diagnosi di depressione post-partum, ma anche essere formati per farsi carico della terapia di queste forme. Allo stesso modo la presa in carico di un bambino pretermine o di un bambino portatore di handicap non deve limitarsi ai problemi fisici, ma anche agli aspetti relazionali tra genitori e figlio, a un sostegno della funzione genitoriale e a una diagnosi precoce dei disturbi relazionali.

Un'altra strada, oltre ai progetti di sostegno attraverso visite domiciliari o interventi più complessi, potrebbe essere costituita da un processo di formazione dei pediatri che abbia l'obiettivo di fornire conoscenze e strumenti affinché il modello interazionale, precedentemente analizzato, non costituisca un semplice esercizio speculativo, ma si trasformi in un metodo di lavoro. Il pediatra, insieme agli altri professionisti, dovrebbe acquisire le competenze per valutare l'interazione tra i fattori di vulnerabilità, di amplificazione e protettivi e saper orientare l'intervento verso un sostegno alla famiglia o verso una protezione del minore. Questa alternativa origina dall'ipotesi che non sia efficace un generico potenziamento dei fattori protettivi, indipendente dall'evento di "crisi", ma vi sia la necessità di saper individuare il momento in cui il nucleo familiare necessita di osservazione, supporto o tutela. Questa ipotesi di lavoro potrebbe rappresentare una modificazione importante della professionalità medica e dovrebbe, come tutte le ipotesi, generare un processo di documentazione e valutazione.

## 7. Conclusioni

Pur non essendovi in letteratura una significativa evidenza dell'efficacia di interventi di prevenzione dell'abuso, è necessario sottolineare come tale dato non possa essere assunto come sinonimo della inutilità di questi interventi.

Forse il miglioramento delle competenze genitoriali non è in grado di prevenire l'abuso ma può migliorare il contesto in cui cresce il bambino e lavorare per assicurare un supporto alle famiglie in difficoltà è un obiettivo nella prassi quotidiana. In tal senso sono a nostro parere necessari e urgenti sia una modificazione della professionalità del pediatra che una rimodulazione dei servizi nonché un diverso impegno di chi è preposto alla formazione dei professionisti.

## Riferimenti bibliografici

**Barlow, J., Coren, E.**

2002 *Parent-training for improving maternal psychosocial health (Cochrane Review)*, in *The Cochrane Library*, Issue 3, Oxford, Update Software

**Beck, C.T.**

1996 *A meta-analysis of predictors of postpartum depression*, «Nurs. Res.», 45, 297-303

**Bennett, D.E., Slade, P.**

1991 *Infant born at risk: consequences for maternal post-partum adjustment*, «Br. Journ. Med. Psychol.», 65, 1243-58

**Bower, P., Rowland, N., Mellor Clark, J., Heywood, P., Godfrey, C., Hardy, R.**

2002 *Effectiveness and cost effectiveness of counselling in primary care (Cochrane Review)*, in *The Cochrane Library*, Issue 2, Oxford, Update Software

**Brayden, R.M., Altemeier, W.A., Dietrich, M.S., Tucker, D.D., Christensen, M.J.,**

**McLaughlin, F.J. et al.**

1993 *A prospective study of secondary prevention of child maltreatment*, «J. Pediatr.», 122, 511-6

**Committee on Child Abuse and Neglect and Committee on Children with Disabilities (AAP)**

2001 *Assessment of maltreatment of children with disabilities*, «Pediatrics», 108, 508-12

**CAPCAE (Concerned Action on the Prevention of Child Abuse In Europe)**

1997 *An overview of child maltreatment prevention strategies in Europe*, vol. 1

**Coren, E., Barlow, J.**

2002 *Individual and group-based parenting programmes for improving psychosocial outcomes for teenage parents and their children (Cochrane Review)*, in *The Cochrane Library*, Issue 3, Oxford, Update Software

**Di Blasio, P.**

1997 *Abusi all'infanzia: fattori di rischio e percorsi di intervento*, «Ecologia della mente», 20, 153-70

**Elkan, R., Kendrick, D., Hewitt, M., Robinson, J.J.A., Tooley, K., Blair, M., Dewey, M., Williams, D., Brummel, K.**

2000 *The effectiveness of domiciliary health visiting: a systematic review of international studies and a selective review of the British literature*, «Health Technology Assessment», 4, 13

**Evans, J., Heron, J., Francomb, H., Oke, S., Golding, J., ALPSAC Study Team**

2001 *Cohort study of depressed mood during pregnancy and after childbirth*, «British Medical Journal», 323, 257-60

**Fergusson, D., Howood, J., Thorpe, K., ALPSAC Study Team**

1996 *Changes in depression during and following pregnancy*, «Paediatric Perinatal Epidemiol.» 10, 279-93

**Finkelhor, D., Asdigian, N.L.**

1996 *Risk factors for youth victimization: beyond a lifestyles/routine activities theory approach*, «Violence Vict.», 11, 3-19

**Geltman, P.L., Meyers, A.F., Greenberg, J., Zuckerman, B.**

1996 *Welfare reform and children's health*, «Arch. Pediatr. Adolesc. Med.», 150, 384-9

**Gray, J.D., Cutler, C.A., Dean, J.C., Kempe, C.H.**

1977 *Prediction and prevention of child abuse and neglect*, «Child Abuse Negl.», 1, 45-58

**Hodnett, E.D., Roberts, I.**

1998 *Home-based social support for socially disadvantaged mothers (Cochrane Review)*, in *The Cochrane Library*, Issue 3, Oxford, Update Software;

**Hofbrand, S., Howard, L., Crawley, H.**

2002 *Antidepressant treatment for post-natal depression (Cochrane Review)*, in *The Cochrane Library*, Issue 3, Oxford, Update Software

**Kitzman, H., Olds, D.L., Henderson, C.R. Jr, Hanks, C., Cole, R., Tatelbaum, R. et al.**

1997 *Effects of prenatal and infants home visitations by nurses on pregnancy outcomes, childhood injuries and repeated childbearing: a randomized controlled trial*, «The Journal of American Medical Association», 278, 644-52

**MacMillan, H.L., with the Canadian Task Force on Preventive Health Care**

2000 *Preventive Health Care, 2000 update: prevention of child maltreatment*, «Canadian Medical Association Journal», 163, 1451-8

**MacMillan, H.L., MacMillan, J.H., Offord, D.R., Griffith, L., MacMillan, A.**

1994 *Primary prevention of child physical abuse and neglect: A critical review*, «J. Child Psychol. Psychiatry», 35, 835-56

**Murray, L., Cooper, P.I.**

1997 *Effects of postnatal depression on infant development*, «Arch. Dis. Child.», 77, 99-101

**O'Hara, M.W., Swain, A.M.**

1996 *Rates and risk of post-natal depression: A meta-analysis*, «Int. Rev. Psychiatry», 8, 37-54

**Olds, D.L., Eckenrode, J., Henderson, C.R. Jr, Kitman, H., Powers, J., Cole, R. et al.**

1997 *Long term effects of home visitation on maternal life course and child abuse and neglect fifteen-year follow-up of a randomized trial*, «The Journal of American Medical Association», 278, 637-43

**Olds, D.L., Henderson, C.R. Jr, Kitman, H.**

1994 *Does prenatal and infancy nurse home visitation have enduring effects on qualities of parental caregiving and child health at 25 to 50 months of life?*, «Pediatrics», 93, 89-98

**Olds, D.L., Kitman, H.**

1993 *Review of research on home visiting for pregnant women and parents of young children*, «The future of children», 3, 53-92

**Roberts, I., Kramer, M., Suissa, S.**

1996 *Does home visiting prevent childhood injury? A systematic review of the randomised controlled trials*, «British Medical Journal», 312, 29-33

**Royal College of Obstetricians and Gynaecologists**

2001 *Why mothers die 1997-1999: The fifth report of the Confidential Enquiries into maternal deaths in the United Kingdom*, London, RCOG

**Scottish Intercollegiate Guidelines Network**

2002 *Postnatal depression and puerperal psychosis: A national clinical guideline*, Edinburgh, SIGN

**Singer, L.T., Salvator, A., Guo, S., Collin, M., Lillen, L., Baley, J.**

1999 *Maternal psychological distress and parenting stress after the birth of a very low-birth-weight infant*, «The Journal of American Medical Association», 281, 799-805

**Singh, S., Darroch, J.E.**

2000 *Adolescent pregnancy and childbearing: Levels and trends in developed countries*, in «Family Planning Perspectives», 32, 14-23

**Wilson, L.M., Reid, A.J., Midmer, D.K., Biringer, A., Carroll, J.C., Stewart, D.E.**

1996 *Antenatal psychosocial risk factors associated with adverse postnatal family outcomes*, «Canadian Medical Association Journal», 154, 785-99

## Un'agenda globale per la prevenzione della violenza

### Il rapporto mondiale su Violenza e salute dell'Organizzazione mondiale della sanità

Donata Bianchi\*

«...Nonostante la violenza sia da sempre presente nella storia dell'umanità, il mondo non l'ha accettata come componente inevitabile della condizione umana. Alla violenza, da sempre, sono corrisposti sistemi religiosi, filosofici, legali e comunitari che si sono sviluppati per prevenirla o limitarla. Nessuno ha avuto completamente successo, ma tutti hanno dato il loro contributo all'affermarsi del processo di civilizzazione» (OMS, 2002).

Il recente rapporto su Violenza e salute predisposto dall'Organizzazione mondiale della sanità (OMS) costituisce un importante contributo verso una più approfondita comprensione del fenomeno della violenza e del suo impatto sulla società.

«La prevenzione è possibile»: questa è l'affermazione-chiave dell'OMS, che definisce la violenza come uno dei principali problemi di salute pubblica di rilievo mondiale. Questo approccio consegue dalla risoluzione WHA49.25 adottata nel corso della 49<sup>a</sup> Assemblea generale della OMS svoltasi nel 1996, che impegnò gli Stati membri dell'OMS a raccogliere dati, informazioni e documenti per uno studio mondiale sulle caratteristiche molteplici del fenomeno, nonché sulle politiche e i programmi realizzati con lo scopo di ricavarne strategie d'azione da lanciare a livello mondiale. Negli anni Novanta l'attenzione dell'OMS al fenomeno della violenza è stata particolarmente alta e si è orientata a indagare e a proporre programmi di intervento nel campo della violenza domestica ed extradomestica contro donne e bambine (OMS, 1996; 1999), individuate quali soggetti esposti a un più alto rischio di vittimizzazione in conseguenza di fattori anche di tipo culturale e socioeconomico.

Il rapporto su Violenza e salute presta attenzione agli aspetti qualitativi e quantitativi del problema, analizzando e discutendo le cause della violenza e i fattori di rischio correlati alle varie tipologie; presenta i vari tipi di intervento e di risposte adottati per contrastarla; cerca di fornire elementi di valutazione della loro efficacia; individua e propone strategie e metodologie per la prevenzione e la riduzione delle conseguenze della violenza a livello sociale e sulla salute degli individui.

Le esperienze traumatiche si confermano come severo fattore di rischio per lo sviluppo di psicopatologia in età adulta. Nel Rapporto si riconosce che oggi esistono dati sufficientemente validati a livello internazionale per affermare che anche numerose forme di malattia in età adulta – tumori, malattie croniche, ischemie eccetera – sono correlabili a esperienze di abuso subito nel corso dell'infanzia. Interrogarsi sulla diffusione del fenomeno della violenza signifi-

---

\* Consulente dell'Istituto degli Innocenti, Firenze.

ca quindi affrontare un problema complesso – dipendente dall'interazione di fattori individuali, familiari, sociali e ambientali – che ha gravi conseguenze per il singolo individuo e per l'intera collettività.

L'approccio di salute pubblica adottato dall'OMS pone l'enfasi sulla prevenzione dall'insorgenza o dal ripetersi delle patologie e dei danni, piuttosto che sul trattamento degli effetti del loro accadere. Esso ha fondamenta “evidence based” e una natura multidisciplinare perché teso a modificare tutti i fattori d'insorgenza, di diffusione e di riproduzione del fenomeno, anche quelli di tipo sociale, politico-istituzionale, economico e culturale.

Il modello operativo che l'OMS intende applicare per combattere la violenza è quello proprio delle politiche di salute pubblica, basato su quattro “step”:

1. la definizione e il monitoraggio dell'estensione del fenomeno nelle sue varie forme;
2. l'identificazione della sua costellazione eziologica;
3. la formulazione e la sperimentazione di metodologie e di strumenti per affrontarlo;
4. l'applicazione su larga scala delle misure d'intervento che hanno dato i migliori risultati.

Dall'analisi del fenomeno, il Rapporto passa alla prefigurazione di alcune linee di azioni prioritarie che fanno perno attorno al concetto di prevenzione, ma l'assunzione della complessità del fenomeno e il tentativo di fornirne un'interpretazione ecologica, come si spiegherà più avanti, porta l'OMS a integrare una duplice visione della prevenzione definita lungo due dimensioni: quella temporale e quella del target dell'intervento.

La prevenzione definita secondo la dimensione temporale appartiene alla tradizionale tripartizione tra prevenzione primaria finalizzata a evitare l'insorgenza del fenomeno; prevenzione secondaria propria degli interventi a breve termine in risposta a situazioni di violenza già conclamatesi e finalizzati a impedirne la recidiva; e prevenzione terziaria, interventi focalizzati sugli effetti a lungo termine, sulla riparazione dei danni e sul contrasto alla cronicizzazione.

L'approccio alla prevenzione che pone al centro la tipologia dei target di riferimento distingue tra interventi universali, cioè rivolti alla totalità della popolazione, interventi sui gruppi a rischio e interventi specifici per impedire il ripetersi della violenza, quindi prevalentemente orientati sugli autori di violenza.

Lo sforzo compiuto è stato quello di offrire uno studio che nell'esame delle politiche di salute pubblica integra le due dimensioni nell'identificare le risposte “preventive” più adeguate alle differenti forme di violenza prese in esame.



## 1. Uno sguardo d'insieme

«...per violenza deve intendersi l'uso intenzionale della forza fisica o del potere, minacciato o effettivo, contro se stessi, un'altra persona o contro un gruppo o comunità, da cui deriva o è altamente probabile che derivi un danno fisico, psicologico, la morte, un deficit nello sviluppo o situazioni di deprivazione» (OMS, 2002).

L'OMS utilizza una definizione che cattura un'ampia gamma di situazioni in cui la violenza è sia agita sia potenziale, ma comunque esperienza possibile dalla quale, nell'esperito oggettivabile o soggettivo di singoli e comunità, derivano danni diretti e indiretti sia a breve sia a lungo termine.

La prima classificazione tipologica fornita dal Rapporto suddivide la violenza in tre grandi classi:

1. violenza autodiretta;
2. violenza interpersonale;
3. violenza collettiva.

Le molte espressioni specifiche delle tre forme sopra indicate sono ricondotte a sette tipologie principali: la violenza giovanile, l'abuso e la trascuratezza sui minori, la violenza nelle relazioni da parte del partner, la violenza sugli anziani, la violenza sessuale, la violenza autoinflitta e i suicidi, e la violenza collettiva (sociale, politica, economica) nelle guerre e nei conflitti armati.

**Tabella 1. Le forme della violenza**

natura della violenza	Violenza									
	autodiretta		interpersonale					collettiva		
	suicidio	autole- sionismo	famiglia/partner			comunità		sociale	politica	economica
			bambini	partner	anziani	conoscenti	estranei			
fisica	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
sessuale			X	X	X	X	X	X	X	X
psicologica	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
deprivazione o trascuratezza	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

Fonte: OMS, 2002.

La maggior parte della violenza non ha origine accidentale: si tratta invece di eventi cronici, ripetuti nel tempo, che hanno effetti traumatici a livello fisico, mentale e psicologico. I fenomeni di violenza intraindividuale e interindividuale sono tra le principali cause di morte degli individui tra i 15 e i 44

anni di età, corrispondendo al 14% dei decessi tra la popolazione di sesso maschile e al 7% di quelli relativi alla popolazione di sesso femminile.

La misurazione del fenomeno rimane ancora oggi un compito assai arduo.

Per disegnare un quadro esaustivo sull'ampiezza e le caratteristiche della violenza a livello locale, regionale e mondiale sarebbero indispensabili dati e informazioni qualitative su:

- malattie, traumatismi e altre patologie ricorrenti nella popolazione adulta e minore;
- atteggiamenti, credenze, comportamenti, pratiche culturali e rischi di vittimizzazione e di esposizione alla violenza;
- caratteristiche della popolazione, in generale e i sottogruppi a rischio, livello del reddito e occupazione;
- caratteristiche degli atti di violenza e su coloro che li perpetrano;
- costi e tipologie dei trattamenti, dei servizi sociali e delle attività di prevenzione;
- politiche e programmi promossi e realizzati dai governi, nonché sulle leggi vigenti.

L'OMS lamenta duramente l'assenza di rilevazioni sistematiche, la carenza dei dati disponibili, la loro difficile comparabilità e la scarsa o nulla attenzione da parte delle istituzioni e delle autorità centrali che invece, afferma l'OMS, dovrebbero essere fortemente interessate a monitorare il fenomeno sia per comprendere le caratteristiche dello stesso e la sua evoluzione sia per avere elementi utili alla predisposizione delle politiche di prevenzione e contrasto, degli investimenti e alla valutazione della loro efficacia.

Come accennato in precedenza, nel Rapporto si applica un modello definito "ecologico" per comprendere la complessa natura della violenza ed esaminare i fattori che influenzano il comportamento violento o che accrescono il rischio che gli individui pongano in essere atti violenti o ne rimangano vittime. Tale modello, peraltro ormai abbastanza diffuso ed elaborato negli studi sull'eziologia delle varie forme di *child abuse* (come appare evidente anche in numerosi contributi del presente volume), permette di analizzare i fattori causali secondo quattro dimensioni:

- a livello individuale, identificando i fattori biologici e della storia personale degli individui che influenzano come i soggetti si comportano, aumentando il rischio che questi commettano o diventino vittima di violenza;
- a livello familiare e delle relazioni personali extrafamiliari, indagando come tali relazioni costituiscano elementi che possono accrescere il rischio di vittimizzazione o di agire in modo violento;
- a livello sociale, individuando le condizioni che possono favorire la violenza, come, ad esempio, la disoccupazione, la contiguità con centri di spaccio

della droga, la disgregazione delle comunità e dei legami familiari;

- a livello ambientale, ricercando quali fattori facilitano il crearsi di un clima che in qualche modo incoraggia o inibisce la violenza, ad esempio la disponibilità di armi da fuoco oppure norme sociali e culturali quali quelle che privilegiano i diritti dei genitori rispetto a quelli dei figli, che legittimano posizioni di dominio patriarcale su donne e bambini.

L'assunzione di un paradigma fondato sulla multidimensionalità delle cause conduce l'OMS a porre una particolare enfasi su linee d'azione che si articolano sui quattro livelli sopra esposti (tab. 2).

Un aspetto che rimane però in ombra nell'insieme del Rapporto è l'analisi dei fattori di protezione che interagiscono con i fattori di rischio modificando il nesso causale di tipo lineare tra il trauma e i suoi effetti sull'individuo. È questo un tema che l'OMS pone peraltro tra le aree sulle quali far convergere gli sforzi della ricerca nel prossimo futuro, allo scopo di individuare non solo nuove chiavi interpretative del fenomeno, ma anche nuove idee progettuali concrete per arrivare a un'adeguata valutazione delle risorse effettive del soggetto e del suo contesto.

L'impostazione proposta si colloca nell'alveo del dibattito attuale degli studi sull'eziologia del *child abuse*, che, nel tentativo di superare, in ambito clinico, le tradizionali e rigide classificazioni delle varie forme di abuso e degli indicatori di maltrattamento, segnala l'importanza di collocare al centro della ricerca la complessa interrelazione tra le caratteristiche dell'evento, del bambino coinvolto e del suo contesto, applicando modelli esplicativi che tentano di cogliere la specificità di fattori che operano ai vari livelli delle "ecologie" individuale, familiare e sociale (Nicolais, 2002).

La discussione delle varie forme di violenza prese in esame ne delinea aspetti epidemiologici, eziologici e d'impatto sulla salute, esaminando le correlazioni esistenti e le implicazioni per le politiche di intervento.

L'OMS raccomanda, poi, una serie di strategie e di interventi specifici (tab. 2): i programmi di prevenzione dovrebbero essere indirizzati non solo sui fattori individuali, sociali e comportamentali, ma anche sul sistema sociale che configura e struttura questi fattori; ciò significa che le misure da sviluppare devono riuscire a influire su tutti i livelli del modello tenendo conto del percorso di sviluppo del comportamento violento dalla prima infanzia all'entrata nell'età adulta e delle sue caratteristiche (tab. 1). Non potendo ripercorrere interamente l'analisi che il rapporto offre di ciascun tipo di violenza, si è deciso di focalizzare l'attenzione sulla parte dedicata alla trascuratezza e all'abuso all'infanzia, rimandando al sito dell'OMS per una lettura integrale del testo ([www.who.int](http://www.who.int)).

Tabella 2. Raccomandazioni generali dell'oms

---

**Le raccomandazioni dell'oms per un'agenda locale e mondiale di prevenzione della violenza**


---

Nove sono le linee strategiche raccomandate dall'oms; esse appaiono fondate su quattro principi funzionali fondamentali: programmazione, multidisciplinarietà, multidimensionalità e valutazione di processo e d'impatto.

**1. Definire, attuare e monitorare un piano nazionale di prevenzione della violenza**

Gli Stati sono sollecitati a elaborare programmi d'azione di medio e lungo periodo che prevedano la partecipazione di un vasto insieme diversificato di soggetti istituzionali e non sia alla fase di definizione che a quella di attuazione. L'idea di un piano globale contro la violenza sussume la necessità di agire nel modo più coordinato e integrato possibile per soddisfare il duplice fine di ridurre lo spreco di risorse economiche, umane e professionali e di permettere una valutazione multidisciplinare e interistituzionale circa l'efficacia di breve, medio e lungo periodo degli interventi.

**2. Potenziare la capacità e gli strumenti per la raccolta dei dati sul fenomeno**

La creazione di sistemi stabili di monitoraggio della violenza per avere dati d'incidenza e prevalenza è vista come un obiettivo strumentale fondamentale allo scopo di migliorare le conoscenze sull'oggetto dell'azione e, quindi, meglio calibrare e orientare le politiche di prevenzione e i programmi di intervento. In particolare, si raccomanda la costruzione di sistemi informativi locali poiché è a livello micro che le informazioni possono essere controllate in termini di qualità e completezza, cercando di adattare a standard internazionali che ne assicurino la comparabilità e l'omogeneità dei contenuti informativi. L'oms segnala il permanere di gravi gap conoscitivi in particolare su alcune caratteristiche specifiche delle varie forme di violenza, quali variazioni d'incidenza e prevalenza connesse a diversità transculturali, al sesso dei soggetti, alla struttura familiare.

**3. Promuovere ricerche e indagini scientifiche sulle cause, le conseguenze, i costi e la prevenzione della violenza**

Una migliore comprensione e interpretazione dei fenomeni necessita di un approccio multidisciplinare e che veda il contributo di tutti coloro che professionalmente hanno un ruolo sul fronte della prevenzione, della rilevazione, della valutazione, della protezione e del trattamento delle vittime e degli autori. L'analisi dei costi in termini socioeconomici può consentire di costruire indicatori utili alla programmazione delle politiche e a compiere scelte di investimento e finalizzazione delle risorse.

**4. Promuovere risposte di prevenzione primaria**

La prevenzione primaria è il cuore pulsante dell'approccio proposto dall'oms, che in tutto il rapporto fa continui richiami all'importanza di rendere disponibili servizi di cura pre e postnatale per i piccoli e le loro madri, programmi di sviluppo delle competenze socioaffettive per i bambini e i ragazzi, iniziative di supporto alla genitorialità, azioni di innalzamento delle condizioni sociali e ambientali in genere, di controllo sulla vendita e la diffusione delle armi, nonché campagne culturali e informative per modificare atteggiamenti, comportamenti e norme sociali che favoriscono la violenza.

**5. Rafforzare le risposte alle vittime della violenza**

Sono i sistemi sociosanitari nazionali le strutture che l'oms chiama ad agire affinché le vittime siano soccorse e difese con adeguati servizi di protezione e recupero. L'attenzione da parte del sistema sanitario deve avere inizio sin dalla fase di formazione degli operatori attraverso l'inclusione di tematiche attinenti alle problematiche della violenza nei curricula di studi. Ma il lavoro di un singolo nodo della rete non è sufficiente: il lavoro dei servizi sanitari deve integrarsi ed essere supportato dall'autorità giudiziaria e deve integrarsi anche con tutte le altre istituzioni interessate dalle politiche di prevenzione e repressione della violenza, affinché le misure protettive siano efficaci non solo dopo che la violenza si è manifestata, ma anche prima, quando si tratta di contenere e ridurre le condizioni di rischio. Deve essere contrastato il rischio di ri-vittimizzazione quanto le recidive da parte di coloro che commettono le violenze. Tali risposte possono contribuire non solo a ridurre l'impatto della violenza ma anche i costi che gravano sui sistemi sanitario e sociale.

---



➤➤ **Tabella 2.**

**6. Incardinare la prevenzione della violenza all'interno delle politiche sociali ed educative, e quindi promuovere pari opportunità sociali e di genere.**

La maggior parte delle violenze è connessa a disuguaglianze di genere e sociali che espongono larghi settori della popolazione al rischio di vittimizzazione.

La valorizzazione di una cultura attenta all'affermazione dei diritti dell'infanzia, e in generale di tutti i soggetti definiti "socialmente deboli", come pure capace di stigmatizzare ogni forma di discriminazione, costituisce un contributo verso la prevenzione della violenza. Stesso discorso vale per la possibilità di accedere a un sistema di tutele sociali e a risorse che riducano il rischio di emarginazione ed esclusione sociale.

**7. Accrescere la collaborazione e lo scambio di dati e informazioni sulle politiche di prevenzione**

Questa raccomandazione evoca la necessità di dare valore e sostanza alla collaborazione interistituzionale e multidisciplinare sia a livello nazionale che internazionale: la violenza richiede strategie a livello sia micro (singoli, famiglie, comunità locali, eccetera) sia macro (organizzazioni internazionali, Stati).

L'OMS riconosce una funzione positiva di impulso e d'ideazione anche ai movimenti di settore, quali ad esempio quelli che si impegnano per l'affermazione dei diritti di bambini, donne, anziani, in quanto portatori di interessi diffusi e di conoscenze.

**8. Promuovere e verificare l'aderenza ai trattati internazionali, alle leggi e a tutti gli altri meccanismi di protezione dei diritti umani**

Quanto sono rispettati e soddisfatti gli impegni assunti dagli Stati con la firma e la ratifica di trattati, convenzioni e accordi internazionali rilevanti ai fini della prevenzione del contrasto della violenza? Quanto si adeguano le politiche nazionali agli standard in essi stabiliti?

L'OMS auspica un monitoraggio sistematico da compiersi a livello nazionale e soprannazionale al fine di rimuovere gli ostacoli che si frappongono alla realizzazione e all'adeguamento dei sistemi legislativi e sociali nazionali, oltre che alla piena attuazione di tali strumenti di tutela e di promozione dei diritti.

**9. Ricercare risposte operative e condivise a livello internazionale contro il commercio mondiale della droga e delle armi**

Se la droga e la diffusione di armi non sono le cause preminenti dell'insorgere della violenza, esse costituiscono tuttavia due cruciali fattori di rischio e favoriscono l'insorgere della violenza interpersonale e collettiva.

Fonte: OMS, 2002.

## 2. La violenza sui bambini

Il maltrattamento all'infanzia si configura in tutte le forme di abuso fisico, emotivo, sessuale, di trascuratezza, di accudimento carente, di sfruttamento a fini commerciali, o per qualsiasi altro fine, che insorgono all'interno di una relazione di fiducia, di responsabilità o di potere e da cui consegue in modo effettivo o potenziale un danno alla salute, alla sopravvivenza, allo sviluppo o alla dignità di un minore (OMS, 1999b).

La definizione posta a perno dell'analisi condotta nel Rapporto copre un ampio spettro di comportamenti abusivi di tipo attivo e omissivo, e apre a una comprensione più estensiva del *child abuse* come qualsiasi evento che interferisca con lo sviluppo ottimale di un bambino.

Nuovamente ritorna una carenza di dati attendibili sull'estensione del fenomeno del *child abuse*, che costituisce uno dei gap più frequentemente segnalati e oggetto di raccomandazione da parte di tutte le organizzazioni e di tutti gli operatori che si occupano di questo problema.

Le informazioni più diffusamente disponibili e comparabili a livello internazionale sono quelle, drammatiche, sulle morti infantili di tipo non accidentale. Sono informazioni, queste, che derivano dai sistemi nazionali di registrazione delle morti, indubbiamente i più strutturati, almeno nei Paesi occidentali, ma nondimeno talvolta fallaci nel riconoscimento delle reali cause di morte dei bambini. Per l'anno 2000 l'OMS stima che 57.000 decessi riguardino l'omicidio di minori al di sotto dei 15 anni. Le stime sulla mortalità infantile di tipo non accidentale (omicidi) segnalano la presenza di un rischio di mortalità più che doppio per i bambini nella classe di età da 0 ai 4 anni rispetto a quelli della fascia 5-14 anni. Il rischio di violenza con esiti fatali assume valori diversi nelle diverse aree del mondo essenzialmente in base al reddito pro-capite medio del Paese: da 2,2 ogni 100.000 bambini e 1,8 ogni 100.000 bambine nei Paesi ad alto reddito, si passa a 6,1 e 5,1 rispettivamente nei Paesi a basso e medio reddito. La povertà è quindi un importante fattore di rischio, come è stato autorevolmente denunciato dallo stesso Segretario delle Nazioni unite, Kofi Annan, in occasione della Sessione speciale sull'infanzia dell'Assemblea delle Nazioni unite, tenutasi a New York nel maggio del 2002<sup>1</sup>. Anche questi dati, come quelli disponibili sull'incidenza degli atti abusivi che non hanno esiti fatali, rappresentano solo la punta di un iceberg le cui dimensioni sono al momento solo stimabili grazie all'elaborazione di statistiche tratte da indagini o studi *ad hoc* dal momento che solo in pochissimi Paesi al mondo esistono Registri nazionali che raccolgono in modo sistematico i dati sulle varie forme di disagio, maltrattamento e abuso infantile.

In questo ambito, le rilevazioni e il significato da attribuire ai risultati delle ricerche dipendono fortemente dalle definizioni impiegate e dai contesti culturali di riferimento. A ciò si aggiunge il fatto che solo una quota relativamente bassa dei casi di maltrattamento è segnalata alle autorità, anche in presenza di norme che ne prevedono l'obbligo da parte dei servizi. Sulle stime circa la diffusione del maltrattamento fisico influiscono fortemente anche le concezioni prevalenti rispetto a ciò che può o non può essere considerato un uso legittimo delle punizioni corporali da parte di genitori e educatori.

---

<sup>1</sup> Per un approfondimento sui lavori in sede ONU si rimanda alla sezione 7.

Per quanto riguarda l'abuso sessuale, le ricerche considerate più attendibili sono quelle che si basano su campioni di soggetti, minori o adulti, che riferiscono di situazioni pregresse. La metaanalisi dei risultati riportati da studi di tipo retrospettivo porta a stimare che, data una popolazione normale, circa il 20% dei soggetti di sesso femminile e il 5-10% di quelli di sesso maschile ha vissuto esperienze di vittimizzazione sessuale in età minore.

Tra le varie forme di *child abuse*, l'abuso psicologico è quello che riceve minore attenzione da parte degli operatori e degli studiosi, anche in conseguenza di una maggior difficoltà di specificazione e rilevazione, poiché il suo riconoscimento risente, ben più del maltrattamento fisico, dell'influenza di componenti di tipo culturale.

La trascuratezza, definita come carenza di cure materiali e affettive, costituisce una forma di abuso che condivide con tutte le altre la difficoltà di apprezzamento circa la sua diffusione, tuttavia è la forma di *child abuse* riportata con maggiore frequenza negli studi e nei sistemi di registrazione nazionali attualmente esistenti: in uno studio canadese realizzato su scala nazionale sulle segnalazioni ai servizi sociali, il 19% dei casi riguardava situazioni di trascuratezza fisica, il 12% di abbandono, l'11% di trascuratezza affettivo-educativa e il 48% incidenti attribuibili alla carenza di cure e di attenzione da parte dei genitori. Per quanto riguarda l'Europa, tra il 2000 e il 2001, il Registro inglese riporta che i minori vittime di una qualche forma di trascuratezza segnalati ai servizi socioassistenziali dell'Inghilterra sono stati pari al 46% del totale dei minori segnalati per *child abuse* (DH, 2002).

In un'analisi di genere della violenza, l'OMS (1997) richiama l'attenzione dei ricercatori sull'importanza di guardare alla violenza contro i minori di sesso femminile come a uno specifico fenomeno di tipo ciclico, che assume forme diverse in funzione dell'età del soggetto (vedi tab. 3). Persino prima della sua nascita una bambina può essere vittima di violenza in quanto esposta a maggiori rischi di aborto selettivo oppure a infanticidio in quei Paesi dove predomina la preferenza per i figli maschi, considerati un investimento migliore e più produttivo per la sopravvivenza futura del nucleo familiare.

Molteplici e di varia gravità sono gli effetti a breve, medio e lungo termine provocati dalla violenza sullo stato di salute fisica, mentale e psicologica dei bambini e delle bambine. La violenza è un ostacolo al pieno dispiegarsi dello sviluppo di un bambino, sebbene esistano risorse di resilienza e fattori protettivi capaci di contrastare l'influenza negativa, e talvolta devastante, di esperienze di vittimizzazione. Nel 1993, la Banca Mondiale nello studio *World Development Report 1993: Investing in Health* stimava che nei Paesi industrializzati il costo in termini di salute delle violenze subite in ambito familiare cor-

Tabella 3. Esempi di violenza contro soggetti di sesso femminile nell'arco della vita

Fase	Tipo di violenza
Prima della nascita	Aborto selettivo; conseguenze sul feto delle percosse subite dalla madre
Prima infanzia	Infanticidio femminile; vessazioni fisiche, sessuali, psicologiche
Infanzia	Matrimonio precoce; mutilazione genitale femminile; vessazioni fisiche, sessuali e psicologiche; incesto; prostituzione e pornografia infantile
Adolescenza ed età adulta	Violenza nel corteggiamento, per esempio attacchi con l'acido e stupro; sesso legato a ragioni economiche (per es. studentesse che hanno rapporti con uomini più maturi in cambio del denaro per gli studi); incesto; vessazioni sessuali sul lavoro; stupro; molestie sessuali; prostituzione e pornografia coatta; tratta; violenza da parte del partner; stupro coniugale; vessazioni e omicidio legato alla dote; uccisione da parte del partner; vessazioni psicologiche; maltrattamenti di donne invalide; gravidanza forzata
Vecchiaia	"Suicidio" forzato oppure omicidio di vedove per ragioni economiche; vessazione sessuale, fisica e psicologica; privazione di cure mediche e assistenza socio-sanitaria

Fonte: OMS, 1996.

rispondeva a circa uno dei cinque anni di vita perduti dalle donne in età dai 15 ai 44 anni in base all'incidenza di mortalità e morbilità (DALY, Disability Adjusted Life Year).

La conseguenza più radicale di ogni tipo di violenza resta comunque la negazione dei diritti umani fondamentali di ogni individuo, che per i bambini e le bambine sono sanciti a livello mondiale nella Convenzione sui diritti del fanciullo adottata dall'ONU nel 1989 e divenuta giuridicamente vincolante nei termini del diritto internazionale per i Paesi che l'hanno sottoscritta e ratificata.

Accanto ai "costi" umani individuali, è indispensabile tenere conto anche dei costi socioeconomici associati agli effetti a medio e lungo termine della violenza. L'OMS riporta i dati di studi e ricerche condotti in varie parti del mondo per dare un' valutazione del problema anche in termini d'impatto sociale ed economico.

«Il calcolo dei costi economici della violenza costituisce un intervento strategico che rende i responsabili politici più consapevoli dell'importanza e dell'efficacia della prevenzione» (UNICEF, 2000). I costi socioeconomici possono essere distinti in cinque categorie:

1. *i costi diretti individuali*, cioè quelli sostenuti per le cure mediche, i ricoveri in ospedale, l'assistenza psicologica, ecc.;
2. *i costi diretti a carico del sistema sociale e giudiziario*, ad esempio le spese relative ai procedimenti che riguardano gli autori, quelle inerenti gli interventi di protezione e assistenza sociale (sistemazione dei bambini in comunità



## Sezione 4

Tabella 4. Stime dei costi socioeconomici della violenza: alcuni esempi

Paese/autore	Costi totali stimati in dollari	Anno di riferimento	Forme di violenza analizzate	Tipi di costo inclusi nella stima
New Zealand S. Snively	\$625,000,000 – 2,500,000,000	1994	Family violence, including threats of violence, on women and children	Individual, Government, Third party, and Employer. Medical care, Social welfare and assistance, Legal and Criminal Justice, and Employment
Canada L. Greaves, O. Hankivsky, J. Kingston-Riechers	\$2,750,000,000	1995	Physical violence, Sexual assault, rape, incest, child sexual abuse	Individual, Government, and Third party. Social services & education, Criminal justice, Labor & work, Health & medical
Northern Territory (Australia) Office of Women's Policy	\$6,500,000	1996	Physical, sexual, and psychological domestic violence – effects on women and children	Individual, community and other costs. Crisis support, Police, Housing, Financial, Medical, Child care, Legal services, Employment
Hackney (United Kingdom) E. A. Stanko, D. Crisp, C. Hale, & H. Lucraft	\$8,000,000	1997	Physical and sexual abuse of women and children	Police, Civil justice, Housing, Refuge, Social services, and Health care
Switzerland A. Godenzi & C. Yodanis	\$290,000,000	1998	Physical, sexual, and psychological abuse of women and girls	State costs – Medical treatment, Police and justice, Victim-related support, Support and counseling, Research

Fonte: Godenzi e Yodanis, 1999.

- di accoglienza, case-famiglia, famiglie affidatarie) e quelle per gli interventi di prevenzione;
3. *i costi non monetari*, che non sono direttamente sostenuti dal sistema dei servizi, ma gravano sulle vittime che riportano un aumento di stati patologici e mortalità;
  4. *effetti di moltiplicazione economica* (Buvinic *et al.*, 1999), quali perdita di rendimento scolastico, di produttività e di partecipazione alla generazione di reddito familiare;
  5. *effetti moltiplicatori sociali* (Buvinic *et al.*, 1999), quali l'impatto intergenerazionale della violenza sui bambini, l'erosione del capitale sociale, il peg-

gioramento della qualità della vita e la riduzione della partecipazione alla vita sociale.

La stima dei costi socioeconomici della violenza va incontro alle stesse difficoltà esistenti nella stima delle vittime di violenza: i dati sono scarsi e frammentari e sovente è necessario utilizzare delle *proxy* per ricostruire stime del fenomeno. Nel corso degli anni Novanta, si è iniziato a leggere il problema anche da questa angolazione e in numerosi Paesi sono state svolte ricerche e analisi che hanno permesso di apprezzare le conseguenze del fenomeno anche in termini di erosione di risorse sociali ed economiche. Nella tabella 4 si riportano i dati tratti da alcuni studi i cui autori si sono cimentati nella stima di costi per interventi che sono riconducibili essenzialmente alla prevenzione secondaria e terziaria del fenomeno.

### 3. Quali strategie e quali interventi?

L'OMS rileva che la maggior parte dei programmi esistenti hanno essenzialmente finalità proprie della prevenzione secondaria e terziaria, mentre pochi sono quelli costruiti attorno alla prevenzione primaria. Ciò che finora è stato fatto rientra prevalentemente tra le misure volte al contenimento del danno e della cronicizzazione, con interventi focalizzati sulle vittime, sugli autori oppure su gruppi a rischio (tabella 5).

I veri progetti di prevenzione primaria, ricorda l'OMS, non possono essere che percorsi complessi e necessariamente di ampio respiro perché i cambiamenti che intendono perseguire investono dimensioni valoriali, culturali, sociali e mentali profonde dei singoli, delle istituzioni e delle società nel loro complesso.

Ancora molto resta da fare.

Sono trascorsi poco più di 50 anni da quando Henry Kempe (1961) fornì per la prima volta una descrizione della «sindrome del bambino battuto», dandone una definizione clinica completa di considerazioni pediatriche, psichiatriche, radiologiche e legali utili alla diagnosi. Da allora la ricerca e l'intervento hanno fatto indubbi passi da gigante, anche grazie a una maggiore sensibilità da parte dell'opinione pubblica e delle istituzioni. Si è in qualche modo abbassata la soglia di tolleranza sociale della violenza e una nuova cultura dei diritti dell'infanzia si è andata lentamente affermando.

Una maggiore conoscenza del fenomeno ha rivelato quanto sia indispensabile accedere a una logica di intervento che esca dall'emergenzialità per assumere un approccio proattivo e non solo reattivo, di medio-lungo periodo, nel quale siano integrati obiettivi di prevenzione primaria e di riduzione del danno.

## Sezione 4

Tabella 5. Gli interventi più diffusamente realizzati per contrastare il *child abuse*.**1. Supporto ai nuclei familiari**

- Sostegno e formazione alla genitorialità (sia con progetti di tipo specifico su gruppi a rischio sia rivolti alla generalità delle famiglie)
- *Home visiting* (assistenza domiciliare) e altri programmi di supporto familiare
- Servizi intensivi di protezione per l'intero nucleo familiare\*

**2. Interventi basati sui servizi per la salute**

- Programmi di screening da parte degli operatori del servizio sanitario finalizzati alla rilevazione precoce del maltrattamento
- Iniziative di formazione specialistica per i professionisti del sistema sanitario

**3. Interventi terapeutici**

- Servizi per le vittime
- Servizi per i bambini testimoni di violenza domestica
- Servizi per adulti abusati in età minore

**4. Tutela legale e misure collegate**

- Assunzione di specifiche procedure per le segnalazioni volontarie e obbligatorie
- Servizi di protezione del bambino
- Équipe di controllo sulle cause di morte in età infantile
- Azioni di tipo repressivo basate sulla definizione di procedure specifiche per l'arresto e i procedimenti giudiziari
- Programmi di trattamento terapeutico obbligatorio per gli abusanti

**5. Interventi di comunità**

- Programmi di prevenzione e educazione socioaffettiva nelle scuole
- Campagne di massa di tipo preventivo ed educativo
- Progetti culturali e di sensibilizzazione volti al cambiamento delle attitudini e dei comportamenti della comunità

**6. Interventi politico-istituzionali a livello nazionale e sovranazionale**

- Definizione e implementazione di politiche e programmi nazionali contro la violenza
- Stipula di trattati internazionali

\*Si tratta di programmi relativamente di breve durata (dai quattro ai sei mesi), ma intensi in termini di interventi sociali e di valutazione prestati al nucleo – dalle 10 alle 30 ore alla settimana – che vengono attuati nel momento della crisi per porre fine al maltrattamento ed evitare l'allontanamento del minore.

In un orizzonte al contempo presente e futuro, quali sono le raccomandazioni fornite dall'OMS per lottare contro ogni forma di abuso ai danni di bambine, bambini e adolescenti?

Numerose sono le aree d'azione sulle quali l'OMS chiama i governi e le organizzazioni di settore ad agire con forza e determinazione. Le strategie non possono che essere di tipo integrato, sia dal punto di vista delle discipline e delle professionalità coinvolte che dei livelli di implementazione degli interventi. L'approccio ecologico proposto implica la creazione di sinergie a livello della

famiglia, delle comunità locali, della società civile, degli Stati nazionali e delle organizzazioni internazionali.

1. Migliorare la rilevazione e la valutazione del *child abuse*
  - potenziamento delle capacità di riconoscimento, rilevazione e valutazione del fenomeno e dei danni prodotti dalla violenza;
  - svolgimento di indagini periodiche sia di tipo censuario che su popolazioni campione;
    - formazione degli operatori alla rilevazione e alla valutazione dei casi.
2. Qualificare e potenziare la capacità di risposta da parte del sistema di protezione e tutela
  - creazione di una filiera di servizi atti a dare le risposte adeguate e con la giusta tempistica ai bisogni dei bambini e delle loro famiglie;
  - offerta sufficiente di servizi sociali, sanitari e giudiziari per accogliere i bisogni dei minori e delle famiglie;
  - individuazione e adozione di procedure per la valutazione della disponibilità e qualità dei servizi attivi.
3. Promuovere e attuare politiche nazionali e locali
  - adozione di piani finalizzati ad assicurare la disponibilità di professionisti formati, interventi multidisciplinari, strutture di accoglienza alternative alla famiglia, l'accesso ai servizi per la salute, risorse per le famiglie;
  - garanzia di procedure e norme legislative che assumano il principio del superiore interesse del fanciullo e riducano il rischio di abuso istituzionale a seguito di ritardi, inefficienze e utilizzazione di tecniche e modalità di gestione dei procedimenti che non tengono conto delle effettive condizioni del minore (non abusare con la richiesta di ascolti testimoniali del minore, assicurare la presenza di personale in grado di sostenere il minore nel corso del processo se il bambino deve essere portato in aula, ecc.).
4. Accrescere la qualità e la quantità di dati disponibili
  - organizzazione di sistemi nazionali e locali per la raccolta e la registrazione dei casi segnalati ai servizi, poiché la mancanza di dati attendibili limita lo sviluppo di politiche di intervento appropriate e la valutazione dell'impatto degli interventi;
  - utilizzazione dei dati per sensibilizzare gli operatori e renderli consapevoli circa l'estensione e le caratteristiche delle differenti forme del *child abuse*;
  - comparazione dei dati raccolti in differenti contesti nazionali e socioculturali.

5. Sostenere lo sviluppo della ricerca
  - sulle metodologie di intervento sul versante sia delle differenti discipline sia dei vari approcci culturali al problema per raggiungere un più ampio consenso. La comprensione dei differenti modelli culturali sottostanti le varie discipline che si occupano di infanzia può aiutare a dotarsi di definizioni di abuso che funzionano nella rilevazione e comprensione delle diverse manifestazioni del fenomeno all'interno di ciascun Paese. L'esplicitazione dei vari paradigmi culturali che sono sottesi al lavoro degli operatori potrà facilitare l'interpretazione della variabilità di risultati che sovente si scopre esistere nella letteratura scientifica internazionale;
  - sulla trascuratezza di bambini e adolescenti. La trascuratezza è una forma di *child abuse* fortemente collegata a basse condizioni nel livello del reddito e dell'educazione; è quindi fondamentale riuscire a distinguere quando si è dinanzi a trascuratezza oppure a una situazione di deprivazione collegata alle condizioni socioeconomiche delle famiglie, la cui rimozione richiede politiche sociali contro l'emarginazione, la povertà e l'esclusione sociale;
  - sui fattori di rischio. Per esplicitare le similarità e le differenze tra i numerosi fattori di rischio che appaiono ricorrere nei più diversi contesti e quelli che sembrano connessi a particolari sistemi socioculturali. L'OMS segnala l'esigenza di approfondire meglio la conoscenza di come le aspettative dei genitori rispetto al comportamento del bambino variano tra le culture e di quali caratteristiche del bambino entrano in gioco quando si verifica un abuso o un maltrattamento. Altra area di studio indicata è quella riguardante fattori di protezione che interagiscono con quelli di rischio nel determinare la traiettoria degli effetti della violenza.
6. Documentare l'efficacia delle risposte
  - sostegno a studi sull'efficacia delle azioni intraprese al fine di individuare quelle che danno i migliori risultati anche in sistemi sociali differenti e favorire il trasferimento delle migliori pratiche;
  - diffusione di metodologie per la valutazione della capacità preventiva di programmi e misure di protezione rivolte a bambini o famiglie.
7. Investire e promuovere la formazione degli operatori, in particolare del settore sociosanitario e educativo
  - incentivo allo sviluppo di competenze di screening e valutazione del *child abuse* tra i professionisti del settore medico e più in generale della sanità pubblica;
  - attivazione di percorsi di studi a livello secondario, universitario e delle scuole di specializzazione.

Le indicazioni strategiche suggerite con forza dall'OMS hanno contenuti fortemente innovativi in considerazione del contesto nel quale sono maturate perché si sposano con una lettura dell'abuso all'infanzia che non lo riduce a disturbo, a specifica patologia, bensì lo qualifica come evento di natura traumatica che ha radici anche di tipo culturale e politico, i cui esiti non sono tipicizzabili e le cui cause sono connesse ad un'articolata costellazione di fattori individuali ed extraindividuali che investono ogni sistema nel quale si esprime e si sviluppa la vita di ogni individuo.

L'OMS lancia una sfida al mondo adulto, alle istituzioni locali, alle organizzazioni statuali e internazionali: proviamo a raccoglierla.

#### 4. Alcune considerazioni finali per quanto riguarda l'Italia

Dalla seconda metà degli anni Ottanta in Italia sono state avviate numerose e importanti esperienze nel campo sia della prevenzione che della protezione e tutela dei minori vittime di maltrattamento, abuso e sfruttamento sessuale. Una rassegna delle principali esperienze è stata fatta in occasione della stesura della Prima e della Seconda relazione al Parlamento sullo stato di attuazione della legge n. 269/98, nonché nell'ambito di un lavoro di ricognizione sui progetti finanziati grazie ai fondi messi a disposizione dalla legge n. 285/97. In questo settore, la legge 285 ha svolto una funzione di stimolo per la diffusione e il potenziamento di iniziative specifiche e di servizi specialistici, con ciò contribuendo a far emergere il fenomeno della violenza all'infanzia nelle sue caratteristiche di evento trasversale ai diversi gruppi socioculturali, non episodico e grave in ordine ai suoi effetti di breve e lungo periodo. Adesso è iniziata una nuova fase attuativa per la legge n. 285/97, legge entrata a comporre il Fondo nazionale per le politiche sociali secondo quanto stabilito dalla *Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali*, n. 328 del 2000, che ha fatto proprie, tra le altre, le finalità della legge, ponendole alla base degli interventi del sistema integrato di interventi e servizi sociali.

La riforma del Titolo V della Costituzione, che ha attribuito competenza esclusiva delle Regioni in materia sociale, pone adesso una serie di interrogativi sulle future modalità di programmazione e di attuazione delle politiche sociali in questo settore, e anche alcune preoccupazioni affinché non venga disperso l'importante e ricco patrimonio di esperienze e professionalità costruito nel corso degli anni in tutte le regioni italiane.

Le iniziative che hanno preso vita nel corso degli anni si muovono lungo quattro principali linee di azione che trovano eco nelle raccomandazioni del-

l'OMS, segnalando l'esperienza italiana come un laboratorio di buone pratiche che tengono in confronto anche a livello internazionale:

1. mobilitazione e promozione delle risorse istituzionali e del terzo settore;
2. crescita della consapevolezza circa le dimensioni e le caratteristiche del fenomeno a livello di comunità e di servizi e sviluppo delle competenze per la rilevazione, la protezione, la valutazione e, ma assai meno, il trattamento;
3. integrazione tra i diversi servizi del territorio e coordinamento tra i vari sistemi istituzionali di protezione e tutela;
4. specializzazione dei servizi esistenti e creazione di nuovi per la rilevazione, l'accoglimento della domanda di aiuto, la protezione, l'accertamento della violenza denunciata, la valutazione della ricuperabilità della famiglia, l'accompagnamento psicosociale nell'iter processuale e il trattamento.

Tali linee strategiche hanno preso corpo attraverso molteplici e differenziate azioni che vanno dall'organizzazione di percorsi di sensibilizzazione e formazione sui temi del disagio, del maltrattamento e della violenza sessuale all'infanzia, all'apertura o al potenziamento di servizi specialistici per la prevenzione, la rilevazione, la valutazione, il trattamento e il sostegno socioeducativo; dalla creazione o riqualificazione di strutture di accoglienza per minori, madri con bambini o ragazze uscite dal circuito prostituzionale, alla costituzione di organismi di reti e coordinamento interistituzionale; dalla stipula di protocolli di intesa tra uffici giudiziari e servizi per rendere più omogenee e condivise le procedure e le pratiche di intervento, all'adozione di linee guida regionali che offrono criteri, parametri e indicazioni operative per le funzioni di rilevazione, valutazione e segnalazione dei casi di abbandono, maltrattamento, abuso e sfruttamento sessuale di minori.

Uno dei nodi problematici che attraversa trasversalmente tutta la progettualità espressasi attorno al tema della prevenzione e della protezione dei bambini dalla violenza, anche al di là di quanto maturato grazie alla legge 285, è costituito dall'insufficienza di metodologie e criteri di monitoraggio e valutazione dell'impatto degli interventi. È questa una debolezza che rischia di vanificare gli sforzi compiuti, lasciando nella precarietà e quindi destinati a morire progetti importanti che, pur nati in una dimensione locale, meriterebbero di essere studiati con attenzione per renderli trasferibili a livello nazionale.

Come si legge nel rapporto dell'OMS, una parte considerevole dell'impatto a breve e lungo termine della violenza sui singoli e sulla collettività grava sulle istituzioni sanitarie, che sono perciò chiamate a svolgere una funzione chiave nelle strategie di prevenzione. Da questo punto di vista merita ricordare che nel nostro Paese la cura della salute del bambino e dell'età evolutiva in ambito sanitario e in particolare gli interventi di prevenzione e trattamento ine-

renti maltrattamenti, abusi e sfruttamento sessuale hanno trovato indicazioni concrete all'interno dell'ultima edizione del Progetto obiettivo materno-infantile previsto dal Piano sanitario nazionale per il triennio 1998-2000 (DM 24 aprile 2000, pubblicato in Gazzetta Ufficiale n. 131 del 7 giugno 2000). Le strategie d'intervento erano modellate attorno agli obiettivi di:

1. rilevamento dei dati per far emergere il fenomeno, indagarlo e conoscerlo sia sotto il profilo quantitativo che qualitativo, integrando i dati raccolti tramite l'area giudiziaria con quelli dell'area sociale e sanitaria (pronto soccorso, pediatri di libera scelta, medici di medicina generale, consultori familiari);
2. formazione (di base e specialistica) degli operatori sanitari dei servizi territoriali;
3. organizzazione dei servizi "in rete" con la creazione di servizi integrati su tutto il territorio in grado di porsi come riferimento e supporto nei casi di maltrattamento;
4. elaborazione di protocolli d'intesa a livello regionale al fine di favorire l'integrazione dei percorsi sanitari, sociali e giudiziari e il coordinamento delle risorse pubbliche e private.

Nel Progetto obiettivo materno-infantile veniva, inoltre, sottolineata la necessità di identificare le aree a rischio al fine di stabilire strategie d'intervento diversificate a seconda dei rilievi epidemiologici delle varie patologie. In tale ottica la scuola era considerata un luogo privilegiato di osservazione del disagio dei bambini e degli adolescenti e, anche dal punto di vista sanitario, era ritenuta il contesto sul quale puntare l'attenzione per azioni mirate di prevenzione.

Nella nuova programmazione sanitaria nazionale (Schema di piano sanitario nazionale 2002-2004) è posto forte accento sulla prevenzione tramite la sensibilizzazione all'adozione, durante l'intero arco della vita, di comportamenti e stili di vita (ad esempio tipo di alimentazione, consumo di alcol e fumo, abuso di farmaci) che riducono l'incidenza nell'età adulta delle principali patologie (affezioni respiratorie, tumori, malattie cerebrovascolari, ecc.). In tema di tutela della salute in età evolutiva, uno degli obiettivi è educare alla salute e all'igiene i giovani e le famiglie, con il contributo essenziale della scuola e degli enti territoriali competenti, con particolare riguardo alla prevenzione di maltrattamento, abuso, sfruttamento minorile, dell'obesità, delle malattie sessualmente trasmesse, con particolare riguardo alla prevenzione della tossicodipendenza e degli infortuni e incidenti.

Nella parte dedicata a *La salute del neonato, del bambino e dell'adolescente*, il Ministero evidenzia tra gli obiettivi prioritari dei prossimi tre anni quello di articolare gli interventi di guardia pediatrica e di pronto soccorso secondo un model-



lo interdisciplinare che sia in grado di differenziare il luogo dell'accoglienza e dell'assistenza all'utenza da quello di ricovero mediante la creazione, in ogni unità operativa pediatrica, di un'area di osservazione temporanea, opportunamente regolamentata. Si tratta di un obiettivo significativo nell'ambito di interesse perché una migliore capacità di valutazione medico-sanitaria dei bambini che entrano in contatto con gli ospedali e i pronto soccorso pediatrici potrebbe favorire una precoce rilevazione di situazioni di disagio o di rischio già conclamatosi. L'attuale organizzazione ospedaliera, insieme alla mancanza di una continuità assistenziale sul territorio, ha determinato, nel 1999, un tasso di ospedalizzazione dell'119%, un valore significativamente più elevato rispetto a quello dei Paesi europei, quali ad esempio il Regno Unito (51%) e la Spagna (60%). Malgrado la Convenzione internazionale di New York e la Carta europea dei bambini degenti in ospedale (con la risoluzione del Parlamento europeo del 1986), ancora più del 30% dei pazienti in età evolutiva viene ricoverato in reparti per adulti e non in area pediatrica. L'area pediatrica è invece da considerarsi «l'ambiente in cui il Servizio Sanitario Nazionale si prende cura della salute dell'infanzia con caratteristiche peculiari per il neonato, il bambino e l'adolescente».

Nella parte dedicata all'obiettivo sociale della *salute mentale* il Ministero segnala tra gli aspetti di maggiore criticità alcune aree che influenzano l'adeguatezza o meno della risposta del comparto sanitario nella prevenzione e nell'erogazione di cure in materia di disagio dell'infanzia e dell'adolescenza e, più in specifico, di abuso e sfruttamento sessuale:

- la disomogenea distribuzione dei servizi sul territorio nazionale;
- la mancanza di coordinamento fra i servizi sociali e sanitari per l'età evolutiva e i servizi per gli adulti;
- la carenza negli organici dei dipartimenti di Salute mentale;
- la carenza di sistemi informativi nazionali e regionali per il monitoraggio quali-quantitativo delle prestazioni erogate e dei bisogni di salute della popolazione;
- la scarsa diffusione delle conoscenze scientifiche in materia di interventi basati su prove di efficacia e la relativa adozione di linee guida da parte dei servizi, nonché di parametri per l'accreditamento delle strutture assistenziali pubbliche e private;
- la presenza di pregiudizi e atteggiamenti di esclusione sociale nella popolazione.

Tra le azioni a breve termine sollecitate dal Ministero il Piano nazionale menziona:

- la riduzione delle disomogeneità nella distribuzione dei servizi e negli organici all'interno del territorio nazionale superando le discrepanze esistenti

tra il Nord e il Sud del Paese e all'interno delle singole realtà regionali, anche attraverso il ricorso al contributo di strutture private sociali e imprenditoriali;

- una maggiore attenzione alla prevenzione primaria e secondaria, ai problemi della salute mentale in età evolutiva e nell'età "di confine", che si concretizza in un'offerta di servizi insufficiente e alla quale è utile rispondere anche con il contributo, almeno in fase sperimentale, di strutture accreditate del privato sociale e imprenditoriale;
- la pianificazione degli interventi di prevenzione, diagnosi precoce e terapia dei disturbi mentali in età infantile e adolescenziale attivando stretti collegamenti funzionali tra strutture a carattere sanitario (neuropsichiatria infantile, dipartimento materno-infantile, pediatria di base) e altri servizi sociali e istituzioni a carattere educativo, scolastico e giudiziario.

L'investimento sulle strutture sanitarie pediatriche costituisce una delle chiavi di volta di un buon sistema di prevenzione del disagio infantile e familiare: «La formazione professionale e culturale del pediatra lo porta a essere il naturale destinatario dei controlli di salute del bambino, ma anche il referente privilegiato al quale i genitori possono comunicare incertezze, ansie, preoccupazioni riguardanti lo sviluppo» (Carini, 2001). Il pediatra potrebbe costituire le antenne sensibili di tale sistema, avendo la possibilità di entrare in contatto con le famiglie e di seguire nel tempo il percorso di crescita dei bambini. Un recente studio epidemiologico multicentrico nel campo del maltrattamento infantile coordinato dall'Istituto superiore di sanità (*Pediatric Emergencies Screening*, 2000) ha dimostrato le potenzialità delle strutture sanitarie pediatriche: un'adeguata formazione e l'adozione di protocolli uniformi di rilevazione hanno consentito di arrivare a un tasso di rilevazione di situazioni "critiche" superiore di ben 13 volte rispetto a quello ordinario stimato (da 0,06% a 0,8%). La finalità dello studio era di valutare la prevalenza dei casi di maltrattamento infantile che arrivano all'osservazione dei servizi di pronto soccorso pediatrico. Su 19 punti di osservazione distribuiti sull'intero territorio nazionale, sorteggiati 15 giorni-indice, un ricercatore, adottando una metodologia diagnostica standardizzata, ha seguito per 12 ore insieme al pediatra ospedaliero tutti i casi di bambini in età 0-14 anni giunti al pronto soccorso. Su un totale di oltre novemila casi inclusi nella ricerca, adottati una definizione operativa restrittiva di maltrattamento (*danno obiettivabile sul piano fisico, sessuale o psichico, ascrivibile ad abuso fisico o sessuale o a trascuratezza grave*) e un questionario standard per la raccolta di informazioni sul bambino e il contesto familiare, la valutazione su una scala Likert a 6 punti per l'apprezzamento della compatibilità di quanto osservato con l'ipotesi di maltrattamento ha portato i ricercatori a registrare 1064 casi di criti-

cià, nei quali i ricercatori hanno potuto formulare un giudizio di compatibilità o di certezza rispetto all'ipotesi di maltrattamento.

Il coinvolgimento e la competenza del settore sanitario sulle materie del maltrattamento e dell'abuso sono stati confermati anche dall'atto di indirizzo e coordinamento per l'integrazione sociosanitaria (DPCM 14 febbraio 2001), che attribuisce la competenza di spesa al 100% a carico del Servizio sanitario nazionale per le prestazioni mediche specialistiche, terapeutiche, di indagine diagnostica sui minori finalizzate alla protezione del minore in stato di abbandono e alla tutela della sua crescita anche attraverso affidi e adozioni e per gli interventi di prevenzione, assistenza e recupero psicoterapeutico dei minori vittime di abusi, di cui alle leggi n. 66/96 e n. 269/98, nonché al DM 24 aprile 2000. Infine, anche in materia di Livelli di assistenza sanitaria (LEA), fra quelli essenziali dell'assistenza territoriale ambulatoriale e domiciliare, nonché quelli di assistenza sanitaria e sociosanitaria alle donne, ai minori, alle coppie e alle famiglie, si riconferma la natura sanitaria delle prestazioni specialistiche in favore dei minori vittime di abusi. In questo ambito è però ancora aperto il percorso di programmazione a livello regionale, specialmente in materia di livelli essenziali di assistenza sociale.

Integrazione sociale e sanitaria, formazione degli operatori, connessioni coerenti con gli altri soggetti che sul territorio affiancano le famiglie e i bambini nella quotidianità del bene-essere oppure in momenti di temporanea o più grave e cronica difficoltà, sono parole-chiave che ricorrono nelle politiche e negli indirizzi di azione promossi in Italia nel corso dell'ultimo decennio. E queste sono alcune delle colonne portanti di un progetto sociale che voglia promuovere la prevenzione valorizzando le risorse di una comunità educante e protettiva.

Sui temi della prevenzione, della raccolta di dati e della ricerca su fenomeni violenza all'infanzia fino a oggi rimasti ai margini dell'attenzione degli operatori, quali la violenza assistita, si pronuncia con chiarezza anche il recente Piano nazionale di azione e di interventi per la tutela dei diritti e lo sviluppo dei soggetti in età evolutiva 2002-2004. Tre principi sono sottesi, tra gli altri, alla base degli indirizzi ivi presentati:

1. il rispetto del superiore interesse del bambino;
2. la valorizzazione della famiglia come comunità educante;
3. la ricerca di strumenti per il rafforzamento della protezione dei minori da ogni forma di violenza: protezione da intendersi nella sua triplice accezione della *prevenzione*, della *tutela* e del *recupero del soggetto in età evolutiva in difficoltà*.

Il Piano si sviluppa lungo l'asse del benessere e del malessere dell'infanzia e dell'adolescenza, individuando anche quell'area grigia della momentanea

carenza dei nuclei familiari che vivono momenti di crisi (separazioni, nascita di un figlio, cambiamento nelle condizioni economiche) e di difficoltà, a cui, se non è corretto dare una risposta di tipo medicalizzante e assistenziale, è però importante che corrisponda una risposta di tipo supportivo, onde evitare che il disagio temporaneo si cronicizzi sino a produrre il rischio di un più grave disagio ai danni dei minori presenti nel nucleo.

Un'ultima breve osservazione conclusiva nell'ottica della prevenzione, forse in parte trascurata nello stesso rapporto dell'OMS. Nel nostro Paese sempre più numerosa è la presenza di minori di origine straniera, nati in Italia o qui giunti al seguito dei loro genitori. Anche questi bambini possono essere vittime di forme di disagio grave qualificabile come *child abuse*. In una prospettiva di accoglienza e di prevenzione è necessario interrogarsi su quanto i nostri servizi sociosanitari – oltre alla scuola, agenzia di socializzazione primaria per questi bambini e adolescenti – siano effettivamente in grado di dare risposte adeguate a eventuali, urgenti necessità di protezione e di tutela da parte di questi minori. La probabilità che la loro sofferenza rimanga nascosta e incompresa è oggettivamente elevata a causa di una serie di fattori di tipo culturale, sociale e organizzativo. Il disagio vissuto da questi bambini può restare nascosto per motivi socioculturali inerenti sia la famiglia di origine, diffidente rispetto all'accesso a strutture pubbliche, talvolta vissute come organi di controllo piuttosto che di aiuto, sia gli stessi servizi sociosanitari presenti sul territorio. Questi ultimi sono ancora oggi in larga misura impreparati ad accogliere questo tipo di utenza e a interpretarne esigenze diverse da quelle strettamente inerenti un supporto materiale (buoni pasto, alloggio, ecc.). Ci sono situazioni di solitudine ed emarginazione che faticano a essere espresse a causa di differenze linguistico-culturali che si frappongono tra le persone in stato di bisogno e le risorse, come un ostacolo che può avere tragiche conseguenze. Sussistono pregiudizi in ordine alla normalità di condizioni di vita che in altri frangenti sarebbero correttamente definite di trascuratezza grave o abuso, e mancano risorse professionali capaci di mediare e di interpretare, anche in senso letterale, le richieste di aiuto e consulenza da parte di donne e minori in stato di difficoltà.

## Riferimenti bibliografici

**Buvinic, M., Morrison, A.R., Shifter. M.**

1999 *Violence in the Americas: A framework for Action*, in A.R. Morrison, M.L. Biehl (eds.), *Too close to home: Domestic violence in the Americas*, Washington DC, Banca Interamericana di Sviluppo

## Sezione 4

**Carini G.**

2001 *Il pediatra di fronte alla rivelazione di abuso*, in A. Carini, M.T. Pedrocchi Biancardi, G. Soavi (a cura di), *L'abuso sessuale intrafamiliare*, Milano, Cortina

**DH (Department of Health)**

2001 *Children and Young People on Child Protection Registers. Year Ending 31 March 2001*, England, National Statistics

**Godenzi, A., Yodanis, C.L.**

1998 *First report on the economic costs of violence against women*, Fribourg, University of Fribourg

**Godenzi, A., Yodanis, C.L.**

*Male violence: the economic costs. A methodological review*, paper presented at the seminar *Men and violence against women*, Strasbourg, 8 October 1999

**Greaves, L., Hankivsky, O., Kingston-Riechers, J.**

1995 *Selected estimates of the costs of violence against women*, London (Ontario), Centre for Research on Violence Against Women and Children

**Gruppo nazionale PES**

2001 *Prevalenza, caratteristiche e fattori di rischio nel maltrattamento infantile: una overview dei risultati di uno studio nazionale in 19 servizi di pronto soccorso pediatrico*, abstracts repertori ricerche, Roma, Istituto Superiore di Sanità

**Nicolais, G.**

2002 *La diagnosi nell'abuso intrafamiliare: teorie, metodologie, prospettive*, in «Infanzia e adolescenza», 3, 182-95

**Office of Women's Policy**

1996 *The financial and economic costs of domestic violence in the Northern Territory*, Northern Territory, KPMG

**OMS**

1996 *Violence against Women*, WHO Consultation, FRH/WHO/97.8, Ginevra, Organizzazione mondiale della sanità

1999a *Putting Women's Safety First: Ethical and Safety Recommendations for Research on Domestic Violence against Women*, WHO/EIP/GPE/99.2, Ginevra, Organizzazione mondiale della sanità

1999b *Consultation on Child Abuse Prevention*, WHO/HSC/PVI/99.1, Report of the Consultation on Child Abuse Prevention, 29-31 March 1999, Geneva, World Health Organization

2002 *World Report on violence and Health*, Ginevra, Organizzazione mondiale della sanità

**Snively, S.**

1994 *The New Zealand economic costs of family violence*, Auckland, Coopers and Lybrand

**Stanko, E.A., Crisp, D., Hale, C., Lucreft, H.**

1997 *Counting the costs: Estimating the impact of domestic violence in the London borough of Hackney*, Middlesex, UK, Brunel University

**UNICEF**

2000 *La violenza domestica contro le donne e le bambine*, «Innocenti Digest», 6

**I servizi territoriali  
e la prevenzione  
del maltrattamento  
e dell'abuso all'infanzia:  
aspetti organizzativi,  
risorse e nodi problematici**

*Marianna Giordano*

**APPROFONDIMENTI**

**Prevenzione, formazione  
e intelligenza emotiva**

*Claudio Foti*

**Problematiche giuridico-istituzionali  
di un servizio integrato di tutela  
dei minori**

**Alcune riflessioni**

*Andrea Pinna*

**Sezione 5**



# I servizi territoriali e la prevenzione del maltrattamento e dell'abuso all'infanzia: aspetti organizzativi, risorse e nodi problematici

Marianna Giordano\*

...Tutto cominciò una notte di primavera: in cielo splendeva la luna piena. La strega Vetriola attraversava il bosco sulla sua scopa volante quando curiosando con i suoi occhiali magici, scoprì il fagotto in cui si stava formando un nuovo folletto. Era nascosto, come tutti i folletti in formazione, in un luogo ben riparato nel bosco. Una grande roccia lo proteggeva dal vento ed era circondato da felci e funghi.

La strega volò fino a terra e fermò la scopa vicino alla grande roccia sogghignando. Si avvicinò al tenero embrione di folletto e, crudelissima, strappò il morbido involucre che lo proteggeva.

Questo involucre è una specie di sacco a pelo che protegge i piccoli folletti che si stanno sviluppando. È un fagotto morbido e tiepido, soffice e profumato. È fatto di affetto, di sorrisi, di carezze, di amicizia, di tenerezza, di marachelle, di curiosità, di solletico, di odore di pane tostato, di aroma di pasticcini caldi, di profumo di buccia di limone, del colore dei raggi del sole in primavera, della fragranza dell'erba appena tagliata, dei gustosi sapori dolci e dei gustosi sapori salati, del rumore di acqua di sorgente, di bollicine d'aranciata e di mille cose belle. Voi capite che crescere in un involucre del genere deve essere meraviglioso ed è assolutamente necessario affinché un folletto possa diventare la creatura meravigliosa che tutti ci aspettiamo che sia.

La terribile strega Vetriola prese da sotto il mantello una boccetta di vetro verde, rovesciò un intruglio nero e maleodorante sul piccolo folletto e, contemporaneamente, recitò un'orribile sequela di formule magiche. Il corpicino nudo tremava di freddo e paura. Si raggomitò su se stesso. Quindi, a poco a poco, cominciò a diventare di un colore sempre più scuro. La strega contemplò soddisfatta il risultato della sua opera. Lanciò tre spaventose ed orribili risate, risalì sulla scopa e si allontanò volteggiando in cielo. Appena fu scomparsa, le felci ed i funghi si strinsero intorno allo sfortunato folletto, per cercare di ripararlo e di proteggerlo...

(M. Puncel, *Un folletto a righe*, Piemme)

## 1. Come felci, funghi, rocce...

*La riflessione che segue parte dall'esperienza continua – come felci, funghi, rocce – di aiutare i piccoli folletti a crescere in modo sicuro e delle difficoltà di farlo, pur essendo delle belle specie di felci, funghi, rocce, in un bosco magnifico.*

La favola ci aiuta a mettere al centro dei nostri pensieri il folletto e il suo bisogno di accudimento per crescere e a interrogarci su come ci organizziamo per riempire il fagotto di tante cose buone. Non dedicheremo attenzione invece alla strega Vetriola, personaggio imprescindibile in una favola, ma lontano da ciò che pensiamo sia l'adulto maltrattante: non un orco malefico, ma una persona che non ha altri modi di esprimere la sua sofferenza e/o non conosce altri linguaggi relazionali (o forse è così anche per la strega, ma qui non abbiamo tempo per dedicarci alla sua storia).

A partire da questa suggestione, il contributo mira a mettere a fuoco alcune caratteristiche sul lavoro di prevenzione del maltrattamento e dell'abuso

---

\* Istituto Toniolo, Napoli.



all'infanzia con l'ambizione di avviare dei processi di riflessione che possono orientare una maggiore consapevolezza sulle *connessioni tra scelte organizzative e qualità dei servizi offerti*, tra *livello operativo e vissuti emotivi*.

La dimensione organizzativa svolge una funzione centrale nella realizzazione dei servizi alle persone (Olivetti Manoukian, 1998; Bertotti, 1999): l'incisività di un intervento non dipende solo dalle competenze specialistiche messe in gioco ma anche dall'assetto organizzativo, dai processi di lavoro e dalle connessioni che si riescono ad attivare.

Anche la prevenzione del maltrattamento e dell'abuso è dunque possibile solo all'interno di un contesto caratterizzato da valori, significati, relazioni, scelte, processi, norme. Occorre, quindi, fare i conti con *le rappresentazioni culturali* del fenomeno e con *le capacità di connessione* tra i diversi attori.

## 2. Il fagotto del folletto, ovvero le rappresentazioni culturali

*Ci interroghiamo sull'involucro del folletto, su come sia meraviglioso e necessario, su come possa essere e... forse scopriamo di non avere tanti pensieri in questo senso.*

La dimensione organizzativa di un servizio esprime una visione di valori e significati: in questo caso i pensieri riguardano il benessere dei bambini e nello specifico la prevenzione del maltrattamento e dell'abuso. Tuttavia i bambini spesso diventano clienti invisibili nei nostri servizi, mentre ci affanniamo a costruire procedure ed equilibri sofisticati per garantirci i nostri spazi di operatori.

Condividere un'idea di salute e di benessere mette in gioco non solo i saperi professionali ma anche i significati e i valori di fondo di una persona, le idee, i pensieri, le rappresentazioni sul bambino, la famiglia, la genitorialità, l'assistenza, l'educazione, il sostegno, la scuola, il contesto sociale, ecc. Se ci si avvicina ai servizi, non sono facilmente leggibili le idee su cui si basa l'organizzazione del lavoro e la pratica professionale degli operatori. Spesso vi sono pensieri contraddittori; altre volte, drammaticamente, bisogna riconoscere che *non vi sono pensieri*, ma un agire in risposta alle domande ispirato da prassi burocratiche o consuetudinarie. Una sfida quindi da raccogliere è riempire di significato il benessere, iniziando a declinarlo a misura di bambino.

D'altra parte, la nostra società è prevalentemente organizzata su un *modello adultocentrico* (Foti, 1998) che – al di là delle parole – riconosce poco spazio ai diritti, ai bisogni e alle emozioni dei bambini. Così anche i servizi sono a dimensione adulta nelle modalità di accesso, nel linguaggio, nei tempi, negli spazi, nelle regole di funzionamento, senza considerare il benessere o i rischi che i bambini corrono. La promozione di servizi per la prevenzione non può

quindi prescindere dall'interrogarsi sulla congruenza tra la rappresentazione dell'infanzia e i percorsi offerti, e in particolare tra le idee di benessere, rischio e danno e gli interventi proposti.

Un altro aspetto cui accennare riguarda la prevalenza, nell'opinione pubblica ma anche nella pratica dei servizi, di una *cultura assistenziale* o *riparativa* più che *preventiva*. Negli ultimi anni, tuttavia, si sono sviluppate alcune riflessioni sulla prevenzione fino a elaborare una distinzione tra tre diversi livelli (Biancardi, 2001; Campanini, 2000; Pregno, 2000).

Per *prevenzione primaria* si intende la promozione del benessere e le azioni per evitare l'insorgenza di patologie o disagi. È finalizzata allo sviluppo – nei minori e negli adulti – di una cultura consapevole dei bisogni dei bambini e all'acquisizione di competenze di accudimento, ascolto, educazione tali da contrastare le eventuali condizioni di rischio.

Per *prevenzione secondaria* si intende la possibilità di riconoscere e intervenire prontamente in processi patogenetici. Gli interventi sono orientati a favorire il riconoscimento precoce dei segnali di disagio attraverso lo sviluppo della capacità di ascoltare e individuare i segnali di malessere dei minori e le condizioni di rischio per la loro crescita, connessi a condotte pregiudizievoli di adulti e ad attivare percorsi di aiuto.

Per *prevenzione terziaria* si intende la funzione di contenimento e/o di riabilitazione dei danni. Gli interventi consistono nel lavoro di presa in carico di situazioni già segnate da maltrattamento e abuso e mira a evitare nei limiti del possibile il cronicizzarsi di situazioni segnate da sofferenza e il reiterarsi dei processi di vittimizzazione.

Ovviamente gli interventi di prevenzione si muovono lungo un percorso continuo, per cui può risultare talvolta difficile individuare una linea di demarcazione netta che possa segnare inequivocabilmente i confini tra prevenzione primaria e secondaria da un lato o tra prevenzione secondaria e terziaria dall'altro.

La prevenzione intesa quindi come promozione di una *cultura del benessere dell'infanzia e delle relazioni familiari* è un oggetto specifico di lavoro per i servizi, ma non ancora molto diffuso nel nostro Paese. Dal punto di vista delle *culture professionali* questo implica una tensione sia a individuare criteri e azioni orientati alla prevenzione, sia a ridefinire le funzioni dei professionisti e dei servizi in questa prospettiva.

Maturare una cultura della prevenzione del maltrattamento all'infanzia significa quindi avviare un processo che coinvolge sia le singole professioni sia i servizi nella loro dimensione valoriale e organizzativa per individuare i significati del benessere e le strategie per realizzarlo dal punto di vista fisico, psicologico, relazionale, affettivo, sociale, educativo, ecc.

### 3. Felci, funghi e rocce, ovvero le connessioni

*Il folletto per crescere nel suo fagotto ha bisogno dei funghi, delle rocce, delle felci che intorno a lui creino un ambiente sufficientemente buono. E tuttavia non basta che vi siano. È necessario che le felci e i funghi si stringano intorno al folletto.*

Promuovere il benessere e prevenire il maltrattamento e l'abuso richiedono l'assunzione di un'ottica interdisciplinare e interistituzionale traducibile in modo sintetico, sia pure non esauriente, nel lavoro di rete. Gli interventi, infatti, per essere efficaci devono porsi al crocevia di diversi sistemi: familiare, sociale, sanitario, educativo, scolastico, giudiziario, mass media (Bianchi, 2001).

Nella complessità in cui viviamo le *interdipendenze* sono sempre più evidenti. Tenere presente questa dimensione a livello di progettazione e gestione organizzativa dei servizi di prevenzione significa considerare le connessioni tra i problemi e tra i percorsi<sup>1</sup>. Qui preme sottolineare l'attenzione all'*integrazione* (Giordano, 2001): tra operatori e professioni all'interno di uno stesso servizio, tra operatori e professioni di servizi diversi. La prevenzione del maltrattamento richiede interventi che agiscono sulle diverse dimensioni del bambino e della sua famiglia. Ma l'integrazione non è facile da realizzare né è un processo spontaneo. Più frequentemente si assiste a un lavoro per giustapposizioni o per scissioni. L'integrazione richiede spazi in cui condividere gli obiettivi, valutare l'andamento, riorientare le azioni, elaborare i conflitti.

Può essere utile individuare schematicamente tre aspetti (Costantino, 1997) in cui nella pratica quotidiana spesso si gioca la possibilità di realizzare integrazione:

- *il posizionamento strategico del singolo servizio* nella rete delle risorse formali e informali del territorio: ciascuna organizzazione si colloca con una posizione che "sistemicamente" interagisce con quelle degli altri attori;
- *l'assetto organizzativo interno*: vi sono gruppi di lavoro – formalmente o meno costituiti come équipe – in cui si realizza un confronto tra i diversi approcci professionali (sanitario, educativo, sociale, psicologico), e vi sono realtà in cui la collaborazione avviene in modo formale e gerarchico, producendo sostanzialmente interventi giustapposti e sovrapposti o anche contraddittori perché "non ci si parla";
- *la "regia" della rete territoriale*: è il livello di connessione interistituzionale. A livello macro tra organizzazioni si può avviare un'équipe interistituzionale composta da amministratori e responsabili delle agenzie che condivi-

---

<sup>1</sup> Il tema è approfondito nel contributo di Franco Occhiogrosso, p. 227 e seguenti.

de, riflette e riorienta le azioni complessive per favorire l'integrazione, condotta con un'attenzione all'elaborazione delle differenze e delle diffidenze. A livello micro, per la gestione dei casi, si può costituire un gruppo di operatori che investe energie in un coordinamento concreto in cui sia possibile trattare i problemi e cercare le soluzioni.

#### 4. Un bosco che ripara ovvero una comunità educante

*Chi abita quindi il bosco? Come ci si organizza per riparare i folletti in formazione?*

In altre parole, quali servizi sono coinvolti nei diversi livelli di prevenzione e quali funzioni devono svolgere?

La prevenzione coinvolge tutti coloro che si occupano di infanzia. Riguarda in modo particolare i servizi di base, a bassa soglia di accesso, che intersecano la generalità della popolazione, e impegna gli operatori che a qualsiasi titolo interagiscono con i bambini e le famiglie: i pediatri di comunità, gli operatori degli asili nido e di tutti i servizi per la prima infanzia (Centro nazionale di documentazione e analisi per l'infanzia e l'adolescenza, 1998), gli insegnanti, gli operatori del tempo libero (associazionismo, sport, catechismo, ecc.).

L'idea di una prevenzione che impegna tutti gli adulti a contatto con i bambini fa emergere come – accanto allo sviluppo di *competenze tecniche* specifiche di ciascuna professione per promuovere e sostenere il benessere nell'ambito delle proprie funzioni – sia necessario che ciascuno sviluppi *competenze trasversali* di tipo relazionale per essere in grado di stabilire rapporti significativi con i bambini, con le loro famiglie e con altri operatori.

È un concetto che si intreccia con quello di *comunità educante* (AA.VV., 1996): una situazione che si costruisce quando adulti (genitori, operatori, amministratori) e bambini si mettono in gioco con la propria specificità personale, generazionale, professionale, istituzionale per realizzare progetti di crescita e di cambiamento in cui non vi sono educanti ed educandi, ma sono coinvolti tutti.

La prevenzione richiede un pensiero complesso e articolato che tenga conto non solo dell'elaborazione di prestazioni sofisticate ma anche di una visione complessa e articolata del benessere e del rischio.

All'interno di queste considerazioni più ampie è possibile intraprendere una riflessione sulle diverse tipologie di servizi che possono essere impegnati sul fronte della prevenzione del maltrattamento e dell'abuso all'infanzia, provando a mettere in evidenza gli obiettivi, gli interventi, i percorsi, gli attori, le criticità.

Il discorso è complesso e certamente non esauribile per il movimento in atto nel Paese anche in connessione alla legge 328/00. Lo stato attuale dei servizi è estremamente variegato: mentre nelle aree centro-settentrionali si vive uno smantellamento di servizi preesistenti e una faticosa, dolorosa e a volte preoccupante ridefinizione delle funzioni che sembra quasi disperdere il patrimonio di esperienze maturate negli anni, nel sud si vive una fase di attivazione e organizzazione di servizi, uscendo dal nulla o dalla precarietà finora esistente. In questa cornice si sono sviluppate comunque sul tema della prevenzione del maltrattamento numerose esperienze.

Due recenti ricerche svolte dal Centro nazionale di documentazione e analisi per l'infanzia e l'adolescenza (2001; 2002) forniscono alcune informazioni significative sulle esperienze attivate nell'ambito dei progetti promossi dalla legge 285/97 sul tema del maltrattamento e dell'abuso. A partire da ciò è possibile addentrarsi nel panorama degli interventi in merito alla prevenzione primaria e secondaria.

Gli interventi saranno illustrati con un'attenzione rivolta in modo particolare agli obiettivi, ai percorsi (le attività specifiche), agli attori e ai punti critici.

## 5. Come mettere tante cose buone nel fagotto del folletto ovvero le azioni della prevenzione primaria

*Questo involucro è una specie di sacco a pelo che protegge i piccoli folletti che si stanno sviluppando. È un fagotto morbido e tiepido, soffice e profumato. È fatto di... mille cose belle.*

Se è vero che i folletti in formazione hanno bisogno del fagotto per crescere, a noi tocca comprendere quali cose buone servono e come metterle dentro.

In questo senso, parliamo di promozione di una cultura centrata sulla consapevolezza dei bisogni e dei diritti dell'infanzia e sullo sviluppo/sostegno delle competenze per rispondere alle esigenze dei bambini. La prevenzione primaria, cioè, da un lato mira alla costruzione di qualcosa che non è preesistente (promuovere), vuole attivare valori, processi, modalità di vita nuove rispetto alla centralità dei bambini; dall'altro mira a giocare d'anticipo, nelle situazioni di rischio, per evitare l'insorgere del malessere e del maltrattamento, supportando le competenze vacillanti così da non arrivare al danno (Campanini, 2000).

La ricerca ha evidenziato gli obiettivi che gli interventi vogliono soddisfare e le tipologie di servizi offerti.

Gli *obiettivi* sono declinati in termini di: promuovere i diritti dell'infanzia, prevenire il disagio attraverso la promozione del benessere nelle comunità

locali, contrastare i fattori di rischio sociale, costruire una metodologia di lavoro integrato tra risorse istituzionali e terzo settore.

Le *tipologie* degli interventi proposti possono essere racchiuse in tre ampie fasce: l'*azione culturale*, il *supporto alla genitorialità*, la *costruzione della rete dei servizi* (tab. 1, a pagina seguente).

### 5.1 L'azione culturale

I *servizi*, in questo ambito, si orientano a proporre sensibilizzazione e formazione.

Gli *obiettivi* sono fornire informazioni, creare conoscenza sui fenomeni di disagio, fare accrescere la consapevolezza sui diritti e i bisogni dei bambini, sostenere lo sviluppo di capacità empatiche e relazionali.

I *percorsi*: la *sensibilizzazione* viene proposta attraverso azioni informative o dirette (seminari, conferenze, corsi) o indirette (pubblicazioni, spot, ecc.); la *formazione* viene realizzata con attività orientate all'aggiornamento delle competenze specifiche relative alla propria funzione (corsi di formazione, seminari) o con una metodologia elaborativa (gruppi esperienziali) finalizzata a facilitare percorsi di consapevolezza e di comprensione delle emozioni e di sostegno alla relazione con i bambini.

Gli *attori* sono gli adulti in generale, genitori e operatori del settore sociale, sanitario ed educativo, in quanto impegnati in relazioni interpersonali in cui si gioca il benessere dei bambini.

Il lavoro di sensibilizzazione e formazione<sup>2</sup> deve tenere conto di tre *dimensioni*: *cognitiva*, *emotiva* e *organizzativa*. Occorre, infatti, ampliare le conoscenze ed elaborare le rappresentazioni che le persone hanno del benessere, del rischio e del maltrattamento, a partire dalle esperienze personali e professionali.

Il tema della prevenzione del maltrattamento all'infanzia, infatti, richiede di riuscire a *mentalizzare* alcune dimensioni collocate a un livello profondo di esperienza personale, normalmente non tradotte in parole. Solo un lavoro che connette la dimensione emotiva con quella cognitiva ed entrambe con quella organizzativa può permettere di elaborare criteri e indicatori di benessere e di rischio. Per alcuni operatori abituati a lavorare sulle carenze – come gli assistenti sociali – è come se fosse difficile mettere in parole la salute. Altri, per esempio gli insegnanti, abituati a mettere a fuoco la dimensione dell'appren-

---

<sup>2</sup> Cfr. il contributo di Claudio Foti a p. 203, ove si approfondisce in modo specifico il tema della formazione che svolge una funzione centrale nella prevenzione.

Tabella 1. Interventi di prevenzione primaria

**FINALITÀ**

Promuovere i diritti dell'infanzia

Prevenire il disagio attraverso la promozione del benessere

Contrastare i fattori di rischio sociale

Costruire una metodologia di lavoro integrato tra risorse istituzionali e terzo settore

Tipologie interventi	Obiettivi	Percorsi	Attori	Criticità
Azione culturale	<p>Creare conoscenza sui fenomeni di disagio</p> <p>Accrescere la consapevolezza sui diritti e i bisogni dei bambini</p> <p>Sostenere lo sviluppo di capacità empatiche e relazionali</p>	<p>Sensibilizzazione</p> <p>Formazione</p>	<p>Adulti: Genitori Operatori del settore sociale, sanitario ed educativo</p>	<p>Competenze dei formatori</p> <p>Interconnessioni tra formazione e servizi</p> <p>Collusione sul come si fa</p> <p>Scissione tra le dimensioni</p>
Supporto alla genitorialità	<p>Individuare le famiglie a rischio sociale</p> <p>Attivare percorsi di monitoraggio e sostegno</p>	<p>Spazi di incontro</p> <p>Servizi esterni di supporto</p> <p>Servizi educativi domiciliari</p>	<p>Adulti: Genitori</p> <p>Bambini</p>	<p>Comunità educante</p> <p>Benessere e rischio</p> <p>Aiuto e controllo</p>
Costruzione della rete	<p>Connettere i servizi</p> <p>Svolgere una funzione di "manutenzione"</p>	<p>Concertazione</p> <p>Gruppi di lavoro integrati</p>	<p>Adulti: Referenti agenzie</p> <p>Operatori del settore sociale, sanitario ed educativo</p>	<p>Idealizzazione del lavoro di rete</p> <p>Diffidenza</p> <p>Conflitti di potere</p>

dimento, è come se facessero resistenza a tematizzare i propri pensieri sul benessere più complessivo del bambino.

*Lavorare sulla dimensione emotiva* (Goleman, 1997) significa attivare le competenze relazionali e affettive per sintonizzarsi con il mondo e i vissuti del bambino: parlare della nascita e della morte, della gioia e della paura, ecc.

La *dimensione organizzativa* permette di lavorare sulle rappresentazioni individuali o di gruppo dei percorsi da realizzare, lavoro da fare per gestire la relazione con il bambino e la sua famiglia e con gli altri educanti.

Molto spesso gli interventi di sensibilizzazione e di formazione toccano una sola di queste dimensioni, scindendo il problema e quindi molto spesso proponendo un intervento che difficilmente aiuta a cogliere la complessità del benessere.

Un'indicazione che scaturisce da queste riflessioni riguarda *le competenze dei formatori*: chi propone le attività non deve essere solo un esperto del tema in senso cognitivo o emotivo o organizzativo, ma in grado di gestire un processo formativo così da aiutare i partecipanti a elaborare propri pensieri sulle loro esperienze per poter tradurre l'intervento formativo in risorsa nella pratica operativa; le iniziative devono essere finalizzate a costruire linguaggi e percorsi condivisi (Maggi, 1997), utilizzando una metodologia che a partire dalle esperienze valorizzi le potenzialità, faciliti le interconnessioni, permetta di individuare ed elaborare i nodi problematici dell'integrazione ai diversi livelli.

In questo senso questi interventi sono uno dei nodi di connessione con il sistema: possono costituire una base per un lavoro integrato perché permettono di costruire un linguaggio comune tra soggetti diversi (operatori e genitori, operatori pubblici e del terzo settore) facilitando la conoscenza, la condivisione delle rappresentazioni, l'elaborazione delle diffidenze.

I *punti critici* sono vari. Innanzitutto la proposta di questa tipologia di interventi ha significato se è *interconnessa* con altre azioni. A volte c'è il rischio che la formazione divenga un rito per esorcizzare le preoccupazioni; la realizzazione di un'offerta formativa specializzata in una realtà che non prevede però l'attivazione di servizi congruenti produce un beneficio per la cultura degli operatori, ma non ha ricadute operative utilizzabili dalla comunità.

Un'altra criticità riguarda la *collusione* tra partecipanti e formatori sui contenuti: vi è una tendenza degli operatori a chiedere "ricette" un po' sulla linea del "come si fa" e un corrispondente atteggiamento dei docenti a proporre decaloghi, standard, ecc. Questa criticità emerge soprattutto in quelle proposte che sono centrate solo sulla dimensione cognitiva, trascurando le connessioni tra cognitivo, emotivo e organizzativo.



## 5.2 Il supporto alla genitorialità

Questa tipologia di interventi<sup>3</sup> si interseca con altri finalizzati alla *promozione sociale ed educativa* dell'infanzia e dell'adolescenza, ma nello specifico è orientata a:

- promuovere e sostenere le competenze dei genitori e di quanti si prendono cura dei bambini, sostenendo le capacità di ascolto e di cura;
- attivare forme di sostegno all'accudimento, lì dove ci sono condizioni di rischio.

Su questo punto sono da individuare le connessioni tra promozione del benessere e prevenzione del maltrattamento e dell'abuso.

Gli *obiettivi* dei servizi sono l'individuazione tempestiva delle famiglie a rischio sociale e l'attivazione di percorsi di monitoraggio e sostegno.

Gli *attori* sono i bambini con i loro genitori e gli operatori.

I *percorsi* possono essere raggruppati in tre tipi (Centro nazionale di documentazione e analisi per l'infanzia e l'adolescenza, 1998): spazi di incontro con i genitori, servizi esterni di supporto, servizi educativi domiciliari.

- Gli *spazi di incontro* possono assumere la forma di consulenza familiare, gruppi di genitori, ecc. Possono nascere da una richiesta spontanea di aiuto dei genitori o da una proposta che viene offerta dai servizi territoriali o nell'ambito di altri servizi per i bambini (asili, scuole, centri educativi). L'idea è di uscire da un'ottica univoca (assistenziale, educativa, ecc.) e di guardare la globalità del benessere del bambino e in particolare la relazione genitore-figlio come punto chiave e risorsa. In tale linea si affianca alla proposta per i bambini uno spazio esplicito di supporto alla genitorialità centrato sull'ascolto, sul riconoscimento e la risposta dei bisogni dei bambini.
- I *servizi di supporto alla genitorialità esterni alla famiglia* possono essere centri diurni, centri educativi, spazi bambini, asili nido. In alcune realtà sono molto diffusi, in altre sono stati attivati con lo stimolo della legge 285/97. Rappresentano una risorsa di prevenzione nella misura in cui non solo supportano i genitori occupandosi del bambino in modo integrativo, ma sono all'interno di un quadro di significati e di scelte organizzative che prevede un progetto educativo condiviso con i genitori, con tempi precisi di valutazione e riorientamento e con spazi di ascolto e problematizzazione con i genitori.
- I *servizi educativi domiciliari*, quali assistenza educativa domiciliare, punti nascita, tutoraggio, *baby care*, ecc. rappresentano la risorsa più forte di aiuto

---

<sup>3</sup> Per un approfondimento di questi temi si rimanda alla sezione 3.

alle famiglie e già si collocano in quei nuclei che sono individuati a rischio<sup>4</sup>. Negli ultimi anni sono aumentate anche nel nostro Paese le esperienze in tal senso. I servizi educativi domiciliari si caratterizzano per la presenza di una struttura centrale (generalmente i servizi territoriali) che alla luce di criteri predefiniti e di un progetto condiviso dispongono il servizio a favore della famiglia. Gli operatori (educatori, assistenti domiciliari, baby sitter, tutor, ecc.) pubblici o del terzo settore – secondo le realtà – svolgono le attività di *affiancamento alla famiglia* (aiuto materiale nell'accudimento, supporto educativo, connessione con le realtà esterne, ecc.) e valutano l'andamento con l'assistente sociale del territorio e con la famiglia.

Il luogo dell'intervento è prevalentemente la casa, lo spazio è la famiglia, vi è una contaminazione tra servizi e famiglie. La figura dell'operatore domiciliare appartiene al mondo dei servizi ma si sposta fortemente nella famiglia, è *l'anello di congiunzione* e vive in sé questa funzione per cui attraverso lui/lei passano le comunicazioni. Da un lato è una figura fortemente prossima, dall'altro è fortemente controllante.

È importante garantire a questo operatore non solo il supporto per le *competenze tecniche* per il sostegno da dare alla genitorialità ma anche la *supervisione* per non essere triangolato né nelle dinamiche familiari né nella relazione tra servizio e famiglia.

### 5.3 La costruzione della rete

Questa tipologia è trasversale alle altre, ma richiede un'attenzione specifica perché mette in gioco le competenze trasversali e incide sulle diverse organizzazioni coinvolte.

I *servizi* si orientano a costruire una rete integrata tra servizi pubblici e del terzo settore per l'individuazione precoce del rischio sociale (pediatria di base, reparti maternità degli ospedali, volontariato, ecc.).

Gli *obiettivi* sono connettere tra di loro i servizi che già operano nel campo creando sinergie e rafforzando i collegamenti in quei punti in cui la rete è meno varia (ad esempio nelle interconnessioni tra sociale e sanitario, tra pubblico e terzo settore) e svolgere una funzione di manutenzione della rete attraverso la costruzione di strumenti e linguaggi condivisi dalle diverse agenzie che collaborano.

---

<sup>4</sup> Cfr., in questo volume, le sezioni 2 e 3.

Gli *attori* sono tutte le agenzie e gli operatori coinvolti nel processo di prevenzione.

I *percorsi* sono la concertazione e i gruppi di lavoro integrati.

La *concertazione* si realizza attraverso la costruzione di spazi di confronto tra i referenti delle diverse agenzie per condividere obiettivi, scelte, orientamenti; per connettere il benessere in generale con la prevenzione del maltrattamento.

I *gruppi di lavoro integrati* si costituiscono rispetto alla realizzazione di specifiche iniziative (formazione, progetti integrati sociosanitari per il supporto alla genitorialità, ecc.) e rappresentano l'opportunità di guardare in modo complessivo al bambino e alla sua famiglia.

In entrambi i percorsi è centrale la funzione della regia, orientata a facilitare l'integrazione delle diverse competenze istituzionali e professionali curando l'attivazione e la manutenzione della rete, nel rispetto della specificità e della massima autonomia dei diversi soggetti in gioco.

Tale funzione implica (Costantino, 1997):

- *negoziante e progettazione* del “*posizionamento*” strategico nella “rete” delle singole agenzie (pubbliche e del terzo settore) per definire nel dettaglio la specificità dei diversi contributi. Tale azione implica una mediazione tra il livello di disponibilità di ciascuna singola agenzia a entrare “in rete” e le esigenze più ampie della prevenzione. Infatti, ogni agenzia ha un proprio progetto, una propria strategia, un proprio assetto organizzativo, per cui è necessario un lavoro di negoziazione orientato a produrre integrazione attraverso l'elaborazione degli orientamenti operativi e delle diverse culture organizzative;
- *sostegno alla diffusione di un linguaggio comune* tra le diverse organizzazioni e i diversi operatori. Le azioni di sensibilizzazione e di formazione comune permettono di compiere dei passi significativi in questa direzione, se utilizzate come spazio di elaborazione condivisa piuttosto che come mero trasferimento di contenuti;
- *verifica e riprogettazione* degli interventi attraverso un coinvolgimento delle diverse agenzie considerate soggetti attivi del processo e non oggetti passivi della verifica.

Le *criticità* da evidenziare sono relative all'idealizzazione del lavoro di rete e alle diffidenze.

Rispetto alla prima si può registrare come in questi anni si sia attribuito un potere magico alla rete, utilizzando le norme come formule. Spesso operatori e amministratori si appellano a protocolli, procedure, ecc. (o alla loro assen-

za) per invocare il funzionamento della rete. In realtà molto spesso le norme paralizzano la rete invece di renderla un canale di comunicazioni. Il lavoro dei servizi, quindi, dovrebbe essere orientato a condividere un'ipotesi comune di lavoro intorno a cui definire le posizioni, le funzioni, le strategie.

Questa prospettiva fa emergere la seconda criticità connessa alla difficoltà di riconoscersi come comunità educante in cui i diversi attori si pongono in modo complementare rispetto alla costruzione del benessere. Le agenzie e gli operatori mostrano *diffidenze* che ostacolano la collaborazione e che si annidano in problemi connessi al *potere*: chi detiene il primato degli interventi, della relazione con la famiglia, ecc.; quale servizio/operatore dirige l'intervento; quale professione ha la parola ultima sulle scelte operative, ecc.

## 6. Come accorgersi in tempo che la strega Vetriola sta rompendo l'involucro

*Nonostante il folletto sia nascosto, come tutti i folletti in formazione, in un luogo ben riparato nel bosco, tuttavia corre un pericolo da cui va protetto, mentre la roccia, i funghi, le felci, non sembrano accorgersi.*

La *prevenzione secondaria* è centrata sul riconoscimento precoce dei segnali di disagio e sull'attivazione di percorsi di protezione adeguati: è la capacità di ascoltare e riconoscere i segnali di malessere dei minori e di rischio per la loro crescita connessi a condotte pregiudizievoli di adulti, e di intervenire in loro aiuto. Gli interventi sono diretti a chiarire e decodificare gli indicatori del disagio per distinguere il rischio dal danno, attivare interventi capaci di evitare il trasformarsi della situazione di rischio in danno, mettere in atto precocemente azioni riparative e riduttive del danno. La ricerca svolta dal Centro nazionale di documentazione e analisi per l'infanzia e l'adolescenza (2001) mette in evidenza rispetto alla prevenzione secondaria come obiettivi individuati dai progetti: accrescere le competenze degli operatori per la prevenzione e la rilevazione precoce, sviluppare competenze specifiche nel settore diagnostico e terapeutico, aumentare le risorse di protezione, creare una rete articolata e flessibile di servizi sociali e di assistenza ai minori e alla famiglia.

Le tipologie di interventi proposti possono essere racchiusi in tre fasce simili a quelli della prevenzione primaria, ma già centrati sull'oggetto specifico che è il confine tra rischio e danno: l'azione formativa, la rilevazione precoce dei segnali, la attivazione della protezione, la manutenzione della rete di cura (tab. 2).

## 6.1 L'azione formativa

*I servizi si orientano alla formazione finalizzata alla rilevazione precoce, alla valutazione e all'integrazione degli interventi.*

Gli *obiettivi* sono sostenere le capacità degli adulti, operatori in particolare, a riconoscere precocemente i segnali di disagio dei bambini, a distinguere il rischio dal danno (Di Blasio, 1997), a collaborare per attivare gli interventi di cura e protezione necessari.

*I percorsi: la formazione alla rilevazione precoce* parte dalle condizioni dei partecipanti e dal confronto sulle diverse rappresentazioni ed esperienze che essi stessi hanno del disagio e del maltrattamento infantile.

Gli *attori* sono sia operatori impegnati nella prevenzione primaria sia operatori che lavorano in servizi specializzati.

Nel primo caso la formazione è volta a sostenere le capacità degli *operatori di accogliere i segnali di sofferenza e attivare* un percorso di approfondimento, connettendosi con altre figure professionali e servizi. È il caso del lavoro con le scuole (Giordano e Scapicchio, 1999), in cui la formazione è orientata rafforzare le capacità di comunicazione con i bambini e le possibilità di relazionarsi con altri servizi, con cui attivare un approfondimento su come aiutare i bambini e come distinguere il rischio dal danno.

Nella formazione con *operatori specializzati* è da tenere presente il lavoro con coloro che operano con genitori sintomatici (tossicodipendenti, alcolisti, pazienti psichiatrici, ecc.). Infatti, la condivisione delle preoccupazioni sul maltrattamento, delle connessioni tra condotte pregiudizievole degli adulti e danni dei bambini e la prefigurazione di percorsi di intercettazione precoce può rappresentare un'opportunità di prevenzione.

Una *criticità* rispetto a questo tipo di lavoro è rappresentata dalla separazione tra i servizi e dalla difficoltà di integrare gli interventi in una prospettiva di protezione.

Una mera azione informativa sugli indicatori ha mostrato di essere inutile perché crea o vani allarmismi o più frequentemente non rompe il guscio di negazione che difende ogni adulto di fronte alla sofferenza infantile. Il lavoro formativo, quindi, è orientato a sviluppare (Foti e Bosetto, 2000) l'intelligenza emotiva, attraverso le capacità di ascolto empatico, di dialogo e di decodifica dei segnali di sofferenza, riconoscendoli come indicatori sociali del disagio e avviando quel processo di attivazione di risorse che permetta di inserirli in un quadro più ampio di osservazione che coinvolga le diverse professionalità che lavorano con il bambino. In questo senso è un intervento che tocca le diverse dimensioni (cognitive, emotive, organizzative).

Tabella 2. Interventi di prevenzione secondaria

**FINALITÀ**

Accrescere le competenze per la rilevazione precoce

Sviluppare capacità diagnostiche specifiche

Aumentare le risorse di protezione

Creare una rete articolata di servizi

Tipologie interventi	Obiettivi	Percorsi	Attori	Criticità
Azione formativa	Sostenere le capacità di riconoscere precocemente i segnali di disagio dei bambini	Formazione alla rilevazione precoce  Formazione alla valutazione	Adulti: Operatori del settore sociale, sanitario ed educativo	Competenze dei formatori
	Sviluppare competenze a valutare/distinguere il rischio dal danno			Negazione
	Accrescere capacità di collaborare			Assenza di una cultura della valutazione
Rilevazione precoce	Individuare i segnali di preoccupazione	Linee telefoniche	Bambini	Negazione
	Supportare gli operatori	Spazi di elaborazione	Adulti: Genitori	Diffidenze
	Attivare percorsi di valutazione	Spazi di valutazione	Operatori del settore sociale, sanitario ed educativo	Conflitti di potere  Connessioni tra approcci culturali, interpretativi e clinici e assetti organizzativi  Lavoro di rete
Protezione	Interrompere il maltrattamento	Segnalazione	Bambini	Contesto spontaneo e coatto
	Rafforzare le risorse protettive	Presa in carico	Adulti: Genitori	Allontanamento
	Monitorare la situazione		Operatori del settore sociale, sanitario ed educativo	Tempi
Rete di cura e protezione	Costruire percorsi di accesso	Regia interistituzionale	Adulti: Referenti agenzie	Differenti culture professionali e organizzative
	Favorire l'integrazione	Equipe integrate sul caso	Operatori del settore sociale, sanitario ed educativo	Diverse rappresentazioni del fenomeno
			Sistema informativo	

La *formazione alla valutazione* si diversifica per le diverse professioni (assistenti sociali, psicologi, neuropsichiatri infantili, pediatri, ecc.): ha come punto cruciale l'elaborazione di criteri, indicatori e strumenti che permettano di compiere una valutazione tale da orientare le azioni successive. Nell'azione formativa è importante aiutare i partecipanti a lavorare sui diversi livelli così da utilizzare tutte le competenze e le risorse per un'efficace azione di prevenzione.

I *nodi critici* più forti sono infatti racchiusi nella *negazione* e nella *assenza di una cultura della valutazione*.

La negazione è trasversale a tutte le professioni: è comune la resistenza a percepire, pensare e riconoscere l'abuso all'infanzia perpetrato in ambito familiare, che infrange l'idealizzazione dei genitori, mette a contatto con vissuti dolorosi da tollerare quali la sofferenza, l'impotenza, la disgregazione di sé e richiede la capacità di stare in un conflitto (Foti, 2001).

L'assenza della capacità di valutare collude invece con la difficoltà di assumere le responsabilità della protezione. Ad esempio nelle professioni sociali, la finora precaria presenza di sistemi di monitoraggio rende spesso fragile il lavoro degli assistenti sociali. Recentemente è stata sviluppata una ricerca (Bertotti e De Ambrogio, 2003) in tal senso che ha portato all'elaborazione di un *percorso metodologico proprio per la valutazione* che i servizi sociali devono compiere sulle condizioni di pregiudizio del bambino, attraverso l'analisi di diverse dimensioni (l'ambiente sociale, la storia di vita del bambino e dei suoi fratelli, la storia individuale e di coppia dei genitori, le relazioni con le famiglie di origine e le relazioni con i servizi) individuando per ogni dimensione fattori di vulnerabilità e fattori protettivi, indicatori di benessere e indicatori di malessere.

## 6.2 La rilevazione precoce dei segnali

I *servizi* si orientano a svolgere una funzione di consulenza e supporto ad altri operatori di servizi pubblici e privati preoccupati per minori che seguono; individuare i segnali di preoccupazione; attivare i percorsi necessari per la valutazione della situazione e la eventuale protezione del bambino.

Gli *attori* sono i bambini, le famiglie e gli operatori.

I *percorsi* possono essere descritti nei modi seguenti.

*Linee telefoniche.* Rappresentano un'opportunità per accogliere tempestivamente le preoccupazioni, senza che siano rapidamente "evacuate" dalla men-

te. Operatori specializzati nell'ascolto aiutano chi si rivolge a trattenere il dubbio e a darsi un tempo e uno spazio per comprendere.

*Spazi di elaborazione.* È uno spazio di incontro – normalmente connesso con la linea telefonica – in cui operatori preoccupati possono confrontarsi, dare un nome alle loro preoccupazioni. Questo tipo di servizio si pone come intercapedine per l'operatore nella sua relazione con il bambino e con la famiglia, per sostenerlo nell'accogliere la preoccupazione senza evacuarla dalla mente, poter pensare e quindi agire.

Già esistono diverse esperienze in tal senso, alcune caratterizzate da un'équipe che centralizza le funzioni, altre da operatori/spazi presenti in modo più diffuso sul territorio in coincidenza con altri servizi di tutela per l'infanzia.

L'équipe, in ogni caso, è interprofessionale, composta almeno da assistente sociale e psicologo. Offre una prima consulenza agli operatori dei servizi pubblici e privati che si occupano di infanzia e famiglia e sono preoccupati rispetto alla prima valutazione di indicatori di malessere del bambino.

A questa équipe è richiesta la capacità di aiutare gli operatori che si rivolgono ad approfondire l'osservazione, mettere in connessione gli indicatori del bambino e i comportamenti dei genitori, individuare degli elementi significativi, fare una prima ricognizione delle risorse e sostenere l'invio a un servizio per la valutazione.

In alcuni casi è la stessa équipe che prende in carico la situazione per la prima valutazione; in altri contesti vi può essere un invio ad altri servizi.

In questo tipo di servizi emergono diverse *criticità*. Accanto alla *negazione* – su cui già ci si è soffermati – vi sono nodi problematici legati alla *rappresentazione della propria professionalità* e alle *diffidenze* verso le altre figure.

La prima criticità è rappresentata dal fatto che ciascun operatore tende a rappresentarsi la *propria professione* concentrata su una dimensione, ad esempio gli insegnanti e gli educatori guardano il bambino a prescindere dalla famiglia; gli assistenti sociali le condizioni ambientali e materiali piuttosto che le relazioni, ecc., per cui quando emerge una preoccupazione è molto difficile l'allargamento delle prospettive di osservazione. In alcuni casi gli operatori considerano che non sia loro il compito, in altri fanno proprio fatica ad allargare lo sguardo. “Sostenuta” dalla *negazione* che il maltrattamento sia possibile, emerge la difficoltà di guardare il bambino nelle sue relazioni e di connettere il suo malessere, rilevato in un contesto specifico (sanitario, sociale, scolastico, ecc.) alle condotte pregiudizievoli dei genitori.

La seconda criticità è connessa alle *diffidenze* e al *potere professionale*: la carenza di una cultura dell'integrazione fa sì che ciascuna professione si consideri autosufficiente o che consideri le competenze come un cancello oltre il



quale non andare perché si entra nel campo di un altro peggiore o “minore” che sia. Storicamente, soprattutto nei servizi sanitari, le professioni mediche più forti come sapere scientifico e come status, hanno impostato i rapporti con le altre con una rigida separazione. Una delle possibilità di integrazione si regge allora sulla maggiore o minore disponibilità dei professionisti di accogliere punti di vista diversi e di confrontarsi con essi per una visione più ampia dei problemi e sulla costruzione di spazi in cui questo scambio sia possibile.

*Spazi di valutazione.* L'attivazione di percorsi di valutazione rappresenta un ulteriore passo nella prevenzione perché implica avviare un contesto di comprensione e di valutazione dei segnali espressi dal bambino, connettendolo all'interno di un quadro più ampio. Qui si incontra il confine con la prevenzione terziaria.

Le esperienze dei servizi di valutazione sono differenti dal punto di vista organizzativo e sono in trasformazione in relazione ai livelli essenziali di assistenza previsti dal piano sanitario e ai piani sociali di zona. Le tematiche aperte sono numerose: tra le altre criticità si possono qui segnalare, da un lato, le connessioni tra gli *approcci culturali, interpretativi e clinici* adottati dai professionisti e gli *assetti organizzativi* e, dall'altro, il *lavoro di rete*.

### 6.3 La protezione

La protezione è quel movimento che le felci e i funghi fanno tardivamente – ormai l'involucro è rotto – di chinarsi sul folletto interponendosi tra lui e la strega: troppo tardi per evitare il danno, in tempo per ridurlo e contenerlo.

Gli *obiettivi* sono interrompere il maltrattamento e/o l'abuso, rafforzare le risorse protettive, monitorare la situazione.

I *percorsi* sono la segnalazione e la presa in carico.

La *segnalazione* – su cui non è possibile soffermarsi in modo esauriente in questo contributo – rappresenta il nodo strategico della protezione del bambino perché “autorizza” l'interporsi di un terzo nella relazione violenta. Il coinvolgimento del tribunale per i minorenni definisce il contesto degli interventi non più come opzionale per la famiglia, ma come necessario per il benessere del bambino (Cirillo e Cipolloni, 1994; Crivillè, 1995).

La *presa in carico coatta* (Lerma, 1992) rappresenta l'attivazione degli interventi di protezione e cura del bambino, in assenza di un atteggiamento collaborativo dei genitori e in presenza di un rischio grave. Si possono attuare forme di vigilanza sulla famiglia con l'affidamento ai servizi sociali, si può rafforzare il supporto alla genitorialità e in alcuni casi può essere necessario collocare il

bambino in un contesto diverso da quello familiare, sia per interrompere la sua esposizione agli atti dannosi, sia per impostare una valutazione delle sue condizioni non possibile finché vive in una condizione di minaccia e pregiudizio.

Gli *attori* sono i bambini, le famiglie, gli operatori dei servizi di cura e il tribunale per i minorenni.

È un lavoro complesso che investe i diversi sistemi e chiede una cooperazione tra professioni e servizi. La complessità è aumentata dalla necessità di connettere anche il sistema giudiziario per la tutela del bambino e per interventi che intrudono nella vita familiare.

Una delle *criticità* più forti della protezione – oltre *la negazione* – è data proprio dalla necessità di abbandonare ciò che caratterizza la deontologia di tutte le professioni di aiuto: la costruzione di una relazione di fiducia reciproca con i diversi attori del sistema, la condivisione delle scelte operative. Nelle situazioni di maltrattamento e abuso all'infanzia il “bambino visibile” richiede interventi che non sono neutrali rispetto alle relazioni familiari. In questo conflitto si colloca il *contesto coatto*, la costruzione cioè di un setting di intervento non volontariamente definito dalla famiglia, la adozione anche di interventi dolorosi, come l'allontanamento, che mettono in gioco gli operatori nella loro identità umana e professionale.

Un'altra criticità di questi percorsi si esprime nella difficoltà di sincronizzarsi sulle esigenze della protezione e condividere il significato dai punti di vista dei diversi attori: la valutazione e l'uso del *tempo* esprimono questo nodo. Basta pensare all'urgenza o alla prudenza del bambino, degli operatori della cura, del sistema giudiziario.

#### 6.4 La rete di cura

La protezione è comunque possibile solo se si attiva un concreto lavoro di rete.

I *servizi* si orientano a costruire percorsi di accesso alle opportunità di aiuto e a sostenere l'integrazione tra operatori che a diverso titolo lavorano con famiglie a rischio sociale.

I *percorsi* sono la costruzione e manutenzione di una regia interistituzionale, l'attivazione di équipe integrate sul caso, il sistema informativo.

La *costruzione e manutenzione di una regia interistituzionale* richiede un lavoro per la condivisione di un progetto di intervento e l'individuazione e gestione di spazi per la valutazione e il riorientamento.

Gli *attori* sono gli amministratori e i referenti delle agenzie che partecipano ai diversi interventi.

Il lavoro è orientato a costruire una visione condivisa del problema e ad affrontare le criticità che emergono gestendo i conflitti collegati alle rappresentazioni culturali, al potere delle organizzazioni, alla gestione delle risorse. Una scelta strategica è l'individuazione di un soggetto cui venga riconosciuta la funzione di regia per permettere e facilitare il lavoro di connessione.

L'*attivazione di équipe integrate sul caso* richiede di progettare e realizzare gruppi di lavoro interistituzionali per la gestione dei singoli casi, mettendo insieme tutti gli operatori coinvolti.

Gli *attori* quindi sono gli operatori pubblici e del terzo settore coinvolti sulla situazione specifica.

Il *case management* (Maguire, 1990), ovvero il lavoro di rete per la gestione integrata di casi individuali, prevede che i professionisti lavorino in modo coordinato, mettendo assieme le loro risorse per aiutare singoli utenti a superare le loro difficoltà. Questa modalità di lavoro si sviluppa sia all'interno di agenzie complesse in cui sono presenti diverse figure sia come raccordo fra distinte organizzazioni (Ferrario, 1992). È la possibilità di più operatori (assistenti sociali, psicologi, educatori, insegnanti, operatori di case famiglia) e di più servizi (territoriali, consultori, tutela del minore, servizio sociali-adulti, ser.t, ecc.) di confrontarsi sull'ipotesi di intervento, di condividere i passi e di valutare e riorientare le azioni.

In questo modello la funzione di regia viene assunta a turno dall'operatore che per collocazione istituzionale e per competenze relazionali ha maggiori possibilità di facilitare il lavoro di confronto e condivisione e di accompagnare il procedere dell'intervento.

Una delle *criticità* più rilevanti – già accennata – si ritrova nel fatto che molto spesso gli operatori che lavorano con i bambini e quelli impegnati con gli adulti si pongono in *posizioni simmetriche e diffidenti*, ciascuno preoccupato di tutelare il proprio "paziente", ma poco disponibile a progettare insieme un intervento che tenga conto di diversi livelli. In questo senso la formazione comune rappresenta una risorsa.

Il *sistema informativo* è uno strumento di condivisione del lavoro in tutte le sue fasi dalla progettazione alla realizzazione e rappresenta anche un nodo di connessione tra il livello macro e il livello operativo della rete.

Consiste nella costruzione di un sistema di *raccolta* delle informazioni qualitative e quantitative per conoscere il fenomeno e per valutare gli interventi proposti così da poter sia allargare una comprensione condivisa sia riorientare le azioni specifiche.

Gli *attori* sono gli operatori.

Le *criticità* che emergono sono connesse da un lato alla difficoltà di *connettere e condividere* culture professionali e organizzative, diverse rappresentazioni del fenomeno, e dall'altro alla carenza di una cultura della valutazione.

## 7. Le felci e i funghi si strinsero intorno allo sfortunato folletto per cercare di ripararlo e proteggerlo

*Nonostante il meraviglioso involucro che li avvolge, e le felci e i funghi e le rocce, sono ancora tanti i folletti danneggiati... come riparare e proteggere le piccole creature? Come evitare che diventino folletti rugosi?*

Pur non essendo questo spazio dedicato alla *prevenzione terziaria*, vi è un confine tra prevenzione secondaria e terziaria che è importante tenere a mente: la funzione di cura dei servizi (tab. 3).

Gli *obiettivi* sono contenere i danni prodotti dalle condotte pregiudizievoli degli adulti, aiutare i bambini a recuperare progressivamente la loro integrità, lavorare con loro per ridurre i rischi di cronicizzazione e il reiterarsi di processi di vittimizzazione.

È un lavoro che investe qui le diverse dimensioni del benessere del bambino e chiede una cooperazione tra professioni e servizi. La complessità del fenomeno rende ormai evidente che nessun intervento da solo permette di recuperare l'integrità. Utilizzare unicamente uno strumento – il trattamento psicologico, interventi di vigilanza, l'allontanamento dall'autore del maltratta-

**Tabella 3. Interventi di prevenzione terziaria**

### FINALITÀ

Contenere i danni

Evitare processi di cronicizzazione

Aiutare i bambini a recuperare la loro integrità

Ridurre il reiterarsi di processi di vittimizzazione

Tipologie interventi	Obiettivi	Percorsi	Attori	Criticità
Trattamento	Valutare il danno	Spazi trattamentali – Psicologici	Bambini	Linguaggi
	Valutare le relazioni familiari	– Sociali – Educativi	Adulti: – Genitori – Operatori del settore sociale, sanitario educativo, giudiziario	Esigenze e valutazioni cliniche e giudiziarie
	Elaborare il trauma			
	Riparare le relazioni			

mento – non permette al bambino e alla sua famiglia di ricostruire un ambiente sufficientemente buono. È richiesto anche qui ai servizi di pensare in modo complesso connettendo tra loro le diverse parti.

Sono da pensare quindi percorsi di *progettazione integrata* che considerino gli aspetti educativi, psicologici e sociali del bambino e della sua famiglia, che abbiano anche presente il tempo necessario – tanto – di cui i bambini hanno bisogno per elaborare il trauma e recuperare – nei limiti del possibile – la loro integrità.

Una *criticità* è rappresentata dal fatto che molto spesso ci si ferma alla diagnosi e a un primo trattamento di crisi, poi i bambini e le loro famiglie vengono “dimenticati”. Nell’infanzia e nell’adolescenza, invece, diversi eventi possono fungere da riattivatori del trauma, sia nella vita interna del bambino che nella vita esterna, e richiedere un monitoraggio e un sostegno. La chiusura amministrativa o giudiziaria di un intervento non coincide con la chiusura per il bambino e per la sua famiglia dell’evento traumatico o con l’autonomia rispetto alla autogestione delle difficoltà.

In questo senso occorre prevedere interventi di *monitoraggio* e *follow up* a distanza, possibili anche attraverso una rete di servizi complessa per permettere un sostegno in quei passaggi critici che possono verificarsi (ricomposizioni o disgregazioni dei nuclei familiari, nuove nascite o ingresso in fasi diverse del ciclo vitale, diverse esperienze traumatiche, ecc.).

## 8. Un bosco sufficientemente buono...

*Ogni fiaba può avere non una sola conclusione, ma tanti finali... così anche la vicenda del piccolo folletto nel bosco... così anche ogni storia umana e professionale... Concludiamo, quindi, con alcune tracce su cui proseguire la storia di un bosco che vuole essere sufficientemente buono per proteggere i folletti in formazione...*

*La centralità dell’attenzione ai piccoli in formazione.* In un tempo in cui si parla molto di infanzia è urgente conservare una specificità per la prevenzione del maltrattamento e dell’abuso. Non basta un’attenzione generica ai bambini, ma occorre sviluppare un occhio attento e competente per riconoscere i comportamenti degli adulti pregiudizievole per i piccoli. Lasciare che questo aspetto – che mette così in discussione l’identità degli adulti – sia confuso con altri, pure importanti per il benessere dei bambini, può portare a una disattenzione fatale. Le trappole della negazione sono così sottili, che la creazione di servizi espliciti per la prevenzione del maltrattamento diventa uno degli aiuti possi-

bili per i bambini – e per gli adulti – per accogliere e trattare una sofferenza così “impensabile”. In termini operativi questo indica che nei territori occorre interrogarsi su “come siamo bosco”, su quali strategie e risorse mettiamo in campo esplicitamente per la prevenzione del maltrattamento e dell'abuso.

*L'integrazione.* Sembra essere estremamente incerta e difficile<sup>5</sup> e tuttavia rappresenta una strategia necessaria e indispensabile per garantire servizi efficaci. La traccia da seguire nei territori riguarda l'individuazione dei livelli, delle modalità e delle criticità attraverso le quali i servizi stanno cercando di costruire l'integrazione. È un lavoro che mette in gioco diverse dimensioni e che – rispetto alla prevenzione del maltrattamento e dell'abuso – richiede, come già detto, una condivisione di rappresentazioni culturali dell'infanzia, della famiglia, della tutela non facile né scontata. La consapevolezza che affrontare i problemi della connessione tra professioni, servizi, istituzioni è già un passo significativo, può sostenere in un cammino che invece sembra aprire soprattutto conflitti.

## Riferimenti bibliografici

### AA.VV.

1996 *Il lavoro di comunità: la mobilitazione delle risorse nella comunità locale*, Torino, Edizioni Gruppo Abele

### Abburà, A. (a cura di)

2000 *Il bambino tradito*, Roma, Carocci

### Bertotti, T., De Ambrogio, U. (a cura di)

2003 *Valutare gli interventi e le politiche sociali*, Roma, Carocci Faber

### Bertotti, T.

1999 *Bambini maltrattati e organizzazione dei servizi*, «Maltrattamento ed abuso all'infanzia», 3

### Biancardi, M.T.

2001 *La prevenzione: i diversi livelli e significati*, in *Infanzia violata: quale protezione?*, abstract II Congresso CISMAI

### Bianchi, D. (a cura di)

2001 *Forum di ricognizione L. 285/97 per l'area interventi sul maltrattamento e l'abuso sessuale all'infanzia ed all'adolescenza – Sintesi finale*, novembre 2001

### Campanini, A.M.

2000 *Ruolo dell'assistente sociale e prevenzione del maltrattamento nella scuola*, in C. Foti, C. Bosetto (a cura di), 2000

---

<sup>5</sup> Si veda l'approfondimento di Saverio Abbruzzese alla p. 251 e seguenti.

**Centro nazionale di documentazione e analisi per l'infanzia e l'adolescenza**

1998 *Infanzia e adolescenza: diritti e opportunità*, Firenze, Istituto degli Innocenti

2001 *Le violenze sessuali sui bambini* (Questioni e documenti, n. 19), Firenze, Istituto degli Innocenti

**Cirillo, S., Cipolloni, M.V.**

1994 *L'assistente sociale ruba i bambini?*, Milano, Cortina

**Costantino, D.**

1997 *Il consultorio familiare e la rete dei servizi territoriali*, «Consultori familiari oggi», 5

**Crivillè, A.**

1995 *Genitori violenti, bambini maltrattati*, Napoli, Liguori

**Di Blasio, P.**

1997 *Abusi all'infanzia: fattori di rischio e percorsi di intervento*, «Ecologia della mente», 2

**Ferrario, F.**

1992 *Il lavoro di rete nel servizio sociale*, Roma, La Nuova Italia Scientifica

**Foti, C.**

1998 *Per una critica dell'adulterocentrismo*, «Romper il silenzio», 1-2

2001 *Percepire, pensare ed ascoltare il maltrattamento*, in Roccia (a cura di), 2001

**Foti, C., Bosetto C. (a cura di)**

2000 *Giochiamo ad ascoltare*, Milano, Franco Angeli

**Giordano, M.**

2001 *Costruire l'integrazione: una scommessa all'interno del Piano per l'infanzia*, «Rassegna di servizio sociale», 1

**Giordano, M., Scapicchio, A.**

1999 *Formazione come risorsa nell'intervento a favore dei bambini vittime di maltrattamento ed abuso sessuale*, «Maltrattamento e abuso all'infanzia», 3

**Goleman, D.**

1997 *L'intelligenza emotiva*, Milano, Rizzoli

**Lerma, M.**

1992 *Metodi e tecniche del processo di aiuto*, Roma, Astrolabio

**Maggi, B. (a cura di)**

1997 *La formazione: concezioni a confronto*, Milano, Etas

**Maguire, L.**

1990 *Il lavoro sociale di rete*, Trento, Erickson

**Olivetti Manoukian, F.**

1998 *Produrre servizi*, Bologna, Il Mulino

**Pregno, C.**

2000 *Prevenzione, abuso, maltrattamento, carenze gravi: termini inconciliabili?*, in Abburà, 2000

**Roccia, C. (a cura di)**

2001 *Riconoscere ed ascoltare il trauma*, Milano, Franco Angeli

# Prevenzione, formazione e intelligenza emotiva

Claudio Foti\*

Nella cultura illusoria del tecnicismo la prevenzione di qualsiasi forma di male sociale riguarda la dimensione del fare: per combattere il pericolo bisogna agire piuttosto che pensare. Nella cultura del razionalismo, scisso dalle emozioni, per prevenire qualsiasi forma di male sociale si punta a una formazione intesa esclusivamente come trasmissione di informazioni. All'opposto, in una cultura orientata ai valori della *consapevolezza* e della *responsabilità*, la prevenzione dei danni e dei rischi sociali mira innanzitutto a intervenire – attraverso la formazione – sulla *mente* e sulla *soggettività* dei componenti della comunità adulta, formatori compresi, in quanto facilitatori di un processo interattivo e trasformativo che li coinvolge direttamente.

Per *soggettività* intendiamo l'espressione ricca e differenziata della capacità di ciascun soggetto adulto di esprimere idee, vissuti, bisogni ed esperienze. La *soggettività* è costituita da qualità umane e professionali, da ruoli infantili e adulti, da componenti razionali/cognitive e componenti affettive/emotive della mente. La mente, a scanso di equivoci, non è soltanto l'intelletto che elabora le cognizioni e le informazioni. Per *mente* intendiamo lo spazio dove possono comparire, svilupparsi o modificarsi atteggiamenti di comprensione empatica, rispetto, compassione, riparazione nei confronti dei bambini oppure atteggiamenti di dimenticanza, identificazione confusiva e proiettiva, odio o manipolazione. Nella mente possono essere riconosciuti i *meccanismi di difesa* che portano a distanziarsi, a minimizzare o a negare la sofferenza dei soggetti più deboli e indifesi (Foti e Rocca, 1994). Nella mente dell'adulto può prevalere l'insensibilità emotiva che impedisce di riconoscere gli indicatori del malessere del bambino, anche se tali indicatori sono cognitivamente acquisiti (Goleman, 1997), oppure può prevalere la capacità d'identificazione realistica con i bisogni di ascolto e di protezione del bambino. Nella mente può aver la meglio l'indifferenza che collude con il silenzio e la negazione che circondano e perpetuano la violenza, oppure può emergere la capacità di sottrarre il maltrattamento all'*impensabilità* e all'*indicibilità* (Foti, Bosetto, Maltese, 2000).

## 1. La mente contesto privilegiato della prevenzione

La mente è il luogo dove il bambino può essere rappresentato e pensato in modo più o meno realistico, più o meno deformato da proiezioni distorcenti appartenenti alle componenti non pensate della mente stessa. È innanzi tutto

---

\* Centro Studi Hansel e Gretel, Torino.



nella mente dell'adulto che i bambini possono essere ben trattati o maltrattati a seconda di come i loro bisogni riescano a essere definiti: correttamente o scorrettamente. Nella mente dell'adulto il maltrattamento al bambino, prima di venire agito, viene preparato in un cammino che trasforma il vissuto di dolore e di mancanza in violenza, un cammino costellato di inconsapevolezza e di incapacità di elaborazione mentale (De Zulueta, 1999).

Puntare nella prevenzione sul mito dell'agire presuntamente efficace, senza *interagire in modo specifico e attento con la soggettività degli adulti*, nei diversi ruoli familiari e professionali a contatto con l'infanzia, significa rinforzare e non già contrastare la logica sottesa alla violenza all'infanzia, una logica in base a cui l'azione sganciata dalla consapevolezza mentale raggiunge il proprio apice nell'impulsività violenta che si pone come automatismo o come istinto, nel passaggio all'atto che si sottrae alla pensabilità, nella perversione che nega la bisogiosità e la debolezza del Sé e che, attraverso l'agito strumentale, trasforma il bambino in oggetto utile a riempire il vuoto o a scaricare la tensione dell'adulto.

Per prevenire la violenza all'infanzia occorre *cambiare schemi e disposizioni soggettive*, sollecitare nuovi schemi mentali e non solo trasmettere informazioni. La formazione deve pertanto favorire la partecipazione della soggettività degli interlocutori, la loro attivazione, responsabilizzazione e messa in discussione. La formazione va vista come un processo che deve puntare a far crescere globalmente il suo destinatario come persona e come professionista. Deve svilupparne non solo le competenze cognitive, ma anche e soprattutto le competenze emotive e relazionali (Foti, 2001). Se così non è, ci si allontana dall'obiettivo costitutivo della formazione e si rischia allora di produrre una *deformazione*: quando, per esempio, si fa diventare la formazione un'operazione intellettualistica riducendola a nozionismo, quando la si riduce a esibizione culturale e affermazione di potere, passivizzando l'interlocutore, quando la si trasforma in routine burocratica che si limita a fornire punteggio a chi la riceve e un alibi all'istituzione che la organizza.

## 2. L'intelligenza emotiva

La sensibilizzazione e la formazione per prevenire il maltrattamento e l'abuso non può non prevedere una qualche forma di lotta all'*analfabetismo emotivo* e di attivazione dell'intelligenza emotiva dei destinatari della formazione. L'insensibilità emotiva che circonda e perpetua la violenza all'infanzia richiede un'azione di contrasto che preveda la proposizione di metodologie tese a

sviluppare, nei genitori e negli operatori coinvolti, un apprendimento del linguaggio dei sentimenti, così essenziale per stabilire un codice comunicativo efficace con il bambino, un'alfabetizzazione emotiva a partire dal *primo principio dell'intelligenza emotiva* che prescrive l'importanza dell'imparare a dare un nome ai sentimenti, distinguendoli l'uno dall'altro, riconoscendoli e rispettandoli. La crescita della capacità di messa in parola e di valorizzazione delle emozioni dell'adulto potrà prolungarsi nell'aumento della sua capacità di *controllo sano dei sentimenti* (*secondo principio dell'intelligenza emotiva*), un padroneggiamento consapevole dei sentimenti che si pone decisamente in alternativa all'impulsività e alla scissione delle emozioni che si ritrovano negli adulti maltrattanti. Solo la capacità di *dare un nome, un valore e un significato ai propri sentimenti* potrà aiutare l'adulto a motivarsi maggiormente nei propri obiettivi (*terzo principio dell'intelligenza emotiva*), fra cui l'obiettivo di proteggere e far crescere i bambini e potrà consentire all'adulto di sviluppare l'empatia, *dando un nome, un valore e un significato ai sentimenti del bambino* (*quarto principio dell'intelligenza emotiva*).

L'avvicinarsi alla violenza all'infanzia costringe a entrare in contatto con sentimenti particolarmente pesanti e sconvolgenti (quali l'impotenza, il dolore, la confusione, la rabbia, la paura, la colpa, la vergogna ecc.): senza un *allenamento emotivo* diventa inevitabile proteggersi dall'impatto con questi sentimenti attraverso l'assunzione di atteggiamenti difensivi, finendo per porsi come le tre *scimmiette omertose*, sorde, cieche e mute di fronte ai segnali del disagio e del maltrattamento dei bambini. Chi volesse acquisire strumenti per conoscere e per prevenire il fenomeno della violenza ai minori, ma contemporaneamente rifiutasse di imparare a confrontarsi con il mondo dei sentimenti, potrebbe essere paragonato a un giovane medico, desideroso di avviarsi alla carriera di chirurgo, ma non disponibile ad abituarsi a percepire il sangue!

Goleman fa un *bilancio critico dei programmi di prevenzione degli abusi sessuali* che si sono svolti negli Stati Uniti nei confronti dei ragazzi. I programmi formativi che risultano efficaci non sono risultati quelli che si sono concentrati strettamente sulle informazioni fondamentali inerenti gli abusi. «All'opposto, gli adolescenti a cui era stata fornita un'istruzione più ampia, che comprendeva le competenze sociali ed emozionali, erano più capaci di proteggersi dal pericolo di diventare vittime di abusi sessuali; erano molto più inclini a esigere di essere lasciati in pace, a gridare o a combattere, a minacciare di riferire l'episodio e a raccontare effettivamente se era loro accaduto qualcosa di male» (Goleman, 1997, p. 300-301).

Anche l'esperienza di sensibilizzazione dei genitori e di formazione delle varie figure professionali alla prevenzione del maltrattamento dimostra che

l'efficacia dei programmi formativi è direttamente proporzionale alla capacità di associare la trasmissione di conoscenze a un coinvolgimento emotivo e a un'attivazione esperienziale dei partecipanti. Con i ragazzi ciò che aiuta in modo decisivo una rivelazione di abuso non è tanto l'informazione sul fenomeno del maltrattamento. Così con gli adulti ciò che sollecita il cambiamento, ciò che attiva la lettura adeguata dei segnali di disagio e risposte sensibili e corrette, non è la semplice conoscenza dell'elenco degli indicatori, delle linee guida e delle procedure corrette: *ciò che fa la differenza sono le competenze sociali, relazionali ed emozionali* che alcuni programmi cercano di potenziare.

Scegliamo di soffermarci su *due contenuti* importanti della formazione.

## 2.1 L'ascolto

Il maltrattamento è un germe che per prodursi e perpetuarsi necessita come brodo di cultura di un ambiente distratto e indifferente, caratterizzato da indisponibilità all'ascolto e alla comunicazione con i bambini, insensibile alle loro difficoltà emotive ai loro problemi. Pertanto la principale risorsa da attivare per prevenire “a trecentosessanta gradi” tutte le forme di disagio e di violenza di cui sono vittima i bambini è lo sviluppo della capacità di ascolto dei genitori e delle figure professionali delle istituzioni minorili.

Il principale impegno che deve sollecitare una formazione orientata alla prevenzione del maltrattamento è l'impegno all'ascolto: l'ascolto come recettività, come manifestazione di disponibilità non solo di tempo, ma anche di disponibilità ad accettare e a fare spazio all'alterità della comunicazione del bambino; ascolto come legittimazione dei sentimenti, come espressione di vicinanza emotiva, in grado di mettere a suo agio l'interlocutore; “ascolto attivo”, capace di andare empaticamente in esplorazione nell'alterità per condividere e per comprendere prima di giudicare; ascolto come risorsa scarsa, come impegno difficile, che richiede da parte dell'adulto il continuo riconoscimento dei propri limiti e delle possibili barriere all'ascolto frapposte alla comunicazione con i bambini.

## 2.2 La costruzione della rete attorno ai bisogni e ai diritti del bambino

Lo sviluppo dell'integrazione tra varie figure professionali e tra differenti istituzioni e servizi nel processo di intervento a protezione del bambino non

può che essere centrato sui bisogni e sui diritti del bambino stesso e sul riconoscimento e il superamento delle logiche adultocentriche e difensive che portano nei fatti le istituzioni e gli operatori a privilegiare l'autotutela a scapito della tutela. È particolarmente utile, attraverso il coinvolgimento emotivo ed esperienziale dei destinatari della formazione, mostrare come l'adultocentrismo, inteso come tendenza a negare o posporre i bisogni e gli interessi dei bambini a vantaggio dei bisogni e degli interessi degli adulti, sia una posizione culturale, legislativa, istituzionale, ma anche mentale, capace di condizionare l'operatività quotidiana. Occorre superare le rappresentazioni del bambino più espressive dell'ideologia adultocentrica e più collusive nei confronti del maltrattamento (il bambino "strutturalmente portato a mentire", il bambino "perverso polimorfo") a favore di una visione del bambino come "attivamente e socialmente competente" sin dalla nascita e come portato alle relazioni. Un bambino che tende nella società contemporanea a esser maggiormente valorizzato con attenzioni materiali e consumistiche, ma che rischia pur sempre di essere oggetto di violenza e strumentalizzazione e di pagare così la propria bisognosità e dipendenza, la propria impotenza e la propria inferiorità di parola e di potere rispetto all'adulto.

### 3. Questioni di metodo

«Il mezzo è il messaggio», diceva il sociologo Marshall McLuhan, riferendosi al mondo dei media. Questa affermazione risulta fondamentale anche per tutto ciò che riguarda la relazione con i soggetti in età evolutiva e con coloro che di tali soggetti dovrebbero occuparsi.

Il modo con cui parliamo ai bambini è altrettanto, se non più importante, del contenuto delle nostre parole. Analogamente un metodo formativo che passivizza gli interlocutori, che utilizza esclusivamente la modalità della lezione, che si rivolge esclusivamente alla "testa" dei partecipanti, non ponendosi il problema di coinvolgere il loro "cuore", è un metodo contraddittorio rispetto alla finalità di aumentare la sensibilità e l'attivazione sia cognitiva sia emotiva degli operatori sui temi del disagio, del maltrattamento o dell'abuso. Un formatore che imposta un corso sull'ascolto senza stimolare l'attivazione dei genitori e degli operatori e senza dimostrare una capacità di interazione e di ascolto, finisce per dare un messaggio paradossale: «Vi spiego come si ascolta e vi faccio vedere come non si ascolta». Al contrario un corso di formazione, capace di alternare momenti di gioco e momenti di elaborazione emotiva e riflessiva, permette ai partecipanti di sperimentare in modo vivo e concreto pro-

blemi di comunicazione e di ascolto e consente al formatore di trasmettere in modo più efficace schemi e concetti teorici.

Le parole chiave fondamentali in una metodologia formativa coerente con la finalità di affrontare le problematiche del disagio e della crescita dei soggetti in età evolutiva possono essere: *soggettività, intelligenza emotiva, piccolo gruppo, comprensione, responsabilità, gioco, esperienza* (Foti e Bosetto, 2000).

In conclusione la formazione è l'investimento maggiormente produttivo nella prevenzione delle varie forme di quella sofferenza che può essere evitata ai bambini. Prevenzione è la scelta di investire per tempo nello sviluppo delle competenze emotive, comunicative e relazionali dei genitori, degli educatori e dei professionisti dell'infanzia e dell'adolescenza, piuttosto che investire in ritardo, con costi aumentati e scarsi risultati, per tentare, spesso inefficacemente, di impedire che i bambini non protetti di ieri, se la prendano, una volta diventati adulti, con i bambini di domani.

## Riferimenti bibliografici

### De Zulueta, F.

1999 *Dal dolore alla violenza*, Milano, Cortina

### Foti, C.

2001 *Percepire, pensare ed ascoltare il maltrattamento*, in C. Roccia (a cura di), *Riconoscere e ascoltare il trauma*, Milano, Franco Angeli, 2001

### Foti C., Bosetto, C.

2000 *Giochiamo ad ascoltare*, Milano, Franco Angeli

### Foti, C., Bosetto, C., Maltese, A.

2000 *Il maltrattamento invisibile. Scuola, famiglia, istituzioni*, Milano, Franco Angeli

### Foti, C., Roccia, C.

1994 *Occhio non vede, cuore non duole. Operatori minorili e meccanismi di difesa nella gestione dei casi di abuso sessuale*, in C. Roccia, C. Foti (a cura di), *L'abuso sessuale sui minori. Educazione sessuale, prevenzione e trattamento*, Milano, Unicopli, 1994

### Goleman D.

1997 *L'intelligenza emotiva*, Milano, Rizzoli

## Problematiche giuridico-istituzionali di un servizio integrato di tutela dei minori. Alcune riflessioni

Andrea Pinna\*

I contorni istituzionali di un Servizio territoriale di tutela dei minori (di seguito indicato come STTM) hanno i loro presupposti in un insieme importante di norme e di principi organizzatori cui faremo riferimento nelle riflessioni che seguono.

Negli artt. 2-3 e 31 della Costituzione, che sanciscono il diritto del bambino a sviluppare tutte le sue potenzialità e il dovere delle istituzioni a rimuovere qualsiasi ostacolo a tale pienezza di crescita, vigilando su tale processo anche attraverso programmi promozionali (vedi legge 28 agosto 1997, n. 285, *Disposizioni per la promozione di diritti e di opportunità per l'infanzia e l'adolescenza*) e individuando gli interventi di tutela quali livelli essenziali delle prestazioni sociali (art. 22 comma 2-3 della legge 8 novembre 2000, n. 328, *Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali*).

Per quanto attiene alle funzioni di protezione del STTM, riconducibili alla finalità fondamentale di vegliare sul benessere psicofisico del bambino, assumendo iniziative a sua protezione e attivando all'occorrenza l'autorità giudiziaria, esso trova le sue fonti nella legge 698/1975 (che trasferì detti compiti protettivi dall'Opera nazionale per la protezione della maternità e dell'infanzia, ormai sciolta, ai servizi territoriali), nell'art. 23 lett. c) del DPR 616/77 (che assegna ai Servizi la predisposizione degli interventi-progetti a favore del minore soggetto a provvedimenti della giustizia minorile), nell'art. 9 della legge 149/91 – in particolare nel comma 1 dell'articolo 9 riformato (*Modifiche alla legge 4 maggio 1983, n. 184, recante «Disciplina dell'adozione e dell'affidamento dei minori», nonché al titolo VIII del libro primo del codice civile*) –, che impone la segnalazione alla procura minorile di ogni situazione di abbandono del bambino e negli artt. 3 e 19 della Convenzione ONU sui diritti del fanciullo (recepita tramite ratifica nell'ordinamento italiano con legge 176/91), che indica standard di qualità per realizzare efficacemente le suddette strategie di protezione del bambino, ivi comprese l'adeguatezza (e quindi la formazione) degli operatori e la supervisione del loro operato. In questa prospettiva è importante ricordare anche i richiami all'integrazione sociosanitaria (e in primis psicosociale) degli interventi del STTM, presidiata dagli artt. 25 e 39 della Convenzione ONU (trattamento, controllo e recupero del bambino sofferente psicologicamente) e dagli artt. 97 e 113 della Costituzione che, nell'ambito dei principi di legalità e buona amministrazione, impongono la collaborazione (interistituzionale e interdisciplinare) per le finalità di pubblico interesse, tra le quali si annovera senza dubbio la protezione del minore.

---

\* Responsabile Servizio tutela minori, Comune di Ferrara.

Richiami al dovere di collaborazione-integrazione sociosanitaria sono altresì contenuti nelle leggi 15 febbraio 1996, n. 66, *Norme contro la violenza sessuale*; si vedano in particolare l'articolo 11 che ha introdotto l'art. 609 *decies* nel codice penale e legge 3 agosto 1998, n. 269, *Norme contro lo sfruttamento della prostituzione, della pornografia, del turismo sessuale in danno di minori, quali nuove forme di riduzione in schiavitù* (in particolare l'articolo 13) in tema di tutela del minore abbandonato o prostituito, nella legge 31 dicembre 1998, n. 476, *Ratifica ed esecuzione della convenzione per la tutela dei minori e la cooperazione in materia di adozione internazionale, fatta a L'Aja il 29 maggio 1993. Modifiche alla legge 4 maggio 1983, n. 184, in tema di adozione di minori stranieri*, articolo 29 *bis*) che disciplina la nuova adozione internazionale, nella legge 149/2001 modificativa dell'adozione e dell'affido (artt. 5, comma 2, e 19 comma 3 e 8 ove è esplicitamente richiamato l'intervento dello psicologo), nel Progetto obiettivo materno-infantile (DM 24 aprile 2000) nei suoi continui riferimenti alla rete sociosanitaria quale strumento di tutela dell'età evolutiva e nel DPCM del 14 febbraio 2001 (*Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni socio-sanitarie*) con particolare riferimento alla tabella Area materno-infantile di cui all'art. 4, comma 1.

Da quanto sopra si evince che se compete al servizio sociale la titolarità giuridica degli interventi di tutela del minore (conferita anche dall'art. 132 del DLGS 112/98, *Conferimento di funzioni e compiti amministrativi dello Stato alle Regioni e agli enti locali, in attuazione del capo I della legge 15 marzo 1997, n. 59*), si delinea tuttavia una diretta partecipazione (e quindi responsabilità) dell'area sanitaria (e particolarmente di quella psicologica e neuropsichiatrica dell'età evolutiva) nella presa in carico e gestione del progetto di protezione del bambino.

Il "sanitario" cioè non si può limitare a dare una consulenza al "sociale" ma insieme – ciascuno con la sua competenza – effettuano una presa in carico integrata a cui corrisponde una responsabilità concorrente e di risultato.

Da quanto sopra si ricava che il STTM svolge un ruolo di regia della rete, oltre che interdisciplinare, anche interistituzionale:

- con la magistratura, il cui rapporto è di collaborazione caratterizzata da autonomia tecnico-professionale (legge 84/93);
- con la scuola, cui il citato progetto obiettivo materno-infantile assegna un ruolo centrale privilegiato di osservazione dei disagi del bambino, raccomandando la formazione dell'insegnante finalizzata alla rilevazione precoce del disagio;
- con il sistema dei media, rispetto al quale il STTM deve svolgere un attento monitoraggio circa il rispetto del codice deontologico (art. 7) di cui al

provvedimento del Garante per la privacy 29 luglio 1998 e un'attiva tutela degli operatori a fronte della loro frequente esposizione mediatica.

A tale riguardo e premesso che operatori sovraesposti e intimiditi (non tutelati dal loro ente) divengono ben presto inutilizzabili anche per la tutela del minore è da evidenziare che:

- non v'è falso ideologico nel fine tipico della relazione degli operatori, cioè esprimere apprezzamenti e valutazioni rispetto a un fatto obiettivamente esistente; ciò che è penalmente sanzionato è solo il doloso (e cosciente) travisamento dei fatti;
- non vi è diffamazione (lesione dell'altrui reputazione) nella relazione diretta all'Autorità giudiziaria e per un fine istituzionale, mancando l'intento offensivo e la propalabilità (impedita dalla riservatezza degli atti giudiziari);
- dopo l'abrogazione dell'art. 341 cp (oltraggio a pubblico ufficiale), rimangono operanti – e procedibili d'ufficio – gli artt. 336 e 337 cp (violenza, minaccia e resistenza a pubblico ufficiale) e l'art. 340 cp (interruzione di pubblico servizio).

È da evidenziare che, in un caso di violenza-minaccia a un operatore per costringerlo a compiere un atto contrario ai doveri d'ufficio e a omettere un atto d'ufficio, è stato riconosciuto dall'Autorità giudiziaria il diritto del STTM a costituirsi parte civile per essere risarcito della lesione delle proprie prerogative istituzionali, in quanto leso nel suo diritto-dovere di svolgere i propri compiti istituzionali senza illecite interferenze.

Un particolare problema è quello degli effetti conseguenti alla riforma del “giusto processo” che ha modificato l'art. 111 della Costituzione (contraddittorio tra le parti, in condizione di parità e davanti a un giudice terzo e imparziale) e di quello che sarà il ruolo dei servizi e il rapporto tra essi e il giudice soprattutto nel procedimento in camera di consiglio relativo ai procedimenti sulla potestà caratterizzato finora da un assai modesto contraddittorio. Evidenziato che la legge 149/01 all'art. 37 ha introdotto in tale procedimento l'obbligo del difensore per il minore e i difensori, è stato sottolineato come la particolarità della giustizia minorile – caratterizzata dall'obbligo costituzionale di protezione del minore (art. 31) e dal principio del suo superiore interesse (art. 3 Convenzione ONU) consentirà un adeguamento alla riforma costituzionale tramite specifici correttivi idonei a salvaguardare il principio del contraddittorio nel suo contenuto minimo insopprimibile. Su questo aspetto sono state avanzate elaborazioni e proposte tese a tutelare il diritto di replica delle parti dinanzi al giudice, laddove il servizio abbia predisposto una relazione su



un nucleo familiare per evidenziare la presenza di particolari condizioni di fragilità, rischio o pregiudizio. Del pari, e conformemente al principio di cui all'art. 12 della Convenzione ONU, è stata affermata l'importanza di tenere conto del diritto del minore, capace di discernimento, di essere sentito anche tramite un esperto ed esprimere la sua opinione liberamente; da parte di alcuni è stato proposto che, al fine di arginare l'invasività del processo nei confronti del minore, sia previsto che nei confronti del PM, delle parti e del difensore, detta audizione avvenga con le modalità di cui alla legge 269/68 (uso di vetro specchio e di audio-video registrazione).

Sempre nell'ambito del potenziale conflitto tra l'interesse del bambino (come è garantito dalla Costituzione e dalla Convenzione ONU) e le rivendicazioni sempre più pressanti di garanzie e di diritti del singolo nell'ambito di una società nettamente spostata su posizioni adultocentriche, meritano alcuni cenni le relazioni intercorrenti tra diritto d'accesso (legge 241/90), tutela dei dati personali (legge 675/96) e ruolo di protezione del minore affidato al STTM.

Per quanto attiene alla legge 7 agosto 1990, n. 241, *Nuove norme in materia di procedimento amministrativo e di diritto di accesso ai documenti amministrativi*, essa non è invocabile al fine di accedere alle relazioni del servizio da trasmettersi alla giustizia nell'espletamento dei compiti istituzionali di tutela. Esse infatti non sono atti amministrativi finalizzati alla produzione di provvedimenti dell'ente (Comune o ASL), bensì atti che si inseriscono in un procedimento giudiziario finalizzato alla protezione del minore, eventualmente conoscibili tramite consultazione del fascicolo processuale, nei limiti posti dalla legge 149/01.

Con riferimento alla legge 31 dicembre 1996, n. 675, *Tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali* è da evidenziare che il Garante per la privacy con provvedimento 30 dicembre 1999-13 gennaio 2000 ha autorizzato il libero trattamento dei dati (compresi quelli sensibili) da parte del STTM in quanto finalizzato a compiti istituzionali di protezione dei bambini. La natura quanto meno regolamentare del citato provvedimento ha liberalizzato la comunicazione di dati tra soggetti pubblici (es. servizio-scuola) per quanto connesso all'espletamento di funzioni istituzionali (art. 27, legge 675/96).

Tema di assoluta rilevanza, anche se assai poco trattato, è quello del ruolo del STTM nella gestione, sia in ambito civile che penale, del conflitto di interessi potenziale o conclamato tra minore ed esercenti la potestà.

Nel campo civile spesso i genitori rivendicano di conoscere quanto raccolto dal servizio (in termine di carteggio, relazione, ecc.) nell'ambito delle loro *funzioni di vigilanza preventiva* (ad es. il risultato di un colloquio tra l'operatore e l'insegnante), cioè prima che sia intervenuto un provvedimento giudiziario limitativo della potestà.

È stato al proposito assai pertinentemente osservato che, poiché la potestà genitoriale ha natura funzionale, e deve quindi subire un limite se esercitata con modalità incompatibili a una sana crescita evolutiva del bambino, allorché il STTM nutra fondati dubbi in proposito, potrà legittimamente rifiutare la conoscenza dei suoi incartamenti istruttori, rivendicando la protezione del diritto alla riservatezza del minore (art. 16 Convenzione ONU) nei confronti del genitore la cui condotta appare censurabile e ciò almeno fino a una pronuncia giudiziaria sulle risultanze del servizio (Sacchetti, 2000).

In campo penale appare evidente il conflitto d'interessi in tutti i casi di abuso o maltrattamento intrafamiliare o comunque laddove, a fronte del bambino parte lesa, i genitori non vogliano o non sappiano essere protettivi.

Pare indispensabile, in tali situazioni, assicurare al bambino, sin dall'inizio delle indagini preliminari, un'autonoma difesa legale (tramite la nomina del STTM a curatore speciale ex artt. 77 e 338 cpp), che si coordinerà con l'assistenza sociale e psicologica che in generale il STTM deve istituzionalmente garantire e che in particolare è imposta dall'art. 609 *decies* della legge 66/96.

La tempestività delle richieste di curatore speciale da parte del STTM è legata al fatto che è proprio nella prima fase delle indagini preliminari che vengono compiuti sul bambino parte lesa quelle attività istruttorie i cui tempi potrebbero essere in contrasto con quelli di disagio psicofisico del minore (Malacrea, 2001).

Il difensore del bambino avrà appunto – tra gli altri – il compito di portare nella sede processuale quelle esigenze emerse dall'avvio dell'assistenza psicosociale, onde sensibilizzare il giudice a che il processo (e i suoi tempi) non pregiudichino ulteriormente l'integrità psicofisica del minore e i percorsi di cura e superamento del trauma subito.

## Riferimenti bibliografici

### Malacrea, M.

2001 *Abuso sessuale nell'infanzia: esigenze cliniche e giudiziarie*, in «Cittadini in crescita», 1

### Sacchetti, L.

2000 *Riservatezza dell'azione assistenziale nelle situazioni di pregiudizio dei minori*, in *Minori Duemila*, Quaderni ASL, Ferrara

## Articoli di legge citati nel testo

### Costituzione della Repubblica italiana

#### Articolo 2

La Repubblica riconosce e garantisce i diritti inviolabili dell'uomo, sia come singolo, sia nelle formazioni sociali ove si svolge la sua personalità, e richiede l'adempimento dei doveri inderogabili di solidarietà politica, economica e sociale.

#### Articolo 3

Tutti i cittadini hanno pari dignità sociale e sono eguali davanti alla legge, senza distinzione di sesso, di razza, di lingua, di religione, di opinioni politiche, di condizioni personali e sociali.

È compito della Repubblica rimuovere gli ostacoli di ordine economico e sociale, che, limitando di fatto la libertà e l'eguaglianza dei cittadini, impediscono il pieno sviluppo della persona umana e l'effettiva partecipazione di tutti i lavoratori all'organizzazione politica, economica e sociale del Paese.

#### Articolo 31

La Repubblica agevola con misure economiche e altre provvidenze la formazione della famiglia e l'adempimento dei compiti relativi, con particolare riguardo alle famiglie numerose.

Protegge la maternità, l'infanzia e la gioventù, favorendo gli istituti necessari a tale scopo.

#### Articolo 97

I pubblici uffici sono organizzati secondo disposizioni di legge, in modo che siano assicurati il buon andamento e l'imparzialità dell'amministrazione.

Nell'ordinamento degli uffici sono determinate le sfere di competenza, le attribuzioni e le responsabilità proprie dei funzionari.

Agli impieghi nelle pubbliche amministrazioni si accede mediante concorso, salvo i casi stabiliti dalla legge.

#### Articolo 111

La giurisdizione si attua mediante il giusto processo regolato dalla legge.

Ogni processo si svolge nel contraddittorio tra le parti, in condizioni di parità, davanti a giudice terzo e imparziale. La legge ne assicura la ragionevole durata.

Nel processo penale, la legge assicura che la persona accusata di un reato sia, nel più breve tempo possibile, informata riservatamente della natura e dei motivi dell'accusa elevata a suo carico; disponga del tempo e delle condizioni necessari per preparare la sua difesa; abbia la facoltà, davanti al giudice, di interrogare o di far interrogare le persone che rendono dichiarazioni a suo carico, di ottenere la convocazione e l'interrogatorio di persone a sua difesa nelle stesse condizioni dell'accusa e l'acquisizione di ogni altro mezzo di prova a suo favore; sia assistita da un interprete se non comprende o non parla la lingua impiegata nel processo.

Il processo penale è regolato dal principio del contraddittorio nella formazione della prova. La colpevolezza dell'imputato non può essere provata sulla base di dichiarazioni rese da chi, per libera scelta, si è sempre volontariamente sottratto all'interrogatorio da parte dell'imputato o del suo difensore.

La legge regola i casi in cui la formazione della prova non ha luogo in contraddittorio per consenso dell'imputato o per accertata impossibilità di natura oggettiva o per effetto di prova condotta illecita.

Tutti i provvedimenti giurisdizionali devono essere motivati.

Contro le sentenze e contro i provvedimenti sulla libertà personale, pronunciati dagli organi giurisdizionali ordinari o speciali, è sempre ammesso ricorso in Cassazione per violazione di legge. Si può derogare a tale norma soltanto per le sentenze dei tribunali militari in tempo di guerra.

Contro le decisioni del Consiglio di Stato e della Corte dei conti il ricorso in Cassazione è ammesso per i soli motivi inerenti alla giurisdizione.

#### **Articolo 113**

Contro gli atti della pubblica amministrazione è sempre ammessa la tutela giurisdizionale dei diritti e degli interessi legittimi dinanzi agli organi di giurisdizione ordinaria o amministrativa.

Tale tutela giurisdizionale non può essere esclusa o limitata a particolari mezzi di impugnazione o per determinate categorie di atti.

La legge determina quali organi di giurisdizione possono annullare gli atti della pubblica amministrazione nei casi e con gli effetti previsti dalla legge stessa.

### **Legge 8 novembre 2000, n. 328, Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali**

#### **Articolo 22. Definizione del sistema integrato di interventi e servizi sociali**

**1.** Il sistema integrato di interventi e servizi sociali si realizza mediante politiche e prestazioni coordinate nei diversi settori della vita sociale, integrando servizi alla persona e al nucleo familiare con eventuali misure economiche, e la definizione di percorsi attivi volti a ottimizzare l'efficacia delle risorse, impedire sovrapposizioni di competenze e settorializzazione delle risposte.

**2.** Ferme restando le competenze del Servizio sanitario nazionale in materia di prevenzione, cura e riabilitazione, nonché le disposizioni in materia di integrazione socio-sanitaria di cui al decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, gli interventi di seguito indicati costituiscono il livello essenziale delle prestazioni sociali erogabili sotto forma di beni e servizi secondo le caratteristiche ed i requisiti fissati dalla pianificazione nazionale, regionale e zonale, nei limiti delle risorse del Fondo nazionale per le politiche sociali, tenuto conto delle risorse ordinarie già destinate dagli enti locali alla spesa sociale:

- a) misure di contrasto della povertà e di sostegno al reddito e servizi di accompagnamento, con particolare riferimento alle persone senza fissa dimora;
- b) misure economiche per favorire la vita autonoma e la permanenza a domicilio di persone totalmente dipendenti o incapaci di compiere gli atti propri della vita quotidiana;
- c) interventi di sostegno per i minori in situazioni di disagio tramite il sostegno al nucleo familiare di origine e l'inserimento presso famiglie, persone e strutture comunitarie di accoglienza di tipo familiare e per la promozione dei diritti dell'infanzia e dell'adolescenza;
- d) misure per il sostegno delle responsabilità familiari, ai sensi dell'articolo 16, per favorire l'armonizzazione del tempo di lavoro e di cura familiare;
- e) misure di sostegno alle donne in difficoltà per assicurare i benefici disposti dal regio decreto-legge 8 maggio 1927, n. 798, convertito dalla legge 6 dicembre 1928, n. 2838, e dalla legge 10 dicembre 1925, n. 2277, e loro successive modificazioni, integrazioni e norme attuative;
- f) interventi per la piena integrazione delle persone disabili ai sensi dell'articolo 14; realizzazione, per i soggetti di cui all'articolo 3, comma 3, della legge 5 febbraio 1992, n. 104, dei

## Sezione 5

- centri socio-riabilitativi e delle comunità-alloggio di cui all'articolo 10 della citata legge n. 104 del 1992, e dei servizi di comunità e di accoglienza per quelli privi di sostegno familiare, nonché erogazione delle prestazioni di sostituzione temporanea delle famiglie;
- g) interventi per le persone anziane e disabili per favorire la permanenza a domicilio, per l'inserimento presso famiglie, persone e strutture comunitarie di accoglienza di tipo familiare, nonché per l'accoglienza e la socializzazione presso strutture residenziali e semiresidenziali per coloro che, in ragione della elevata fragilità personale o di limitazione dell'autonomia, non siano assistibili a domicilio;
  - h) prestazioni integrate di tipo socio-educativo per contrastare dipendenze da droghe, alcol e farmaci, favorendo interventi di natura preventiva, di recupero e reinserimento sociale;
  - i) informazione e consulenza alle persone e alle famiglie per favorire la fruizione dei servizi e per promuovere iniziative di auto-aiuto.

**3.** Gli interventi del sistema integrato di interventi e servizi sociali di cui al comma 2, lettera c), sono realizzati, in particolare, secondo le finalità delle L. 4 maggio 1983, n. 184, L. 27 maggio 1991, n. 176, L. 15 febbraio 1996, n. 66, L. 28 agosto 1997, n. 285, L. 23 dicembre 1997, n. 451, L. 3 agosto 1998, n. 296, L. 31 dicembre 1998, n. 476, del testo unico di cui al decreto legislativo 25 luglio 1998, n. 286, e delle disposizioni sul processo penale a carico di imputati minorenni, approvate con decreto del Presidente della Repubblica 22 settembre 1988, n. 448, nonché della legge 5 febbraio 1992, n. 104, per i minori disabili. Ai fini di cui all'articolo 11 e per favorire la deistituzionalizzazione, i servizi e le strutture a ciclo residenziale destinati all'accoglienza dei minori devono essere organizzati esclusivamente nella forma di strutture comunitarie di tipo familiare.

**4.** In relazione a quanto indicato al comma 2, le leggi regionali, secondo i modelli organizzativi adottati, prevedono per ogni ambito territoriale di cui all'articolo 8, comma 3, lettera a), tenendo conto anche delle diverse esigenze delle aree urbane e rurali, comunque l'erogazione delle seguenti prestazioni:

- a) servizio sociale professionale e segretariato sociale per informazione e consulenza al singolo e ai nuclei familiari;
- b) servizio di pronto intervento sociale per le situazioni di emergenza personali e familiari;
- c) assistenza domiciliare;
- d) strutture residenziali e semiresidenziali per soggetti con fragilità sociali;
- e) centri di accoglienza residenziali o diurni a carattere comunitario.

**DPR 24 luglio 1977, n. 616****Attuazione della delega di cui all'art. 1 della L. 22 luglio 1975, n. 382****Articolo 23. Specificazione.**

Sono comprese nelle funzioni amministrative di cui all'articolo precedente le attività relative:

- a) all'assistenza economica in favore delle famiglie bisognose dei defunti e delle vittime del delitto;
- b) all'assistenza post-penitenziaria;
- c) agli interventi in favore di minorenni soggetti a provvedimenti delle autorità giudiziarie minorili nell'ambito della competenza amministrativa e civile;
- d) agli interventi di protezione speciale di cui agli articoli 8 e seguenti della legge 20 febbraio 1958, n. 75.

**Legge 28 marzo 2001, n. 149, Modifiche alla legge 4 maggio 1983, n. 184, recante «Disciplina dell'adozione e dell'affidamento dei minori», nonché al titolo VIII del libro primo del codice civile**

**Articolo 5**

1. L'articolo 5 della legge n. 184 è sostituito dal seguente:

*Art. 5. - 1.* L'affidatario deve accogliere presso di sé il minore e provvedere al suo mantenimento e alla sua educazione e istruzione, tenendo conto delle indicazioni dei genitori per i quali non vi sia stata pronuncia ai sensi degli articoli 330 e 333 del codice civile, o del tutore, ed osservando le prescrizioni stabilite dall'autorità affidante. Si applicano, in quanto compatibili, le disposizioni dell'articolo 316 del codice civile. In ogni caso l'affidatario esercita i poteri connessi con la potestà parentale in relazione agli ordinari rapporti con la istituzione scolastica e con le autorità sanitarie. L'affidatario deve essere sentito nei procedimenti civili in materia di potestà, di affidamento e di adottabilità relativi al minore affidato.

2. Il servizio sociale, nell'ambito delle proprie competenze, su disposizione del giudice ovvero secondo le necessità del caso, svolge opera di sostegno educativo e psicologico, agevola i rapporti con la famiglia di provenienza ed il rientro nella stessa del minore secondo le modalità più idonee, avvalendosi anche delle competenze professionali delle altre strutture del territorio e dell'opera delle associazioni familiari eventualmente indicate dagli affidatari.

3. Le norme di cui ai commi 1 e 2 si applicano, in quanto compatibili, nel caso di minori ospitati presso una comunità di tipo familiare o che si trovino presso un istituto di assistenza pubblico o privato”.

4. Lo Stato, le regioni e gli enti locali, nell'ambito delle proprie competenze e nei limiti delle disponibilità finanziarie dei rispettivi bilanci, intervengono con misure di sostegno e di aiuto economico in favore della famiglia affidataria.

**Articolo 9**

1. L'articolo 9 della legge n. 184 è sostituito dal seguente:

*Art. 9. - 1.* Chiunque ha facoltà di segnalare all'autorità pubblica situazioni di abbandono di minori di età. I pubblici ufficiali, gli incaricati di un pubblico servizio, gli esercenti un servizio di pubblica necessità debbono riferire al più presto al procuratore della Repubblica presso il tribunale per i minorenni del luogo in cui il minore si trova sulle condizioni di ogni minore in situazione di abbandono di cui vengano a conoscenza in ragione del proprio ufficio.

2. Gli istituti di assistenza pubblici o privati e le comunità di tipo familiare devono trasmettere semestralmente al procuratore della Repubblica presso il tribunale per i minorenni del luogo ove hanno sede l'elenco di tutti i minori collocati presso di loro con l'indicazione specifica, per ciascuno di essi, della località di residenza dei genitori, dei rapporti con la famiglia e delle condizioni psicofisiche del minore stesso. Il procuratore della Repubblica presso il tribunale per i minorenni, assunte le necessarie informazioni, chiede al tribunale, con ricorso, di dichiarare l'adottabilità di quelli tra i minori segnalati o collocati presso le comunità di tipo familiare o gli istituti di assistenza pubblici o privati o presso una famiglia affidataria, che risultano in situazioni di abbandono, specificandone i motivi.

3. Il procuratore della Repubblica presso il tribunale per i minorenni, che trasmette gli atti al medesimo tribunale con relazione informativa, ogni sei mesi, effettua o dispone ispezioni negli istituti di assistenza pubblici o privati ai fini di cui al comma 2. Può procedere a ispezioni straordinarie in ogni tempo.

## Sezione 5

**4.** Chiunque, non essendo parente entro il quarto grado, accoglie stabilmente nella propria abitazione un minore, qualora l'accoglienza si protragga per un periodo superiore a sei mesi, deve, trascorso tale periodo, darne segnalazione al procuratore della Repubblica presso il tribunale per i minorenni. L'omissione della segnalazione può comportare l'inidoneità a ottenere affidamenti familiari o adottivi e l'incapacità all'ufficio tutelare.

**5.** Nello stesso termine di cui al comma 4, uguale segnalazione deve essere effettuata dal genitore che affidi stabilmente a chi non sia parente entro il quarto grado il figlio minore per un periodo non inferiore a sei mesi. L'omissione della segnalazione può comportare la decadenza dalla potestà sul figlio a norma dell'articolo 330 del codice civile e l'apertura della procedura di adattabilità.

**Articolo 19**

**1.** L'articolo 22 della legge n.184 è sostituito dal seguente:

*Art. 22. - 1.* Coloro che intendono adottare devono presentare domanda al tribunale per i minorenni, specificando l'eventuale disponibilità ad adottare più fratelli ovvero minori che si trovino nelle condizioni indicate dall'articolo 3, comma 1, della legge 5 febbraio 1992, n. 104, concernente l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate. È ammissibile la presentazione di più domande anche successive a più tribunali per i minorenni, purché in ogni caso se ne dia comunicazione a tutti i tribunali precedentemente aditi. I tribunali cui la domanda è presentata possono richiedere copia degli atti di parte ed istruttori, relativi ai medesimi coniugi, agli altri tribunali; gli atti possono altresì essere comunicati d'ufficio. La domanda decade dopo tre anni dalla presentazione e può essere rinnovata.

**2.** In ogni momento a coloro che intendono adottare devono essere fornite, se richieste, notizie sullo stato del procedimento.

**3.** Il tribunale per i minorenni, accertati previamente i requisiti di cui all'articolo 6, dispone l'esecuzione delle adeguate indagini di cui al comma 4, ricorrendo ai servizi socio-assistenziali degli enti locali singoli o associati, nonché avvalendosi delle competenti professionalità delle aziende sanitarie locali ed ospedaliere, dando precedenza nella istruttoria alle domande dirette all'adozione di minori di età superiore a cinque anni o con handicap accertato ai sensi dell'articolo 4 della legge 5 febbraio 1992, n. 104.

**4.** Le indagini, che devono essere tempestivamente avviate e concludersi entro centoventi giorni, riguardano in particolare la capacità di educare il minore, la situazione personale ed economica, la salute, l'ambiente familiare dei richiedenti, i motivi per i quali questi ultimi desiderano adottare il minore. Con provvedimento motivato, il termine entro il quale devono concludersi le indagini può essere prorogato una sola volta e per non più di centoventi giorni.

**5.** Il tribunale per i minorenni, in base alle indagini effettuate, sceglie tra le coppie che hanno presentato domanda quella maggiormente in grado di corrispondere alle esigenze del minore.

**6.** Il tribunale per i minorenni, in camera di consiglio, sentiti il pubblico ministero, gli ascendenti dei richiedenti ove esistano, il minore che abbia compiuto gli anni dodici e anche il minore di età inferiore, in considerazione della sua capacità di discernimento, omissa ogni altra formalità di procedura, dispone, senza indugio, l'affidamento preadottivo, determinandone le modalità con ordinanza. Il minore che abbia compiuto gli anni quattordici deve manifestare espresso consenso all'affidamento alla coppia prescelta.

**7.** Il tribunale per i minorenni deve in ogni caso informare i richiedenti sui fatti rilevanti, relativi al minore, emersi dalle indagini. Non può essere disposto l'affidamento di uno solo di più fratelli,

tutti in stato di adottabilità, salvo che non sussistano gravi ragioni. L'ordinanza è comunicata al pubblico ministero, ai richiedenti ed al tutore. Il provvedimento di affidamento preadottivo è immediatamente, e comunque non oltre dieci giorni, annotato a cura del cancelliere a margine della trascrizione di cui all'articolo 18.

**8.** Il tribunale per i minorenni vigila sul buon andamento dell'affidamento preadottivo avvalendosi anche del giudice tutelare e dei servizi locali sociali e consultoriali. In caso di accertate difficoltà, convoca, anche separatamente, gli affidatari e il minore, alla presenza, se del caso, di uno psicologo, al fine di valutare le cause all'origine delle difficoltà. Ove necessario, dispone interventi di sostegno psicologico e sociale.

### **Convenzione ONU sui diritti del fanciullo**

#### **Articolo 3**

In tutte le decisioni relative ai fanciulli, di competenza sia delle istituzioni pubbliche o private di assistenza sociale, dei tribunali delle autorità amministrative o degli organi legislativi, l'interesse superiore del fanciullo deve essere una considerazione preminente.

Gli Stati parti si impegnano ad assicurare al fanciullo la protezione e le cure necessarie al suo benessere, in considerazione dei diritti e dei doveri dei suoi genitori, dei suoi tutori o di altre persone che hanno la sua responsabilità legale, e a tal fine essi adottano tutti i provvedimenti legislativi e amministrativi appropriati.

Gli Stati parti vigilano affinché il funzionamento delle istituzioni, servizi e istituti che hanno la responsabilità dei fanciulli e che provvedono alla loro protezione sia conforme alle norme stabilite dalle autorità competenti in particolare nell'ambito della sicurezza e della salute e per quanto riguarda il numero e la competenza del loro personale nonché l'esistenza di un adeguato controllo.

#### **Articolo 12**

Gli Stati parti garantiscono al fanciullo capace di discernimento il diritto di esprimere liberamente la sua opinione su ogni questione che lo interessa, le opinioni del fanciullo essendo debitamente prese in considerazione tenendo conto della sua età e del suo grado di maturità. A tal fine, si darà in particolare al fanciullo la possibilità di essere ascoltato in ogni procedura giudiziaria o amministrativa che lo concerne, sia direttamente, sia tramite un rappresentante o un organo appropriato, in maniera compatibile con le regole di procedura della legislazione nazionale.

#### **Articolo 16**

Nessun fanciullo sarà oggetto di interferenze arbitrarie o illegali nella sua vita privata, nella sua famiglia, nel suo domicilio o nella sua corrispondenza, e neppure di affronti illegali al suo onore e alla sua reputazione.

Il fanciullo ha diritto alla protezione della legge contro tali interferenze o tali affronti.

#### **Articolo 19**

Gli Stati parti adottano ogni misura legislativa, amministrativa, sociale ed educativa per tutelare il fanciullo contro ogni forma di violenza, di oltraggio o di brutalità fisiche o mentali, di abbandono o di negligenza, di maltrattamenti o di sfruttamento, compresa la violenza sessuale, per tutto il tempo in cui è affidato all'uno o all'altro, o a entrambi, i suoi genitori, al suo rappresentante legale (o rappresentanti legali), oppure a ogni altra persona che ha il suo affidamento.

Le suddette misure di protezione comporteranno, in caso di necessità, procedure efficaci per la creazione di programmi sociali finalizzati a fornire l'appoggio necessario al fanciullo e a coloro ai quali egli è affidato, nonché per altre forme di prevenzione, e ai fini dell'individuazione,



## Sezione 5

del rapporto dell'arbitrato, dell'inchiesta, della trattazione e dei seguiti da dare ai casi di maltrattamento del fanciullo di cui sopra; esse dovranno altresì includere, se necessario, procedure di intervento giudiziario.

**Articolo 25**

Gli Stati parti riconoscono al fanciullo che è stato collocato dalla autorità competente al fine di ricevere cure, una protezione oppure una terapia fisica o mentale, il diritto a una verifica periodica di detta terapia e di ogni altra circostanza relativa alla sua collocazione

**Articolo 39**

Gli Stati parti adottano ogni adeguato provvedimento per agevolare il riadattamento fisico e psicologico e il reinserimento sociale di ogni fanciullo vittima di ogni forma di negligenza, di sfruttamento o di maltrattamenti; di torture o di ogni altra forma di pene o di trattamenti crudeli, inumani o degradanti, o di un conflitto armato. Tale riadattamento e tale reinserimento devono svolgersi in condizioni tali da favorire la salute, il rispetto della propria persona e la dignità del fanciullo.

**Legge 15 febbraio 1996, n. 66, Norme contro la violenza sessuale****Articolo 11**

1. Dopo l'articolo 609-*nonies* del codice penale, introdotto dall'articolo 10 della presente legge, è inserito il seguente:

Art. 609-*decies* (comunicazione al tribunale per i minorenni). Quando si procede per alcuno dei delitti previsti dagli articoli 609-*bis*, 609-*ter*, 609-*quinquies* e 609-*octies* commessi in danno di minorenni, ovvero per il delitto previsto dall'articolo 609-*quater*, il procuratore della repubblica ne dà notizia al tribunale per i minorenni.

Nei casi previsti dal primo comma l'assistenza affettiva e psicologica della persona offesa minorenni è assicurata, in ogni stato e grado del procedimento, dalla presenza dei genitori o di altre persone idonee indicate dal minorenni e ammesse dall'autorità giudiziaria che procede.

In ogni caso al minorenni è assicurata l'assistenza dei servizi minorili dell'amministrazione della giustizia e dei servizi istituiti dagli enti locali.

Dei servizi indicati nel terzo comma si avvale altresì l'autorità giudiziaria in ogni stato e grado del procedimento.

**Legge 3 agosto 1998, n. 269, Norme contro lo sfruttamento della prostituzione, della pornografia, del turismo sessuale in danno di minori, quali nuove forme di riduzione in schiavitù****Articolo 13. Disposizioni processuali**

1. Nell'articolo 33-*bis* del codice di procedura penale, introdotto dall'articolo 169 del decreto legislativo 19 febbraio 1998, n. 51, al comma 1, lettera c), dopo le parole: "578, comma 1", sono inserite le seguenti: "da 600-*bis* a 600-*sexies* puniti con la reclusione non inferiore nel massimo a cinque anni".

2. All'articolo 190-*bis* del codice di procedura penale, dopo il comma 1 è aggiunto il seguente: "1-*bis*. La stessa disposizione si applica quando si procede per uno dei reati previsti dagli articoli 600-*bis*, primo comma, 600-*ter*, 600-*quater*, 600-*quinquies*, 609-*bis*, 609-*ter*, 609-*quater*, 609-*quinquies* e 609-*octies* del codice penale, se l'esame richiesto riguarda un testimone minore degli anni sedici".

3. All'articolo 392, comma 1-*bis*, del codice di procedura penale, dopo le parole: "Nei procedimenti per i delitti di cui agli articoli" sono inserite le seguenti: "600-*bis*, 600-*ter*, 600-*quinqües*".

4. All'articolo 398, comma 5-*bis*, del codice di procedura penale, dopo le parole: "ipotesi di reato previste dagli articoli" sono inserite le seguenti: "600-*bis*, 600-*ter*, 600-*quinqües*".

5. All'articolo 472, comma 3-*bis*, del codice di procedura penale, dopo le parole: "delitti previsti dagli articoli" sono inserite le seguenti: "600-*bis*, 600-*ter*, 600-*quinqües*".

6. All'articolo 498 del codice di procedura penale, dopo il comma 4, sono aggiunti i seguenti: 4-*bis*. Si applicano, se una parte lo richiede ovvero se il presidente lo ritiene necessario, le modalità di cui all'articolo 398, comma 5-*bis*.

4-*ter*. Quando si procede per i reati di cui agli articoli 600-*bis*, 600-*ter*, 600-*quater*, 600-*quinqües*, 609-*bis*, 609-*ter*, 609-*quater* e 609-*octies* del codice penale, l'esame del minore vittima del reato viene effettuato, su richiesta sua o del suo difensore, mediante l'uso di un vetro specchio unitamente a un impianto citofonico.

7. All'articolo 609-*decies*, primo comma, del codice penale, dopo le parole: "delitti previsti dagli articoli" sono inserite le seguenti: "600-*bis*, 600-*ter*, 600-*quinqües*".

**Legge 31 dicembre 1998, n. 476, Ratifica ed esecuzione della convenzione per la tutela dei minori e la cooperazione in materia di adozione internazionale, fatta a l'Aja il 29 maggio 1993. Modifiche alla legge 4 maggio 1983, n. 184, in tema di adozione di minori stranieri**

**Articolo 29-*bis***

1. Le persone residenti in Italia, che si trovano nelle condizioni prescritte dall'articolo 6 e che intendono adottare un minore straniero residente all'estero, presentano dichiarazione di disponibilità al tribunale per i minorenni del distretto in cui hanno la residenza e chiedono che lo stesso dichiari la loro idoneità all'adozione.

2. Nel caso di cittadini italiani residenti in uno Stato straniero, fatto salvo quanto stabilito nell'articolo 36, comma 4, è competente il tribunale per i minorenni del distretto in cui si trova il luogo della loro ultima residenza; in mancanza, è competente il tribunale per i minorenni di Roma.

3. Il tribunale per i minorenni, se non ritiene di dover pronunciare immediatamente decreto di inidoneità per manifesta carenza dei requisiti, trasmette, entro quindici giorni dalla presentazione, copia della dichiarazione di disponibilità ai servizi degli enti locali.

4. I servizi socio-assistenziali degli enti locali singoli o associati, anche avvalendosi per quanto di competenza delle aziende sanitarie locali e ospedaliere, svolgono le seguenti attività:

- a) informazione sull'adozione internazionale e sulle relative procedure, sugli enti autorizzati e sulle altre forme di solidarietà nei confronti dei minori in difficoltà, anche in collaborazione con gli enti autorizzati di cui all'articolo 39-*ter*;
- b) preparazione degli aspiranti all'adozione, anche in collaborazione con i predetti enti;
- c) acquisizione di elementi sulla situazione personale, familiare e sanitaria degli aspiranti genitori adottivi, sul loro ambiente sociale, sulle motivazioni che li determinano, sulla loro attitudine a farsi carico di un'adozione internazionale, sulla loro capacità di rispondere in modo adeguato alle esigenze di più minori o di uno solo, sulle eventuali caratteristiche particolari dei minori che essi sarebbero in grado di accogliere, nonché acquisizione di ogni altro elemento utile per la valutazione da parte del tribunale per i minorenni della loro idoneità all'adozione.

5. I servizi trasmettono al tribunale per i minorenni, in esito all'attività svolta, una relazione completa di tutti gli elementi indicati al comma 4, entro i quattro mesi successivi alla trasmissione della dichiarazione di disponibilità”.

**Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 14 febbraio 2001**

**Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni socio-sanitarie**

**Articolo 4. Principi di programmazione e di organizzazione delle attività**

1. La regione nell'ambito della programmazione degli interventi socio-sanitari determina gli obiettivi, le funzioni, i criteri di erogazione delle prestazioni socio-sanitarie, ivi compresi i criteri di finanziamento, tenendo conto di quanto espresso nella tabella allegata. A tal fine si avvale del concerto della Conferenza permanente per la programmazione sanitaria e socio-sanitaria regionale di cui all'art. 2, comma 2-*bis*, del decreto legislativo n. 502 del 1992, e successive modifiche e integrazioni, o di altri organismi consultivi equivalenti previsti dalla legislazione regionale. La regione, con il concorso della stessa Conferenza, svolge attività di vigilanza e coordinamento sul rispetto di dette indicazioni da parte delle aziende sanitarie e dei comuni al fine di garantire uniformità di comportamenti a livello territoriale. La programmazione degli interventi socio-sanitari avviene secondo principi di sussidiarietà, cooperazione, efficacia, efficienza ed economicità, omogeneità, copertura finanziaria e patrimoniale, nonché di continuità assistenziale.

2. Al fine di favorire l'integrazione con i servizi di assistenza primaria e con le altre prestazioni socio-sanitarie, la programmazione dei servizi e delle prestazioni a elevata integrazione sanitaria rientra nel Programma delle attività territoriali, di cui all'art. 3-*quater*, comma 3, del decreto legislativo n. 502 del 1992, e successive modifiche e integrazioni. I comuni adottano sul piano territoriale gli assetti più funzionali alla gestione, alla spesa ed al rapporto con i cittadini per consentirne l'esercizio del diritto soggettivo a beneficiare delle suddette prestazioni.

3. Per favorire l'efficacia e l'appropriatezza delle prestazioni socio-sanitarie necessarie a soddisfare le necessità assistenziali dei soggetti destinatari, l'erogazione delle prestazioni e dei servizi è organizzata di norma attraverso la valutazione multidisciplinare del bisogno, la definizione di un piano di lavoro integrato e personalizzato e la valutazione periodica dei risultati ottenuti. La regione emana indirizzi e protocolli volti a omogeneizzare a livello territoriale i criteri della valutazione multidisciplinare e l'articolazione del piano di lavoro personalizzato vigilando sulla loro corretta applicazione al fine di assicurare comportamenti uniformi ed omogenei a livello territoriale.

**Decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112, Conferimento di funzioni e compiti amministrativi dello Stato alle Regioni ed agli enti locali, in attuazione del capo I della legge 15 marzo 1997, n. 59**

**Articolo 132. Trasferimento alle Regioni**

1. Le regioni adottano, ai sensi dell'articolo 4, comma 5, della legge 15 marzo 1997, n. 59, entro sei mesi dall'emanazione del presente decreto legislativo, la legge di puntuale individuazione delle funzioni trasferite o delegate ai comuni ed agli enti locali e di quelle mantenute in capo alle regioni stesse. In particolare la legge regionale conferisce ai comuni ed agli altri enti locali le funzioni ed i compiti amministrativi concernenti i servizi sociali relativi a:

- a) i minori, inclusi i minori a rischio di attività criminose;
- b) i giovani;
- c) gli anziani;

- d) la famiglia;
- e) i portatori di handicap, i non vedenti e gli audiolesi;
- f) i tossicodipendenti e alcooldipendenti;
- g) gli invalidi civili, fatto salvo quanto previsto dall'articolo 130 del presente decreto legislativo.

2. Sono trasferiti alle regioni, che provvederanno al successivo conferimento alle province, ai comuni ed agli altri enti locali nell'ambito delle rispettive competenze, le funzioni e i compiti relativi alla promozione ed al coordinamento operativo dei soggetti e delle strutture che agiscono nell'ambito dei "servizi sociali", con particolare riguardo a:

- a) la cooperazione sociale;
- b) le istituzioni di pubblica assistenza e beneficenza (IPAB);
- c) il volontariato.

### Codice penale

#### Articolo 336. Violenza o minaccia a un pubblico ufficiale

Chiunque usa violenza o minaccia a un pubblico ufficiale o a un incaricato di un pubblico servizio, per costringerlo a fare un atto contrario ai propri doveri o a omettere un atto dell'ufficio o del servizio, è punito con la reclusione dai sei mesi a cinque anni. La pena è della reclusione fino a tre anni, se il fatto è commesso per costringere alcuna delle persone anzidette a compiere un atto del proprio ufficio o servizio, o per influire, comunque, su di essa (c.p.339).

#### Articolo 337. Resistenza a un pubblico ufficiale

Chiunque usa violenza o minaccia per opporsi a un pubblico ufficiale (c.p.357) o a un incaricato di un pubblico servizio (c.p.358), mentre compie un atto di ufficio o di servizio, o a coloro che, richiesti, gli prestano assistenza, è punito con la reclusione da sei mesi a cinque anni (c.p.339).

#### Articolo 340. Interruzione di un ufficio o servizio pubblico o di un servizio di pubblica necessità

Chiunque, fuori dei casi preveduti da particolari disposizioni di legge, cagiona una interruzione o turba la regolarità di un ufficio o servizio pubblico o di un servizio di pubblica necessità è punito con la reclusione fino a un anno.

I capi, promotori od organizzatori sono puniti con la reclusione da uno a cinque anni.

#### Articolo 341. Oltraggio a un pubblico ufficiale

Chiunque offende l'onore o il prestigio di un pubblico ufficiale (c.p.357), in presenza di lui e a causa o nell'esercizio delle sue funzioni, è punito con la reclusione (da sei mesi) a due anni.

La stessa pena si applica a chi commette il fatto mediante comunicazione telegrafica o telefonica, o con scritto o disegno, duetti al pubblico ufficiale, e a causa delle sue funzioni.

La pena è della reclusione da uno a tre anni, se l'offesa consiste nella attribuzione di un fatto determinato.

Le pene sono aumentate quando il fatto è commesso con violenza o minaccia, ovvero quando l'offesa è recata in presenza di una o più persone (c.p.344).

### Legge 31 dicembre 1996, n. 675, Tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali

#### Articolo 27. Trattamento da parte di soggetti pubblici

1. Salvo quanto previsto al comma 2, il trattamento di dati personali da parte di soggetti pubblici, esclusi gli enti pubblici economici, è consentito soltanto per lo svolgimento delle fun-

## Sezione 5

zioni istituzionali, nei limiti stabiliti dalla legge e dai regolamenti.

**2.** La comunicazione e la diffusione a soggetti pubblici, esclusi gli enti pubblici economici, dei dati trattati sono ammesse quando siano previste da norme di legge o di regolamento, o risultino comunque necessarie per lo svolgimento delle funzioni istituzionali. In tale ultimo caso deve esserne data previa comunicazione nei modi di cui all'articolo 7, commi 2 e 3 al Garante che vieta, con provvedimento motivato, la comunicazione o la diffusione se risultano violate le disposizioni della presente legge.

**3.** La comunicazione e la diffusione dei dati personali da parte di soggetti pubblici a privati o a enti pubblici economici sono ammesse solo se previste da norme di legge o di regolamento.

**4.** I criteri di organizzazione delle amministrazioni pubbliche di cui all'articolo 5 del decreto legislativo 3 febbraio 1993, n. 29, sono attuati nel pieno rispetto delle disposizioni della presente legge.

### Codice di procedura penale

#### Articolo 77. Capacità processuale della parte civile

**1.** Le persone che non hanno il libero esercizio dei diritti non possono costituirsi parte civile se non sono rappresentate, autorizzate o assistite nelle forme prescritte per l'esercizio delle azioni civili.

**2.** Se manca la persona a cui spetta la rappresentanza o l'assistenza e vi sono ragioni di urgenza ovvero vi è conflitto di interessi tra il danneggiato e chi lo rappresenta, il pubblico ministero può chiedere al giudice di nominare un curatore speciale. La nomina può essere chiesta altresì dalla persona che deve essere rappresentata o assistita ovvero dai suoi prossimi congiunti e, in caso di conflitto di interessi, dal rappresentante.

**3.** Il giudice, assunte le opportune informazioni e sentite se possibile le persone interessate, provvede con decreto, che è comunicato al pubblico ministero affinché provochi, quando occorre, i provvedimenti per la costituzione della normale rappresentanza o assistenza dell'incapace.

**4.** In caso di assoluta urgenza, l'azione civile nell'interesse del danneggiato incapace per infermità di mente o per età minore può essere esercitata dal pubblico ministero, finché subentrano a norma dei commi precedenti colui al quale spetta la rappresentanza o l'assistenza ovvero il curatore speciale.

#### Articolo 338. Curatore speciale per la querela

**1.** Nel caso previsto dall'articolo 121 del codice penale, il termine per la presentazione della querela decorre dal giorno in cui è notificato al curatore speciale il provvedimento di nomina.

**2.** Alla nomina provvede, con decreto motivato, il giudice per le indagini preliminari del luogo in cui si trova la persona offesa, su richiesta del pubblico ministero.

**3.** La nomina può essere promossa anche dagli enti che hanno per scopo la cura, l'educazione, la custodia o l'assistenza dei minorenni.

**4.** Il curatore speciale ha facoltà di costituirsi parte civile nell'interesse della persona offesa.

**5.** Se la necessità della nomina del curatore speciale sopravviene dopo la presentazione della querela, provvede il giudice per le indagini preliminari o il giudice che procede.

## Prevenzione e integrazione tra le istituzioni di tutela e i servizi

*Franco Occhiogrosso*

### **APPROFONDIMENTI**

**Fidarsi è bene**

*Saverio Abbruzzese*

**La scuola e l'abuso in danno dei minori  
tra nuova cultura e vecchie resistenze**

**Una riflessione sulla tutela preventiva  
del bambino e del ragazzo nel mondo  
della scuola**

*Armando Rossini*

# Sezione 6



# Prevenzione e integrazione tra le istituzioni di tutela e i servizi

Franco Occhiogrosso\*

## 1. Il punto sulla situazione

Il discorso relativo all'integrazione dei soggetti chiamati a collaborare per assicurare ai minori una tutela adeguata e, in particolare, quella tra istituzioni e servizi rappresenta una delle chiavi di lettura più utili per fare il punto sulla gestione delle risposte sociogiudiziarie al problema del disagio e per intendere quanto sia ancora lunga la strada perché esse siano ben coordinate e funzionali allo scopo che intendono realizzare.

Il primo dato da considerare è che, mentre da più parti giunge notizia di varie iniziative finalizzate a questo scopo, d'altro canto il complessivo processo d'integrazione è sostanzialmente abbandonato al "fai da te", senza alcun monitoraggio né del suo andamento né dei risultati prodotti (se si esclude quello relativo ad abuso e sfruttamento sessuale contenuto sia nella Prima che nella Seconda relazione al Parlamento sullo stato di attuazione della legge 269/98). Vi sono poi vari motivi per ritenere che esso stia divenendo sempre più difficile da realizzare per il rapido mutamento delle situazioni e le incertezze che ciò produce. Così, tanto per fare un esempio riguardo ai soggetti che vi sono coinvolti, ci si chiede se, dopo l'entrata in vigore dell'art. 111 della Costituzione e alla luce dei principi del giusto processo, debba ritenersi ancora che nell'ambito del settore giudiziario minorile siano da considerare protagonisti del processo d'integrazione solo il tribunale minorile e i servizi socio-sanitari oppure se il discorso non debba essere esteso ad altri, quali il pubblico ministero minorile e la difesa (avendo eventualmente come referente per quest'ultima il locale Consiglio dell'Ordine degli avvocati) e altri ancora compresi procura e tribunale ordinario.

E poi, ad accentuare ulteriormente le difficoltà, va ricordato, quanto all'area interessata, che se è importante l'integrazione tra i soggetti indicati in rapporto alla tematica della prevenzione, non c'è dubbio tuttavia che la necessità di un'analisi vada estesa alla globalità delle problematiche emergenti e, quindi, anche agli interventi successivi al determinarsi di situazioni di disagio.

D'altro canto, non c'è dubbio che lo spazio della prevenzione non sia solo quello che riguarda le fasi che precedono il prodursi del disagio, perché l'intervento preventivo è indispensabile anche dopo. Basta tener presente l'esigenza di evitare il rischio di vittimizzazioni secondarie; basta tener conto della necessità di prevenire le situazioni di abuso delle istituzioni per avere conferma delle correttezza di questa impostazione.

---

\* Presidente del Tribunale per i minorenni di Bari.



Infine, c'è da chiarire, quanto alle modalità di realizzazione, quale debba essere il modello d'integrazione da perseguire e se, in particolare, il discorso vada limitato ai profili rigorosamente tecnici della materia oppure se esso debba essere di più ampia portata ed estendersi a tutte le dinamiche emergenti, che comunque anche solo indirettamente finiscono per incidere sui profili tecnici.

E affrontando l'argomento secondo quest'ultima prospettiva, la complessità del problema è evidenziata da una molteplicità di argomenti significativi che vanno dall'esigenza di tener costantemente conto dell'evoluzione che la nuova cultura sta apportando a concetti fondamentali, quali quello di prevenzione (con le conseguenze che ne derivano sul lavoro di rete) e di devianza con l'ampliamento della devianza minorile a devianza familiare, al più ampio ruolo assunto dalle istituzioni giudiziarie (non solo giurisdizionali, ma anche amministrative), al rapporto tra giurisdizione minorile italiana e Corte europea di Strasburgo, anche alla luce della condanna inflitta dalla suddetta Corte all'Italia per violazione dell'art. 8 della Convenzione europea dei diritti dell'uomo in relazione a una decisione assunta dal Tribunale per i minorenni di Firenze. Vi è infine l'emergere di alcuni orientamenti culturali relativi, in particolare, alla materia dell'abuso sessuale in danno di minori, orientamenti che propongono ottiche alternative in tema di ascolto del minore e di allontanamento dalla famiglia del minore, che sia stato presumibilmente vittima di abuso.

Conclusivamente, meritano un cenno da un lato le modalità particolari che vengono talora utilizzate per esercitare il diritto di difesa nel processo, andando oltre la corretta utilizzazione delle argomentazioni a sostegno delle loro ragioni con riferimento alla vicenda in esame, e dall'altro il negativo ruolo assunto da alcuni *talk-show* televisivi, che talora hanno superato i limiti di un'accettabile funzione critica sulla gestione dei processi e sull'attività della magistratura.

In relazione a tutto ciò, occorre verificare se vi siano spazi per attuare un'integrazione piena, perché possano cioè trovare specifica attuazione le indicazioni di carattere generale fornite in proposito dal Presidente Ciampi in occasione del recente insediamento del nuovo Consiglio superiore della magistratura.

## 2. Il concetto d'integrazione

Il termine "integrazione", da tempo entrato nell'uso corrente dei tecnici dell'area minorile fino a divenire del tutto abituale, è richiamato non raramente dalla legislazione familiare e minorile. Si tratta peraltro di un concetto ampiamente utilizzato anche in altri ambiti, non solo giuridici, con significati diversi: da quello sindacale (essere in cassa integrazione) a quello economi-

co (integrazione orizzontale tra imprese che svolgono la stessa fase di lavorazione); da quello psicologico a quello matematico; da quello politico (integrazione europea) a quello sociale (integrazione razziale).

Nel settore degli interventi minorili, esso è utilizzato in prevalenza nel significato di “pieno inserimento”, “totale amalgama” e si riferisce all’area del sociale. In proposito sono sufficienti due soli esempi significativi. Uno è costituito dalla legge 5 febbraio 1992, n. 104, *Legge quadro a tutela dei diritti delle persone handicappate*, che nella rubrica fa riferimento all’integrazione sociale, concetto che nel testo della legge viene articolato soprattutto con riguardo all’integrazione scolastica e a quella lavorativa oltre che ad altre forme dirette a realizzare forme di aiuto personale, alla rimozione di ostacoli ad attività sportive e delle barriere architettoniche. L’altro esempio è costituito dal cenno, quasi fuggevole, ma indice indubbio dell’utilizzazione che viene effettuata anche a livello sovranazionale, del termine “integrazione” che s’incontra anche in documenti internazionali, come la Convenzione de L’Aja (25 ottobre 1980) sugli aspetti della sottrazione di un minore a carattere internazionale, ratificata e resa esecutiva in Italia con legge 15 gennaio 1994, n. 64. Infatti, l’art. 12 della Convenzione sancisce che il rientro del minore espatriato o trattenuto illecitamente in uno Stato diverso da quello di residenza abituale deve essere immediatamente ordinato, salvo che, essendo decorso un anno dal momento del mancato rientro, «non si sia accertato che il minore si è integrato nel suo nuovo ambiente».

Ai fini del nostro discorso esso è utilizzato con il significato di coordinamento tra organismi diversi, chiamati a concorrere negli interventi relativi a una stessa vicenda. Ma l’ampiezza di significato attribuito al termine “integrazione”, in questo e in altri ambiti, lascia intendere che esso può ben riferirsi a qualunque intervento diretto a favorire ogni possibile sintonia operativa.

Lo scopo è quello di evitare interventi confliggenti oppure anche solo non ben assortiti: in una parola, quello di ridurre la complessità, evitando inutili duplicazioni o ritardi operativi oppure anche di favorire il confronto tra orientamenti culturali differenti al fine di pervenire a soluzioni mediate.

### 3. Le modalità di realizzazione dell’integrazione tra istituzioni e servizi

La questione relativa all’integrazione nel nostro ambito ha cominciato a porsi in modo più incisivo a partire dalla metà degli anni Novanta per trovare poi sempre più articolate forme di realizzazione.

Certamente punto cardine per il suo decollo è stata la legge 8 giugno 1990, n. 142, contenente l'ordinamento delle autonomie locali, assorbita poi nel Testo unico della legge sull'ordinamento degli enti locali (DL 18 agosto 2000 n. 267), che disciplina varie modalità di coordinamento di funzioni e servizi, prevedendo per gli enti locali la possibilità di realizzare consorzi, unioni di comuni, esercizio associato di funzioni e di stipulare convenzioni. Particolarmente significativi per il nostro discorso sono gli accordi di programma (art. 34), finalizzati alla definizione e attuazione di opere, interventi o programmi di intervento che richiedono per la loro completa realizzazione l'«azione integrata e coordinata» di Comuni, Province e Regioni, di amministrazioni statali e di altri soggetti pubblici. È stata questa la fase di partenza di quella forma d'integrazione realizzatasi in modo sempre più significativo che è il protocollo d'intesa.

Ma le modalità di realizzazione sono molteplici e assumono forme varie passando dall'enunciazione di linee guida dirette a fornire orientamenti applicativi unitari in una materia, fino alla realizzazione di corsi di formazione e seminari di studi aperti a tutti i soggetti interessati a una stessa tematica.

Bisogna peraltro aggiungere che iniziative funzionali alla realizzazione di forme d'integrazione in questo settore vi sono sempre state nella giustizia minorile sin dalla legge minorile del 1934, ma esse si sono realizzate in passato con modalità diverse. Esiste in proposito una specie di spartiacque culturale-operativo che si crea intorno alla metà degli anni Novanta e che porta a distinguere le diverse modalità secondo cui l'integrazione tra istituzioni e servizi si è qui realizzata. Prima di quella data non risultano essere stati conclusi accordi tra istituzioni, né programmi di coordinamento: vi è stata invece l'iniziativa singola di una delle istituzioni interessate (i tribunali), iniziativa alla quale le altre hanno tacitamente aderito, sostanzialmente condividendola. È quello che è accaduto nell'applicazione dell'art. 25 del RDL 20 luglio 1934, n. 1404 (la cd. legge minorile); poi per gli art. 22-23-25 del DPR 24 luglio 1977, n. 616 e infine per art. 4 del DPR 1988, n. 448 (sul processo penale minorile).

Dopo la metà degli anni Novanta, invece, cominciano a proporsi modalità diverse per realizzare tale integrazione, frutto di intese e di coordinamento concordati direttamente dagli organismi interessati e frutto spesso di impegnativi e protratti studi preparatori: si realizzano perciò in vari settori d'intervento protocolli d'intesa (in tema di violenza sessuale, di mediazione, di decentramento delle attività giudiziarie, di adozione). A questi si aggiungono anche altre forme (quali le linee guida emanate dalle Regioni in attuazione della legge 269/98 e in altri ambiti): in tali casi, pur essendo le direttive emanate indirizzate esclusivamente alla pubblica amministrazione, tuttavia non c'è dubbio che esse non possano essere ignorate dai giudici nella loro elaborazione giurisprudenziale.

Esaminiamo quindi le forme d'integrazione sin qui realizzate, distinguendo quelle attuate (di fatto) fino alla metà degli anni Novanta da quelle successive.

### 3.1 L'integrazione prima degli anni Novanta

Il coordinamento tra gli interventi viene talora previsto esplicitamente dalla legge, talora è implicito.

A. Forma esplicita di coordinamento tra le competenze dei tribunali per i minorenni è quella prevista dall'art. 26 della legge minorile del 1934, in base a cui le misure amministrative previste dall'art. 25 possono essere promosse dal pubblico ministero, se è in corso un procedimento penale a carico del minore, quando costui non può essere o non è assoggettato a detenzione preventiva e se il minore è stato prosciolto per difetto di capacità d'intendere e volere senza che vi sia stata applicata una misura di sicurezza. Quando è stato concesso il perdono giudiziale o la sospensione condizionale della pena, il tribunale deve esaminare se al minore sia necessaria una delle misure previste dall'art. 25. La misura di cui all'art. 25, n. 1 (affidamento del minore al servizio sociale), può altresì essere disposta, quando il minore si trovi nella condizione prevista dall'art. 333 del codice civile. Nell'esperienza precedente gli anni Novanta s'incontrano entrambe queste modalità d'integrazione.

Questa disposizione è stata poi ripresa a distanza di oltre cinquant'anni dall'art. 4 del DPR 22/9/1988, n. 448, il quale stabilisce che l'autorità giudiziaria ha il dovere d'informare il procuratore della Repubblica presso il tribunale dei minorenni, nella cui circoscrizione abitualmente dimora, dell'inizio e dell'esito del procedimento penale promosso in altra circoscrizione per l'inizio eventuale di un procedimento civile.

Considerando insieme queste disposizioni si rileva: a) che le tre competenze dei tribunali minorili sono intese dal legislatore (e così la giurisprudenza li ha costantemente interpretati) come tre profili del tutto inscindibili e interdipendenti tra loro; b) che tale integrazione delle competenze deriva dalla legge ed è ribadita dai tribunali nell'esercizio della giurisdizione; c) che tale integrazione si è estesa ai servizi sociali (quelli ministeriali e quelli degli enti locali competenti a intervenire a seguito dei DPR 616/77 e 448/88) venendo i medesimi coordinati dal giudice con indicazioni di volta in volta effettuate nel provvedimento giurisdizionale; d) che accanto alle integrazioni esplicite contenute nei succitati art. 26 DPR 1404/34 e DPR 448/88, un'altra implicita si trae dall'art. 4 con riferimento ai minori che commettono reato nel distretto di loro residenza. Per costoro, per i quali il procuratore della Repubblica esercita obbligatoriamente l'azio-

ne penale, si desume dalla citata disposizione che egli “può” anche esercitare il suo potere d’iniziativa per promuovere un procedimento civile per il suo recupero e reinserimento sociale.

B. Ruoli ancora più interessanti perché aggiungono creatività alla prospettiva di realizzazione dell’integrazione tra gli interventi del giudice minorile e dei servizi sociali sono quelli svolti da un lato dalla giurisprudenza dei tribunali per i minorenni e dall’altro dagli enti locali, in modo separato gli uni dagli altri in occasione dell’entrata in vigore del DPR 616/77.

B1. Per quanto riguarda l’intervento della giurisprudenza, va ricordato che questa legge si aggiunge a una serie di altre (la riforma del diritto di famiglia del 1975; la legge sulla droga; decreti delegati per la scuola; la legge sull’adozione speciale del 1967) che avevano profondamente mutato il precedente panorama normativo, secondo cui la competenza civile minorile era in linea con la concezione del padre-padrone, per la quale il diritto-dovere di educare, istruire e mantenere i figli rimaneva un fatto privato del padre libero di gestirlo a suo piacimento con esclusione di ogni intervento esterno. La competenza amministrativa aveva invece un carattere parapenale, in quanto prevedeva che il ragazzo dal comportamento irregolare fosse collocato, fino a quando si fosse emendato (cioè per un tempo indeterminato), in un istituto di rieducazione, spesso situato in luoghi lontani e impervi; e, infine, le misure penali erano ispirate alla logica del piccolo carcere per il piccolo uomo.

Dopo quella ricca fioritura di leggi il quadro legislativo si modifica radicalmente: il rapporto genitore-figlio passa da una prospettiva privatistica a una pubblicistica; l’interesse tutelato dalla legge che disciplina la potestà genitoriale non è più quello privato limitato al rapporto genitore/figlio, ma l’interesse pubblico all’educazione del minore a cui tutta la società è interessata, perché la corretta e responsabile formazione della personalità di un giovane è garanzia di un ordinato e progressivo sviluppo della convivenza civile di un Paese.

In questa prospettiva s’inserisce il DPR 24 luglio 1977, n. 616, che segna il passaggio dalla cultura della beneficenza a quella della solidarietà con il trasferimento ai Comuni di funzioni sociali importantissime, tra cui gli interventi a tutela dei minorenni (anche devianti). Prevedere, come la legge citata fa, interventi non solo in favore dei singoli soggetti ma anche di interi gruppi, significa operare una vera e propria rivoluzione culturale: non più interventi singoli o occasionali ricollegati all’insostenibilità della situazione di un singolo minore e della sua famiglia, ma interventi programmati (e quindi preventivi) per un certo territorio, previa analisi dei bisogni emergenti. Ciò significa poter affrontare nella loro globalità problemi come l’inadempienza scolastica, lo sfruttamento lavorativo del minore, l’istituzionalizzazione, ecc. Anche la devianza minorile

cambia volto, non è più solo intesa come l'irregolarità del singolo ragazzo in vista dell'applicazione di una sanzione penale o di un intervento per il suo recupero individuale, essa è anche e soprattutto il problema della sua famiglia, della casa, del quartiere in cui vive. Il disadattamento sociale è visto ora come il frutto di una situazione ambientale emarginante, che produce il deviante, così come il bambino abbandonato e il tossicodipendente. Si trae quindi dalla legge l'affermazione di principi nuovi quale quello che anche il modo di costruire una città è un modo di affrontare il problema dell'ambiente e della sua vivibilità e quindi della devianza; che anche affrontare il problema della scuola e dell'edilizia scolastica significa dare risposta ai problemi dei minori e così via.

Acquistano quindi un ruolo essenziale i servizi sociali e gli enti locali. Se è importante che il giudice guardi ai problemi della famiglia tenendo conto dell'evoluzione scientifica, è addirittura indispensabile un programma sociale teso al miglioramento della qualità della vita ed, in particolare, del rapporto educativo (Meucci, 1982, 107 ss.; Occhiogrosso, 1982, 70 ss.; Vercellone, 1999).

Ed è dalla base di questa nuova cultura che la giurisprudenza dei tribunali minorili realizza un nuovo modello d'integrazione operativa con i servizi territoriali. Il provvedimento di affidamento al servizio sociale, previsto dall'art. 25 RDL 1404/34, che in precedenza aveva come destinatario il servizio sociale del Ministero della giustizia e che in seguito al DPR 616/77 è indirizzato ai servizi sociali degli enti locali sia per gli interventi civili che rieducativi, subisce una profonda trasformazione, sì da essere sostituito, grazie alla giurisprudenza minorile, dalla nuova figura dell'affidamento del minore non più al solo servizio sociale comunale, ma al comune considerato nella sua globalità, perché – sulla base della norma legislativa – il Comune, in quanto organizzatore ed erogatore di servizi (artt. 23-25 DPR 616/77), è ben in grado di porre in essere oltre che interventi strettamente tecnici (quelli del servizio sociosanitario), anche e soprattutto autonome attività di livello sociale più ampio e, quindi, più efficaci per offrire valide risposte alle necessità degli utenti minori intese nel senso più ampio. Si giunge così a provvedimenti, contenenti programmi di lavoro che affiancavano, all'intervento tecnico richiesto al servizio sociale, anche più ampi progetti di sostegno e recupero del nucleo familiare per affrontare il problema della casa, del lavoro, dell'educazione alla paternità e maternità responsabili.

Questa nuova forma d'integrazione tra giurisdizione minorile e servizi sociali si è realizzata per altro per iniziativa unilaterale dei tribunali per i minorenni, che con i loro provvedimenti hanno impegnato i servizi socioassistenziali e gli enti locali direttamente nei nuovi compiti previsti dalla legge. Purtroppo questa nuova forma d'integrazione è stata non di rado vanificata dall'inadeguatezza dei servizi e degli enti locali in varie parti d'Italia.

B2. Altra forma d'integrazione "creativa" ricollegata allo stesso DPR 616/77 va ascritta a iniziative degli enti locali ed è costituita dalla scelta di tali enti di non dare più seguito alla realizzazione della misura del collocamento del minore in casa di rieducazione, previsto dall'art. 25 RDL n. 1404, semplicemente evitando di accettare di sostituirsi nella loro gestione al Ministero della giustizia.

In questo modo la natura stessa degli interventi rieducativi è modificata profondamente ed essi hanno perso la connotazione di misura parapenale, che fino a quel momento li aveva distinti, per assumere il diverso volto d'interventi diretti a migliorare la qualità della vita, quindi preventivi. Purtroppo però va detto che fino all'introduzione della legge 285/97 queste nuove prospettive non hanno usufruito di fatto di alcun valido sostegno, sicché se da un lato hanno cessato di funzionare le ormai obsolete case di rieducazione, dall'altro gli interventi risocializzanti sul territorio sono stati scarsi: tutto ciò ha indubbiamente contribuito a creare quel vuoto d'intervento che negli anni successivi ha contribuito ad aggravare le situazioni patologiche familiari.

### 3.2 L'integrazione dopo gli anni Novanta

A partire dagli anni Novanta, il panorama delle forme d'integrazione tra istituzioni e servizi si trasforma e comporta la sottoscrizione di forme di accordo contenute in documenti aventi carattere amministrativo. Gli organismi cointeressati accolgono ora la prospettiva di coordinamenti paritari frutto di loro programmazioni e accordi. Se quello più ricorrente è il protocollo d'intesa, se ne rinvencono altri definiti con termini diversi, quali linee guida oppure direttive (con riferimento ad atti d'indirizzo provenienti dalle Regioni) fino ai cosiddetti codici di condotta, che impegnano il destinatario ad adeguare la sua azione a condotte concordate. Modalità diverse per ottenere risultati analoghi sono costituite da corsi di formazione, seminari di studio, dibattiti promossi da enti pubblici. È agevole rilevare che le forme d'integrazione indicate possono distinguersi in *orizzontali*, nelle quali i soggetti interessati si pongono su un piano di parità nell'assumere reciproci impegni di coordinamento (protocolli d'intesa) e *verticali*, che provengono da un solo organismo e forniscono ad altri orientamenti e indicazioni operative (linee guida, direttive).

Queste forme d'integrazione e, in particolare, quella del protocollo d'intesa presentano una peculiarità nuova e interessante: quella di vedere tra i soggetti presenti anche le autorità giudiziarie. Merita di essere segnalata questa assoluta novità degli organismi giudiziari. Quella per cui, accanto all'esercizio della

giurisdizione, che ovviamente è e rimane il loro ruolo istituzionale, va in sostanza emergendo un secondo profilo che vede i tribunali minorili (ma anche gli altri organismi giurisdizionali) impegnati, in qualità di organismi amministrativi, in iniziative dirette a rendere più efficiente e rapido il servizio giustizia nella sua organizzazione e nel rapporto con altri enti chiamati a cooperare. Sempre più si vanno realizzando in questa prospettiva protocolli d'intesa in vari settori d'intervento, a partire dall'adozione fino all'abuso sessuale.

È questo un ambito che sta emergendo più decisamente solo di recente e che risulta allo stato ancora inesplorato, mentre invece meriterebbe attenzione.

Analizzando a questo punto i singoli settori d'intervento è agevole rilevare che in alcuni ambiti sono presenti contemporaneamente molteplici modalità d'integrazione tra gli organismi operanti, mentre in altri ne risultano presenti solo alcune. Va anche aggiunto che queste iniziative talora non si limitano a coordinare l'esistente, ma creano nuovi servizi o aprono nuove prospettive operative, esaminiamo perciò singolarmente i più significativi settori d'intervento sociale per famiglia e minori sotto il profilo delle attività d'integrazione realizzate.

### **Adozione**

La legislazione in materia di adozione è ricca di indicazioni di ampio respiro su questo argomento. Per l'adozione internazionale l'art. 39 bis, comma 1, della legge 476/98 (entrato a far parte della legge 4 maggio 1983, n. 184, *Diritto del minore ad una famiglia*) stabilisce che le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano concorrono a sviluppare una rete di servizi in grado di svolgere i compiti previsti dalla legge; vigilano sul funzionamento delle strutture e dei servizi per l'adozione internazionale; promuovono la definizione di protocolli operativi e convenzioni tra enti autorizzati e servizi, nonché forme stabili di collegamento tra gli stessi e gli organi giudiziari minorili. L'art. 1 della legge 149/01 (entrata anch'essa successivamente a far parte della legge 184/83) dispone che lo Stato, le Regioni e gli enti locali sostengano con idonei interventi 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 formazione e preparazione professionale degli operatori sociali nonché incontri di formazione e preparazione per le famiglie e le persone, che intendono avere minori in affidamento e in adozione.

I medesimi enti possono stipulare convenzioni con enti e associazioni senza fine di lucro, che operano nel campo della tutela dei minori e delle famiglie per la realizzazione di queste attività.



I frutti di questa ampia normativa (la più ampia in assoluto in relazione alle tematiche dell'integrazione) sono diversi. In tema di adozione internazionale essi sono ben visibili e hanno dato luogo a molteplici iniziative: dai protocolli d'intesa per il coordinamento delle rispettive attività conclusi da varie Regioni con servizi degli enti locali, enti autorizzati e tribunali per i minorenni in tema di adozione internazionale, a direttive regionali; alla redazione di un documento di indirizzo, le *Linee guida in tema di adozione internazionale*, curato dalla Commissione per le adozioni internazionali; all'iniziativa, delegata dalla stessa Commissione ormai da vari anni al Centro nazionale di documentazione e analisi per l'infanzia e l'adolescenza, di organizzare e realizzare corsi di formazione e aggiornamento destinati a enti locali, tribunali ed enti autorizzati. A tutto ciò si aggiunge poi l'interessante iniziativa della stessa Commissione per le adozioni internazionali, che oltre a incontrare periodicamente i soggetti interessati alla materia (i presidenti dei tribunali minorili, gli enti locali, ecc.) ha assunto quest'anno anche la positiva iniziativa di recarsi presso alcune corti di appello per incontrare sul loro territorio amministratori locali, magistrati e operatori sociali allo scopo di conoscere da vicino e affrontare insieme le problematiche specifiche emergenti nel territorio (cfr. Luzzetto, 1999, p. 86 ss.).

In contrasto con questo dinamico quadro relativo all'adozione internazionale è la situazione di stallo in cui versa la disposizione che promuove analoghe iniziative per l'adozione nazionale, per il sostegno delle famiglie a rischio e per l'affidamento familiare. Vi è necessità di una sollecitazione forte in questo settore: uno dei percorsi che si comincia a seguire è quello consistente nel considerare in modo unitario tutte le tematiche trattate dalla legge 184/83 riformata (sostegno alla genitorialità, affidamento familiare, adozione nazionale e internazionale) e nel sottoscrivere protocolli d'intesa non solo per l'adozione internazionale, ma anche per il coordinamento delle attività sociali relative a tali ambiti, come ha fatto la Regione Puglia. Sarebbe anche necessario che i finanziamenti statali non fossero erogati solo per l'adozione internazionale, ma riguardassero la gestione di tutte le problematiche prese in considerazione dalla riformata legge 184/83.

### ***La mediazione***

Negli ultimi anni si è registrata una rilevante espansione della ricerca di strumenti alternativi di risoluzione dei conflitti fuori e dentro la giurisdizione: essi vanno dalle camere arbitrali alla gestione dei conflitti in tema di rapporti di lavoro; dalle camere di conciliazione, alla composizione bonaria di conflitti da parte della polizia e del pubblico ministero; dalle udienze non conten-

ziose al giudice di pace, al tentativo di conciliazione giudiziaria nel caso di scissione di coppia, alle esperienze dei tribunali di sorveglianza.

Tra questi strumenti uno spazio rilevante riceve la mediazione, che trova attualmente un riferimento normativo esplicito, per la mediazione familiare, nella legge 5 aprile 2001, n. 154, *Misure contro la violenza nelle relazioni familiari*, relativa alle misure di contrasto alla violenza in famiglia e che, quanto alla mediazione penale, riceve indiretta consacrazione dall'art. 28 del DPR 448/1988 sul processo penale minorile e dalla normativa sulla competenza penale del giudice di pace, che prevede la possibilità che il giudice nel disporre la messa alla prova per l'imputato impartisca prescrizioni dirette a riparare le conseguenze del reato e a promuovere la conciliazione del medesimo con la persona offesa.

Nella giustizia minorile, l'arrivo in Italia della cultura della mediazione in presenza di questa legislazione ha dato vita, in diverse città, prima alla realizzazione di sperimentazioni spontanee e poi alla sottoscrizione di protocolli d'intesa tra Regione, Comuni, Ministero della giustizia e uffici giudiziari minori, dai quali sono nati nuovi servizi per la mediazione in ambito minorile in varie parti d'Italia (a Torino, Bari, Milano, Foggia, Cagliari, Trento, Sassari, Catanzaro). Queste iniziative presentano la specifica peculiarità di essere creative, di non realizzare cioè un coordinamento d'interventi già previsti istituzionalmente, ma di tendere ad attuarne di nuovi e, soprattutto, a diffondere una nuova cultura in ordine alla gestione dei conflitti interpersonali, per aiutare i cittadini a reagire alle molteplici situazioni problematiche – che sempre più sono costretti a vivere – in modo nuovo e diverso rispetto a quello conflittuale, che abitualmente si determina; ad accrescerne la competenza sociale, la capacità di superare le difficoltà relazionali sia di carattere familiare che scolastico, penale, penitenziario, interetnico. In tale prospettiva il mediatore non è solo un operatore tecnico, ma acquista un ruolo sociale e culturale importante: rappresenta quello che, allo stato attuale, è l'unico servizio istituito per contrastare a ogni livello la conflittualità crescente (Occhiogrosso, 1999; Ronfani, 1999; Bouchard, 1999; De Vanna, 2000).

### ***Il progetto "giustizia di prossimità"***

Questo progetto parte dalla presa d'atto che da più parti viene sottolineata l'esigenza di una giustizia vicina al cittadino sia territorialmente sia nella qualità dell'intervento e che questo discorso interessa particolarmente i tribunali per i minorenni, il cui operato (Pavarini, 1999, p. 61 ss.) si estende a tutto il distretto giudiziario che non di rado coincide con l'intero territorio regionale.

Applicato quindi a questo limitato ambito, esso ha per ora una portata ridotta, che è però suscettibile di più ampia realizzazione. Vediamo quale appli-

cazione ha avuto nella giustizia minorile. Partendo dal principio che i giudici onorari sono una risorsa preziosa; che essi risiedono in diverse zone del distretto giudiziario e che, sulla base della legge e di una circolare del CSM (9/97, VI comma del 20 maggio 1997) è possibile delegare a uno di loro in quanto componenti del collegio giudicante, l'espletamento di attività istruttorie (preindicate collegialmente) nei procedimenti civili camerati, è stato concluso a Bari un protocollo d'intesa tra le Autorità giudiziarie ordinarie e minorili e il Tribunale di Foggia, in base al quale l'attività istruttoria relativa ai procedimenti civili di utenti residenti nella provincia di Foggia, invece di svolgersi nella sede del Tribunale per i minorenni di Bari, è stata decentrata nelle sedi centrale o distaccate del Tribunale di Foggia (Foggia, Manfredonia, S. Severo, Cerignola). In tali sedi convergono sia i giudici onorari designati che gli utenti convocati. I risultati di questa intesa sono stati ottimi e hanno riscosso il gradimento dei sindaci di quei Comuni oltre che degli operatori sociali e anche del foro. In futuro si pensa di porre su questa base il fondamento per altre iniziative di prevenzione (in tema di inadempienza scolastica, di lavoro nero minorile, ecc.) d'intesa con i Comuni di quei territori. Sarebbe opportuno che analoghe iniziative fossero assunte anche da altri tribunali minorili.

In conclusione, è utile osservare che – tra quelle esaminate – è questa l'unica proposta d'integrazione d'interventi a carattere intrasistemico, in quanto comporta il coordinamento tra organismi omogenei. In tutti gli altri casi vengono proposti progetti d'integrazione intersistemica, che disciplinano invece i rapporti tra organismi disomogenei.

### ***Abuso e sfruttamento sessuale di minori***

La legislazione in questa materia propone forme di collegamento tra istituzioni giudiziarie, servizi e pubblici ufficiali agli art. 609 *decies* cp e 25 *bis* RDL 20 luglio 1934, n. 1404.<sup>1</sup>

Va peraltro rilevato che (insieme a quella dell'adozione internazionale) è questa indubbiamente la materia che è stata oggetto di maggior riflessione e

---

<sup>1</sup> L'art. 609 *decies* cp riguarda l'obbligo di comunicazione della procura della Repubblica all'autorità giudiziaria minorile dell'inizio del procedimento per uno dei reati di violenza sessuale e l'assistenza assicurata alla persona offesa minorenni (oltre che da altri soggetti) dai servizi minorili dell'amministrazione della giustizia e dai servizi istituiti dagli enti locali. Non è prevista nessuna disciplina dei rapporti tra tali servizi, che è lasciata alla discrezionalità dell'autorità giudiziaria, la quale "se ne avvale in ogni stadio e grado del procedimento". L'art. 25 *bis* RDL 20/7/1934 n. 1404 prevede che il pubblico ufficiale o l'incaricato di pubblico servizio che abbia notizie che un minorenni esercita la prostituzione ne dà notizia alla procura minorile. Qui l'obbligo di segnalazione è più esteso di quello previsto dalla norma precedente, ma proprio per questo comporta anche in questo caso l'obbligo di comunicazione anche per la procura minorile.

analisi (Malacrea e Lorenzini, 2002; Caffo *et al.*, 2002; Abbruzzese, 1999) e l'unica per la quale si possa disporre di un ampio panorama delle iniziative poste in essere, grazie al puntuale studio effettuato dalla Seconda Relazione al Parlamento sullo stato di attuazione della legge 3 agosto 1998, n. 269<sup>2</sup>.

Risulta da tale documento che vari tribunali minorili hanno stipulato protocolli d'intesa per strutturare i rapporti di collaborazione nella gestione dei casi e dei procedimenti di abuso e sfruttamento sessuale (leggi 66/96 e 269/98); che in varie sedi è stato assicurato per l'intervento di prevenzione e tutela delle vittime la partecipazione del mondo della scuola e dell'università; che alcuni elementi ricorrono frequentemente in tali intese e sono i seguenti: a) l'individuazione nel tribunale minorile dell'autorità competente per i provvedimenti di allontanamento del minore dalla famiglia; b) l'individuazione di modalità secondo cui va data notizia di tali provvedimenti; c) i criteri e le forme per la secretazione degli atti; d) la determinazione delle modalità di reciproche comunicazioni dei rispettivi provvedimenti tra autorità giudiziarie e di quelli d'urgenza assunti dai servizi sociali; e) le modalità di audizione del minore e l'impegno a realizzare un unico incidente probatorio quando si procede a carico di maggiorenni e minorenni coimputati.

Altri protocolli si estendono alla legge 269/98 e sono stati attivati dalle prefetture nell'ambito delle attività dei comitati provinciali della pubblica amministrazione.

Sono stati poi realizzati grazie a iniziative ministeriali progetti di cooperazione internazionale in vari Paesi per la protezione dei minori dalla violenza e dallo sfruttamento sessuale: in alcuni di loro vi è stata un'attiva collaborazione italiana in vari Paesi (Angola, Malawi, Eritrea, Senegal, area EAPRO, Nigeria, ecc.).

Le realtà del terzo settore hanno anche partecipato a programmi europei di ricerca e sperimentazione (programma *Daphne* e *Stop II*), mentre spazio significativo hanno ricevuto le iniziative (programmi *Falcone* e *Grotius II*), che portano a sviluppare la cooperazione nella lotta contro la criminalità organizzata e a facilitare la cooperazione giudiziaria tra gli Stati, favorendo la reciproca conoscenza dei sistemi giuridici e giudiziari.

Significativi sono stati infine gli interventi delle Regioni, molte delle quali hanno approvato documenti contenenti le linee guida per la segnalazione e la presa in carico dei casi di abuso e maltrattamento su minori da parte dei servizi sociosanitari. Hanno inoltre promosso corsi per operatori del settore, per

---

<sup>2</sup> Vedi la Seconda relazione, che riguarda gli anni 2000-2001, curata dal Ministero del lavoro e delle politiche sociali e presentata al Parlamento nell'agosto 2002.

insegnanti e hanno curato la diffusione di pubblicazioni informative e l'organizzazione di convegni, campagne di sensibilizzazione e la creazione di servizi specializzati. È agevole peraltro rilevare che questo fiorire di iniziative si stempera man mano che si passa dalle Regioni settentrionali a quelle meridionali.

#### 4. Monitoraggio e ricerca

I rilievi fin qui svolti testimoniano l'esistenza di un notevole impegno per migliorare con l'integrazione la qualità degli interventi allo scopo di realizzare risultati più efficaci in termini quantitativi e qualitativi nell'ambito della prevenzione del disagio minorile.

Putroppo, però, com'è stato già sottolineato all'inizio di questa riflessione, il complessivo processo d'integrazione è sostanzialmente abbandonato al "fai da te", senza alcun valido monitoraggio del suo andamento e dei risultati prodotti.

Esiste, invece, a un livello d'impegno e di domanda di coordinamento da rendere necessario il passaggio a un approccio scientifico nello studio del problema dell'integrazione: al puntuale monitoraggio dei dati, dei documenti e delle iniziative assunte; allo studio rigoroso degli effetti che essi hanno prodotto.

È necessario poter usufruire di strumenti adeguati per comprendere le ragioni dei fenomeni e delle loro inattese evoluzioni, perché altrimenti non si può credibilmente assumere alcuna iniziativa per superare le conseguenti difficoltà. Tanto per dare qualche indicazione in proposito, è interessante mettere in evidenza la circostanza che i dati in tema di violenza e sfruttamento sessuale dei minori relativi all'anno 2001 registrano una forte contrazione rispetto a quelli dell'anno precedente: le segnalazioni sono passate dalle 491 del 2000 alle 360 del 2001 (-26,7%), mentre i minori vittime sono stati 396 rispetto ai 700 dell'anno precedente (-43,7%) e i presunti abusanti sono diminuiti dai 623 del 2000 ai 444 del 2001<sup>3</sup>.

È essenziale acquisire elementi il più possibile oggettivi per conoscere le cause di questa linea di tendenza e per renderci conto, più in generale, di quale sia l'effettiva incidenza che i protocolli d'intesa e le altre iniziative abbiano effettivamente prodotto. In ogni caso è necessario poter contare su risorse adeguate sia per realizzare validi programmi di monitoraggio sia per promuovere massicce campagne di sensibilizzazione per la promozione d'iniziative che determinino efficaci risultati d'integrazione tra istituzioni e servizi.

---

<sup>3</sup> Su ciò vedi la Seconda relazione sullo stato di attuazione della legge 269/98 (versione originale), cit., III e p. 70 ss.

Non si deve dimenticare che quello della prevenzione (insieme alla protezione e al recupero) è uno degli imperativi per la tutela dell'infanzia. Con essa, come è stato autorevolmente rilevato, l'Italia si è impegnata all'integrazione e all'interazione istituzionale attraverso: 1) la creazione di centri locali per monitorare le necessità dei bambini e degli adolescenti, ivi compresi i progetti di recupero e di sensibilizzazione; 2) l'integrazione dei servizi sociosanitari a tutti i livelli di gestione; 3) la creazione di una rete di protezione composta da giudici, pubbliche istituzioni, operatori sociali, medici, operatori delle organizzazioni sociali private e operatori scolastici; 4) formazione specializzata per chi lavora per l'infanzia<sup>4</sup>.

Si tratta di una prospettiva pienamente condivisibile e in piena sintonia con quanto già rilevato. Essa deve quindi tradursi rapidamente in un programma operativo che guidi con semplicità e rigore l'auspicata integrazione verso cui si tende.

## 5. La crescente complessità dei fenomeni

A conferma della sentita esigenza di una migliore conoscenza dell'evoluzione dei fenomeni esaminati, va aggiunto che negli ultimi tempi vanno emergendo molteplici elementi di complessità, che rischiano di ridurre inevitabilmente il processo d'integrazione degli interventi, giungendo anche a metterlo in discussione. Come evidenziato dallo specifico gruppo di studio sui minorenni in difficoltà nel corso del lavoro preparatorio per il Piano d'azione 2002-2003, svolto dall'Osservatorio nazionale per l'infanzia e l'adolescenza, tale considerazione riguarda in particolare i concetti di prevenzione e di devianza minorile.

### 5.1 La nuova cultura del concetto di prevenzione e la recente evoluzione della devianza minorile

In relazione alla nuova cultura della prevenzione l'Organizzazione mondiale della sanità ha pubblicato il primo rapporto mondiale su Violenza e salute e ha dato avvio a una campagna globale per la prevenzione della violenza. Il principio base che presiede a questa iniziativa è che *la violenza è il*

---

<sup>4</sup> Così si è espresso il ministro del Lavoro e delle politiche sociali, Roberto Maroni, nel discorso pronunciato il 9 maggio 2002 alla Sessione speciale sull'infanzia all'Assemblea generale delle Nazioni unite: cfr. *Cittadini in crescita, Rivista del Centro nazionale di documentazione e analisi per l'infanzia e l'adolescenza*, n. 1, 2002, p. 299 ss.

*principale problema di salute pubblica nel mondo intero e che bisogna fare congrui investimenti per prevenirla e curarne le conseguenze* (per approfondimenti si veda l'illustrazione del Rapporto contenuta nel presente volume). Ciò comporta evidentemente la messa in discussione del concetto stesso di “soggetti in difficoltà”, di soggetti portatori di problemi determinatisi per un destino crudele, in quanto l'importante novità culturale è costituita dall'accertata esistenza per gran parte dell'umanità di condizioni gravemente turbative del benessere e dei processi di sviluppo, *non dovute a fatalità, ma a processi di trauma e vittimizzazione*, capaci di superare le naturali risorse di resilienza e di adattamento e dar luogo a patologia.

Questa nuova prospettiva non può non incidere sui programmi da realizzare per prevenire il disagio creato dalle molteplici esperienze traumatiche della popolazione e, prima ancora, comportare investimenti nella ricerca per un adeguato approfondimento della conoscenza del fenomeno e delle risposte nella nuova prospettiva.

Un altro tema che contribuisce a incrementare la complessità dei fenomeni è l'evoluzione della devianza minorile e il suo ampliarsi verso la devianza familiare in relazione alle risposte che sono state proposte in termini di riforma della giustizia minorile. Analizzando infatti la questione della devianza minorile comincia a porsi il quesito se i segnali da più parti evidenziati per sottolineare il rapido evolversi di questo fenomeno non siano indice di una vera e propria svolta, quella relativa al graduale ampliarsi dell'area del disagio e al passaggio di esso da meramente minorile a familiare; un disagio cioè tanto ampio (anche se spesso ben mimetizzato) da riguardare la famiglia intera nel suo complesso. In sostanza, l'area delle famiglie della devianza sembra non essere più limitata ai cosiddetti nuclei familiari tendenzialmente a rischio – quelli delle periferie e dei quartieri-ghetto, quelli i cui figli sono segnalati per inadempienza scolastica o precoce avviamento lavorativo e/o per il loro inserimento nella criminalità –, ma sembra ormai estesa a tutta la realtà sociale senza più alcuno steccato che la renda agevolmente visibile, come avveniva fino a qualche decennio fa. Il rilievo è tanto più preoccupante in quanto non c'è dubbio che la famiglia rappresenti in Italia la struttura di base per l'educazione di una persona, la protezione del suo interesse, la promozione dell'unità sociale.

E tuttavia molti sono i segni di questo deterioramento: 1) la tendenziale perdita d'identità della famiglia passata dal modello unico di famiglia nucleare a una pluralità di modelli (quella monoparentale, quella ricostituita, multietnica, adottiva, della procreazione assistita); 2) le risultanze degli studi in

tema di maltrattamento e abuso, da cui risulta che circa l'80% di essi sono endofamiliari; 3) lo sfruttamento dei minori nella criminalità, che documenta l'assenza della volontà o della capacità della famiglia di tutelare adeguatamente i diritti dei suoi figli; 4) le indagini in tema di istituzionalizzazione di minori, da cui risulta che molti minori grandicelli vengono collocati in istituto, non tanto per bisogno, quanto perché la famiglia non è in grado di gestirne le problematiche; 5) l'evoluzione in senso multietnico della nostra società, che avviene secondo logiche emergenziali, prive del sostegno e dell'accoglienza necessari, cosa che contribuisce a determinare maggiore insicurezza nelle relazioni interpersonali; 6) il numero di separazioni coniugali e divorzi che è in costante aumento; 7) le indagini sugli affidamenti familiari da cui risulta che il 67% del totale è costituito da casi di grave trascuratezza familiare e che nel 58% dei casi non si realizza alla scadenza il rientro del minore in famiglia; 8) i recenti gravissimi fatti di sangue, che hanno sconvolto famiglie apparentemente "normali": non solo la notissima vicenda di Novi Ligure, ma anche altre successive e ripetute di bambini uccisi dai genitori (quattro nel solo mese di maggio 2002, e poi due ad agosto e altri due nei primi giorni di settembre).

E che questa evoluzione sia non una mera impressione, ma un dato di realtà è dimostrato dal fatto che il legislatore è già intervenuto, cercando di rispondere con alcuni interventi normativi: con la legge 154/01, che introduce interventi giudiziari per contrastare la violenza nelle relazioni familiari, con la legge 149/01, entrata nella 184/83, che all'art. 1 disciplina finalmente interventi socioassistenziali in favore delle famiglie e per l'abbandono dei figli minori; con la nuova disciplina degli art. 330-333 cc, che sancisce la possibilità di allontanamento da casa non più del figlio, ma del genitore che serba condotta pregiudizievole per il figlio.

Questa nuova prospettiva, se condivisa, non può non incidere in modo decisivo sui programmi diretti alla prevenzione del disagio e a rispondere alla devianza minorile. C'è da chiedersi, ad esempio, se la logica da cui partire debba essere ancora e sempre quella di considerare la famiglia come l'"isola felice" che il diritto deve solo sfiorare, secondo l'espressione di Carlo Arturo Jemolo; oppure se tale logica debba cambiare e si debba pensare all'ampliamento dell'area degli interventi a tutti i membri familiari realmente a rischio, anche quando ciò non appaia in modo evidente, ma possa e debba essere colto sulla base di piccoli ma significativi segnali. E, seguendo questa seconda prospettiva, c'è da suggerire che si intervenga anche nel settore penale familiare, che ha bisogno anch'esso al pari degli altri relativi ai procedimenti familiari di una nuova prospettiva culturale, di giudici specializzati, ma anche di pubblici ministeri, di avvocati e servizi, che l'affrontino in modo diverso da quello tra-



dizionale, riservato alla genericità di tutti gli altri reati (quelli patrimoniali, fiscali, ecc.). C'è, più in generale, da puntare ad attuare un mondo a misura di bambino, e ciò significa realizzare il diritto a un ambiente sano, attraverso una pianificazione condivisa, con il coinvolgimento e la partecipazione di tutti gli attori sociali che hanno a che vedere con l'infanzia<sup>5</sup>; di porre in essere con rapidità programmi di sostegno e di recupero per le famiglie a rischio. Anche queste nuove prospettive e le perplessità conseguenti rallentano il cammino dell'integrazione tra interventi sociosanitari.

## 5.2 La legislazione minorile italiana e la Corte europea di Strasburgo

Questo tema – finora praticamente ignorato – è emerso per effetto della sentenza 13 luglio 2000<sup>6</sup> (Scozzari e Giunta c. Italia) che merita di essere segnalata per il controllo molto incisivo effettuato dalla Corte, che ha condannato l'Italia per la violazione dell'art. 8 della Convenzione europea dei diritti dell'uomo e per alcuni principi affermati, che non sono in piena sintonia con quelli a cui si ispira la nostra legislazione.

I fatti lamentati riguardavano la sospensione della potestà della ricorrente sui figli minori, l'impossibilità per lei di rivederli (malgrado i provvedimenti giudiziari prevedessero ciò) dal momento del loro affidamento a una comunità (9 settembre 1997) fino al 29 aprile 1999 e il numero insufficiente di incontri avvenuti successivamente. Ai genitori era stato rimproverato dal Tribunale per i minorenni di Firenze di non essersi resi conto che il figlio maggiore aveva subito le molestie di un pedofilo.

Nel decidere la Corte ha affermato alcuni principi che non possono essere ignorati ai fini del nostro discorso. Anzitutto, essa ritiene che per la corretta applicazione dell'art. 8 della Convenzione non debba solo essere tutelato l'interesse del minore (pur indicato come "superiore"), ma debba essere ricercato un giusto equilibrio tra tale interesse e quello del genitore. Mentre ha ritenuto pienamente corretto il provvedimento di sospensione della potestà e allontanamento dei figli dalla famiglia, la Corte non ha giustificato l'interruzione totale dei contatti tra madre e figli (dovuta come già detto alla mancata orga-

---

<sup>5</sup> Così si esprime Roberto Maroni, *cit.*, p. 303.

<sup>6</sup> La sentenza con commento è pubblicata su «Minorigiustizia», 3, 2000, p. 149 ss. Un commento ulteriore è in «Prospettive assistenziali», 138, aprile-giugno 2002, p. 43 ss.

nizzazione degli incontri, pur previsti dai provvedimenti del Tribunale), e ha ritenuto insufficienti quelli successivi, rimproverando ai servizi di aver modificato nella sostanza il contenuto della decisione del Tribunale. Essa peraltro è andata oltre ed è giunta ad addebitare l'inadempienza dei servizi al Tribunale, sulla base della violazione di un (finora mai affermato) dovere di sorveglianza spettante al Tribunale sull'esecuzione delle proprie decisioni da parte del servizio sociale. Bisogna infine osservare che, poiché la Convenzione fa parte del diritto interno italiano, i principi enunciati dalla Corte sono destinati a integrare il contenuto del diritto in relazione alla vita familiare. Importante in particolare è quello che comporta il dovere di vigilanza dei tribunali sull'operato dei servizi sociali in quanto esso costituisce un dato di novità per il nostro ordinamento, il quale ha costantemente affermato finora la piena autonomia dell'autorità amministrativa rispetto a quella giudiziaria. È questo un tema molto delicato e meritevole di ulteriori riflessioni per verificare se l'impostazione data dalla Corte al problema debba assumere carattere generale o essere considerata eccezionale e limitata al caso esaminato.

### 5.3 Alcuni orientamenti emergenti in tema di abuso e sfruttamento sessuale

La materia dell'abuso e dello sfruttamento sessuale è negli ultimi tempi oggetto dell'accentuarsi di orientamenti che tendono a rimettere in discussione principi ormai acquisiti. Bisogna peraltro che anche in questo settore siano chiare le prospettive in vista dei traguardi che si intendono realizzare. Essi sono stati autorevolmente indicati con queste parole: «La chiave verso la “tolleranza zero” nei confronti di tali fenomeni risiede nella formazione e nella sensibilizzazione, oltre che in legislazioni più rigide e nell'applicazione delle leggi in materia»<sup>7</sup>.

Da queste parole emergono con chiarezza i profili più rilevanti della materia e le prospettive che vanno perseguiti: 1) il primo punto riguarda il traguardo da raggiungere in tema di abuso, che è pacificamente quello della “tolleranza zero” nei riguardi di questi fenomeni; 2) il secondo è che formazione, sensibilizzazione, legislazioni più severe e applicazione delle leggi in materia devono avere come prospettiva il raggiungimento di un tale fine. Ed è questa la prospettiva a cui si devono ispirare gli interventi da svolgere sia sul piano sociale che sul piano giudiziario.

---

<sup>7</sup> Così, in proposito, Roberto Maroni, *cit.*, p. 303-304.

Sotto il primo è da auspicare la predisposizione di linee d'indirizzo nazionali relative ai requisiti minimi organizzativi e professionali, affinché vi sia maggiore omogeneità tra i servizi specialistici contro l'abuso e il maltrattamento; la promozione di attività delle Regioni (alcune delle quali, come Veneto, Emilia-Romagna, Toscana, Lazio e Piemonte stanno già facendo); l'individuazione di precise modalità d'integrazione tra i servizi (sociale, sanitario ed educativo) e tra questi e le istituzioni giudiziarie; l'articolazione degli interventi e gli strumenti tecnici da applicare. Tutto ciò comporterà evidentemente l'aumento delle risorse e il finanziamento dei progetti formativi.

Sotto il profilo giudiziario è indispensabile costruire l'azione giudiziaria in modo da consentire che l'attività riparativa in favore della vittima sia compiuta, superando rigidità, tempi lunghi, contraddizioni e inefficienze.

Non è questa la sede per un ulteriore approfondimento di questo discorso. È qui invece opportuno soffermarsi sul profilo della ricerca della integrazione tra istituzioni e servizi, considerando brevemente tre punti critici che meritano una riflessione specifica: quello dell'allontanamento del minore da casa; quello del rapporto tra intervento a tutela del minore e intervento a carico dell'abusante e quello del ripristino delle regole anche fuori del processo.

### ***L'allontanamento del minore dalla casa familiare***

È ormai un dato, sul quale la cultura scientifica più impegnata sempre più converge, che nella fase dell'intervento d'urgenza e della valutazione della recuperabilità familiare può rendersi necessario l'allontanamento del minore dalla famiglia per evitare il perpetuarsi dell'abuso, l'aggravarsi del danno, per evitare che egli resti esposto al clima di tensione derivante dalla conoscenza diffusa della situazione.

E tuttavia non è raro che l'allontanamento venga messo in discussione non per le ragioni sopra esposte, ma sotto il profilo dei riflessi che produce nel processo penale a carico del familiare presunto abusante.

Non sono utili le polemiche e le accuse dirette a sostenere che gli allontanamenti vengono disposti con superficialità. Si deve al contrario ribadire che essi vengono disposti dai giudici minorili solo in caso di effettiva necessità: la stessa magistratura minorile ha approfondito il tema, dedicandovi sia un suo convegno annuale sia un volume della sua collana «Puer»<sup>8</sup>.

---

<sup>8</sup> Si tratta del convegno dell'AIMMF svoltosi a Bellaria dal 9 all'11 giugno 1996 che aveva per titolo "Quando un bambino viene allontanato. I diritti del bambino. I diritti degli altri". Con lo stesso titolo è stato pubblicato l'anno successivo un bel volume curato da Marco Bouchard, edito da Franco Angeli per la collana «Puer».

Non sono le polemiche e i clamori a favorire un'autentica integrazione, bensì la silenziosa ricerca di punti di convergenza per realizzare gli interventi più adeguati.

### ***Intervento a tutela del minore e intervento penale a carico del presunto abusante***

Anche questo è un tema (peraltro strettamente connesso a quello dell'allontanamento) che è motivo di divergenze e conflitti, mentre dovrebbe essere occasione di confronto serio e approfondito. In proposito, è importante tener conto delle argomentazioni proposte dalla sentenza pronunciata dalla Corte d'appello di Milano il 7 febbraio 2002, che ha confermato l'adottabilità di una minore, malgrado la Cassazione avesse pronunciato con sentenza passata in giudicato l'assoluzione del padre dall'accusa di abuso sessuale sulla figlia minore. Dice la Corte milanese: «La lettura dell'intera vicenda non può essere impedita e neppure condizionata nella sua essenziale autonomia dall'esito finale di quel procedimento, stante [...] la strutturale reciproca indipendenza dei due giudizi». E aggiunge: «Simile approccio metodologico non risulta, invece, essere fatto proprio dagli appellanti», i quali hanno sostenuto «una sorta d'insuperabile equazione: sussistenza degli abusi = adottabilità; assoluzione del padre = insussistenza degli abusi; insussistenza degli abusi = mancanza di presupposto per la dichiarazione di adottabilità. Non è chi non veda il carattere semplicistico di simile operazione logica, la sua estraneità agli essenziali principi del diritto e, soprattutto, la sua ben scarsa adesione agli elementi che hanno contraddistinto la vicenda».

In sostanza, quello penale e quello di adottabilità sono procedimenti nettamente distinti e autonomi: a fondamento del primo può ben esservi non solo l'effettivo abuso subito, ma anche una falsa denuncia di abuso (c.d. falso positivo), quando tale dichiarazione sia indice di un'angoscia incontenibile, di una solitudine totale, del dramma di una bambina che appena inserita in struttura riferiva "di avere il cuore sanguinante", per usare le parole della sentenza di Milano.

### ***Il rispetto delle regole dentro e fuori il processo***

Un ultimo profilo da esaminare riguarda due fenomeni che negli ultimi tempi si vanno registrando con maggiore frequenza e che certamente nuociono al processo d'integrazione di cui trattiamo.

Si tratta – quanto allo svolgimento dei processi – della tendenza ormai ricorrente a non rispettare le regole che hanno costantemente disciplinato questa materia e che comportano il seguire un codice di comportamento, in

base al quale: a) si deve avere considerazione e rispetto per la funzione e per la persona del giudice; b) si deve sostenere la difesa, avvalendosi solo degli strumenti processuali offerti dalla legge senza operare indebite pressioni esterne; c) bisogna avvalersi dei mezzi d'impugnazione previsti dal codice (appello e ricorso per cassazione), quando si ritenga ingiusta la decisione pronunciata, non di forme diverse e clamorose di contestazione della decisione.

Tale codice di comportamento ha subito nel tempo sempre maggiori violazioni: sia da parte di difensori che avanzano strumentali sospetti di complotto in danno dei propri rappresentati, sia da parte di genitori che s'incatenano ai cancelli dei tribunali oppure vanno in televisione a esporre (spesso senza alcun contraddittorio) le loro presunte ragioni oppure rilasciano interviste alla stampa allo scopo di suscitare clamore e fare così pressione tramite mass media e opinione pubblica per ottenere la modificazione delle decisioni precedenti, contrarie alle loro aspettative.

## 6. Il ripristino delle regole è necessario

In un contesto del genere, l'ipotesi che un processo d'integrazione tra i soggetti coinvolti nella gestione di un intervento di tutela del minore si possa realizzare rischia di essere pura illusione, se si vuol superare il mero profilo tecnico e affrontare il cuore del problema, se si vuole essere in linea con i concetti che il ministro Maroni in una sede autorevole ha indicato come i profili essenziali per realizzare la "tolleranza zero" in questa materia.

Nella logica di studiare quali rimedi possano essere attuati, uno al quale si potrebbe pensare è costituito dall'individuare una sede che consenta il confronto tra le opposte opinioni e la ricerca di percorsi, che stemperino le conflittualità. Tale sede potrebbe essere l'Osservatorio nazionale per l'infanzia e l'adolescenza per le seguenti varie ragioni.

- a) Perché l'Osservatorio, prima di ogni altra realtà, è chiamato a dare attuazione alla Convenzione di New York sui diritti del fanciullo, che all'art. 16 afferma il diritto del minore al rispetto della sua riservatezza, costantemente violato in queste occasioni.
- b) Perché l'Osservatorio ha dimostrato di essere in grado di svolgere adeguate mediazioni tra posizioni differenti, com'è avvenuto nel gruppo di lavoro che ha trattato della riforma della giustizia minorile e familiare, nel corso della quale posizioni contrastanti di associazioni e organismi si sono notevolmente riavvicinate e in molti punti amalgamate.
- c) L'autorevolezza dell'Osservatorio potrebbe indurre a considerarlo come il

naturale destinatario delle indicazioni che, per affrontare questi e altri nodi essenziali, sono state date dal Presidente della Repubblica, il quale in occasione dell'insediamento del nuovo Consiglio superiore della magistratura ha dettato le regole per disciplinare anche tali situazioni, affermando che se da un lato l'operato della magistratura non può essere considerato esente da valutazioni e critiche, deve dall'altro essere ritenuta inammissibile la critica, che si traduca in denigrazioni o lesioni dei valori essenziali della funzione giudiziaria.

Questi punti di partenza potrebbero essere il modo per iniziare nella nostra materia un confronto a più voci tra i rappresentanti di tutte le categorie interessate e per ricercare soluzioni concordate per proporre soluzioni atte a favorire realmente un sostanziale e pieno processo d'integrazione in queste delicate tematiche.

## Riferimenti bibliografici

### Abbruzzese, F.S.

1999 *Minori e sessualità, vecchi tabù e nuovi diritti*, Milano, Franco Angeli

### Bouchard, M.

1999 *La galassia delle tutele*, «Questione Giustizia», 4

### Caffo, E., Camerini, G.B., Florit, F.

2002 *Criteri di valutazione nell'abuso all'infanzia, elementi clinici e forensi*, McGraw-Hill, 2002

### Centro nazionale di documentazione e analisi per l'infanzia e l'adolescenza

2002 *Discorso pronunciato il 9 maggio 2002 dal ministro del Lavoro e delle politiche sociali Roberto Maroni*, «Cittadini in crescita», 1, 299-304

### De Vanna, A.

2002 *Mediazioni mediterranee*, «Medias res», 1

### Luzzetto, L.

1999 *La formazione dei servizi pubblici per l'adozione e i raccordi interistituzionali*, «Minorigiustizia», 4

### Malacrea, M., Lorenzini, S.

2002 *Bambini abusati, linee guida nel dibattito internazionale*, Milano, Cortina

### Meucci, G.P.

1982 *Il giudice minorile e i servizi sociali*, in AA.VV., *Adozione, provvedimenti sulla potestà parentale, ruolo del giudice e dell'ente locale*, Milano, Unicopli

### Occhiogrosso, F.

1982 *L'art. 333 cod. civ., modelli di famiglia e ruolo del giudice*, in AA.VV., *Adozione, provvedimenti sulla potestà parentale, ruolo del giudice e dell'ente locale*, Milano, Unicopli

1999 *Mediazione e dintorni: il punto sulla nuova cultura del vivere civile e del fare giustizia*, «Minorigiustizia», 2

**Pavarini, M.**

1999 *Il governo delle città e il bene pubblico della sicurezza*, «Minorigiustizia», 2

**Ronfani, P.**

1999 *La mediazione familiare: vecchi e nuovi problemi*, «Minorigiustizia», 4

**Vercellone, P.**

1999 *La collaborazione tra servizi e giudici nel processo civile di famiglia e dei minori*, «Minorigiustizia», 4

# Fidarsi è bene

Saverio Abbruzzese\*

L'immaginazione è più importante della conoscenza  
ALBERT EINSTEIN

## 1. Un po' di creatività

Vorrei affrontare il problema dell'integrazione in modo diverso, col pensiero destro, che è quello della creatività, piuttosto che con quello sinistro, che è quello della logica (De Bono, 1981). Voglio aggiungere alla creatività l'affettività, perché sono convinto che l'integrazione non solo rende più creativi, ma permette di vivere meglio i difficili momenti del *burn out* degli operatori sociali.

È difficile ammettere che integrarsi significa sentirsi meno soli? Che integrarsi significa sentirsi più sicuri? Che quello sforzo organizzativo può avere degli effetti positivi e creativi sull'intervento sociale? Che integrando si impara?

## 2. Integrare chi?

Iniziamo dalle persone e individuiamo un contesto. Nella violenza all'infanzia ci sono molte figure professionali che si incontrano e che spesso si scontrano. Provo a elencarle: assistenti sociali, poliziotti, carabinieri, psicologi, giudici, pubblici ministeri, giudici tutelari, avvocati, medici legali. Queste figure professionali appartengono a diversi sistemi di riferimento: quello della giustizia, quello del controllo, quello del sostegno, ma di questo parlerò fra poco.

Rimane il fatto che questi soggetti lavorano su uno stesso evento – anzi sullo stesso minore – e dovrebbero avere il comune obiettivo di tutelarlo. Ma può questa tutela essere efficace senza integrazione fra tutti i soggetti che intervengono? Oppure, al contrario, c'è il rischio che una mancata integrazione di questi soggetti comporti una disintegrazione del minore oggetto dell'intervento?

C'è un pericolo ricorrente fra gli operatori: tutti quanti siamo sempre impegnati a diventare più bravi, vogliamo lavorare meglio, essere più efficaci, ma non abbiamo ancora capito che il problema principale non è solo il livello personale della preparazione, ma la preparazione a lavorare con gli altri, a condividere gli obiettivi.

---

\* Psicologo psicoterapeuta, criminologo clinico, giudice onorario del Tribunale per i minorenni di Bari, responsabile dell'équipe del Centro antiviolenza Albachiara di Bari.



Non solo: c'è un altro problema. La formazione degli operatori del terzo settore è spesso contenutistica e disciplinare, riguarda la tipologia dell'intervento, la sua efficacia, raramente riguarda il "processo" che sta dietro qualsiasi tipo di intervento, i suoi effetti pragmatici, la ricaduta sui destinatari dell'intervento e sugli autori.

Non siamo ancora abituati ad avere una visione sistemica del nostro operato. Ogni intervento è un *input* in un contesto che vorremmo modificare, perché ha generato il disagio. Ma l'*input* e il *cambiamento* sono concetti che appartengono a una epistemologia e una metodologia di lavoro che prevedono un'attenzione costante a tutto quello che abbiamo intorno e una costante consapevolezza del fatto che quello che facciamo ha una ricaduta non solo sul destinatario del nostro intervento, ma anche su tutti gli altri soggetti che sono in relazione – compresi noi stessi – nel presente e nel futuro.

Per intenderci, quando una bambina viene accompagnata dalla madre in un centro antiviolenza perché deve raccontare di un abuso subito dal padre, si mettono in moto diversi sistemi: quello psico-socio-sanitario del sostegno alla bambina e alla sua famiglia e quello giudiziario per l'accertamento della verità: quest'ultimo si biforca a sua volta in quello diretto alla pronuncia di provvedimenti protettivi del minore e quello derivante dalla pretesa punitiva dello Stato, diretto all'accertamento della verità, che promuove le necessarie investigazioni a mezzo della polizia, di consulenti, etc.

Bisognerà pur fare qualcosa perché tutti questi interventi si coordinino.

Avanzo una proposta, partendo da due considerazioni: la prima è che fra operatori sociali e operatori della giustizia il confronto è difficile in ragione delle diverse aspettative professionali di ciascun operatore, della diversa formazione, delle rivendicate priorità di intervento; la seconda, meno scoraggiante, si basa sulla costante verifica che il confronto diventa più facile quando si mettono in campo le proprie risonanze emotive e si condividono quote di sofferenza, e cioè la fatica, la solitudine, il controllo della rabbia e l'indignazione di fronte all'abuso. Probabilmente questo potrebbe essere un buon inizio per intraprendere un percorso comune: integrare le nostre emozioni per trovare la reciproca solidarietà.

### 3. Integrazione intrasistemica e intersistemica

I livelli dell'integrazione sono molteplici. Ce n'è uno intrasistemico, cioè fra i soggetti che appartengono allo stesso ambito di intervento, ad esempio la magistratura. È previsto dalla legge che gli uffici giudiziari si scambino

informazioni, in particolare la procura al tribunale per i minorenni quando si procede contro l'abusante, ma anche il tribunale per i minorenni deve trasmettere gli atti alla procura quando viene a conoscenza di un violenza in danno di minori.

Ma questo scambio di informazioni non è nella prassi per una serie di motivi:

- a) semplice disinteresse e abitudine a lavorare da soli;
- b) inquinamento delle indagini: se la polizia sta facendo degli accertamenti per la procura su un presunto abusante, l'intervento del tribunale per i minorenni sul minore può rivelare le indagini in atto all'indagato, rendendole vane. Senza contare che gli obiettivi dei due interventi giudiziari non coincidono: il primo tende all'incriminazione del genitore, il secondo alla tutela della vittima. La situazione si complica ancora di più se l'abusante è un minorenne, in quanto non si può comunque trascurare un tentativo di recupero e la tutela di quest'ultimo;
- c) il problema dell'allontanamento dell'abusante o del minore: sia la normativa della legge 154/01 che i nuovi artt. 330 e 333 cc prevedono finalmente che possa essere allontanato da casa il genitore abusante, ma non esclude comunque l'allontanamento del minore. Entrambe le decisioni possono essere assunte da due autorità giudiziarie (tribunale ordinario e tribunale minorile), che, in mancanza di integrazione, possono giungere alla paradossale decisione di allontanare entrambi;
- d) il problema dei tempi delle decisioni e soprattutto quello di individuare a chi spetta prenderle per primo.

Stesse difficoltà si verificano nel sistema del sostegno: l'assistente sociale aspetta di capire meglio quello che è successo, lo psicologo vuole capire quello che è "veramente" successo e quali ne siano le motivazioni; è come se tutti piazzassero il cartello "lavori in corso" perché non vogliono che il loro lavoro sia inquinato da altri interventi.

Mi sembra evidente che una necessaria integrazione non può solo basarsi sullo scambio di informazioni, ma soprattutto sulla programmazione degli interventi futuri, per evitare sovrapposizioni e inquinamenti reciproci. Non basta che la procura informi il tribunale per i minorenni, è necessario che i due uffici giudiziari programmino e confrontino gli interventi; è necessario che i magistrati si parlino, così come è necessario che l'assistente sociale concordi con lo psicologo quello che devono fare insieme e che insieme decidano di informare la magistratura, così come è necessario che la polizia e i carabinieri condividano le modalità dell'ascolto protetto di un minore abusato.

Ma, ripeto, è necessario che queste persone si parlino, non è sufficiente inviarsi carte.

Un altro livello di integrazione è quello intersistemico, in cui è necessario che il flusso di informazioni vada oltre il proprio sistema di riferimento per incontrarne un altro. Sicuramente è un'integrazione più complessa, ma molto ricca di spunti di riflessione per favorire quella creatività di cui parlavo prima. Magistrati, operatori sociali e operatori di pubblica sicurezza, per imparare a integrarsi, devono assimilare il "codice" utilizzato dagli altri, e cioè il loro linguaggio, i loro obiettivi, il loro comportamento, senza dare per scontato che c'è una sorta di invalicabile incompatibilità fra l'accertamento della verità e il sostegno psicologico, fra l'inchiesta sociale e le indagini di polizia. Non è vero, la presunta incompatibilità è il modo migliore per negare l'integrazione.

#### 4. Fiducia nell'integrazione

Torniamo sul versante affettivo. Una reciproca fiducia fra operatori della giustizia, operatori di polizia e operatori psicosociali contribuisce a creare un clima di collaborazione, rilassato, lontano dai reciproci sospetti. Con i difensori degli abusanti diventa inevitabilmente più difficile instaurare questo clima collaborativo, ma vale comunque la pena affrontare questo discorso con gli ordini professionali o con qualificate associazioni, dove riscontro una sempre maggiore apertura al confronto.

Ma insieme alla fiducia è necessario un altro ingrediente: il tempo.

Sarebbe necessaria un'abitudine a lavorare insieme e a integrarsi reciprocamente, anche perché così non solo si lavora meglio, ma quel clima di fiducia viene percepito anche dal destinatario del nostro intervento, ad esempio da un bambino che deve raccontare a estranei il trauma subito per una violenza sessuale all'interno della famiglia.

Questo bambino ha bisogno di percepire un minimo di fiducia nei suoi confronti, perché altrimenti difficilmente si aprirà al racconto della violenza di cui è stato vittima: c'è il rischio che rimanga in silenzio e che nasconda dentro di sé questo segreto. Sarebbe invece necessario mettere il bambino nelle condizioni migliori per favorire il racconto di quello che è accaduto. Bisognerebbe metterlo nelle condizioni di pensare: «Te lo dico perché mi fido». In caso contrario, quando non c'è un clima empatico di reciproca fiducia, il bambino potrà pensare: «Non si fidano di me, non mi credono, credo che sia un bugiardo, la colpa è mia, dovevo stare zitto, sto rovinando tutto, ho sfasciato la mia famiglia, meglio stare zitti».

Sto cercando di dare la parola ai pensieri dei bambini, ma non è escluso, anzi mi è capitato in più di un'occasione, che i bambini dicano esplicitamen-

te quello che poc'anzi ho virgolettato. E, a scanso di equivoci, mi preme sottolineare un altro aspetto non trascurabile: il clima di fiducia contribuisce allo svelamento della verità, sia nel caso che il bambino sia stato vittima di una violenza, sia nel caso che si tratti di un “falso” abuso. In questo secondo caso – comunque – il bambino è stato vittima di una violenza psicologica, non solo perché indotto a raccontare il falso, ma anche perché in lui viene inoculato il germe del sospetto, che renderà sempre più labile il confine fra sessualità e affettività, compromettendo la sua educazione sentimentale.

Lo svelamento del falso abuso tutela la presunta vittima, non solo l'imputato.

Dovrebbe essere interesse comune identificarlo e non pensare, come purtroppo accade in questi ultimi tempi, che da un lato ci sono gli abusanti coi loro difensori e dall'altro magistrati e operatori psicosociali animati da sacro furore e impegnati in una crociata contro gli abusanti, presunti o reali che siano. Ingaggiare questo conflitto non serve e, soprattutto, non è nell'interesse del minore. Mi rendo conto che la posta in gioco è enorme: da un lato la tutela dell'infanzia, dall'altro la libertà della persona e mi rendo anche conto che alcuni operatori del diritto, magistrati e avvocati, sono presi da una sorta di malcelata intolleranza di fronte a termini quali empatia, fiducia, ascolto protetto, etc. Loro hanno un altro problema: le prove dove sono?

In realtà molto spesso le prove sono solo nelle parole della piccola vittima, non supportate da altre prove, quali una perizia ginecologica o medico legale; nulla di “concreto” insomma, ma questo non significa che non ci sia nulla di reale.

L'attenzione alle parole del bambino, pertanto, implica l'utilizzazione di categorie psicologiche, che devono integrarsi con quelle del diritto. Del resto l'incidente probatorio, così come previsto dalla legge 66/96, è uno splendido esempio di *integrazione* fra esigenze della giustizia e tutela dell'infanzia.

Né bisogna trascurare il fatto che l'ascolto protetto in tema di abuso sessuale abbia una valenza terapeutica<sup>9</sup> e innesca quel processo di fiducia che dovrebbe connotare tutto l'intervento sul minore.

Il disagio minorile è sempre provocato dalla mancanza di fiducia di base: l'abuso, l'abbandono, la trascuratezza hanno insegnato al bambino che non c'è da fidarsi degli adulti, di quei *caregiver* che dovrebbero tutelarlo.

L'intervento sul disagio deve partire da questo presupposto: il minore deve sapere che può fidarsi di chi si sta occupando di lui, che su di loro può contare, perché sono “diversi” da chi gli ha fatto del male. Ma perché questo acca-

---

<sup>9</sup> «Qualsiasi contesto definibile come non terapeutico può offrire all'operatore insostituibili occasioni per agire terapeuticamente»: questa citazione di Mara Selvini Palazzoli è riportata sulla quarta di copertina del volume *Il cambiamento nei contesti non terapeutici*, a cura di S. Cirillo, Milano, Cortina, 1990.

da, non credete sia necessario che questa fiducia traspaia, che sia un territorio frequentato, che sia percepibile? Insomma, il bambino si rende conto se giudici, psicologi, poliziotti, assistenti sociali si fidano l'uno dell'altro e solo così, a sua volta, si fiderà. Se, al contrario, questi operatori non solo non si fidano, ma spesso si squalificano a vicenda, sovrapponendo il loro intervento o commentando negativamente l'operato di chi li ha preceduti, allora tutto diventa più difficile, le maglie della rete si allargano, il bambino non si sente accolto, diventa difficile contenerlo, ci sfugge.

Se non c'è fiducia fra noi, come ci aspettiamo fiducia dal bambino. I bambini apprendono quello che vedono, non quello che vogliamo fargli credere.

## 5. Complessità e integrazione transdisciplinare

L'approccio alle problematiche del disagio e della violenza all'infanzia deve essere necessariamente articolato, la fretta e l'approssimazione hanno un effetto deleterio sul minore e sugli stessi operatori. La complessità dell'intervento deve essere riconosciuta, mai sottovalutata: non si può pretendere che uno psicologo nel corso di un solo incontro col minore abusato sia in grado di fornire utili indicazioni sull'attendibilità del minore e sulla veridicità del fatto reato, così come non si può mettere un minore nelle condizioni di dover ripetere a più persone lo stesso fatto, magari dopo avergli assicurato, ogni volta, che non lo dovrà fare mai più: succede anche questo.

L'integrazione è necessaria, tanto che forse vale la pena di parlare di transdisciplinarietà piuttosto che di interdisciplinarietà. Nessuno pretende che il giudice diventi psicologo, né che l'avvocato diventi psicologo, né che lo psicologo diventi giudice, ma è necessario che questi soggetti "entrino" nel mondo e nella disciplina dell'altro, la attraversino e ne escano al momento opportuno, tutelando ognuno la propria professionalità.

Un ultimo problema: a chi spetta l'integrazione? Chi deve condurla? Chi integra deve essere "altro" rispetto a chi è integrato, per quella discontinuità necessaria fra osservatore e osservato.

Perché è semplicemente impossibile essere coinvolti *dentro* una relazione (il che è indispensabile se si vuole essere in relazione) e, allo stesso tempo, stare *al di fuori* di essa, come un osservatore distaccato e non coinvolto (il che sarebbe necessario per abbracciare la relazione nella sua interezza ed esserne cosciente). Questo è molto simile all'impossibilità di ottenere una totale consapevolezza visiva del proprio corpo, dal momento che gli occhi, in quanto organi di percezione, sono essi stessi parte del corpo da percepire (Watzlawick e Beavin, 1978, 67).

Non è facile superare il paradosso della autoriflessività, specialmente se aggiungiamo che esistono livelli di integrazione orizzontale (ad esempio i protocolli di intesa) e di integrazione verticale (linee guida, direttive, ecc.)<sup>10</sup>. Forse quest'ultima si presta meno ai rischi della autoreferenzialità, ma sicuramente l'integrazione orizzontale, se fatta nel reciproco rispetto e in un clima di fiducia, diventa la più efficace. Il paradosso – comunque – rimane: possiamo difenderci soltanto con la consapevolezza della condizione paradossale, da cui tirarci fuori prendendoci per i capelli, come fece il Barone di Münchhausen, che si salvò dalla palude afferrando il suo codino e tirandosi su.

## Riferimenti bibliografici

### Abbruzzese, S. (a cura di)

- 2001 *Accordi: polizia e psicologia per l'ascolto del minore*, «Minorigiustizia», 2  
 1999 *Minori e sessualità, vecchi tabù e nuovi diritti*, Milano, Franco Angeli

### De Bono, E.

- 1981 *Pensiero laterale*, Milano, Rizzoli

### Foti, C.

- 2001 *L'ascolto dell'abuso e l'abuso nell'ascolto*, «Minorigiustizia», 2

### Occhiogrosso, F.

- 2001 *La complessità della risposta all'abuso su minori*, «Minorigiustizia», 2

### Watzlawick, P., Beavin, J.

- 1978 *Alcuni aspetti formali della comunicazione*, in P. Watzlawick, J.H. Weakland (a cura di), *La prospettiva relazionale*, Roma, Astrolabio

---

<sup>10</sup> Cfr. il contributo di Franco Occhiogrosso a p. 227.

## La scuola e l'abuso in danno dei minori tra nuova cultura e vecchie resistenze

Una riflessione sulla tutela preventiva del bambino e del ragazzo nel mondo della scuola

Armando Rossini\*

L'acquisizione nella scuola del principio della centralità del minore/studente quale soggetto/persona, titolare di diritti specifici da garantire e tutelare, non appartiene in maniera convincente al passato anche recente del nostro sistema, e non è forse ancora oggi una conquista culturale, giuridica e pedagogica scontata, praticata e consolidata.

Accanto, infatti, a un'intensa e rassicurante ricerca e azione educativa orientate decisamente verso la costruzione di una scuola sempre più attenta ai bisogni degli alunni/studenti, esiste una prassi gestionale del rapporto scuola alunni che non di rado sconfinava nell'abuso e nel maltrattamento.

E gli spazi dove si potrebbero riscontrare abusi e maltrattamenti sono abbastanza diffusi e individuabili un po' in tutta l'attività della scuola: nella prestazione educativa e formativa quando viene offerta in maniera del tutto inadeguata ai bisogni; nella valutazione, quando si mortificano le potenzialità; negli interventi disciplinari, quando non si indaga a sufficienza sulle ragioni dei comportamenti.

Ma forse le radici dell'abuso vanno ricercate in spazi ancora più elevati.

### 1. L'abuso istituzionale

Una delle carenze più inconcepibili e nascoste del nostro sistema infatti, e che può configurarsi davvero come abuso istituzionale primario, è forse la mancanza pressoché totale di norme di tutela specifica del minore all'interno della scuola.

Per quanto sorprendente possa apparire tale affermazione, a un accurato esame della normativa essa si rivela assolutamente fondata (Pazé, 1986).

Allo stato attuale infatti, l'unica norma di tutela specifica su cui il cittadino studente può veramente contare è tuttora rappresentata, praticamente in via esclusiva, dall'art. 34 della Costituzione che sancisce il diritto-dovere di tutti i cittadini all'istruzione, obbligatoria e gratuita, per un numero di anni fissati di volta in volta dalle leggi vigenti.

Tale diritto, in verità, è decisamente "forte" al punto che il codice penale, con l'art. 731, considera reato, e quindi penalmente rilevante, il comportamento omissivo dei genitori o degli esercenti la potestà parentale, anche se poi la pena prevista per i trasgressori non appare particolarmente afflittiva (fissata a 60.000 lire).

---

\* Dirigente scolastico.

È comunque il codice civile che con gli artt. 330 e 333 conferisce ulteriore e decisiva forza all'obbligo, tanto è vero che il tribunale per i minorenni, che deve sempre essere informato dei casi di evasione scolastica, può arrivare a disporre l'allontanamento del minore dal nucleo familiare o addirittura la decadenza di uno o di entrambi i genitori dalla potestà sui figli, qualora l'evasione dell'obbligo scolastico, valutata insieme ad altri elementi, fosse ritenuta causa di grave disagio e pregiudizio per il minore.

Non c'è alcun dubbio quindi che, sul piano normativo, il minore sia adeguatamente tutelato per quanto riguarda il diritto di accesso a scuola.

I problemi, però, vengono dopo, visto che di fatto l'art. 34 si limita a rendere obbligatorio solo l'"ingresso" dell'alunno a scuola, lasciando poi lo stesso sostanzialmente "scoperto" e privo di quella protezione giuridica che invece, ad esempio, ogni lavoratore ha nell'esercizio della sua attività e all'interno del posto di lavoro grazie soprattutto alle statuizioni delle varie legislazioni pattizie.

Sorprende, per la verità, che una legislazione così opportunamente severa nei confronti dei genitori inadempienti e/o maltrattanti sia invece inaspettatamente quanto mai tollerante nei confronti dell'istituzione scuola, alla quale in sostanza non viene chiesto di rendere conto del proprio operato.

Ma l'analisi potrebbe essere molto più ampia perché il tema della tutela del minore all'interno dell'istituzioni (scuola, istituto, collegio, carcere ecc.) è stato praticamente estraneo, sino a pochi decenni fa, alla nostra cultura cui è forse mancata la penna di un Dickens e la forte denuncia dei suoi scritti; anche se, per la verità, non sembra che in area anglosassone l'opera di Dickens abbia prodotto effetti pratici rilevanti.

Secondo la brillante analisi che fa Piercarlo Pazé<sup>11</sup> nel lavoro già citato, tale carenza è una costante del nostro sistema che oppone quasi al genitore "cattivo" l'istituzione "buona" e, contro il genitore "cattivo", si agisce togliendogli il figlio per "salvarlo" dentro l'istituzione "buona".

Tale concezione ha pesantemente condizionato persino la stesura del codice civile, che in effetti non ha previsto alcuna tutela specifica dei minori affidati a una istituzione. Il tribunale per i minorenni infatti, che pure ha rilevanti poteri nei confronti della famiglia, non ha potere alcuno nei confronti della scuola e delle istituzioni che ospitano bambini e ragazzi.

---

<sup>11</sup> Piercarlo Pazé è Procuratore della Repubblica presso il Tribunale per i minorenni di Torino ed è il direttore della rivista «Minorigiustizia», promossa dall'Associazione italiana dei magistrati per i minorenni e per la famiglia ed edita dalla Franco Angeli di Milano.



Per quanto riguarda la scuola, l'immagine tutta positiva veicolata da una certa letteratura viene pesantemente aggredita e subisce, solo a partire dagli anni Sessanta, la messa in discussione da parte di intellettuali attenti e sensibili quali, tra i tanti, don Lorenzo Milani e Ivan Illich che, pur pervenendo a opposte conclusioni, mettono a nudo i limiti e le colpe di una scuola che non era riuscita ad adeguarsi ai bisogni e alle aspettative dei giovani.

Oggi la scuola sia a livello di contenuti che di ordinamenti ha fatto e sta facendo, pur se con un procedere altalenante e non sempre sicuro, grossi passi in avanti; tuttavia, nonostante il livello di sensibilizzazione certamente più elevato che nel passato, restano ancora per lo meno non risolte vaste zone di non tutela giuridica degli studenti.

Voglio comunque precisare che non è in discussione l'impegno attento e professionalmente responsabile dei tanti operatori scolastici che, pure nel contesto descritto, garantiscono comunque il rispetto e la tutela dei diritti dei loro studenti.

La mia analisi vuole evidenziare che nel sistema scolastico attuale mancano diritti espliciti del bambino e del ragazzo, sanciti da leggi e quindi giuridicamente azionabili.

## 2. La "tutela" contro l'abuso e il diritto amministrativo

L'alunno che si ritiene leso nel suo diritto a una prestazione educativa adeguata e rapportata ai suoi bisogni, oppure quello che si ritiene danneggiato da una valutazione non rispondente ai suoi meriti e alle sue capacità, o ancora quello che è convinto di aver subito una punizione ingiusta e/o inadeguata, a parte i casi più gravi previsti e puniti dal codice penale, non ha altri strumenti per far valere le sue ragioni ed eventualmente chiedere riparazione per l'eventuale danno subito, se non quelli offerti dalla giustizia amministrativa, e non ha altra sede se non quella del tribunale amministrativo regionale o del Consiglio di Stato.

In realtà, in molti casi sarebbe anche esperibile la strada interna dell'esposto al dirigente scolastico o al direttore generale regionale, ma tale percorso non dà garanzie giuridiche adeguate. Altre vie, pur tentate da genitori e da avvocati, di adire la magistratura ordinaria, non hanno dato esito alcuno e la quasi totalità dei magistrati civili o penali interessati ha sempre pronunciato sentenze di incompetenza, per cui davvero l'unica strada al momento ancora giuridicamente percorribile resta quella della giustizia amministrativa, almeno sino a quando non verranno estesi anche agli alunni i contenuti della legge 421/92 e successi-

ve, che hanno determinato il passaggio delle competenze relative al contenzioso nella pubblica amministrazione, dal giudice amministrativo a quello civile.

La protezione offerta dalla giustizia amministrativa è però solo parziale e non tutela certamente lo studente circa il merito e il contenuto, circa cioè la sostanza del contenzioso.

La giustizia amministrativa, si sa, ha tre grossi limiti: è formale, è costosa, è lenta.

È formale perché TAR e Consiglio di Stato intervengono a mettere in discussione le scelte compiute dalla scuola non quando il suo operato è stato ingiusto, dannoso o inadeguato per gli alunni, ma quando la stessa scuola ha adottato decisioni o comportamenti con procedure non amministrativamente corrette; oggetto dell'esame della giustizia amministrativa, insomma, è il percorso seguito nel prendere decisioni e non invece il contenuto e le conseguenze per gli alunni delle decisioni e dei comportamenti dei docenti, decisioni che restano sostanzialmente ancora insindacabili, nonostante le grosse aperture della legge 7 agosto 1990, n. 241, *Nuove norme in materia di procedimento amministrativo e di diritto di accesso ai documenti amministrativi*.

È costosa perché il TAR non prevede il gratuito patrocinio, e le spese legali necessarie sono particolarmente onerose e sicuramente non alla portata di tutti.

È lenta in quanto troppo spesso le sentenze definitive arrivano quando ormai sono del tutto inefficaci e magari lo studente ha già lasciato la scuola da un pezzo.

### 3. Il sistema della disciplina

Altro grosso capitolo dell'abuso a danno dei minori direttamente legato alla mancata tutela normativa dello studente a scuola, è stato ed è ancora quello del sistema punitivo (Rossini, 1993).

Il DPR 24 giugno 1998, n. 249, *Regolamento recante lo Statuto delle studentesse e degli studenti della scuola secondaria*, ha colmato, almeno per gli studenti della scuola secondaria, un vuoto lungo decenni. Va comunque ricordato che la materia è stata regolata da due regi decreti: il 653 del 1925 per la scuola secondaria e il 1297 del 1928, che peraltro è ancora vigente, per la scuola elementare, ed è normale che a causa della loro arcaicità, tali strumenti sono stati per lungo tempo pressoché dimenticati e disapplicati.

Lo Statuto degli studenti, strumento certamente interessante e valido, non ha potuto tuttavia porre immediato rimedio agli effetti prodotti da un vuoto legislativo che ha fatto sì che nella scuola potessero compiersi situazioni discu-

tibili se non addirittura di natura abusiva, talvolta financo ai confini della legalità, senza far corrispondere a una indubbia ricchezza inventiva, un altrettanto ricco impegno nel ricercare le motivazioni soggettive e oggettive che spesso determinano nell'alunno comportamenti meritevoli di punizioni.

Siamo fortunatamente lontani da tempi in cui il percorso scolastico era per tanti alunni un viatico doloroso e traumatizzante, resto convinto però che un approfondito esame del sommerso punitivo nella scuola rivelerebbe ancora tanto di spiacevole.

Un'approfondita indagine condotta in Francia da Bernard Douet (1990) ha denunciato che, nonostante le punizioni corporali siano da tempo rigorosamente vietate nel Paese transalpino, il 73% degli insegnanti intervistati ha ammesso di farne regolarmente uso e il 90% degli alunni ha dichiarato di subirne.

Fortunatamente l'analisi del Douet rileva che le punizioni umilianti, quelle che feriscono e segnano gli studenti più ancora delle percosse, sono invece in netto calo, anche se il 24% degli alunni consultati sostiene di esserne stato vittima.

Non sono a conoscenza di analoghe indagini condotte nelle nostre scuole; sono comunque certo che le punizioni corporali, da sempre illegittime nel nostro Paese, siano una pratica desueta e anzi rifiutata dai nostri docenti, e che le punizioni umilianti siano in decisivo calo anche da noi.

È certo però che la disapplicazione di fatto dei RRDD sopra ricordati ha posto lungamente la scuola in situazioni di palese e costante violazione di legge. Basti pensare ad esempio allo strumento di punizione più diffuso e utilizzato dalla maggior parte dei docenti: il voto.

Ritengo che sono davvero pochi gli alunni immuni dall'aver subito come sanzione disciplinare, un "due", un "quattro" sul registro o comunque un abbassamento del voto effettivamente meritato.

Il citato DPR 249/98 (art. 4 comma 3) vieta espressamente tale possibilità, ma si è certi che il voto non sia più strumento di punizione? La prassi è infatti talmente consolidata che spesso, in maniera assolutamente acritica e rassegnata, i docenti la praticano, i dirigenti la tollerano, gli studenti e i genitori la subiscono, tutti consentendo quindi che il voto rappresenti ancora un'illegittima e "terribile" arma di repressione.

Un'arma anche del tutto inopportuna sotto il profilo educativo in quanto, pur ottenendo talora l'effimero risultato di intimorire e far "star buoni" gli alunni, attiva negli stessi pericolosi e rilevanti meccanismi di disistima nei confronti di se stessi e dell'insegnante, che viene percepito come colui che commette abuso, perché incapace di trovare soluzioni positive e comunque legittime dinanzi a problemi che, non di rado, sono tali solo per lui.

Quanto sopra, ammessane la fondatezza, è una conferma della non adeguata tutela normativa del minore all'interno dell'istituzione scolastica, tutela che del resto non era garantita neanche dalla puntuale, se non accorta, applicazione dei RRDD.

Una delle punizioni più gravi prevista dalla vecchia normativa, confermata dalla nuova, era ed è la sospensione dell'alunno e quindi il suo allontanamento dalla scuola. Tale punizione, per la verità ormai largamente residuale, viene generalmente ancora disposta nei confronti degli studenti che si rendono colpevoli di mancanze disciplinari reiterate e rilevanti.

Purtroppo in molti casi gli studenti sospesi sono anche vittime di situazioni famigliari e/o ambientali fortemente pregiudizievoli e il comportamento indisciplinato o violento da loro tenuto a scuola può essere il sintomo di un ulteriore aggravamento delle condizioni oggettive e soggettive del ragazzo, che forse attraversa un momento particolarmente delicato della sua esistenza e avrebbe quindi bisogno di aiuto, di sostegno, di recupero.

La scuola che invece sospende un alunno, pur se colpevole di mancanze rilevanti, senza accertare e tentare di capire davvero a fondo le cause del suo comportamento, è paragonabile, paradossalmente, a un ospedale che manda via i malati, privandoli dell'indispensabile aiuto sanitario, proprio nel momento in cui questi manifestano preoccupanti sintomi di aggravamento e quindi necessitano di maggiori e più attente cure.

#### 4. I diritti: dall'enunciazione al riconoscimento

Da anni ormai si susseguono in tutto il mondo "carte dei diritti degli studenti" che, se da una parte sono un segno della mutata sensibilità, da un'altra sono la palese testimonianza di una perdurante situazione di vistosa non tutela.

Il termine "diritti" infatti nell'uso contemporaneo ha allargato notevolmente il proprio campo semantico, inglobando significati via via più precisi e originali e oggi «sempre più frequentemente è usato per qualificare fasce di situazioni soggettive, che si vorrebbe tutelate, di categorie deboli (diritti dell'anziano, del nomade, dell'handicappato, del malato, dello straniero, ecc.)» (Pazé, 1986, p. 793).

C'è da dire che in effetti la riflessione generalizzata intorno alla tutela dei minori sta coinvolgendo con sempre maggior convinzione anche la scuola che, sorprendentemente, si mostra però come una delle realtà più lente.

La stessa libertà di insegnamento potrebbe rivelarsi in taluni casi una copertura per ulteriori abusi a danno dei minori. La libertà di insegnamento

non sempre è intesa, infatti, come diritto dell'allievo a ricevere una formazione libera e non condizionata; essa è ancora considerata da taluni come autorizzazione a gestire in termini personali un rapporto, come quello educativo, che invece va condiviso dall'intero "gruppo scuola" e impostato nell'esclusivo interesse del soggetto centrale della formazione, che non può che essere lo studente al quale solo appartiene il diritto costituzionalmente garantito di ricevere un'educazione libera da condizionamenti politici, storici, religiosi, culturali ecc.

La strada recentemente intrapresa delle politiche integrate e dei collegamenti interistituzionali ci rassicura e offrirà, ci si augura, esiti più operativi e concreti di quelli cui le ricorrenti riflessioni meramente accademiche ci hanno abituato. L'alunno, lo studente (ho usato indifferentemente i due termini), ha bisogno ormai di leggi chiare e impegnative per tutti, non soltanto di enunciazioni e principi; lo studente ha bisogno che vengano riconosciuti per legge il diritto al rispetto della sua persona all'interno della scuola, il diritto a ricevere una istruzione e una formazione adeguata ai suoi bisogni e il diritto ad essere valutato oggettivamente con competenza e serietà per quello che sa, per quello che fa, per quello che è.

Allo studente, inoltre, devono essere garantiti gli stessi diritti specifici riconosciuti agli altri cittadini impegnati in attività lavorative e/o socialmente utili, quindi il diritto al risarcimento per l'inadeguata prestazione formativa ricevuta, quindi il diritto di poter contare su strumenti normativi specifici e facilmente azionabili a sua tutela, e spazi giudiziari in grado di valutare nella sostanza le rimostranze o le denunce presentate. Allo studente insomma deve essere riconosciuto il diritto alla piena e sostanziale applicazione dell'art. 34 della Costituzione. Il diritto cioè a una scuola che non solo gli garantisca l'accesso, ma l'esito.

## 5. La scuola dell'autonomia

Le recenti riforme, e in particolare il riconoscimento dell'autonomia alle scuole e della dirigenza ai capi di istituto, sono ulteriori elementi di sviluppo anche per quanto riguarda la tutela dei diritti degli studenti.

Oggi ogni scuola può organizzare la propria attività fissando nel progetto dell'offerta formativa elementi sostanziali che rendano agibili diritti spesso solo affermati, e sono convinto che un ruolo molto importante nello specifico versante della tutela dei diritti dei minori può e deve svolgerlo il dirigente scolastico.

Molto spesso, nelle analisi che ancora si fanno circa la nuova figura del dirigente scolastico, si ipotizzano scenari e si tracciano confini sicuramente allettanti e seducenti ma non sempre in linea con quelle che invece sono le necessità della scuola e di coloro che del servizio scuola sono i destinatari.

La cultura del dirigente manager, fin troppo abusata e mal presentata negli anni passati, ha rischiato di collocare l'idea del dirigente scolastico in una dimensione di tipo aziendalistico che non può assolutamente rispondere ai bisogni della scuola e dei suoi utenti. È certamente fondamentale che il dirigente scolastico abbia forti competenze/capacità sul piano tecnico gestionale e che si muova con sicurezza nelle logiche dell'efficacia/efficienza, ma mai dovrà dimenticare che all'interno dell'unità scolastica non potrà non essere e non sentirsi in primo luogo il garante del diritto dell'alunno al rispetto della sua persona e alla prestazione educativa e formativa più elevata possibile.

### Riferimenti bibliografici

**Douet, B.**

1990, in AA.VV., *Quando e come punire i bambini?*, Milano, Cortina

**Pazé, P.**

1986 *L'allievo ha anche dei diritti?*, «Questioni Giustizia», 4

**Rossini, A.**

1993 *Punire è educare?*, in AA.VV., *Punire perché*, Milano, Franco Angeli



**Da Yokohama a New York:  
riflessioni sulle azioni assunte  
a livello internazionale  
per la prevenzione  
e il contrasto della violenza  
all'infanzia**

*Adriana Ciampa*

**APPROFONDIMENTI**

**L'impegno italiano a livello centrale**  
La creazione del Comitato interministeriale  
di coordinamento per la lotta alla pedofilia  
*a cura del Centro nazionale di documentazione  
e analisi per l'infanzia e l'adolescenza*

**Internet: opportunità e rischi  
per i bambini e le bambine**

*Daniela Battisti*

**Turismo sessuale ai danni di bambini  
e bambine: l'impegno della World  
Tourism Organization**

*Marina Diotallevi*

**Sezione 7**





# Da Yokohama a New York

## Riflessioni sulle azioni assunte a livello internazionale per la prevenzione e il contrasto della violenza all'infanzia

Adriana Ciampa\*

### 1. Premessa

La sfida di proteggere i diritti dei bambini è stata raccolta dal mondo intero con la ratifica nel 1989 a New York della *Children's Rights Convention* (CRC).

La Convenzione sui diritti del fanciullo sancisce che ogni bambino ha diritto a una protezione piena da ogni forma di sfruttamento e di abuso a sfondo sessuale. Agli Stati è fatto obbligo, inoltre, non solo di proteggere ma di promuovere azioni e interventi per il pieno recupero psicologico e fisico e per la reintegrazione sociale della piccola vittima.

L'interesse superiore del fanciullo deve essere la linea guida di ogni azione che incide sull'infanzia, i diritti dei soggetti in età evolutiva devono essere riconosciuti a tutti i bambini, senza discriminazione di qualsiasi tipo, e il punto di vista dei bambini e degli adolescenti, nelle questioni che li riguardano direttamente, deve essere preso in considerazione, tenendo presente l'età e la maturità del soggetto.

La CRC definisce bambino una persona che non ha compiuto i 18 anni di età e fissa gli standard minimi per la protezione dei bambini, imponendo a ciascuno Stato l'istituzione di organismi ad hoc per la protezione dell'infanzia.

L'articolo 34 della CRC richiede misure interdisciplinari, ispirate alla prevenzione dell'induzione o della coercizione di un minore ad avere un rapporto sessuale illegale, dello sfruttamento della prostituzione minorile o altre pratiche sessuali illegali, dello sfruttamento dei minori in prestazioni o materiali pornografici.

L'articolo 35 della CRC richiama a una varietà di misure per la prevenzione dei rapimenti, della vendita e del traffico di minori per ogni scopo e in ogni forma.

Due soli sono i Paesi che non hanno, a tutt'oggi, ratificato la CRC: la Somalia e gli Stati Uniti, mentre a oggi cinquanta Paesi hanno adottato agende o piani d'azione, alcuni anche specifici, per la lotta contro lo sfruttamento sessuale commerciale di bambini e bambine.

Il *framework* internazionale si è arricchito negli ultimi tempi di una serie di trattati di protezione dei diritti dei minori:

- il Protocollo opzionale alla CRC sulla vendita dei minori, la prostituzione minorile e la pornografia infantile, adottato dall'Assemblea generale delle Nazioni unite il 25 maggio 2000 ed entrato in vigore il 18 gennaio 2002;
- la Convenzione dell'ILO n. 182 che proibisce le peggiori forme di sfruttamento del lavoro minorile, adottata il 17 giugno 1999 ed entrata in vigore il 19 novembre 2000;

---

\* Dirigente Servizio minori, Ministero del lavoro e delle politiche sociali.

- il Protocollo per la prevenzione, la soppressione e la repressione del traffico di persone, specialmente donne e bambini, supplementare alla convenzione delle Nazioni unite contro il crimine organizzato (2000);
- la Convenzione sul cybercrime, approvata dal Consiglio dei ministri dell'Unione europea l'8 novembre 2001 e aperta alla firma a Budapest il 23 novembre 2001.

Questo quadro si arricchisce anche degli strumenti adottati in sede regionale – per esempio le raccomandazioni del Consiglio d'Europa 2001 sulla protezione dei minori dallo sfruttamento sessuale e i programmi dell'UE<sup>1</sup>.

## 2. La violenza e lo sfruttamento sessuale dei minori

Nonostante questo, il fenomeno dello sfruttamento sessuale dei minori a fini commerciali coinvolge ogni regione del mondo, anche se con diverse modalità e caratteristiche.

Molto è stato fatto dal 1989, ma ciò che è stato fatto è ancora insufficiente per sgominare le organizzazioni criminali e le deficienze economiche ed educative dei contesti sociali, che contribuiscono alla crescita del fenomeno. Complici sono anche le legislazioni nazionali di scarsa qualità e la presenza nel contesto sociale delle cosiddette cinque C: *crimine, corruzione, collusione, clientelismo e compiacenza*. Questo è il punto di partenza per qualsiasi politica di protezione dell'infanzia dalla violenza e dallo sfruttamento.

---

<sup>1</sup> Tra gli altri si ricordano la decisione del Consiglio dell'Unione europea e del Parlamento europeo relativa a un programma d'azione comunitario sulle misure preventive volte a combattere la violenza contro i bambini, i giovani e le donne (2000-2003) (293/2000/CE, *Programma Daphne*, 24 gennaio 2000); la risoluzione del Parlamento europeo sulla comunicazione della Commissione al Consiglio, al Parlamento europeo, al Comitato economico e sociale e al Comitato delle Regioni sull'attuazione delle misure di lotta contro il turismo sessuale che coinvolge l'infanzia (A5-0052/2000, 30 marzo 2000); la risoluzione del Parlamento europeo sulla comunicazione della Commissione al Consiglio e al Parlamento europeo per ulteriori azioni nella lotta contro la tratta di donne (A5-0127/2000, 19 maggio 2000); la decisione del Consiglio dell'Unione europea relativa alla lotta contro la pornografia infantile su Internet (2000/375/GAI, 29 maggio 2000); la decisione del Consiglio dell'Unione europea che istituisce una seconda fase del programma di incentivazione e di scambi, di formazione e di cooperazione destinato alle persone responsabili della lotta contro la tratta degli esseri umani e lo sfruttamento sessuale dei bambini (2001/514/GAI, *Programma Stop II*, 28 giugno 2001); la raccomandazione dell'Assemblea parlamentare del CE agli Stati membri su una campagna contro il traffico di bambini per bloccare le rotte dell'Europa dell'est: il caso della Moldavia (R (2001) 1526, 27 giugno 2001); la raccomandazione del Comitato dei ministri del CE agli Stati membri sulla protezione dei bambini contro lo sfruttamento sessuale (R (2001) 16, 31 ottobre 2001).

Anche se appare superfluo ricordarlo, lo sfruttamento sessuale a fini commerciali dei minori è una gravissima violazione dei diritti dei soggetti in età evolutiva. Lo sfruttamento sessuale di un minore a fini commerciali (CSCE) è l'abuso sessuale commesso da un adulto dietro remunerazione in danaro o di altro genere direttamente al bambino o a una terza persona, ma anche l'induzione alla prostituzione e lo sfruttamento della prostituzione, la produzione e la diffusione di materiale pornografico, le pratiche di turismo sessuale. Il bambino è concepito come un oggetto per soddisfare desideri di natura sessuale e per scambi di carattere commerciale. Lo sfruttamento sessuale dei minori costituisce una forma di coercizione e violenza a danno di bambini e adolescenti che si intreccia con le caratteristiche del lavoro forzato e di una forma contemporanea di schiavitù.

Durante questi anni si è registrato il cambiamento della natura e l'intensificarsi del CSCE. Mentre persistono pratiche tradizionali dannose – come il sistema Devadasi di “donare” ai templi ragazze che poi cadono nella rete della prostituzione –, un più moderno sistema di sfruttamento della prostituzione si sta diffondendo rapidamente: è il cosiddetto *trafficking* di minori a fini di sfruttamento sessuale, caratterizzato da una forte transnazionalità. Questo dato della transnazionalità fa sì che l'unico strumento di contrasto veramente efficace sia la cooperazione internazionale, che in molte regioni si sta sempre più rafforzando grazie a nuovi accordi di cooperazione e all'adozione di metodologie comuni d'indagine.

Quali sono le cause del fenomeno? Tra le principali sicuramente la deprivazione socioeconomica, la cosiddetta “cintura del patriarcato”, che radica un sistema sociale basato sulla discriminazione tra i sessi, e la “catena della criminalità”, che pervade secondo la forma della criminalità organizzata molte regioni del mondo.

La globalizzazione incrementa il fenomeno. Infatti, accanto ai benefici della crescita del sistema delle comunicazioni e delle informazioni, la globalizzazione e lo sviluppo di Internet sono diventati un'arma a doppio taglio, che da un lato offre in un'unica volta informazione, educazione e intrattenimento per i più piccoli, dall'altro è un formidabile strumento per la diffusione della pornografia infantile. Le immagini su Internet sono replicabili all'infinito, permangono in uno spazio indefinito e sono indelebili.

Da tempo vanno prendendo piede proposte per arginare il fenomeno: dall'adozione di una legislazione di regolamentazione del settore alla promozione dell'adozione spontanea da parte degli imprenditori del settore della comunicazione di codici etici di condotta e di autoregolamentazione; dall'istituzione di *hotlines* per recepire segnalazioni di abusi via Internet alla formazione di bambini, adolescenti, genitori e insegnanti a un uso consapevole di Internet; dallo sviluppo di programmi di filtraggio alla promozione di reti tra gli *Internet*

*service providers* e le autorità di vigilanza per la protezione dei minori. Nella lotta contro queste forme di sfruttamento sessuale dei minori è impegnato il governo italiano. Iniziative recenti sono state realizzate dal Ministero per l'Innovazione e le tecnologie, dal Ministero per le pari opportunità e dalla Commissione bicamerale per l'infanzia.

La povertà non può essere usata come l'unica, soddisfacente giustificazione per il commercio dei minori a scopo di sfruttamento sessuale, anche se contribuisce in gran parte ad alimentare il fenomeno. Vi sono, infatti, Paesi poveri dove il CSCE non è il maggior problema e Paesi sviluppati dove il fenomeno è molto diffuso. Altri fattori annoverabili tra le cause sono le disparità economiche, la disgregazione familiare, la carenza educativa, la migrazione verso gli agglomerati urbani, la discriminazione tra sessi, le scelte maschili di comportamento sessuale, dannose pratiche tradizionali, i conflitti armati e il traffico di bambini e adolescenti. Questi fattori amplificano la vulnerabilità dei bambini e delle bambine e i rischi di cadere nelle reti di coloro che li sfruttano per il commercio sessuale e della criminalità organizzata.

Di sicuro si può affermare che si tratta di un fenomeno che affligge sia i Paesi sviluppati sia i Paesi in via di sviluppo. Corruzione e collusione, assenza o inadeguatezza della legislazione, tiepida applicazione delle leggi, scarsa sensibilizzazione del personale addetto all'applicazione delle leggi circa gli effetti distruttivi del fenomeno sui bambini sono tutti ulteriori fattori che favoriscono, direttamente o indirettamente, lo sfruttamento sessuale dei minori a fini commerciali. È un fenomeno incredibilmente duttile: può rimanere limitato a singoli individui, essere organizzato su piccola scala – la famiglia e i vicini – o su larga scala – le organizzazioni criminali.

Individui e gruppi di tutti i livelli sociali contribuiscono alle pratiche di sfruttamento sessuale. Sono inclusi intermediari, membri della famiglia di provenienza del minore, mondo degli affari, fornitori di servizi e clienti, capi delle comunità, funzionari di governo: tutti possono contribuire con l'indifferenza, l'ignoranza degli effetti sui minori o il perpetuare le attitudini e i valori che vedono i bambini e gli adolescenti come beni suscettibili di valutazione economica.

Questo fenomeno provoca seri danni psicologici, fisici, morali e sociali per tutta la vita. Non bisogna trascurare le gravidanze precoci, la mortalità post-parto, danni fisici permanenti, sviluppo ritardato, disabilità fisiche, contagi da malattie sessualmente trasmissibili, compresa l'AIDS-HIV. Il loro diritto a godersi l'infanzia e a costruirsi una vita produttiva e dignitosa è seriamente compromesso.

Leggi, politiche e programmi per contrastare il fenomeno sono ritenute dalla Convenzione necessari, ma efficaci solo se accompagnati da risorse adeguate, da misure effettive di implementazione, che rendano concreto lo spiri-

to e la lettera delle leggi, delle politiche e dei programmi, dal coinvolgimento attivo dei governi e delle famiglie. La società civile gioca un ruolo essenziale nella prevenzione e protezione dei minori dallo sfruttamento sessuale a fini commerciali. L'imperativo è costruire una solida partnership tra i governi, le organizzazioni internazionali e tutti i settori della società.

### 3. Il Congresso di Stoccolma del 1996. La Dichiarazione finale e l'Agenda d'azione

È a Stoccolma, durante il Primo Congresso mondiale contro lo sfruttamento sessuale commerciale dei minori, svoltosi nell'agosto del 1996, che viene sollevato il "velo dell'ignoranza" e che i governi pongono all'ordine del giorno le misure di contrasto del CSCE.

La Dichiarazione finale e il Piano d'azione con i quali si concluse il Congresso hanno posto in luce gli orientamenti necessari per rendere davvero efficaci le azioni preventive e repressive di contrasto al fenomeno. In particolare, dopo aver concluso che la prevenzione e la repressione del fenomeno non possono prescindere da un'azione di recupero dei bambini e delle bambine vittime della violenza e dello sfruttamento sessuale, nelle raccomandazioni finali si afferma che tali azioni dovrebbero:

- essere esercitate da ciascun Paese a livello nazionale facendo ricorso a tutte le risorse disponibili, pubbliche e private;
- essere sostenute attraverso forme effettive di cooperazione internazionale.

Con la Dichiarazione finale di Stoccolma i governi dei 122 Paesi partecipanti al Congresso, insieme alle Organizzazioni non governative, all'ECPAT, all'UNICEF e altre agenzie nell'ambito delle Nazioni unite raccolsero la sfida e si impegnarono a perseguire in via prioritaria gli obiettivi di:

- *dare alta priorità* all'azione di contrasto al fenomeno e allocare adeguate risorse per l'attuazione delle strategie;
- *promuovere* la più stretta cooperazione tra governi e società per favorire la cultura del riconoscimento e del rispetto dei diritti dei bambini; prevenire l'entrata dei minori nel commercio sessuale e rafforzare il ruolo delle famiglie nella protezione dei minori;
- *adeguare i sistemi legislativi* al fine di riconoscere che questi comportamenti costituiscono fattispecie di reato, prevedere pene severe per tutti coloro che sono coinvolti nello sfruttamento sessuale dei minori e promuovere la cooperazione tra le autorità responsabili per l'attuazione delle misure di indagine e repressive;

- *sviluppare e implementare* politiche idonee a prevenire il fenomeno, proteggere e assistere i bambini vittime di abuso, facilitare il loro recupero e la loro reintegrazione nella società;
- *mobilitare* tutti i partner nazionali e internazionali, governativi e non governativi;
- *valorizzare* il ruolo della partecipazione popolare, compresa quella dei bambini.

L'Agenda d'azione concordata in quella sede prevedeva un *timing* preciso per il conseguimento degli obiettivi che avrebbero dovuto essere soddisfatti da ciascun Paese firmatario entro l'anno 2000. Sebbene siano stati compiuti significativi passi avanti nelle politiche di prevenzione e contrasto del fenomeno, gli obiettivi che furono assunti dai partecipanti al Congresso di Stoccolma non sono stati ancora raggiunti.

Le priorità del 1996 mantengono ancora la loro attualità e si trovano alla base dei successivi impegni internazionali e nazionali assunti dai governi:

- il rafforzamento della cooperazione e del coordinamento a livello locale e nazionale, con l'implementazione di strategie incrociate e integrate, lo sviluppo di strumenti di monitoraggio e di analisi dei dati, l'adozione di una stretta interazione tra i governi e le organizzazioni non governative che operano sui territori nazionali;
- la migliore cooperazione tra i Paesi e le organizzazioni internazionali – UNICEF, ILO, UNESCO, UNDP, WHO, UNAIDS, UNHCR, IOM, World Bank/IMF, Interpol, UN Crime Prevention and Criminal Justice Division, UNFPA, World Tourism Organization, UN High Commissioner for Human Rights, UN Centre for Human Rights, UN Commission on Human Rights, Special Rapporteur on the Sale of Children, e il Working Group on Contemporary Forms of Slavery – anche al fine di allocare risorse adeguate all'attuazione dei diritti del fanciullo in tutto il mondo e la concreta implementazione della Convenzione da parte dei Paesi firmatari;
- il potenziamento delle politiche di prevenzione e, più in generale, la promozione di una cultura dell'infanzia centrata su una visione del bambino come persona e soggetto di diritti più che come bene economicamente valutabile;
- la diffusione delle buone pratiche nelle azioni di contrasto e un pieno coinvolgimento del mondo dell'imprenditoria, con speciale riferimento al settore del turismo e della comunicazione;
- il sostegno agli interventi di protezione legale e sociale;
- il rafforzamento degli interventi di assistenza specialistica, recupero e reinserimento sociale delle vittime e delle loro famiglie;

- la promozione della partecipazione di bambini e adolescenti, che da vittime divengono potenziali figure di supporto per altri minori vittime.

#### 4. La Conferenza regionale di Budapest su “Protection of Children against Sexual Exploitation”, novembre 2001

A cinque anni dall'adozione della straordinaria Agenda di Stoccolma si è ritenuto necessario verificare l'attuazione degli impegni presi in quella sede. Il Secondo Congresso mondiale – che si è svolto a Yokohama – è stato preceduto da congressi di verifica a livello regionale. È a Budapest il 20 e 21 novembre 2001 che si è svolta la Conferenza multilaterale dei Paesi dell'Europa e dell'Asia centrale *Protection of Children against Sexual Exploitation*.

Due erano gli obiettivi: la verifica dell'efficacia delle azioni di contrasto e l'adozione della Dichiarazione d'impegno e del Piano d'azione regionale.

I delegati hanno fatto il punto sui progressi nelle azioni di contrasto e di protezione e per consolidare la partnership nella lotta a tutte le forme di sfruttamento sessuale dei minori, incluso le forme di abuso sessuale intrafamiliare.

La parola d'ordine per i delegati dei 42 Paesi dell'Europa e dell'Asia centrale, delle Organizzazioni internazionali governative e delle Organizzazioni non governative, studiosi, giovani e operatori del sociale è stata «protezione di bambini e adolescenti dallo sfruttamento sessuale». Forte è stata la riaffermazione dell'impegno nel dare attuazione all'agenda di Stoccolma e di rafforzare la cooperazione con tutti gli attori istituzionali e non.

Nel fare la verifica dello stato dell'arte, non si è mancato di sottolineare che tutto è legato e discende dalla natura vincolante della Convenzione sui diritti del fanciullo e dei principi e standard in essa fissati e sottoscritti dai Paesi firmatari. La CRC è il motore di tutta una serie di iniziative regionali.

Tra i punti qualificanti del Piano di azione approvato a Budapest sono individuati quali strumenti efficaci di protezione dei diritti dell'infanzia:

- l'istituzione del difensore civico per l'infanzia e delle Commissioni parlamentari per l'infanzia;
- il rafforzamento di meccanismi di coordinamento nelle strategie di lotta al fenomeno tra i Paesi della Regione;
- lo studio di nuove opportunità per la diretta partecipazione delle giovani voci ai processi decisionali;
- l'incremento del ruolo della società civile;
- l'adozione e l'implementazione di Piani nazionali d'azione per la lotta al fenomeno;



- il moltiplicarsi di codici etici di condotta nell'industria del turismo, dei media e di Internet;
- l'istituzione di nuovi servizi di prevenzione e protezione dei minori dallo sfruttamento sessuale, diretti anche ad assicurare il recupero e la reintegrazione del minore abusato nella società civile;
- l'incremento di strumenti giudiziari di effettiva protezione dei minori;
- l'impegno a studiare una definizione di questi reati nel senso della perseguibilità sia nel Paese di commissione del reato sia nel Paese di provenienza del reo.

Tra gli obiettivi dell'Agenda di Stoccolma che restano ancora da realizzare, alcuni sono stati riaffermati come cruciali per azioni future:

- proteggere bambini e adolescenti nella regione dell'Europa e dell'Asia centrale. I 42 Paesi presenti a Budapest si sono impegnati in primo luogo ad allocare risorse adeguate per l'implementazione delle misure previste nei Piani d'azione nazionali, e a costituire entro il 2003 *focal points* a livello nazionale per il monitoraggio e la valutazione della spesa e dei risultati raggiunti nell'attuazione di quest'impegno e a incentivare il raccordo istituzionale delle azioni di lotta al fenomeno.
- ispirare tutte le azioni al principio della *tolleranza zero* rispetto a tutte le forme di violenza e di sfruttamento dei minori, sostenendo campagne di sensibilizzazione sui media, la promozione della ratifica dei più importanti strumenti internazionali per la protezione dei bambini, l'affermazione che la protezione dallo sfruttamento sessuale è un diritto di tutti i soggetti di età inferiore ai 18 anni, la promozione di accordi internazionali per il fermo e l'arresto dei trafficanti di minori, l'incentivazione di misure di sostegno ad hoc di carattere sociosanitario per i nuclei familiari a rischio e lo sviluppo dei programmi europei come *Daphne* e *Stop*.
- continuare a incentivare l'organizzazione di programmi formativi sia per gli operatori giudiziari, miranti a rendere minimo l'impatto del processo sul minore e a evitare la cosiddetta vittimizzazione secondaria, sia per tutti gli operatori istituzionali e le professionalità che si occupano di proteggere e assistere i minori vittime dello sfruttamento sessuale.
- rinforzare la collaborazione interistituzionale e il lavoro multidisciplinare, tenere nel debito conto il punto di vista della popolazione giovanile, istituire il monitoraggio continuo sulla condizione del fenomeno e assicurare con l'aiuto del Consiglio d'Europa la diffusione di informazioni.

Si può con tranquillità affermare che il Commitment di Budapest rinnova e, sotto certi profili, rafforza gli impegni presi dai Paesi europei a Stoccolma nel 1996.

## 5. Il Secondo Congresso contro lo sfruttamento sessuale dei bambini a fini commerciali di Yokohama, dicembre 2001

Dal 17 al 20 dicembre 2001, cinque anni dopo Stoccolma e un mese dopo Budapest, il Governo del Giappone e i suoi coorganizzatori – UNICEF, ECPAT e il gruppo delle ONG per la Convenzione sui diritti del fanciullo – hanno invitato i rappresentanti dei governi, delle ONG, delle istituzioni intergovernative e del settore privato, i giovani e gli altri attori che lavorano per eliminare lo sfruttamento sessuale dei bambini a fini commerciali, a incontrarsi e verificare i progressi fatti a livello mondiale.

Il Secondo Congresso mondiale sullo sfruttamento sessuale dei minori svoltosi a Yokohama, oltre a fare il punto della situazione e la verifica dei progressi compiuti, ha inteso realizzare altri tre obiettivi fondamentali:

- un rafforzato impegno politico nell'applicazione del Piano d'azione di Stoccolma e un intensificato *follow up*;
- l'identificazione delle maggiori aree problematiche nella protezione dei bambini dallo sfruttamento sessuale;
- la condivisione delle esperienze e delle buone pratiche nel settore.

I delegati dei 136 Paesi, insieme alle 135 ONG giapponesi, alle 148 ONG delle altre regioni, alle 23 organizzazioni intergovernative e agli altri partecipanti, inclusi bambini, adolescenti, operatori sociali ed esponenti della società civile, hanno partecipato al secondo Congresso mondiale e ai suoi interessantissimi workshop. I temi principali del Congresso sono stati:

- la prevenzione, la protezione e il recupero dei minori vittime di sfruttamento sessuale;
- il profilo dell'abusante;
- il ruolo del settore privato;
- il rafforzamento delle legislazioni;
- il traffico di minori;
- la pornografia infantile.

Il documento finale adottato a Yokohama, *The Yokohama Global Commitment*, si apre con l'analisi di ciò che è stato fatto e definisce alcuni punti fermi delle strategie di azione in questo settore:

- è affermata la vincolatività della CRC;
- è riconosciuto quale strumento più efficiente la mobilitazione internazionale di tutti gli attori per la promozione dei diritti dei fanciulli (anche delle loro famiglie);
- è affermata la necessità di riconoscere la natura extraterritoriale dei reati di traffico di minori, di pornografia infantile, di sfruttamento della prostitu-

zione minorile, di promuovere più stringenti misure di contrasto nelle legislazioni nazionali e nella cooperazione internazionale, di creare linee telefoniche di soccorso e servizi di accoglienza, di recupero e di reintegrazione del minore abusato;

- è sottolineata l'importanza del coinvolgimento degli attori economici, del settore del turismo, dei media e di Internet, anche mediante la promozione di codici etici di condotta, e della più ampia partecipazione di bambini e adolescenti nei processi di studio degli strumenti di lotta allo sfruttamento dei minori;
- è rinnovato l'impegno all'elaborazione e all'adozione di standard internazionali di protezione – quale, per esempio, il Protocollo opzionale alla CRC sulla vendita dei minori, la prostituzione minorile e la pornografia infantile, adottato dall'Assemblea generale delle Nazioni unite il 25 maggio 2000;
- è riconosciuto e valorizzato lo sforzo di cooperazione compiuto a livello internazionale e regionale nella realizzazione di attività che hanno coinvolto istituzioni pubbliche e ONG, mediante gli accordi di cooperazione bilaterale, subregionali e multilaterali, la creazione di reti tra esponenti del mondo dell'imprenditoria – inclusi il settore della comunicazione e quello del turismo – la cooperazione tra governi, organizzazioni governative internazionali, ONG e giovani.

L'analisi individua anche alcuni punti di debolezza tra i quali un particolare rilievo è assegnato alle perduranti difficoltà nella predisposizione di un sistema di rilevazione dei dati sul fenomeno e di diffusione della conoscenza circa i livelli e le caratteristiche delle politiche, dei programmi di azione e gli interventi sul campo.

Quanti milioni di minori sono coinvolti nel CSCE? Il fenomeno aumenta o declina?

In alcune regioni le ricerche condotte mostrano come il fenomeno dell'abuso in generale sia in declino, ma in preoccupante crescita è il fenomeno della pedopornografia via Internet. Nonostante la costruzione di database fosse ai punti dell'Agenda di Stoccolma, in gran parte del mondo questi dati non vengono né rilevati né collezionati. È per questo che molte agenzie delle Nazioni unite stanno promuovendo la costruzione di sistemi per la raccolta dei dati sul fenomeno.

Il Documento non dimentica di far riferimento alle consultazioni regionali e ai workshop promossi dalle varie organizzazioni e dai governi durante i lavori in Yokohama e, nel passare alla proposta per gli impegni futuri – a ciò che deve essere fatto –, esprime undici ordini di impegni:

1. rinnovare l'importanza della CRC;
2. incoraggiare la ratifica degli strumenti internazionali;

3. riaffermare la necessità di diffondere la cultura del rispetto dei diritti dei bambini e della non discriminazione;
4. reimpegnarsi sulla stesura di agende e piani d'azione a livello nazionale, sub-regionale e regionale, prevedendo *focal point* di monitoraggio e di analisi dei dati;
5. rinforzare le azioni contro lo sfruttamento sessuale dei minori aggredendo le cause che mettono a rischio di sfruttamento i minori, quali povertà, disuguaglianze economiche e sociali, persecuzioni, violenze, conflitti armati, carenze del sistema educativo e sociosanitario, HIV-AIDS, disgregazione familiare, criminalità, domanda di prestazioni sessuali illecite mediante campagne di sensibilizzazione, potenziamento dei sistemi educativi e socio-sanitari, programmi antipovertà, servizi di recupero fisico e psicologico del minore abusato e di reintegrazione del minore nella società civile, ed evitando procedure giudiziali che, in qualsiasi modo, possano criminalizzarlo;
6. enfatizzare la necessità di costruire network tra tutti gli attori della lotta allo sfruttamento sessuale dei minori a fini commerciali;
7. assicurare adeguate risorse per combattere il fenomeno e le sue cause e per promuovere programmi di formazione per gli operatori coinvolti nella lotta;
8. prendere le misure necessarie per limitare gli effetti negativi delle nuove tecnologie, con particolare riferimento alla pedopornografia via Internet;
9. riaffermare l'importanza della famiglia e rafforzare la protezione sociale del bambino, dell'adolescente e delle famiglie, soprattutto attraverso attente campagne informative e di sensibilizzazione e sistemi di monitoraggio che coinvolgano l'intera società civile;
10. impegnare tutti i governi nella promozione della cooperazione internazionale;
11. dichiarare che lo sfruttamento sessuale dei minori non deve essere tollerato.

### 5.1 La posizione europea

I Paesi dell'Unione europea hanno chiesto di allegare al Documento una dichiarazione in cui l'Unione europea riconosce quali ulteriori principi e azioni quelli, più incisivi, del documento di Budapest non richiamati dal documento di Yokohama:

- la necessità di protezione da tutte le forme di abuso e di violenza sessuale;
- il riconoscimento della protezione a tutti i minori di 18 anni;
- l'impegno di alcuni Paesi a rendere possibile l'accertamento della responsabilità penale per questi reati secondo il principio dell'extraterritorialità;
- l'importanza che le azioni di protezione dei minori siano condotte in stretta collaborazione con tutta la società civile;

- il riconoscimento di priorità alla lotta alla povertà, insieme ad azioni di promozione di un sistema educativo e sanitario più accessibile.

Gli Stati Uniti, che pure avevano attivamente partecipato al Primo Congresso contro lo CSCE, hanno disertato questo nuovo appuntamento per due ordini di motivi: il disaccordo con la gestione rigida del documento da parte del Governo giapponese, che non ha consentito eventuali modifiche, e l'irrigidimento dell'amministrazione statunitense nel dissenso sulla natura imprescindibile e vincolante della CRC, dagli Stati Uniti non sottoscritta.

Uno dei momenti maggiormente qualificanti delle riflessioni e del confronto avvenuto a Yokohama è stata l'affermazione che il minore è *vittima, sopravvissuto, agente del cambiamento e potenzialmente leader*. Questa nuova concettualizzazione del bambino coinvolto nel fenomeno realizza pienamente il diritto alla partecipazione. Dallo status di vittima il minore deve essere portato alla percezione di sé come sopravvissuto al trauma del CSCE, e aiutato a passare dalla passività della vittimizzazione al riadattarsi alla vita. Al Congresso molti sopravvissuti hanno raccontato come siano stati capaci di riadattarsi a nuovi stili di vita, occupazioni e contesti. Alcuni sono diventati consulenti di altri minori coinvolti nel fenomeno ("helpers"), altri sono coinvolti nel processo di lotta e di costruzione del cambiamento. Come è stato detto da uno di questi ragazzi: «cruciale per la comprensione del fenomeno è l'ascolto delle voci dei bambini esposti o coinvolti nello sfruttamento sessuale. Io credo che le loro voci debbano divenire centrali nella progettazione delle azioni contro lo sfruttamento sessuale a fini commerciali dei minori. Se ci considerate solo delle vittime, avete già mancato l'obiettivo. Noi possiamo essere dei leader nell'azione di contrasto; molti di noi già lo sono». Il mutamento di percezione e di immagine richiama la necessità di concrete azioni dirette a:

- verificare le fasce di minori più esposti e proteggerli;
- promuovere, ove il pregiudizio si sia già prodotto, un sistema di recupero rispettoso dei diritti e della dignità dei minori e vietare la criminalizzazione dei minori coinvolti. Bisogna fermare il fenomeno delle condanne dei minori sessualmente sfruttati;
- coinvolgere tutta la società civile nello sviluppo e nell'implementazione delle politiche e delle leggi per il contrasto, nei programmi e nei servizi di recupero e reintegrazione. L'evoluzione della vittima in sopravvissuto, che diviene poi agente di cambiamento, e infine leader mette in evidenza che «sono i bambini stessi a potere e dovere mostrarci la via».

E infatti proprio con riferimento alla partecipazione dei bambini, uno dei punti più forti della dichiarazione di Stoccolma era la necessità di coinvolgere i bambini nella protezione di se stessi dallo sfruttamento sessuale.

In questo senso si muovono numerose iniziative: forum internazionali e nazionali – quello di Vancouver del 1998, la Conferenza internazionale sulla partecipazione dei giovani nella progettazione contro il CSCE a Manila nel 2000 e nel 2001, il Forum dei giovani, il Kanagawa preparatorio del Congresso di Yokohama, il Forum dei ragazzi e delle ragazze italiani svoltosi a Collodi in occasione della Conferenza sull'infanzia e l'adolescenza tenutasi dal 18 al 20 novembre 2002 –, il coinvolgimento attivo dei ragazzi in un dialogo intergenerazionale anche con gli attori istituzionali, la trasformazione di ragazzi vittime di sfruttamento in “helpers” di altri minori, l'alfabetizzazione mediatica – con la progettazione insieme ai giovani di interventi che massimizzino la capacità di un buon uso di Internet e di contrasto degli aspetti negativi.

Altri momenti di grande interesse sono stati gli incontri volti alla socializzazione delle buone pratiche sui quattro imperativi: *prevention*, *protection*, *recovery* e *reintegration*.

Alcune importanti esperienze presentate a Yokohama meritano di essere ricordate anche in questo contesto:

- il *Youth Career Development Programme* – un programma di cooperazione tra il settore alberghiero, l'UNICEF, le ONG e il settore delle istituzioni governative per stimolare la formazione giovanile e prevenire le condizioni alla base della loro entrata nel CSCE. È un programma di formazione nel settore dei servizi alberghieri rivolto soprattutto alle giovani donne maggiormente esposte al rischio di CSCE.
- I programmi di approccio personale con le persone che sono vittime di CSCE, che puntano a stimolare le capacità di autodeterminarsi nell'immaginare nuovi stili di vita e un futuro migliore. È un programma rivolto prevalentemente alle vittime di violenze domestiche e sessuali e della prostituzione minorile.
- I programmi di inserimento dell'educazione sessuale nella formazione scolastica in tutte le fasce d'età, al fine di creare la consapevolezza dei comportamenti sessuali per la prevenzione degli abusi sessuali. Questo è ancora un tema su cui si incontrano molte resistenze di tipo culturale.
- I progetti di coinvolgimento della comunità civile nelle azioni di contrasto del *trafficking*, soprattutto mediante la sensibilizzazione e la creazione della consapevolezza che i bambini non possono essere considerati vittime delle circostanze, che i bambini devono essere spinti a parlare manifestando la disponibilità ad ascoltare, che i bambini devono essere protetti dalla violenza in tutti i contesti e che gli adulti devono assumersi le proprie responsabilità nella protezione dell'infanzia in maniera più seria.

- Gli *Internet Safety Awareness Programmes* (Programmi di sicurezza nella navigazione in Internet), che sono stati studiati per i genitori, gli insegnanti e i bambini di tutte le età e che prevedono la diffusione di informazione sull'uso consapevole del mezzo attraverso materiale online e offline. Un tale tipo di programma è efficace solo se coinvolge attivamente anche gli attori economici del settore, i governi e il no profit.
- Le campagne di sensibilizzazione di gruppi e individui che incidono sulla vita dei bambini, per esempio le campagne contro il turismo sessuale nei confronti di minori. Questa campagna ha coinvolto l'industria del turismo e dei viaggi in una serie di attività (in cooperazione con le ONG e i governi) volte alla diffusione di informazioni attraverso video, film, percorsi di formazione degli operatori e vigilanza.

Con riferimento alla protezione dei minori dal CSCE, la consapevolezza della necessità che questa azione sia strettamente interconnessa con la prevenzione e il recupero è un traguardo ormai raggiunto. Rendere questa consapevolezza una reale sinergia di azioni è un traguardo da raggiungere.

In molti Paesi sono state varate leggi di promozione dei diritti dell'infanzia, leggi contro il *trafficking*, la prostituzione minorile, la pornografia infantile e ogni forma di violenza e abuso, leggi di *child welfare*, che istituiscono servizi per l'infanzia e l'adolescenza, leggi contro lo sfruttamento delle peggiori forme di lavoro minorile, leggi che prevedono procedure *child sensitive*, ovvero procedure giudiziarie e legali che rispettino il diritto dei bambini a non essere turbati nel loro peculiare equilibrio psicologico – registrazione delle testimonianze di bambini che evitino il trauma del doppio interrogatorio durante il processo, collegamenti video tra la sala del processo dove è presente l'abusante e la sala dove è il testimone bambino per evitare il confronto faccia a faccia, la presenza costante di psicologi, assistenti sociali, consulenti medici e legali, operatori che assistano il bambino –, leggi e accordi internazionali che prevedano la perseguibilità di questo tipo di reati ovunque commessi, l'estradizione e misure cautelari severe per i soggetti sospettati di abuso.

In molti Paesi è ancora troppo limitato l'accesso al sistema giudiziario e troppo lento il corso della giustizia nella punizione del fenomeno e dei *traffickers*. In molti sistemi giudiziari non sono previste forme di risarcimento per la vittima, persistono sacche di forte corruzione, la stessa legislazione prevede forme di discriminazione tra i sessi, la vittima nei processi viene traumatizzata una seconda volta e viene sistematicamente violato il diritto alla privacy del bambino. In sintesi manca la sensibilità degli operatori della giustizia verso i diritti dei bambini.

È per questo che bisogna andare nella direzione dell'applicazione dell'interesse superiore del fanciullo anche nei sistemi giudiziari. Di conseguenza le

legislazioni non solo non devono criminalizzare in alcun modo, né direttamente né indirettamente, la vittima minore di età, ma devono anche prevedere servizi di *social welfare* che aiutino il minore a reintegrarsi, sistemi di compensazione economica dei danni fisici e psicologici subiti, di protezione del testimone, di formazione per gli operatori che assistono la vittima, coinvolgimento di tutti gli attori della società nella costruzione della rete di protezione.

Un'altra lezione imparata a Yokohama è quella della necessità di costruire accanto a un sistema di *hard law* un sistema di *soft law*: l'adozione di codici etici di condotta per la protezione dei minori dal CSCE offre un efficiente metodo di autoregolamentazione basato su linee guida piuttosto che su norme. L'esperienza nel settore del turismo si basa sull'acquisizione di una maggiore educazione e consapevolezza per gli operatori del settore e sull'apposizione di clausole contrattuali che informano sull'illiceità di rapporti sessuali con minorenni. L'esistenza di un codice di condotta simile viene segnalato anche per il settore delle comunicazioni via Internet, in particolare per gli Internet service providers. L'adozione di codici di autoregolamentazione responsabilizza gli attori economici, che si sentono protagonisti e non spettatori nelle azioni contro il CSCE.

L'ultimo imperativo è la previsione e l'attuazione del *recovery* e della *reintegration*. Le misure di recupero e di reintegrazione ricomprendono gli strumenti di assistenza legale, giudiziaria, medica e psicologica, finalizzati a restituire alla vittima sicurezza e dignità nel rientro in famiglia.

Questo aspetto, si segnala da più parti, produce effetti solo se strettamente connesso alla promozione della cultura dell'esistenza e del rispetto dei diritti dei bambini. Il supporto psicologico è indispensabile per le vittime, ma deve essere completata anche da una corretta azione di "rieducazione" per gli abusanti, al fine di consentire il loro recupero psicosociale.

## 5.2 Le richieste delle organizzazioni non governative

Un'ultima osservazione sulle attività parallele che a Yokohama hanno avuto a oggetto l'informazione, lo stato delle ricerche, l'esigenza del monitoraggio e la costanza nell'azione educativa.

Al documento ufficiale le ONG presenti hanno deciso di far seguire un testo non ufficiale contenente una serie di linee-guida aggiuntive e più radicali. Esso è riassumibile in pochi e sintetici orientamenti per il futuro:

- effettiva protezione dei diritti dei bambini;



- imparare dalle voci dei bambini vittime di CSCE;
- ratificare e implementare la CRC;
- rinforzare l'impegno di Stoccolma;
- garantire protezione a tutti i minori di 18 anni;
- armonizzare le legislazioni nazionali;
- non criminalizzare le vittime di CSCE;
- promuovere la cultura della pace, dei diritti umani, dello sviluppo sostenibile, della democrazia e del buon governo;
- combattere non solo l'offerta, ma soprattutto la domanda, prevenendo comportamenti devianti;
- combattere le radici stesse dell'offerta di CSCE;
- identificare e diffondere buone pratiche;
- rinforzare e moltiplicare i network tra tutti gli *stakeholders*;
- arginare la corruzione nei sistemi nazionali di protezione dell'infanzia;
- formare gli operatori cui è devoluta la cura dell'infanzia;
- istituire un fondo ad hoc per combattere il CSCE;
- riparare non solo i danni causati dall'impatto fisico, ma anche quelli derivanti dall'impatto psicologico – senza trascurare il problema dell'HIV-AIDS;
- promuovere consapevolezza ed educazione nei comportamenti sessuali;
- adottare i Piani d'azione nazionali e le Agende e istituire i *focal points* e i *database*;
- promuovere un sistema educativo senza discriminazioni;
- adottare misure severe ed efficaci di contrasto e di repressione;
- valutare gli aspetti negativi delle nuove tecnologie;
- proteggere la famiglia cui a sua volta è devoluta *naturaliter* la protezione del bambino ed educare i genitori a contrastare le pratiche tradizionali negative;
- riconoscimento e rafforzamento del contributo delle ONG e della società civile;
- rafforzamento della cooperazione internazionale.

## 6. La Sessione speciale delle Nazioni unite sull'infanzia, maggio 2002

Nel settembre del 1990 i capi di Stato e di governo di 71 Stati si riunirono nel *Vertice mondiale per l'infanzia* per stabilire le linee e i programmi d'azione rivolti all'infanzia da realizzare entro il 2000. Al termine dei lavori, i rappresentanti dei governi intervenuti sottoscrissero la *Dichiarazione mondiale sulla sopravvivenza, la promozione e lo sviluppo dei bambini* che in 25 punti fissò

gli obiettivi fondamentali da raggiungere entro il 2000. A dieci anni da questo evento, l'8, il 9 e il 10 maggio 2002, l'Assemblea generale delle Nazioni unite si è riunita di nuovo per raggiungere due obiettivi:

- fare un bilancio dei risultati conseguiti nella realizzazione della Dichiarazione e del Piano d'azione adottati nel 1990 al Vertice mondiale per l'infanzia;
- elaborare un nuovo mandato e un impegno d'azione a favore dei bambini per il prossimo decennio.

Il bilancio è stato fatto dal Segretario generale delle Nazioni unite, che ha aperto la Sessione speciale dell'Assemblea generale sull'infanzia, con un rapporto sui progressi compiuti a favore dell'infanzia negli ultimi dieci anni, *We the Children*.

Alla Sessione hanno partecipato capi di Stato e di governo, ministri responsabili per le politiche per l'infanzia, parlamentari, organizzazioni non governative e rappresentanti della società civile. Alla riunione hanno preso parte, per la prima volta a pieno titolo, anche bambini e adolescenti di tutto il mondo che dal 5 al 7 maggio 2002, riuniti fra loro in un *Children's Forum* internazionale da cui erano rigorosamente esclusi gli adulti, hanno definito le loro richieste e il loro messaggio all'assemblea degli adulti.

Nel corso delle tre giornate dei lavori, i delegati dei governi hanno negoziato un accordo sulle azioni prioritarie da intraprendere nel prossimo decennio nell'interesse dell'infanzia e la Sessione si è conclusa con l'adozione del documento *A World Fit for Children*.

La prima parte del documento *A World Fit for Children* dichiara le intenzioni dei Governi riuniti a dieci anni dalla storica dichiarazione del Millennio: fondare un movimento globale che costruisca un *mondo a misura di bambino*.

Per perseguire questo obiettivo si impegnano a considerare i principi individuati dalla dichiarazione quali linee guida nella pianificazione delle proprie politiche, non solo rivolte all'infanzia, e nelle legislazioni nazionali.

È un decalogo stringente e impegnativo, che pone al primo posto un imperativo dal quale i successivi logicamente discendono:

- porre i bambini al primo posto in tutte le azioni;
- sradicare la povertà, investendo sui bambini;
- non lasciare alcun bambino indietro, perché bambini e bambine nascono liberi e uguali, hanno la stessa dignità e gli stessi diritti;
- assicurare le cure necessarie a ogni bambino affinché gli sia consentito uno sviluppo sano e sereno;
- educare ogni bambino, garantendogli un'educazione primaria di qualità ed eliminando le disparità di genere;

- proteggere i bambini dalla violenza e dallo sfruttamento;
- proteggere i bambini dalla guerra;
- combattere l'HIV-AIDS proteggendo i bambini e le loro famiglie;
- ascoltare bambini e adolescenti e assicurare un'effettiva partecipazione dei cittadini più piccoli;
- proteggere la Terra per i bambini, con le sue diversità di vita, le sue bellezze e le sue risorse.

In conclusione, la priorità deve essere la costruzione di un mondo nel quale bambine e bambini vivano pienamente l'infanzia: un tempo per giocare e imparare, durante il quale siano amati, rispettati e curati, i loro diritti siano promossi e protetti, senza discriminazioni, la loro sicurezza e il loro benessere siano salvaguardati e possano crescere e svilupparsi in salute, pace e dignità.

Per rendere concrete queste parole alla dichiarazione seguono un rapporto sui progressi e sulle lezioni imparate in questi ultimi dieci anni e un Piano d'azione.

Molto ancora resta da fare; molte delle risorse promesse non sono ancora disponibili e le sfide critiche rimangono: ancora ogni anno muoiono 10 milioni di bambini, 100 milioni di bambini – di cui il 60% femmine – sono esclusi dall'educazione di base, 150 milioni di bambini soffrono di malnutrizione e l'HIV-AIDS si sta diffondendo con una velocità catastrofica. Persistono povertà, esclusione, discriminazione, investimenti inadeguati nella spesa sociale, eccessiva spesa militare, conflitti armati, terrorismo. L'infanzia di milioni di bambini continua a essere devastata dallo sfruttamento del lavoro minorile, dalla vendita e dal traffico di bambini e adolescenti e da altre forme di abuso, trascuratezza, sfruttamento e violenza.

Molto resta ancora da fare, ma qualcosa si è fatto: si è appreso che è possibile cambiare.

Perché il mondo sia a misura di bambino bisogna rendere possibile l'accesso all'educazione per tutti, in modo tale da spezzare il cosiddetto *ciclo della povertà*. La povertà cronica è il più grande, ma non l'unico, ostacolo per il riconoscimento e il soddisfacimento dei bisogni e dei diritti dell'infanzia. Essa deve essere combattuta su tutti i fronti: dall'istituzione di servizi di assistenza sociosanitaria all'incentivazione di nuove politiche per l'occupazione, anche attraverso operazioni di microcredito per l'investimento in infrastrutture o per il sostegno della piccola imprenditoria. Sradicare la povertà e ridurre le disparità sono gli obiettivi chiave di una politica che

tenda verso il riconoscimento e la tutela di un sano e completo sviluppo del bambino.

L'implementazione del Piano e l'affermazione del diritto al benessere dei cittadini più piccoli del mondo richiedono di aumentare gli investimenti sull'infanzia: questi sono infatti straordinariamente produttivi di effetti positivi soprattutto per le economie dei Paesi. Essi spezzano quello che in precedenza è stato definito il ciclo della povertà.

In questo senso si sono già mossi i Paesi, tra cui quelli dell'UE, che a Monterrey hanno aderito alla proposta di destinare lo 0,7% del Pil al sostegno delle politiche di sviluppo dei Paesi del Sud del mondo e in questo senso vanno le proposte di cancellazione bilaterale dei debiti dei Paesi poveri e di partenariato nello studio di politiche di redistribuzione.

Il documento propone di ricercare anche risorse addizionali a tutti i livelli, nazionale e internazionale, e di esplorare nuove vie di creazione di risorse finanziarie, compresa quella della riduzione dello stanziamento per investimenti militari.

Bambini e adolescenti, genitori, famiglie, tutori, responsabili dei differenti livelli di governo, parlamentari, organizzazioni non governative, mondo dell'imprenditoria, leader spirituali, mondo dei media, organismi regionali e internazionali e tutti gli operatori che lavorano a contatto con l'infanzia e l'adolescenza devono impegnarsi per rendere una realtà le quattro azioni prioritarie individuate nel documento finale dell'UNGASS sull'infanzia:

- promuovere condizioni di vita salubri;
- assicurare l'accesso a tutti a un'educazione di qualità;
- combattere l'HIV-AIDS;
- proteggere dall'abuso, dallo sfruttamento, dalla violenza.

Le società devono eliminare ogni forma di violenza ed è per questo che è stato chiesto l'impegno per combattere le quattro forme in cui la violenza si manifesta:

- abuso, maltrattamento, sfruttamento e negligenza;
- l'impatto dei conflitti armati;
- sfruttamento sessuale a fini commerciali, inclusi il traffico, la pedopornografia e la prostituzione;
- sfruttamento delle peggiori forme di lavoro minorile.

La strategia predisposta dal Piano prevede un livello di protezione generale e un livello di protezione specifica per ciascuna delle quattro tipologie di violenza.

## 6.1 La protezione generale da ogni forma di violenza

Le azioni di protezione generale partono dalla previsione di un efficiente sistema di registrazione anagrafica.

Il secondo punto chiede l'adozione di leggi di protezione del minore dalla violenza in tutti i contesti in cui si svolge la sua esistenza: la famiglia, la scuola, le istituzioni pubbliche, i luoghi di lavoro, le comunità.

L'eliminazione di ogni forma di discriminazione, la garanzia dell'accesso universale al sistema educativo, la criminalizzazione di tutti i comportamenti violenti nei confronti dell'infanzia con la previsione della pubblicità delle pene, la promozione di un sistema di protezione del minore che preveda servizi di terapia, cura, assistenza legale e di reintegrazione nella società, la protezione dei bambini dalla tortura e da altre forme disumane di pene, tra le quali la pena di morte, da pratiche tradizionali e religiose dannose, quali i matrimoni precoci e forzati e le mutilazioni genitali; la protezione da pratiche di adozione e affidamento illegali, dal rapimento internazionale da parte di uno dei genitori, dallo sfruttamento dei minori per la produzione e lo spaccio di sostanze stupefacenti e psicotrope. È indispensabile prevedere trattamenti idonei per la riabilitazione di minori dipendenti da alcool o droghe, provvedere all'assistenza dei rifugiati, dei bambini interessati da disastri naturali e proteggere i minori dalle potenzialità dannose dei media, inclusi Internet, videogiochi e programmazione televisiva non idonea. Queste sono tutte le azioni necessarie per realizzare una protezione del minore sul piano generale.

Per quanto attiene all'eliminazione del traffico e dello sfruttamento sessuale dei minori, a New York, la richiesta di impegno è stata precisa, concisa e diretta a eliminare il fenomeno e le sue cause.

Tale fenomeno può esser contrastato soltanto con una sinergia di azioni da parte degli organismi, pubblici e privati, nazionali e internazionali, volte a contrastare l'esistenza di organizzazioni criminali che trafficano in bambini o nei loro organi, in sfruttamento e abuso per alimentare i mercati della pornografia, della prostituzione e della pedofilia. Quest'azione repressiva deve essere accompagnata da una efficace campagna di sensibilizzazione sull'illegalità dello sfruttamento sessuale di bambini e adolescenti, anche tramite Internet, e del traffico che alimenta tale mercato. La sensibilizzazione deve coinvolgere come soggetti attivi gli imprenditori dell'industria del turismo. A questo tipo di azioni vanno affiancate quelle che scavano in profondità nelle cause del fenomeno e che mirano a eliminarlo alla radice: contrasto della povertà e delle disuguaglianze economiche, carenze educative, sistemi di valori tradizionali, conflitti armati, esclusione sociale, ecc.

Nel piano di azione assunto in sede di Nazioni unite è stata sottolineata l'importanza di investire negli interventi di riparazione del danno sulla giovane vittima – assistenza e servizi che assicurino il recupero completo e la reintegrazione sociale – e di repressione penale del fenomeno – prevedendo lo sfruttamento sessuale a fini commerciali in tutte le sue forme quali fattispecie di reato.

Ma un'implementazione seria delle politiche nazionali e internazionali di contrasto necessita la conoscenza del fenomeno: i governi devono costantemente monitorare e analizzare i dati allo scopo di individuare immediatamente i punti deboli dei programmi di contrasto.

## 7. Da Yokohama a New York: un passo avanti?

Confrontando il documento finale dell'UNGASS con il documento di Yokohama si nota subito come sul tema dello sfruttamento sessuale di minori a fini commerciali non ci sia stata una presa di posizione forte, così come auspicata da più parti. Gli stessi bambini in una tavola rotonda in cui si confrontavano con i capi delle delegazioni hanno lamentato un'eccessiva genericità e una scarsa incisività delle azioni e degli strumenti previsti per l'attuazione della CRC.

In generale, si può affermare che il documento è un compromesso tra le diverse posizioni: ancora una volta gli adulti non sono riusciti a mettere al primo posto *the best interest of children*, riproponendo nella grande cassa di risonanza dell'UNGASS i problemi nelle relazioni politiche.

Nel *children's forum* ragazze e ragazzi occidentali e mediorientali sedevano vicini e mano nella mano hanno danzato intorno a Nelson Mandela. Ma quella è un'altra storia... per bambini.

## L'impegno italiano a livello centrale

### La creazione del Comitato interministeriale di coordinamento per la lotta alla pedofilia

a cura del Centro nazionale di documentazione e analisi per l'infanzia e l'adolescenza

Il tema della pedofilia è stato oggetto di rinnovata attenzione da parte dell'Italia nell'azione del Parlamento e del Governo. Numerose mozioni parlamentari hanno sollecitato il Governo ad attivare misure a contrasto del fenomeno, indicando come prioritari obiettivi quali: la creazione di una rete integrata di servizi multidisciplinari; la realizzazione di politiche operative per il recupero delle vittime della pedofilia e il trattamento degli autori; la promozione di iniziative di sensibilizzazione nei confronti degli operatori del settore informatico e telematico; il finanziamento di percorsi di formazione rivolti a tutti coloro che per la loro professione sono a contatto con bambini e adolescenti; l'istituzione di linee telefoniche di emergenza; il rafforzamento delle politiche di cooperazione europea e internazionale.

In risposta a tali sollecitazioni, nella primavera del 2002, è stato compiuto un importante passo in avanti con la costituzione del Comitato interministeriale di coordinamento per la lotta alla pedofilia (Ciclope). Al Comitato è stato attribuito il compito di assolvere «le funzioni di coordinamento delle attività svolte da tutte le pubbliche amministrazioni, relative alla prevenzione, assistenza, anche in sede legale, e tutela dei minori dallo sfruttamento e dall'abuso sessuale», che l'art. 17 della legge n. 269/98 attribuisce alla Presidenza del consiglio dei ministri. Tale funzione è stata delegata al Ministro per le pari opportunità con il DPCM 14 febbraio 2002, che ha assunto così il ruolo di amministrazione coordinatrice del Comitato Ciclope.

Il Comitato si propone di essere un luogo di raccordo fra le varie strategie di intervento attivate dalle singole amministrazioni, anche con la collaborazione del privato sociale e di tutta la società civile.

Importante è stato lo sforzo di coordinamento e integrazione: il Ciclope riunisce i rappresentanti di undici ministeri e si avvale della collaborazione di enti e di associazioni impegnate in questo settore. Per quanto riguarda i ministeri, sono presenti rappresentanti del Ministero degli affari esteri, degli interni, della giustizia, del lavoro e delle politiche sociali, della salute, dell'istruzione, delle comunicazioni, per l'innovazione e le tecnologie, dei rapporti con il Parlamento, delle attività produttive e delle politiche comunitarie.

Come si afferma nel documento che illustra il Primo piano nazionale di contrasto e prevenzione della pedofilia, elaborato in sede di Comitato e presentato il 3 ottobre 2002 dal ministro per le Pari opportunità, la creazione del Ciclope rientra nell'ambito delle misure che l'Italia si è impegnata a mettere in atto per contrastare il fenomeno della pedofilia in tutte le sue forme, in attuazione della Convenzione dei diritti del fanciullo del 1989, recepita dall'Italia con legge 27 maggio 1991, n. 176, *Ratifica ed esecuzione della convenzione sui diritti del fanciullo, fatta a New York il 20 novembre 1989*, del Piano di azione adottato a conclu-

sione del Secondo Congresso mondiale contro lo sfruttamento sessuale dei bambini a fini commerciali (Yokohama, 2001) e della *Dichiarazione conclusiva* della Sessione speciale dell'Assemblea ONU dedicata all'Infanzia (New York, 2002).

Il Piano nazionale è un programma che mira a inserire in un quadro organico l'impegno istituzionale nella lotta alla pedofilia. Le linee di azione individuate sono incentrate sugli aspetti repressivi, di prevenzione e di assistenza alle vittime.

Tra le altre attività da promuovere, sono indicate:

- l'intesa con il servizio pubblico radiotelevisivo, la realizzazione di una campagna televisiva di comunicazione antipedofilia;
- il lancio di una campagna di comunicazione ad hoc rivolta ai bambini e agli adolescenti;
- la progettazione e l'avvio di campagne di comunicazione, formazione e informazione rivolte alle famiglie e alla comunità in genere;
- la verifica della normativa vigente e dare impulso all'adeguamento normativo del nostro Paese in materia di reati di sfruttamento e abuso sessuale;
- la definizione di un programma di azioni per contrastare il fenomeno della pedofilia on line attraverso misure di tipo normativo, codici di autoregolamentazione e di condotta, nonché la messa a disposizione di dispositivi tecnologici per il controllo e il filtro delle informazioni (es. software);
- l'attivazione presso il Ministero delle comunicazioni, in collaborazione con il Ministero per le pari opportunità e il Ministero del lavoro e delle politiche sociali, di un numero nazionale di pronto soccorso antipedofilia, il 114, che dovrà essere gestito a livello locale attraverso il coinvolgimento di associazioni in grado di garantire personale specializzato e hot line attive 24 ore su 24. A tal fine il Ministero delle comunicazioni ha presentato apposita istanza all'Autorità per le garanzie delle comunicazioni, organismo competente all'assegnazione delle risorse di numerazione che, con delibera n. 2/2002 adottata dalla Commissione infrastrutture e prodotti, ha assegnato al ministero richiedente il codice di emergenza 114. Per l'avvio della fase sperimentale di attivazione il Ministero delle comunicazioni ha stipulato una convenzione con Telefono Azzurro, che ha costituito e gestito le prime postazioni di ascolto;
- il supporto alle azioni di assistenza e recupero delle vittime, ai percorsi di integrazione multidisciplinare, alla formazione degli operatori, al monitoraggio dei dati e dei risultati degli interventi;
- il sostegno all'applicazione delle convenzioni internazionali, alla partecipazione dell'Italia ai programmi europei e ai comitati europei e transnazionali di coordinamento;



Sezione 7

- il potenziamento delle iniziative di cooperazione internazionale per la prevenzione e la lotta contro lo sfruttamento sessuale e la tratta di minori.

Per quanto attiene alle campagne informative, il Comitato ritiene indispensabili azioni rivolte ai soggetti più direttamente coinvolti: i genitori, gli insegnanti e i bambini stessi. La scuola è identificata l'elemento chiave delle azioni di informazione finalizzate alla prevenzione e alla sensibilizzazione in considerazione della continuità di rapporti che gli insegnanti hanno con i bambini e le loro famiglie.

Il Comitato, infine, ha rilevato la necessità di costituire al proprio interno un osservatorio per monitorare le attività. L'osservatorio dovrà raccogliere dati quantitativi e qualitativi nazionali sul fenomeno e sulle azioni di prevenzione e contrasto, con un'attenzione anche al contesto internazionale.

Nel Piano un rilievo particolare è assegnato al difficile tema della lotta alla pedofilia on line, fenomeno recente ma non per questo meno grave e diffuso. È questo, anzi, una forma di sfruttamento sessuale di bambini e adolescenti che va assumendo dimensioni sempre maggiori e preoccupanti; è un fenomeno connesso sia alla diffusione di materiali pedopornografici sia alla pubblicizzazione on line di organizzazioni collegate al mercato dello sfruttamento della prostituzione minorile e del turismo sessuale.

L'importanza di dedicare sforzi specifici su questo versante è testimoniata dai risultati dell'attività di indagine svolta dal Servizio di polizia postale e delle comunicazioni, che, dall'entrata in vigore della legge n. 269/98, ha portato alla luce l'esistenza di una fitta trama di organizzazioni pedofile con migliaia di siti nei server del mondo, alcune delle quali con interessi e legami anche nel nostro Paese.

**Contrasto alla pedofilia in Internet: l'azione del Servizio di polizia postale e delle comunicazioni**

	1998	1999	2000	2001	2002
Persone denunciate	8	136	255	220	439
Persone arrestate	4	3	35	25	18
Perquisizioni	8	111	164	222	484
Siti monitorati	0	1470	2252	24897	27325

Fonte: Ministero dell'interno, dati presentati nel Piano nazionale antipedofilia, 2002

## Internet: opportunità e rischi per i bambini e le bambine

Daniela Battisti\*

Il Ministro per l'innovazione e le tecnologie ha promosso, nel maggio 2002, una delle prime ricerche in Europa su "Internet e i bambini" svolta su un campione di 4.800 bambini di Italia, Francia, Germania e Regno Unito. Da questo studio emerge che il 35% dei 7 milioni di bambini italiani fino a 13 anni vivono in famiglie collegate a Internet. Si tratta di circa 2.400.000 bambini. Di questi, 1 milione (circa il 15% del totale dei bambini) ha navigato da casa nel primo trimestre di quest'anno. Confrontata con gli altri Paesi europei, la nostra realtà propone un bambino on line simile nella sua curva di esperienza a Francia e Germania, ma meno precoce del suo coetaneo inglese. Il Regno Unito è certamente un riferimento con il suo 56% di bambini in case dotate di connessione alla rete e un 30% fino a 13 anni di età coinvolto attivamente nella navigazione. Dalla ricerca emerge che il passaggio da 10 a 12 anni di età rappresenta il punto di svolta: il numero di ore di navigazione per singolo bambino triplica e i bambini di 12 anni oggetto della ricerca hanno visitato fino a 47 siti diversi contro i 10 siti del bambino di 7 anni.

Rispetto ai minori Internet è fonte di grandi promesse. La rete fornisce un facile accesso a risorse educative, permette forme collaborative di apprendimento, offre opportunità di dialogo con esperti in determinati argomenti, facilita il contatto con il pluralismo delle culture.

Tuttavia, fatti episodici seppure diffusi sembrano suggerire che i minori sono molto vulnerabili ai pericoli di Internet. Mentre solo una piccola frazione del materiale sulla rete può essere ragionevolmente classificato come inappropriato, questa piccola percentuale è altamente visibile e controversa. Ed è per questo che, per sviluppare il pieno potenziale educativo di Internet per i minori, queste preoccupazioni devono essere affrontate in maniera ragionevole.

Rispetto ad altri media, che pure offrono immagini o materiali non appropriati, Internet ha caratteristiche che rendono più difficile per gli adulti esercitare un controllo responsabile sull'uso da parte dei minori poiché è caratterizzato dall'anonimato e da una grande facilità di accesso, riducendo quindi ogni costrizione che caratterizza i media tradizionali. La rete permette quindi a molti estranei, che possono rivelarsi molestatori, di entrare in contatto con i bambini. L'anonimato e l'interazione a distanza impediscono al bambino un'intuitiva valutazione delle intenzioni dell'interlocutore.

Va inoltre precisato che il *gap* tecnologico tra genitori e figli determina un ribaltamento dei ruoli. Internet è infatti un fenomeno nuovo per molti geni-

---

\* Ministero per l'innovazione e le tecnologie.

tori. Forse per la prima volta, i minori hanno una maggiore conoscenza della tecnologia di quanto non l'abbiano i genitori. I bambini sono i veri esperti in casa.

Inoltre, i consigli tradizionali inerenti al mondo reale non sempre si adattano al mondo virtuale. L'idea, per esempio, di non parlare con gli "sconosciuti" non ha senso nel mondo di Internet dove le comunità on line sono sempre più numerose.

Spesso però la mancanza di conoscenza della cultura Internet da parte dei genitori o degli adulti, collude, in compiacenza da un lato, e paura eccessiva, dall'altro, con quasi un'abdicazione al proprio ruolo di educatori, mentre l'impegno della famiglia deve rimanere centrale per plasmare i valori dei propri figli così da renderli capaci di scelte informate anche in rete.

Le strategie sociali ed educative sono fondamentali poiché molti bambini potrebbero imbattersi in materiale on line che loro o i loro genitori potrebbero considerare come inappropriato o, peggio, potrebbero trovarsi in rete in situazioni potenzialmente pericolose.

Per valutare l'importanza di questo approccio basterebbe considerare l'analogia con la piscina. Le piscine possono essere pericolose per i bambini. Naturalmente si possono dotare di allarmi, di recinti o di altri strumenti protettivi. Ma sebbene tutte queste misure siano utili, la misura più efficace è insegnare ai bambini a nuotare.

Per questa ragione l'elaborazione di strategie sociali ed educative che promuovano e favoriscano un processo decisionale responsabile sono fondamentali per consentire ai minori di assumere un corretto comportamento in rete e sviluppare efficaci strategie di difesa contro materiale inappropriato o situazioni di reale o potenziale pericolo.

In altri termini, un minore che scelga consapevolmente cosa fare o non fare su Internet, e che conosca allo stesso tempo come comportarsi nel caso di situazioni difficili o materiale inappropriato, si trova in una posizione molto più sicura di un bambino i cui genitori o insegnanti si affidino solo alla tecnologia, alla normativa o alla proibizione per risolvere il problema.

Una corretta informazione serve non solo a evitare situazioni di pericolo, ma anche ad affrontare meglio situazioni difficili, nel caso in cui si verificano, diminuendo il rischio di esperienze negative on line. La sicurezza on-line si costruisce dunque attraverso l'alfabetizzazione ai nuovi media.

È perciò fondamentale sostenere i ragazzi nello sviluppare adeguate competenze critiche che li aiutino a mettere in atto una strategia di contrasto.

Il 25 marzo 2002 il Consiglio d'Europa, Directorate General of Human Rights, ha organizzato l'audizione *Education and Awareness in order to Increase Internet Literacy* per definire strategie di incremento dell'alfabetizzazione a Internet e sensibilizzare ai contenuti potenzialmente pericolosi disponibili in rete.

Tra le principali conclusioni indicate dai partecipanti figurano l'introduzione sistematica di programmi di alfabetizzazione a Internet per i minori, per gli insegnanti e i genitori, e l'istituzione di un charter internazionale per l'uso pedagogico di Internet e la produzione di contenuti. Il charter potrebbe inserire, all'interno dei curricula scolastici, una *Internet driving license* che insegni anche quelle abilità che un uso consapevole di Internet richiede.

Seguendo questa linea di pensiero, il Ministro per l'innovazione e le tecnologie ha istituito un Comitato tecnico interministeriale per l'uso consapevole di Internet. Il Comitato ha lo scopo di definire, monitorare e valutare i risultati di una strategia unitaria di intervento, finalizzata a creare le condizioni necessarie per garantire a tutti gli utenti la capacità e l'effettiva possibilità di usufruire delle comunicazioni elettroniche in maniera piena e consapevole, con particolare riguardo anche ad alcune categorie di utenti che richiedono una maggiore tutela.

Il suo obiettivo è quello di:

- aumentare l'alfabetizzazione Internet intesa come competenze e capacità nell'utilizzare i nuovi servizi di comunicazione e informazione in maniera critica, sicura e vantaggiosa;
- sviluppare una strategia comune di misure di protezione e di azioni positive che garantiscano alle categorie più vulnerabili una corretta e produttiva fruizione della rete;
- diffondere un uso consapevole della rete da parte di genitori e bambini.

Al fine di poter compiutamente assolvere il proprio compito, il Comitato ha avviato una prima fase di ricerca conoscitiva per poter, poi, fare il punto sulla situazione attuale, in modo che sia possibile censire e valutare le iniziative già in atto attraverso una serie di audizioni con le associazioni, le aziende, gli esperti, oltre ad altre entità che sono comunque interessate all'iniziativa e in grado di fornire, quindi, un adeguato contributo di conoscenze.

È stata poi realizzata sul portale [www.italia.gov.it](http://www.italia.gov.it) la sezione "Chi ha paura della rete", dedicata all'educazione dei ragazzi e dei genitori per un utilizzo sicuro e consapevole della rete.

L'ottica è quella dell'educazione alla sicurezza: impariamo a navigare così come impariamo ad attraversare la strada, ad allacciare la cintura, ecc.

Il titolo è evocativo della favola dei tre porcellini che di fatto rappresenta una strategia positiva di difesa in cui "il lupo" è sconfitto dall'intelligenza del

porcellino che individua quali sono i mezzi più idonei per contrastare la sua azione.

Sullo stesso spazio è stato reso possibile alle famiglie scaricare il filtro ICRA. L'ICRA (Internet Content Rating Association) è un'organizzazione internazionale no profit nata con l'obiettivo di proteggere i bambini dai rischi e dai pericoli della rete e di informare i genitori sulle misure di sicurezza esistenti.

Per raggiungere tale obiettivo l'ICRA ha studiato e prodotto dei programmi "filtro" in grado di classificare e selezionare all'origine i contenuti, il linguaggio e le immagini dei siti web.

Il filtro – sviluppato dall'ICRA attraverso un progetto della Commissione europea – permette di effettuare un controllo preventivo su linguaggio, immagini e contenuti presenti in rete, consentendo così ai minori di navigare solo sui siti web conosciuti e sicuri.

L'ICRA, infatti, rilascia ai gestori dei siti che aderiscono all'iniziativa una "etichetta" che contiene le informazioni base sulle caratteristiche dei contenuti del sito stesso in riferimento al testo, alle immagini e anche ai servizi ospitati, come le chat o i forum di discussione.

Il programma filtro, installato sul computer dei ragazzi, verifica istantaneamente – tramite l'etichetta – i contenuti del sito e, in funzione delle regole di navigazione preventivamente impostate dai genitori, ne impedisce o meno la visione.

Il software è in grado, però, di discriminare solo i siti che hanno aderito al sistema ICRA e non può impedire la visione di tutti i siti non "etichettati". Il filtro, inoltre, consente ai genitori di selezionare delle liste personalizzate di siti non accessibili o accessibili a seconda della propria sensibilità. L'Italia, insieme a Francia e Spagna, è tra i primi Paesi in Europa ad adottare questo filtro.

Il filtro, come tutte le tecnologie di questo tipo, pur non assicurando soluzioni definitive – le caratteristiche di Internet rendono difficile un controllo assoluto sul contenuto, e i costi economici e sociali per cercare di farlo sono eccessivi – è tra quegli strumenti protettivi largamente raccomandati poiché sono facili da utilizzare ed efficaci e possono adattarsi alla diversità di valori e di necessità educative, e, allo stesso tempo, assicurare la libertà di espressione e il libero flusso dell'informazione.

Inoltre, va ricordato che anche i sistemi di filtraggio stanno evolvendo in una maniera sempre più intelligente. Mentre nel passato il *web-filtering* era basato esclusivamente su un *database*, oggi utilizza sempre più la tecnologia di ragionamento adattativa che è in grado di leggere il contenuto cercando di capirlo e fa quindi delle valutazioni quantificate. Questo processo è soggetto a un costante miglioramento con una sempre maggiore accuratezza nei risultati.

La tecnologia Internet crea un complesso di comunicazioni potenzialmente infinito e continuo che non può essere facilmente circoscritto da un singolo Stato.

Anzi, poiché crea una zona economica globale continua, senza confini e non regolata, Internet mette in discussione la stessa nozione di Stato-nazione e gli stessi concetti tradizionali di regolamentazione che, basandosi sulla tangibilità di tempo e spazio, non sono facilmente applicabili e implementabili nello spazio virtuale.

Nessuno è proprietario di Internet, che può essere quindi usato da chiunque in tutto il mondo. Poiché Internet è una rete delle reti, la sua natura e struttura non è nazionale ma transnazionale. Ciò significa che se un sito non può essere raggiunto da uno specifico percorso, può sempre trovarsi una via alternativa. Allo stesso modo se un server viene chiuso i dati possono essere resi accessibili usando un altro server che potrebbe essere localizzato in un altro Paese. All'interno di una struttura aperta e internazionale, è dunque difficile identificare l'esatta localizzazione dei dati e controllare la loro distribuzione.

Rimane dunque aperto il problema serissimo dei raccordi internazionali per perseguire i criminali della rete poiché non esiste ancora una infrastruttura normativa sopranazionale.

La *Convention on Cybercrime* adottata dal Consiglio d'Europa l'8 novembre 2001, e aperta per la ratifica a Budapest il 23 novembre 2001, segna un passo avanti nell'introduzione di un modo nuovo di combattere i reati della rete che rimanda all'idea di uno spazio giuridico speciale, transnazionale. La Convenzione affronta gli aspetti procedurali e penali connessi con la tecnologia informatica e si concentra in particolare sui seguenti punti.

- I crimini relativi allo spazio cibernetico, in particolare quelli commessi attraverso l'uso dei network di telecomunicazioni – Internet – come per esempio, transazioni illegali di denaro, offerta di servizi illegali, violazione del copyright, oltre a quelli che violano la dignità umana e la protezione di minori.
- Gli aspetti concernenti il diritto penale con particolare riferimento alla cooperazione internazionale: definizioni, sanzioni e responsabilità degli attori nello spazio cibernetico, inclusi gli ISPs.
- L'uso, incluso la possibilità di un uso transfrontaliero, e l'applicabilità di poteri coercitivi nell'ambiente tecnologico ovvero:
  - a) intercettazione delle telecomunicazioni e la sorveglianza elettronica dei network;
  - b) la perquisizione e il sequestro di sistemi informatici (inclusi i siti Internet);

- c) il blocco di materiale illegale e l'obbligo da parte degli ISPs di conformarsi a obblighi speciali, anche considerando alcuni problemi causati da particolari misure di sicurezza informatica.
- La questione della giurisdizione in relazione ai crimini informatici:
  - a) la determinazione del posto in cui il reato è stato commesso e quale legge debba applicarsi;
  - b) i problemi relativi alla giurisdizione multipla e i conflitti inerenti a questa.

L'articolo 9 della Convenzione contiene delle misure per contrastare la disseminazione di pornografia infantile su Internet e crea «un obbligo per gli Stati membri a criminalizzare la produzione, l'offerta, la trasmissione, la distribuzione o il possesso di pornografia minorile da parte o su un sistema di computer».

È una prospettiva difficile da attuare ma bisogna andare in questa direzione. Gli aspetti relativi alla protezione da contenuti inappropriati non possono esulare dalla dimensione internazionale del fenomeno. Sono quindi necessarie nuove forme di collaborazione, nuovi approcci e nuovi livelli di flessibilità per assicurare che Internet incorpori misure di protezione specificatamente pensate per assicurare la massima protezione a quanti sono più vulnerabili ai suoi aspetti negativi.

## Turismo sessuale ai danni di bambini e bambine L'impegno della World Tourism Organization\*

Marina Diotallevi\*\*

Lo sfruttamento sessuale dei bambini è una triste realtà del mondo nel quale viviamo. E il turismo non ne è immune. Tuttavia c'è voluto del tempo prima che l'industria turistica comprendesse che il turismo poteva essere un mezzo in grado di aggravare il problema e che essa doveva assumersi la propria parte di responsabilità.

Il fenomeno dello sfruttamento sessuale dei bambini nel turismo (il cosiddetto "child sex tourism") affligge oggi quasi ogni Paese del mondo. Da circa dieci anni, la World Tourism Organization (WTO) è coinvolta attivamente nella lotta contro le organizzazioni che sfruttano il mercato del turismo sessuale – in particolare contro lo sfruttamento sessuale di bambini e bambine, ragazzi e ragazze –, dopo essere stata messa in allarme rispetto al fenomeno da varie organizzazioni non governative, in particolare da ECPAT (End Child Prostitution, Child Pornography and Trafficking in Children for Sexual Exploitation in Tourism), e da numerosi network religiosi operanti nei Paesi di destinazione di tali flussi turistici.

Alcuni anni fa, nel 1995, l'Assemblea generale della WTO adottò la sua prima risoluzione relativa alla prevenzione del fenomeno; in essa la WTO denunciava e condannava il turismo sessuale ai danni dell'infanzia, ritenendolo «una violazione dell'articolo 34 della Convenzione ONU sui diritti del fanciullo», e richiedendo «una forte azione legale da parte dei Paesi di origine e di destinazione dei flussi turistici».

Dopo aver partecipato al Primo Congresso mondiale contro lo sfruttamento sessuale dei minori a fini commerciali, tenutosi a Stoccolma nel 1996, che segnalò l'urgenza di «mobilitare il settore degli affari, incluso l'industria turistica, contro l'uso dei suoi network e del suo sistema di aziende per lo sfruttamento sessuale commerciale dei bambini», nel 1997 la WTO – in cooperazione con governi, industrie, istituzioni internazionali, organizzazioni non governative e media – costituì una task force la cui missione era «prevenire, rilevare, isolare e sradicare lo sfruttamento sessuale dei minori nel turismo».

Fu così lanciata una campagna internazionale, «NO Child Sex Tourism», finalizzata a promuovere la consapevolezza circa l'esistenza, le dimensioni e le caratteristiche del fenomeno e fu adottato a livello internazionale un logo che a essa faceva riferimento. I governi membri della WTO furono invitati ad adottare misure amministrative e legali, quali la designazione di *focal point*

---

\* Discorso tenuto in occasione della Sessione speciale dell'Assemblea generale delle Nazioni unite sull'infanzia, New York, 9 maggio 2002.

\*\* Coordinatrice della Task Force per la protezione dei bambini dallo sfruttamento sessuale nel turismo della WTO.



(persone referenti) all'interno degli enti turistici nazionali, a rafforzare le legislazioni nazionali contro il turismo sessuale ai danni di minori e a potenziare i mezzi e le risorse per dare attuazione a tali norme. Allo stesso tempo, l'industria turistica fu incoraggiata ad adottare e a implementare codici professionali di condotta, buone pratiche e altre forme di autoregolamentazione volte a combattere il fenomeno. La WTO promosse e sostenne anche *partnership* pubblico-private e la cooperazione tra Paesi di origine e di destinazione dei flussi turistici.

In quegli stessi anni fu aperto un sito Internet alla cui creazione e sviluppo hanno partecipato, in collaborazione con la WTO, ben 46 nazioni. Anche altre importanti organizzazioni del settore turistico si sono mosse nella stessa direzione, quali

- FIYTO (Federation of International Youth Travel Organisations);
- IATA (International Air Transport Association);
- IFTO (International Federation of Tour Operators);
- IFWTO (International Federation of Women's Travel Organisations);
- IH&RA (International Hotel and Restaurant Association);
- UFTAA (Universal Federation of Travel Agents' Associations).

Ebbe così origine una forte spinta in avanti che nel tempo si è rafforzata. Nel corso degli ultimi anni abbiamo assistito all'adozione di nuove leggi contro lo sfruttamento sessuale dei minori nel turismo, in particolare in Germania, Italia, Francia, Spagna, Australia, Cuba, Giappone, Sri Lanka e Sud Africa, e all'inasprimento delle pene per coloro che abusano dei bambini nella maggior parte dei Paesi che già avevano una legislazione in materia. E oggi più di trenta nazioni hanno assunto nel loro quadro normativo anche il principio della *extraterritorialità* del reato, ovverosia hanno previsto la possibilità di perseguire penalmente nel loro Paese di origine coloro che commettono questo tipo di reati mentre si trovano all'estero.

La WTO e i suoi partner hanno svolto un ruolo diretto nella promozione di:

- numerose campagne di sensibilizzazione contro il Child Sex Tourism che sono state realizzate o stanno per essere avviate in molti Paesi, tra gli altri in Angola, Madagascar, Brasile, Messico, Sri Lanka e Thailandia; inoltre, importanti meeting sul tema sono stati organizzati recentemente a Città del Capo, Bangkok e San Paolo;
- nuovi codici di condotta e raccomandazioni sono stati adottati da numerose organizzazioni del settore turistico, e sono in via di assunzione da parte di altre; tra i possibili esempi è importante ricordare il Codice di condotta dei tour operators, un'iniziativa di ECPAT sostenuta dall'Unione europea e dalla WTO, e la UFTAA's Child and Travel Agents Charter;

- coinvolgimento attivo di compagnie aeree, quali l'Iberia e la Middle East Airline, che hanno pubblicato sulle loro riviste articoli dedicati alla campagna «NO Child Sex Tourism» riportanti il logo della stessa; o ancora, Lufthansa, Air France, le Linee aeree austriache e Alitalia, che hanno proiettato in volo i video che avvertivano i passeggeri circa la pratica del turismo sessuale ai danni di minori;
- misure di controllo per allertare gli enti turistici nazionali rispetto al fenomeno. Sono state predisposte e diffuse linee guida per aiutare le autorità turistiche a combattere il turismo sessuale attraverso la creazione di appropriati *network*;
- coinvolgimento della scuola e del mondo della formazione. Numerosi enti per la formazione turistica e alberghiera sono stati forniti dalla WTO di programmi educativi e di sensibilizzazione – uno rivolto agli studenti delle scuole secondarie e un altro per coloro che frequentano le scuole di specializzazione – e sono stati invitati a inserirli all'interno dei loro *curricula* regolari di studi; molte organizzazioni partner hanno predisposto propri materiali formativi e guide per i loro membri, per esempio la guida *Putting the Children in Picture* della Federazione internazionale dei giornalisti;
- studi e ricerche. È stato svolto uno studio finalizzato a fornire sia ai Paesi di origine che a quelli di destinazione una definizione più chiara sulle dimensioni del fenomeno dello sfruttamento sessuale commerciale di minori nel settore turistico.

Alla fine del 2000, le azioni realizzate dalla WTO hanno assunto una nuova dimensione grazie al sostegno dell'Unione europea che, in virtù di un accordo tra le due istituzioni, ha assegnato un finanziamento di un milione di euro per sostenere progetti integrati realizzati congiuntamente dalla WTO e dai suoi tre principali partner: il gruppo ECPAT con le sue sedi associate in Austria, Germania, Italia, Paesi Bassi, Svezia e Gran Bretagna; la Federazione internazionale dei giornalisti; la sezione tedesca della ONG Terre des hommes.

Inoltre l'Unione europea, attraverso l'Ufficio Aiuto alla cooperazione della Commissione europea, ha rinnovato il suo aiuto alla WTO e ha esteso il suo contributo finanziario con un altro milione di euro per il proseguimento delle azioni di sensibilizzazione e di *capacity-building* nel settore turistico.

Nel fare un consuntivo su ciò che è stato fatto in questo settore nel corso degli ultimi anni allo scopo di prevenire il fenomeno del "child sex tourism" si traggono elementi positivi e incoraggianti. Non era certo un obiettivo semplice da conseguire quello di rendere consapevoli i Paesi di origine dei flussi turistici che loro cittadini potevano macchiarsi di reati di sfruttamento ses-

suale di minori nel corso dei loro viaggi all'estero. Neanche per i governi dei Paesi di destinazione è stato semplice ammettere che queste pratiche venivano messe in atto sotto casa. Né è stato facile per le linee aeree, le agenzie di viaggio e i proprietari alberghieri riconoscere che le loro imprese e strutture venivano utilizzate, sia che ne fossero consapevoli oppure no, per compiere pratiche così deprecabili.

Nonostante gli indubbi risultati positivi, siamo consci che la battaglia è ben lungi dall'essere conclusa. Proteggere i bambini dallo sfruttamento sessuale è infatti una sfida di enormi dimensioni e noi abbiamo appena iniziato a renderci conto di quanto sia complesso questo problema. Non esiste una soluzione unica, né semplice.

Sebbene la ricerca abbia mostrato che i turisti rappresentano solo una piccola percentuale di coloro che abusano sessualmente di bambini e bambine, tale conclusione non deve minimizzare la sfida che ancora abbiamo davanti. Con il turismo, la natura del problema cambia quando la prostituzione minorile si sposta negli hotel, nelle discoteche, nei bar e sulle spiagge. Ancor più importante è che la dimensione del problema sta cambiando a seguito del forte incremento del turismo internazionale, che nel 2001 ha fatto registrare 689 milioni di viaggi, una cifra che sembra destinata a raddoppiare in meno di venti anni. Questa crescita e l'accessibilità al viaggio hanno alimentato la domanda ed esposto molti più bambini al rischio di essere vittime di abusi e violenze. Viaggiare è diventato molto più facile non solo per i semplici turisti ma anche per i potenziali abusanti che scelgono specifiche destinazioni dove essi ritengono che i minori sono un "bene" più facilmente accessibile, e dove sono più limitati o addirittura inesistenti i rischi che essi possano essere denunciati per gli abusi commessi.

Secondo i dati disponibili alla WTO, difficilmente oggi rispettati e noti tour operator sono coinvolti nel mercato del turismo sessuale organizzato. Questo però non era vero negli anni Novanta, quando alcune destinazioni erano ancora apertamente promosse e vendute come luoghi di attrazione per coloro che erano interessati al turismo sessuale infantile.

La nuova realtà che ci si pone dinanzi è che l'aumento della mobilità internazionale, unito all'avvento di Internet e delle nuove tecnologie delle comunicazioni, ha trasformato il problema dei turisti coinvolti in attività collegate alla prostituzione minorile in un male sociale dalle multiformi facce con aspetti di clandestinità che è molto più difficile combattere.

La WTO ritiene che lo sviluppo del turismo non possa avvenire al di fuori di una cornice etica. Fin dal suo avvio, la WTO è sempre stata attiva non solo

nella promozione del turismo *tout court*, ma nella valorizzazione e nel sostegno di un turismo responsabile e socialmente sostenibile.

È all'interno di un tale contesto che nel 1999 l'Assemblea generale della WTO ha adottato il *Global Code of Ethics for Tourism* quale insieme fondamentale di regole che devono guidare il comportamento di tutti coloro che partecipano all'industria del turismo, compresi i turisti e le comunità locali. L'articolo 2 del codice condanna fermamente lo sfruttamento sessuale dei bambini che «confligge con lo scopo principale del turismo ed è la negazione del turismo stesso; in considerazione di ciò, in accordo con la legislazione internazionale, tale fenomeno deve essere contrastato energicamente mediante la cooperazione tra tutti gli Stati interessati e punito e penalizzato senza alcuna concessione dalle leggi nazionali sia dei Paesi di destinazione che da quelli di origine degli autori di tali atti, anche quando quest'ultimi sono commessi all'estero».

La WTO è particolarmente grata all'Assemblea generale delle Nazioni unite per il sostegno che è stato offerto alla diffusione e all'implementazione del *Global Code of Ethics for Tourism*, e intende proseguire con determinazione, anche in cooperazione con i suoi partner, il suo impegno nel denunciare la violazione dei diritti dell'infanzia e la lotta contro lo sfruttamento sessuale dei bambini.



Informazione e infanzia  
È possibile prevenire l'“abuso  
mediatico” dei minori?

*Alberto Laggia*

Report dei gruppi di lavoro

Abstract dei gruppi di lavoro

# Focus



## Informazione e infanzia

### È possibile prevenire l'“abuso mediatico” dei minori?

Alberto Laggia\*

«Torino. Massacra la famiglia e i vicini: 8 morti», «Strage di Reggio. Nel video choc la figlia chiede: papà non sparare», e ancora «La fame uccide un bimbo su sette», «Scoperta setta di riti satanici. Violenze sessuali sui bambini»: è la prima pagina (solo la prima!) de *La Repubblica* del 16 ottobre, ma i titoli d'apertura sugli altri quotidiani nazionali non variano di molto. Il bambino fa notizia. Eccome! Ma quale bambino? Partiamo allora da una constatazione e una domanda per affrontare la questione: se e come il mondo dell'informazione possa svolgere un ruolo preventivo nei confronti delle violenze e degli abusi sui minori.

Per tentare una risposta è necessario, anzitutto, premettere che non è compito dei media quello di far opera di prevenzione, bensì quello di informare puntualmente e fornire, semmai, una chiave di lettura capace di interpretare le notizie. Allora come addetti all'informazione dovremo semmai interrogarci su “quale informazione” viene offerta nei confronti del mondo dei minori e, in specifico, sulle problematiche della violenza minorile. In altre parole vorrei dimostrare che un traguardo accettabile per il mondo dei media sarebbe già quello di “non abusare” mediaticamente dei minori. Ma come?

Saltano subito agli occhi l'insistenza, l'abbondanza di spazi e la dovizia di particolari con le quali stampa e televisione riprendono fatti di cronaca nera riguardanti minori, spesso coinvolti come vittime ma anche come autori di violenze. Non è certo il caso di stupirsi: «*bad news is good news*», recita una delle grandi leggi dei media codificata, e mai smentita, dal giornalismo americano. Le “cattive notizie”, da quando esistono le notizie, sono le più ricercate, le più “affascinanti” direbbe Umberto Eco. E per comprenderlo non serve scomodare gli psicoanalisti, e nemmeno richiamare alla mente l'eterna forza narratrice di “racconti mitologici” e archetipici in cui si narrano dei drammi, da Caino che uccide il fratello a Edipo che ammazza il padre. «È la stampa, bellezza», diceva il direttore di giornale Humphrey Bogart nel film *L'ultima minaccia*.

E se poi questi delitti efferati si consumano dentro le mura domestiche, all'interno del cosiddetto “tempio sacro” della famiglia e coinvolgono ciò che di più intoccabile vi sia, ovvero i bambini, si aggiunge un altro fondamentale “valore-notizia”: quello “*human interest*” che trasforma un fatto in evento mediatico. Anche il più sprovveduto dei lettori può rendersi conto di quanto vasto e profondo possa essere l'impatto sull'opinione pubblica di fatti di questo genere e di quanta “sete di notizia” su di essi vi possa essere. Scuote troppo le nostre coscienze di figli e di genitori, di educatori e in definitiva di uomi-

---

\* Giornalista di «Famiglia cristiana».



ni e donne; mette in crisi troppo le nostre convinzioni più profonde. E i media non fanno altro che rispondere a questo bisogno di sapere e di capire che proviene da coscienze allarmate. Allora le pagine dei nostri giornali si trasformano in teatri di uno psicodramma. In fin dei conti quando si parla di Cogne o di Novi Ligure, di Leno o di Chieri è “di me che si parla, è di me che si tratta”, non perché vi sia un qualche nostro coinvolgimento nella vicenda contingente, ma perché quelli sono fatti che non possono non interpellarci.

Pertanto rassegniamoci: le storie che vedono bambini trucidati, minori che si trasformano in assassini, parricidi, matricidi, fratricidi, e genitori che compiono “figlicidi” (neologismo coniato dai giornalisti) riempiranno sempre le cronache dei giornali e le scalette dei telegiornali. Anzi, dovremmo preoccuparci il giorno in cui ciò non avvenisse più: potrebbe essere l'estremo segnale di imbarbarimento delle relazioni familiari e sociali tale da aver trasformato una patologia clamorosa in mostruosa normalità. Un po' come capita con gli incidenti stradali: ne avvengono così tanti che non fanno più notizia; oppure potrebbe essere l'esito voluto da una censura politica che ha imposto il silenziatore a quelle cronache, e messo il bavaglio all'informazione. E quale dei due scenari sarebbe il più auspicabile?

Comunque non si può negare che l'immagine che più spesso appare dell'infanzia in tv e nella carta stampata sembra ridursi a due estremizzazioni, entrambe deformanti: o il minore è vittima grondante di sangue, abbandonato, stuprato, affamato, rapito, conteso da cattivi genitori, o veste i panni del bambino paffuto e sorridente del Mulino Bianco. Bisogna ammettere che c'è del vero nelle affermazioni della psicologa Maria Rita Parsi e dello scrittore Claudio Camarca, quando, in *Sos pedofilia*, scrivono di «negazione del mondo dell'infanzia» che si riflette anche sui giornali: «Il pianeta infanzia», dicono gli autori, «si affronta solo quando fa notizia. Il bambino prodigio; il piccolo attore hollywoodiano; la creatura dissolta nel fumo di una notte d'agosto». In pratica non è del mondo dei minori che si parla ma di singoli personaggi e, per motivi diversi, “straordinari”, pertanto poco “rappresentativi” di una condizione generale. E insinuano addirittura il dubbio che proprio «la pubblicità, certi programmi televisivi e un linguaggio del corpo preso a prestito dal mondo degli adulti, impoverendo l'immagine dei bambini, banalizzandola e involgarrendola, non faccia altro che il gioco del pedofilo che per promuovere la giustezza della sua causa deve assolutamente indebolire la portata sacrale propria di ogni infante». È davvero un'analisi pessimistica?

Consapevoli, quindi, che si dovrà comunque fare i conti con questo tipo di cronaca, possiamo, però, giudicare la qualità delle notizie offerte dai media, tenendo conto, soprattutto, che sempre più spesso sono gli stessi minori i letto-

ri, ma soprattutto i telespettatori di quest'informazione. E conoscere i lettori per poterli informare meglio è un'attenzione dovuta da chi fa informazione, anzi è un obbligo professionale, prima ancora che deontologico. Ai sociologi e massmediologi spetta invece il compito di studiare le conseguenze possibili che questo tipo d'informazione può causare nell'utente. Compito non facile, se è vero che le scuole di pensiero divergono a tal punto da contrapporre «apocalittici» e «integrati». Siamo dalla parte degli «apocalittici», alla Karl Popper, che addita la tv come «cattiva maestra»? O tra quelli che sostengono tranquillamente che non esiste rischio di influenza da media nei comportamenti di padri e figli? Non è scientificamente accertato cosa possa provocare nei minori o nei genitori una «esposizione» a «cattive notizie» come quelle citate prima. Non è mai stato provato il nesso diretto di causa-effetto tra la ricezione di queste stesse notizie e i comportamenti dei minori (ricordate la polemica sulle cronache dei «lanciatori di sassi dai cavalcavia» e il discusso rischio di emulazione da parte degli adolescenti?). Il medium, insomma, è amplificatore o suggeritore di «cattive azioni»? O entrambe le cose?

Certo, sta scritto «maneggiare con cura»: sbattere in prima pagina sempre e solo il mostro o la «famiglia patologica», luogo di violenza sui minori, crea un'indebita e potenzialmente pericolosa generalizzazione. Un'immagine siffatta dell'istituto familiare diventa terroristica e può ingenerare negativi atteggiamenti iperprotettivi nei confronti dei figli, oltretutto un pessimismo greve nei confronti di una società pensata solo come violenta e abusante. Può accadere. Come può anche accadere, invece, che «l'orrore» dei drammi rappresentati, un po' come spiegava Aristotele nella *Poetica* parlando della tragedia greca, ingeneri nello spettatore una catarsi morale positiva. Ma c'è anche chi sostiene che questa sovraesposizione mediatica della famiglia patologica e del minore «minorato», che pertanto «non ci tocca» personalmente, causi una specie di effetto consolatorio deresponsabilizzante, e, come sostiene Isabella Poli del *Bureau International Catholique de l'Enfance*, «ingeneri un meccanismo perverso simile a quello indicato nella parabola evangelica nella quale il fariseo ringrazia Dio di essere diverso da «quello là», ovvero il pubblicano rimasto in fondo al Tempio, che stavolta potrebbe vestire i panni dello stupratore o del pedofilo di turno». Potrebbe accadere. E che si dovrebbe fare allora? Prescrivere ai bambini un ipotetico giornale con il 51 per cento di «buone notizie», seguire la proposta del neuropsichiatra Giovanni Bollea, mi pare assomigli molto all'invito di quel medico che esorta il paziente minatore a evitare il fumo!

Insomma, al di là della sociologia dell'informazione, il mondo dei media e i suoi addetti hanno un solo modo per pensare di essere utili alla causa «fami-

glia” e “minori” senza abdicare al loro compito primario di dare notizie: “trattare bene” queste notizie. Il che significa, anzitutto, verificare attentamente le fonti e le informazioni provenienti da esse, e considerare caso per caso (per la cronaca nera) fin dove può spingersi il diritto di cronaca di fronte ai diritti, a volte, “opposti” di chi ne è coinvolto, cioè i minori.

La verifica delle fonti, necessaria sempre, lo è in questo caso ancor più quando queste fonti diffondono dati e statistiche che spesso non si prestano a una facile lettura. Può accadere, infatti, che risultino non del tutto attendibili a causa della tendenza, quasi naturale, alla “drammatizzazione” della condizione minorile. La tentazione di enfatizzare le “cattive notizie” sul bambino, estrapolando troppo disinvoltamente dai numeri quelli che possono giustificare comunque un allarme sociale, non riguarda soltanto gli addetti all’informazione ma può coinvolgere gli stessi enti, associazioni, organizzazioni professionali, esperti del mondo minorile che in qualche modo da queste “brutte notizie” ricevono la giustificazione della loro stessa esistenza e del loro lavoro. In altri termini, pur senza disconoscerne l’indiscussa autorevolezza, neanche queste sono fonti giornalistiche “disinteressate”. Ma allora se quanto detto ha fondamento, attenzione ai numeri sui bambini! Qualcuno potrebbe specularne con la complicità involontaria dei media.

Non si può negare, inoltre, passando ad esaminare la cronaca nera “minorile”, che ancora troppo spesso le notizie riguardanti il mondo dell’infanzia, ma non solo quelle, siano viziate da sensazionalismo a basso prezzo, indulgenza su particolari morbosi che nulla aggiungono alla notizia, pressapochismo che in casi estremi arriva a trasformare i giornali in “coltelli di carta” diabolici, per usare il titolo di un libro di Vittorio Roidi, che analizza in modo impietoso ma lucido i “delitti di cronaca” perpetrati dai cronisti nell’esercizio mal concepito della libertà di stampa.

Va anche detto, però, che rispetto anche a soli pochi anni fa qualcosa è cambiato nel trattamento di queste notizie. Sia dal punto di vista qualitativo della cronaca nera sia dal punto di vista quantitativo della cronaca bianca riguardante il bambino. Quest’ultima trova sempre più spazi e ospitalità nei media, e mi riferisco a tutte quelle informazioni sull’infanzia che è facile trovare oggi nei nostri giornali spesso inserite in nuove rubriche *ad hoc*: dai consigli del pedagogo, agli spazi dedicati ai piccoli lettori. Con molta più attenzione di un tempo si seguono avvenimenti e tematiche che hanno a che fare col mondo dei bambini e degli adolescenti (scuola, salute, alimentazione, letteratura per l’infanzia, ecc.). Non mancano, inoltre, esperimenti riusciti di veri e propri inserti giornalistici per piccoli lettori (antesignano di questi è il giornalino *Popotus* del quotidiano *Avvenire*).

Molto è cambiato anche nel trattamento dei fatti di cronaca nera che coinvolgono i minori. I giornalisti italiani undici anni fa sottoscrivevano la cosiddetta *Carta di Treviso*, una carta etica (rinnovata nel 1995) che da allora impegna la categoria a esercitare il diritto all'informazione purché non confligga in alcun modo con i diritti fondamentali dei minori. Non credo molto nell'utilità delle carte deontologiche, che proliferano in tempi di "etiche deboli", ma l'impegno firmato a Treviso ha sortito qualcosa e ha segnato un punto di non ritorno positivo: da allora, per esempio, hanno iniziato a scomparire le foto dei minori coinvolti a qualsiasi titolo in notizie di cronaca nera. Sono scomparse quasi del tutto le generalità e le notizie idonee all'identificazione del minore. Si sono silenziati alcuni fatti di cronaca particolarmente delicati, come quelli riguardanti i suicidi dei minori. Sullo spirito della *Carta di Treviso* sono poi sorti in giro per l'Italia anche gli Osservatori su media e minori. Insomma, è un dato ormai culturalmente recepito dal mondo dell'informazione: di fronte al diritto di cronaca sta il "maggior interesse del bambino". Ciò non ha peraltro ancora scongiurato le molte violazioni alle regole dettate dalla Carta e dalle leggi in merito, tra cui *in primis* quella sulla privacy (legge n. 675/96).

In questo senso un aiuto agli addetti dell'informazione potrebbe essere offerto dalle istituzioni che si occupano dei diritti dei minori, a iniziare dai tribunali per i minorenni e gli uffici minori delle questure, fino ai servizi sociali e i consultori familiari: il riserbo dovuto a indagini in corso o al rispetto del segreto professionale non giustifica mai la mancanza di forme di collaborazione con chi fa informazione sui minori. La pubblicizzazione, per esempio, di dati, ricerche, campagne informative, iniziative in corso, non può che favorire un miglior rapporto tra addetti ai lavori e giornalisti, con la conseguente crescita dell'interesse nei confronti del mondo dell'infanzia e un'informazione più ricca e puntuale. E potrebbe in più provocare la crescita di una nuova generazione di giornalisti specializzati in problematiche minorili, che diventino referenti privilegiati delle istituzioni. Credo che un contributo contro quello che ho definito "l'abuso mediatico dell'infanzia" potrebbe consistere anche nel riconoscere e promuovere, in qualche modo, nelle redazioni e, prima ancora, nelle scuole di giornalismo o nei neonati corsi di Scienze della comunicazione, la specializzazione di "esperto in infanzia", ovvero la figura di un giornalista competente in materia di legislazione sui minori, normative sugli istituti dell'affido e dell'adozione, scuola, enti scientifici che si occupano d'infanzia e adolescenza, mondo del volontariato che opera in questo settore. E perché, intanto, qualcuna di queste istituzioni non prende l'iniziativa e propone, magari in accordo con l'Ordine dei giornalisti, un cammino formativo del genere?

C'è un ultimo rischio che non può esser sottaciuto. Se da una parte l'informazione, anche quella televisiva, si è data dei regolamenti più severi, dall'altra deve subire essa stessa le conseguenze della sua lenta ma inesorabile "spettacolarizzazione" e "ibridazione" con altri generi: un fenomeno subdolo e progressivo che sta confondendo il già labile confine di ciò che è giornalismo da ciò che non lo è, e pertanto mina alla base quegli stessi codici di comportamento così faticosamente redatti, oltretutto gli statuti di veridicità. Il proliferare di quel nuovo genere di programmi televisivi, a metà strada tra l'informazione e l'intrattenimento, che va dai cosiddetti *reality show* ai *talk show*, definiti da Raymond Williams con l'ibrido terminologico di *faction* (*fact* e *fiction*), rimette purtroppo in discussione tutto. Un solo esempio-limite a proposito di bambini: esiste una trasmissione televisiva americana intitolata «Chi è il padre di mio figlio?», in cui la ragazza-madre di turno attende dal presentatore il risultato del test del DNA, tra gli insulti di amici e parenti dei presunti padri che si assiepano tra il pubblico. Della serie: come mi trovo mio padre in diretta!

E così, quanto magari viene correttamente "oscurato" nel quotidiano te lo ritrovi spudoratamente offerto nel salotto televisivo. Così accade che gli stessi minori "criptati" dai giornali appaiano sotto i riflettori delle trasmissioni della cosiddetta "televisione del dolore", o peggio, recitino impudicamente accanto a padri e madri, in quelle "piazze" catodiche in cui genitori e figli, mogli e mariti, ragazzi e adulti sono invitati a fare rissa e a mettere a nudo le proprie miserie, meglio se condite con invettive e volgarità. A tutto vantaggio dell'*audience*, ma a tutto svantaggio dei minori! Una volta di più "abusati". Non dai pedofili, però, ma dalle telecamere.

## Report dei gruppi di lavoro

### Gruppo di lavoro n. 1

#### Prevenzione come promozione di una cultura rispettosa dei bambini e delle bambine: progetti di sostegno alle famiglie e alla genitorialità

**Coordinatrici: Loredana Aurelio Celegato, assessore alla Pubblica istruzione, Comune di Venezia, e Adriana Ciampa, dirigente Servizio minori, Ministero del lavoro e delle politiche sociali**

Nel gruppo di lavoro è sembrato necessario interrogarsi sull'efficacia, le caratteristiche e gli obiettivi specifici degli strumenti per l'attivazione di tre gradi di consapevolezza sui diritti dell'infanzia:

A) *consapevolezza nel minore attraverso*

- un'informazione mirata e misurata, veicolata da operatori esperti, al fine di evitare l'insorgere di meccanismi involutivi della personalità "sociale" del minore;
- assegnando importanza e rilievo a un attento ruolo dell'operatore scolastico.

B) *consapevolezza nella famiglia attraverso*

- la promozione culturale sui diritti dell'infanzia all'interno della famiglia
- l'attivazione di efficaci servizi di sostegno alla genitorialità di natura psicosociale ed economica per spezzare il legame ricorrente tra povertà/realità familiari disgregate e abuso;
- la promozione dell'associazionismo familiare quale veicolo di informazione per le famiglie e di attivazione della rete di protezione di primo grado.

C) *consapevolezza nella società civile attraverso*

- la formazione;
- l'informazione diffusa;
- l'attivazione della rete protettiva di secondo grado e istituzionale.

Sul primo punto, esplicitabile come il primo livello della rete protettiva è stato interessante rilevare la validità di esperienze presentate da operatori esperti relative a:

- progetti di *home visiting*, che hanno mostrato come interventi ben finalizzati e realizzati in modo appropriato riescano nella fase prenatale e di primissima infanzia a operare per un inserimento sociale positivo del minore in famiglia;
- interventi contro la violenza assistita intrafamiliare, che offrono sostegno al minore attraverso l'intervento sulla famiglia e sui suoi componenti, con

contenuti ben definiti per il superamento del trauma e in situazione di protezione protratta nel tempo;

- percorsi formativi di educazione alla pace, che nella loro eccezione più alta mettono al centro il rispetto e la dignità di ogni individuo, senza distinzione di età, etnia, stato sociale, sesso e religione;
- la divulgazione ben mirata, quindi di conoscenza approfondita, delle “carte” dei diritti dell’infanzia e dell’adolescenza, sia per i minori tutelati che per chi è loro accanto come adulto, parente o meno;
- l’applicazione della *Carta di Treviso* per una informazione eticamente corretta anche di fronte a fatti di cronaca nera che hanno per vittime, a diverso titolo, bambini o ragazzi.

Per quanto riguarda l’attivazione della consapevolezza nella famiglia, collocabile su un secondo livello della rete protettiva, le testimonianze hanno posto in evidenza in modo particolare

- l’esigenza di operatori con una professionalità compiuta, capaci cioè di attenzione fine nelle situazioni, di linguaggio appropriato per la definizione delle stesse, di interpretazione corretta dei referti relativi; e di conseguente capacità di collaborazione e di interazione tra le varie istanze di appartenenza;
- l’organizzazione di reti collaborative, solidali e sussidiarie tra ambiti sociali, culturali, sanitari e istituzionali, quali enti locali e scuola, per consentire un adeguato sostegno alla genitorialità nonché l’aggiornamento professionale e culturale degli insegnanti;
- la valenza di un sistema informativo mediatico con correttezza di impostazione e ben finalizzato sul piano sociale;
- la realizzazione, non sempre facile, di un sistema amicale tra le famiglie residenti in uno stesso territorio per ovviare a condizioni di svantaggio sociale e a volte di povertà materiale e culturale;
- l’offerta di servizi al cittadino minore e alla famiglia con intenti educativi e non solo di sostegno sociale.

Infine, per quanto attiene alla crescita di una più matura consapevolezza nella società civile, che costituisce il terzo livello della rete protettiva, la riflessione compiuta è stata più ampia in quanto la protezione e la prevenzione appaiono più lontane dal soggetto titolare di tutela e più generalizzabili.

Importanti sono stati gli apporti in tal senso da parte dei tutori pubblici ai vari livelli istituzionali in merito a:

- la formazione che deriva da percorsi di norma;
- l’informazione stampata e mediatica;
- la legislazione vigente.

Un accenno importante è stato riservato anche all'applicazione della legge 285/97, che con il suo impianto innovativo ha favorito l'avvio di nuove esperienze e sperimentazioni in ambito educativo e sociale.

Non è onorevole affermarlo, ma è un dato di fatto, che il rispetto dei diritti di cittadinanza dei bambini e delle bambine non è ancora parte integrante del patrimonio culturale, politico e sociale degli adulti d'oggi, in questa realtà mondializzata. L'adultocentrismo e l'autoreferenzialità, oltre alla marginalità sociale e culturale dell'infanzia, sono causa comune di questo disconoscere un valore pieno all'individualità di bambini e bambine, ragazzi e ragazze coi quali si convive o per i quali si rivestono delle responsabilità professionali e civili. C'è bisogno pertanto di molta determinazione e chiarezza intorno a queste "lacune" dato che un costume culturale necessita di concetti di base definiti, di strumenti efficaci e di percorsi formativi, correnti e ricorrenti, atti a creare consapevolezza piena in merito e conseguenti comportamenti individuali e sociali. Se si realizzasse tutto ciò, le reti di protezione di primo e anche di secondo livello sarebbero incluse nel quotidiano come opportunità all'agio e non come prevenzione al disagio.

Diamoci fiducia e operiamo bene perché si realizzino questi presupposti: non è così improbabile che le istituzioni scolastiche e non, possano contare su professionalità dinamiche ed evolute e che il sistema dei servizi, istituzionali e locali, abbia carattere di efficienza nella risposta generale e di efficacia in quella individuale. La rete che vi si può costruire intorno, perciò, potrà anche scontare alcune incomprensioni nell'avvio della relazione, ma sarà poi capace di interventi confacenti e ben finalizzati per rispondere appieno alle proprie finalità.

Prefigurare questo scenario è importante perché il non tentare di attivare concretamente quei percorsi significa affidare alla rete di terzo livello la protezione del minore.

Non si può permettere che in un minore la solitudine sia compagna della disperazione. La relazione solidale e l'affetto riescono benissimo persino nell'intervento professionale, scientificamente predisposto.

I nostri bambini e i nostri adolescenti devono avere la consapevolezza che chi manca nei loro confronti manca grandemente nei confronti di tutta la società e che tutta la società è con loro, a difenderli e a valorizzare il loro essere; ad ascoltare e a dare dignità ai loro bisogni e alle loro aspirazioni.

In un mondo tanto fragoroso nel suo modo di porsi e di comunicare, bisogna recuperare il valore dell'ascolto che è poi il silenzio "assordante" di un sorriso del cuore e di una mano tesa, metaforica se si vuole, ma capace di essere di sostegno e di aiuto, veri.



## Gruppo di lavoro n. 2 Prevenzione nei contesti esterni alla famiglia: scuola e servizi territoriali

**Coordinatori: Alberto Pellai, Istituto di Igiene e medicina preventiva, Università di Milano, e Armando Rossini, dirigente scolastico, già presidente dell'Associazione nazionale dirigenti scolastici**

La prevenzione del disagio in età evolutiva è un fenomeno complesso, soprattutto quando deve avvenire all'interno di contesti istituzionali, quali scuola e servizi territoriali. Lo stesso riconoscimento del disagio in infanzia e adolescenza è molto difficile, specialmente all'interno di contesti istituzionali quali la scuola e i servizi. La discussione è pertanto stata avviata a partire da alcuni interrogativi di fondo.

1. Quali sono i vincoli legati alla possibilità di riconoscimento del disagio all'interno di scuola e servizi di territorio?
2. Quali le risorse?
3. Nelle esperienze già avvenute, quali sono stati i punti di forza da indicare come elementi cruciali per la buona riuscita di altri progetti o interventi a sostegno di infanzia e adolescenza in altre aree della nazione?

Nel gruppo di lavoro sono stati presentati, analizzati e discussi molti diversi progetti di prevenzione del disagio e, proprio partendo da queste azioni concrete, si è cercato di identificare gli elementi di criticità e le proposte di intervento (esempi di buone pratiche) sperimentate a livello locale e finalizzate a tale obiettivo.

### A. Criticità

**A.1 Complessità della definizione.** Un primo dato fondamentale emerso dalle analisi svolte dai partecipanti è il relativismo culturale con cui ciascun servizio si avvicina al concetto di disagio e a esso applica una cornice di riferimento che è sovrapponibile a quella usata nella routine quotidiana dei servizi. La scuola tende a identificare il disagio nell'insuccesso scolastico e nel *drop out*, i servizi sociali nella grave multiproblematicità familiare, i servizi per l'infanzia maltrattata nelle forme più eclatanti di tale fenomeno.

In tale modo il sintomo di un problema tende a essere confuso con il problema stesso e l'offerta dei servizi rimane spesso ancorata a una gamma di pre-

stazioni più o meno cliniche, più o meno tecniche. È importante, invece, concettualizzare il disagio di chi sta crescendo attraverso una lente di ingrandimento diversa, che non appartiene alla cultura del servizio, bensì alla cultura condivisa proprio da ragazzi e adolescenti, dal mondo intrapsichico e interpersonale dei soggetti in età evolutiva. I servizi e la scuola devono, all'interno di tale analisi, sapersi avvicinare al mondo di chi sta crescendo e compiere analisi e interventi rispettosi e armonici con le esigenze di una popolazione ricca di problemi, ma soprattutto carica di risorse, energie e potenzialità

Interessante è stato perciò comprendere quanto la gamma di offerte di servizio può arricchirsi di nuove azioni e metodologie, lontane da aridi schemi informativo-cognitivi o di natura assistenziale e vicine invece al bisogno di protagonismo e significativa (cioè carica di significati) sperimentazione, che contraddistingue la realtà di bambini e ragazzi.

**A.2 Vincoli gestionali e organizzativi.** I vincoli legati alla gestione e all'organizzazione delle istituzioni esterne alla famiglia sono stati spesso identificati con l'emergenza operativa che spesso contraddistingue il lavoro dei servizi sociali e di territorio e con la difficoltà che la scuola ha di "sintonizzarsi" e coinvolgersi in azioni attente al mondo interno, ai bisogni di relazione e comunicazione dei suoi alunni. Un nodo critico, in molti progetti realizzati all'interno della scuola, è stato individuato nella difficoltà di coinvolgimento dei dirigenti scolastici. L'accettazione di progetti e azioni sulla prevenzione non corrisponde sempre a un'assunzione del problema, cosicché anche se la dirigenza scolastica fornisce un'adesione al progetto, però, talvolta, rischia di rimanere solo formale. Molti insegnanti, perciò, sperimentano la frustrazione derivante dal sentirsi motivati e formati a promuovere cambiamenti significativi all'interno dei loro ambiti di intervento, ma contemporaneamente le loro proposte innovative non sono corrisposte da uguale motivazione e entusiasmo da parte della dirigenza con il rischio che le vischiosità nei rapporti tra dirigenza e insegnanti diventino un vincolo alla promozione di spazi di ascolto e attenzione ai bisogni di bambini e ragazzi.

## B. Esperienze di intervento

**B.1 Percorsi di sviluppo delle competenze emotive e relazionali.** In tale ambito possono essere collocate le esperienze presentate all'interno del gruppo in cui grande valore è stato dato al mondo delle emozioni e alla dimensione della corporeità di bambini e ragazzi coinvolti in progetti di prevenzione del

disagio. A tutti i partecipanti è sembrato necessario che l'adulto impari a utilizzare tecniche che sanno parlare al mondo interno di bambini e adolescenti, consentendo processi di alfabetizzazione emotiva, promuovendo percorsi di ascolto reale ed efficace e offrendo occasioni e stimoli perché l'infanzia sia realmente soggetto di diritto e oggetto di attenzione da parte degli adulti.

**B.2 Formazione degli adulti (insegnanti e genitori).** Le azioni di formazione sono considerate fondamentali per la promozione di cambiamenti culturali, strutturali e sostanziali all'interno di scuola e servizi sociali. In molti hanno raccontato quanto alcune esperienze di formazione siano diventate strumenti in grado di incidere realmente sulla quotidianità, motivando e costruendo alleanze all'interno del gruppo degli operatori oltre che favorendo la costruzione di reti con le diverse agenzie e realtà del territorio a contatto con i minori.

Viene ribadita la necessità che la formazione si inquadri sempre più all'interno di una cornice progettuale più ampia che preveda una ricaduta immediata e diretta dei contenuti della formazione nella realtà operativa e organizzativa dei servizi che ricevono tale formazione. Il rischio da evitare è che processi di formazione molto buoni o molto "alti" divengano poi intraducibili nella realtà organizzativa e all'interno di una quotidianità di servizio votata alla routine o, al lato opposto, alla gestione delle emergenze. Diventa quindi fondamentale che la formazione sia sempre più incastrata in progetti di "tras-formazione" dell'istituzione scuola e che il monitoraggio che ne segue sia in grado di testimoniare la reale efficacia dei processi promossi utilizzando non solo dati "freddi" ma anche reali osservazioni di cosa sperimenta la popolazione dei bambini e dei ragazzi, in termini di ricadute emotive, relazionali e interpersonali.

Più persone nel gruppo hanno identificato la necessità che gli adulti si predispongano a un percorso di reciproca autoformazione e sappiano utilizzare strumenti propri della psicologia di comunità (tavoli di lavoro, processi di partecipazione e di progettazione condivisa) che diano modo di sentirsi attori di un processo che si co-costruisce con la comunità tutta. Solo così gli interessi e i diritti dei minori saranno davvero tutelati, quando entreranno a far parte di un pensiero e di una cultura comune. Come dire... "per crescere un bambino ci vuole un villaggio".

Alla luce di questa osservazione è sembrata molto interessante, per esempio, una delle esperienze presentate in cui scuola e servizi hanno provato a scrivere insieme una "Carta della collaborazione", una sorta di patto d'alleanza nel migliore interesse del minore cui rifarsi in ogni occasione di colla-

borazione e integrazione tra servizi diversi, scuola e agenzie del territorio. Molti altri territori hanno raccontato di sforzi messi in atto per condividere modelli, procedure, protocolli anche se un'osservazione scaturita da un operatore ha poi molto fatto riflettere tutti. Si è riportata l'attenzione, infatti, sulla necessità di sapere promuovere e gestire la "relazione" con chi sta crescendo, relazione intesa come capacità di stare "con" e non di stare "per". Tutti hanno concordato che è proprio questa la competenza che, alla fine, chi sta crescendo richiede a chi vive con lui, con funzioni di crescita, cura, responsabilità e, naturalmente, affetto.

Più intelligenza emotiva, più capacità organizzativa, più partecipazione e coinvolgimento, più formazione integrata con gli obiettivi di servizio e di attenzione all'infanzia, più innovazione e capacità di esplorare territori nuovi capaci di promuovere il minore come soggetto di diritto e protagonista della vita della sua famiglia, della sua comunità e del suo territorio: le sfide da cogliere sono molte. Le risorse fornite a scuola e servizi dalle leggi che negli ultimi anni hanno dato impulso e vigore alle politiche a sostegno dell'infanzia sono state fondamentali per cogliere tali sfide. Ma tanta strada ancora resta da fare.

### **Gruppo di lavoro n. 3** **Prevenzione, organizzazione dei servizi e processi di integrazione**

**Coordinatori: Marianna Giordano, assistente sociale, consulente Istituto Toniolo di Napoli, e Saverio Abruzzese, psicologo psicoterapeuta, giudice onorario del Tribunale per i minorenni di Bari**

Nel nostro Paese sono presenti diverse tipologie di servizi che possono essere impegnati sul fronte della prevenzione del maltrattamento e dell'abuso all'infanzia, servizi che si differenziano tra loro a seconda dei modelli organizzativi adottati, delle funzioni svolte, degli operatori coinvolti, delle connessioni con il sistema dei servizi.

La dimensione organizzativa svolge una funzione centrale nella realizzazione dei servizi alle persone: l'incisività di un intervento non dipende solo dalle competenze specialistiche messe in gioco ma anche dall'assetto organizzativo, dai processi di lavoro e dalle connessioni che si riescono ad attivare.

Il lavoro di gruppo ha voluto mettere a fuoco alcune caratteristiche delle esperienze di prevenzione del maltrattamento e dell'abuso all'infanzia realizza-

te nel Paese, collocandole all'interno di una riflessione sulle problematiche organizzative dei servizi per la tutela dei minori. Il confronto è stato un'occasione di scambio tra operatori in direzione di una maggiore consapevolezza sulle connessioni tra scelte organizzative e qualità dei servizi offerti.

Il lavoro del gruppo ha preso avvio dai seguenti interrogativi che hanno fornito una pista da seguire nella discussione.

- Quali aspetti (gruppo di lavoro, norme, culture organizzative e professionali, relazioni con altri servizi, ecc.) facilitano o ostacolano il lavoro di prevenzione in corso?
- Quali prospettive/strumenti si utilizzano o si presentano per affrontare le criticità?
- Come si concilia, nella nostra esperienza e nelle nostre idee, l'attenzione allo sviluppo delle competenze specialistiche con la cura delle competenze trasversali (lavoro di rete, integrazione intra e interprofessionale, intra e interistituzionale, ecc.)?
- Ci può essere una formazione all'integrazione? Se sì, su quali prerequisiti deve fondarsi? Quali preoccupazioni, paure, ostacoli alla collaborazione/integrazione riconosciamo nelle nostre esperienze?

L'elaborazione interna al gruppo di lavoro si è sviluppata a partire da tre nuclei tematici principali: le emozioni degli operatori rispetto all'integrazione con cui sono chiamati a confrontarsi nel loro lavoro; i contenuti e la tenuta effettiva di una cultura dell'integrazione e gli aspetti organizzativi dell'integrazione.

**Le emozioni.** Le emozioni prevalenti espresse nel confronto sono state la fatica, la pesantezza, il bisogno di appoggiarsi. Il gruppo è stato un "contenitore" di queste emozioni. Si è sperimentata un'integrazione sul versante emotivo, piuttosto che sull'analisi dei modelli di organizzazione del lavoro, tanto che un'indicazione del gruppo è esprimibile nei termini *che costruire spazi di integrazione delle emozioni* potrebbe essere un buon punto di partenza e un ottimo antidoto al burn out degli operatori.

Il secondo aspetto connesso al primo è che *l'integrazione ha una valenza affettiva*: la costruzione e la manutenzione di un clima di *fiducia* fra operatori (giudici, assistenti sociali, psicologi, poliziotti, ecc.) che appartengono a diversi sistemi di riferimento (giudiziario, servizi sociali, forze dell'ordine, ecc.) è una condizione essenziale per un lavoro efficace. La fiducia nasce dalla conoscenza e dalla condivisione, e permette di collaborare.

Una terza considerazione, che parte sempre da un'emozione, ha riguardato la dimensione del vicino/lontano: l'indicazione è che l'integrazione è possibile quando invece di *preoccuparsi delle differenze* fra operatori del settore, ci si occupa delle *similitudini*, perché in questo modo è più facile andare verso l'integrazione.

**La cultura dell'integrazione.** Accanto agli aspetti sui vissuti emotivi, che sono indicativi di una dimensione profonda dell'integrazione, sono emerse anche riflessioni sulla formazione come strumento che facilita la cultura dell'integrazione.

Alla domanda circolata ripetutamente nel gruppo «Ci può essere una formazione all'integrazione?» la risposta, non sempre esplicita, è stata positiva, ma con una notazione sul fatto che *il formatore deve essere "meta" rispetto ai formandi*. Come se un facilitatore esterno possa maggiormente garantire quel contenitore necessario all'integrazione, quello spazio non di parte ma di pari opportunità.

Un'altra considerazione ha affrontato il tema dell'individuazione di due livelli di differente complessità e conflittualità nei processi di integrazione: l'integrazione *intrasistemica* e quella *intersistemica*.

Infine è stata posta attenzione a un elemento caratterizzante *l'integrazione nella fiducia* tra operatori e utenti. Il minore ha bisogno di fidarsi e può farlo se sente un contesto di fiducia tra gli adulti. Mentre la sfiducia, la diffidenza tra operatori o tra istituzioni espone al rischio di fallimento la possibilità di proteggere il minore.

Infine sono state fatte alcune annotazioni sulla *transdisciplinarietà*: ognuno deve sapere di cosa si occupa l'altro, senza invaderne il campo.

**Le riflessioni sugli aspetti organizzativi.** Su questo argomento il dibattito è stato meno sistematico, nondimeno sono stati offerti interessanti spunti di approfondimento.

Una considerazione ricorrente è stata relativa ai *presidi normativi* che sono ritenuti insufficienti: l'integrazione, almeno secondo alcuni, non è ancora sufficientemente garantita e protetta da norme che permettano un sufficiente livello di funzionamento tra i servizi.

Rispetto alla attivazione dell'integrazione si è concordato che il momento della *presa in carico* è sicuramente il più indicato per una preventiva integrazione degli interventi.

*Il sistema sanitario*: alcune osservazioni sono state sviluppate sulla possibile integrazione nella presa in carico realizzata in un ospedale. Il sintomo – l'unica maniera possibile di esprimere il dolore – va visto e interpretato col codice medico e psicologico.

*La scuola* potrebbe diventare un'ottima occasione per cercare l'integrazione fra gli operatori, in considerazione del fatto che è il luogo privilegiato per la rilevazione degli abusi intrafamiliari: ma si dovrebbe partire dall'obbligo di segnalazione da parte degli insegnanti.

Il gruppo di lavoro è stato prevalentemente uno spazio di ascolto di esperienze significative vissute da alcuni operatori presenti e ha permesso di mettere a fuoco, quali linee comuni e condivise, alcune emozioni connesse all'integrazione. Infatti, mentre i contenuti sono stati diversificati per approccio, contesto di riferimento, professionalità del testimone, punti di vista, ecc., è stato possibile riscontrare notevoli punti di contatto su alcuni aspetti connessi ai vissuti e alle emozioni suscitate dal tema dell'integrazione. Nella pratica quotidiana, le esperienze riportate hanno mostrato che pur in assenza di uno spazio adeguato per dibattere sui contenuti, per molti operatori è stato comunque possibile individuare un ordito sul quale sono state tessute preziose reti di relazioni nelle diverse regioni del Paese, con le loro trame, le loro smagliature, i nodi, i rammendi, ecc.

### Gruppo di lavoro n. 1

#### Prevenzione come promozione di una cultura rispettosa dei bambini e delle bambine; progetti di sostegno alle famiglie e alla genitorialità. Esperienze e linee progettuali

**Coordinatrici: Loredana Aurelio Celegato, assessore alla Pubblica istruzione, Comune di Venezia, e Adriana Ciampa, dirigente Servizio minori, Ministero del lavoro e delle politiche sociali**

#### L'affido familiare di fronte a nuove opportunità e nuovi rischi in un contesto che muta. L'esperienza dell'Associazione famiglie affidatarie di Anagni

*Clorinda Atorino, assistente all'infanzia (AFA), e Anna d'Antonio, operatrice sociale (AFA)*

L'Associazione famiglie affidatarie di Anagni (in provincia di Salerno) ha accolto più di 60 bambini e ragazzi nel corso di questi anni, operando in un contesto difficile. L'affidamento familiare è un intervento complesso e delicato, che rappresenta il prototipo degli interventi di rete di tipo preventivo rivolti a bambini e ragazzi. Al centro dell'affidamento familiare vi sono bambini e ragazzi di nuclei familiari con problemi e l'affido è uno degli strumenti che mirano a offrire sostegno a tali famiglie, avendo le seguenti caratteristiche: rispetto assoluto per la storia delle persone, attenzione al contesto, valorizzazione delle persone e delle loro relazioni come risorse, tentativo di favorire l'arricchimento in quantità e qualità delle relazioni della famiglia protagonista (e non "oggetto") dell'intervento, partendo dall'idea che il più delle volte il disagio è frutto di povertà relazionale, più o oltre che di povertà economica. Potremmo parafrasare don Milani, che sosteneva che povero è chi ha mille parole in meno e potremmo affermare che *povero è chi ha meno relazioni e di qualità peggiore*.

Nel corso degli ultimi anni vi sono stati rapidi mutamenti nella prassi istituzionale per quanto riguarda gli affidamenti: la diffusione di progetti finanziati dalla legge 285/97, l'approvazione della legge 328/00, l'approvazione della legge 149/01, l'azione dell'Ufficio di Piano per il coordinamento delle politiche sociali e il progetto, ormai in fase realizzativi, per la costituzione di un Centro per l'affido e l'adozione unico per tutto l'Agro Nocerino-Sarnese.

Si tratta di una situazione piena di opportunità ma anche di rischi.

L'affidamento si giova, infatti, della chiarezza organizzativa e del coordinamento, ma l'ipertrofia organizzativa, la centralizzazione, la burocratizzazione, il tecnicismo sono rischi letali per un intervento che deve nascere tipicamente dal basso.



## Prevenzione e minori vittime di violenza assistita intrafamiliare

Roberta Luberti, medico, psicoterapeuta, responsabile Settore minori presso l'Associazione Artemisia, Firenze

Molti autori hanno scritto sui danni, a breve e a lungo termine, riportati da bambini e bambine che vivono in contesti familiari violenti, e sulla necessità di interventi adeguati di protezione, valutazione e cura (Jaffe, Wolfe, Wilson, 1990; De Zulueta, 1993; Edleson Jeffrey, 1996; Kashani Javad, Wesley Allan, 1997; Wolak, Finkelhor, 1997; Tortolani, 1998; Trout, 1999; Di Blasio, 2000; Bruno, 2001; Carini, Pedrocco Biancardi, Soavi, 2001, Luberti, 2002, per citarne alcuni).

Monteleone (1999), descrivendo nell'ambito del maltrattamento psicologico la categoria del *terrorizzare*, include nei comportamenti inducenti terrore «la minaccia di fare del male ad altri in presenza del bambino e il permettere intenzionalmente di vedere o essere coinvolto in un comportamento violento». Tra i comportamenti genitoriali che *corrompono il minore* lo stesso autore comprende «l'insegnare che il bene è male e il male è bene»; nelle situazioni di violenza intrafamiliare vi è un sovvertimento del significato dei sentimenti e la violenza è spiegata come modalità educativa utile nei confronti di donne e bambini, dimostrazione di amore e affetto e strumento lecito per il mantenimento dei legami.

Di Blasio (2000) definisce il maltrattamento psicologico «la reiterazione di pattern comportamentali o modelli relazionali che convogliano sul bambino l'idea che vale poco, non è amato, non è desiderato, la presenza di biasimo protratto, isolamento forzato, disparità e preferenze verso i fratelli, minacce verbali, e ancora *consentire che il bambino assista alla violenza e ai conflitti tra i genitori o sia spettatore di aggressioni fisiche di un genitore nei confronti dell'altro o dei fratelli*». L'Office for the Study of the Psychological Rights of the Child dell'Indiana University, nel proporre le categorie comportamentali che compongono il maltrattamento psicologico, ha specificato che «i comportamenti che rientrano in queste categorie possono essere rivolti personalmente al bambino, oppure egli può subirne le conseguenze in quanto spettatore o osservatore» (in Di Blasio, 2000).

Nel Congresso internazionale di Singapore sulla violenza in famiglia del 1998, la violenza assistita è stata definita violenza di tipo primario quale quella sessuale, fisica, psicologica. La Commissione di studio "Violenza assistita" del Coordinamento italiano dei servizi contro il maltrattamento e l'abuso all'infanzia (CISMAI), deputata all'approfondimento di questo tipo di fenomeno, ha proposto nel 1999 la seguente definizione: «Per violenza assistita da minori in ambi-

to familiare si intende qualsiasi atto di violenza fisica, psicologica, sessuale ed economica compiuta su figure di riferimento o su altre figure significative, adulte o minori; di tale violenza il/la bambino/a può fare esperienza direttamente (quando essa avviene nel suo campo percettivo), indirettamente (quando il minore è a conoscenza della violenza), e/o percependone gli effetti».

Un'attenta riflessione va fatta sulla distinzione tra situazioni conflittuali (senza negare o sottovalutare i danni che possono derivarne a bambine e bambini) e situazioni di maltrattamento di un coniuge sull'altro; spesso nelle relazioni degli operatori si definiscono genericamente conflitto o litigi tra coniugi situazioni dove avvengono sulla donna maltrattamenti psicofisici e violenze sessuali reiterate, che non vengono nominati pur essendone gli operatori stessi a conoscenza. La mancata descrizione dei fatti determina una distorsione nella lettura del reale e ha effetti negativi ai fini sia della protezione, intesa non solo rispetto al reiterarsi della violenza ma anche sotto il profilo psicologico, sia degli interventi riparativi (Luberti, Bessi, Pauncz, 2001; Luberti, 2002).

La confusione terminologica rispecchia l'ancora diffusa debolezza culturale e la scarsa sensibilità sociale sul tema della violenza domestica, fattori questi che incidono negativamente anche sulla rilevazione dei casi.

Bisogna sottolineare l'inefficiente o nulla protezione in moltissimi casi di violenza assistita da maltrattamento sulla madre. Assistiamo ancora al fenomeno che, in presenza di una misura cautelare, quale un ordine di allontanamento, se esso non viene rispettato dal maltrattante, denunce e segnalazioni su tale inosservanza restano in molti casi senza risposta, permettendo così il proseguimento di gravi e reiterate persecuzioni. Bambine e bambini continuano in questo modo a vivere nel terrore e nell'impossibilità di riprendere una vita normale (dall'uscire semplicemente di casa, a poter andare a scuola, a poter svolgere attività di socializzazione con gli altri bambini, a poter frequentare i parenti, ecc.).

Persino laddove si sia rilevato che minori vittime di violenza assistita abbiano subito anche abusi sessuali e maltrattamenti fisici, l'assenza di protezione resta in alcuni casi esemplare, ed è delegata allo sviluppo, sia nelle madri che nei figli, di strategie difensive personali, che, oltre a non poter essere da sole efficaci, richiedono enorme dispendio di energie e tempi di vita preziosi, e non riparano dalla sensazione di abbandono, impotenza, solitudine, tradimento della fiducia.

Mancanza di interventi di protezione, valutazione e cura sono, si può dire, la regola nei casi di violenza assistita da abusi sessuali e maltrattamenti su sorelle e fratelli (Carini, Pedrocco Biancardi, Soavi, 2001).

Interventi di protezione, valutazione del danno, valutazione della genitorialità e della recuperabilità delle competenze genitoriali, interventi riparativi adeguati sono tutte tappe irrinunciabili se si vuole parlare di efficace presa in carico dei casi, nonché di prevenzione anche rispetto agli effetti a lungo termine della violenza assistita, compresa l'assunzione nella vita adulta di comportamenti maltrattanti e abusanti. È noto infatti il ruolo che l'assistere alla violenza nell'infanzia e nell'adolescenza ha rispetto alla sua trasmissione intergenerazionale, sia per quello che riguarda l'assunzione di comportamenti maltrattanti, sia per quello che riguarda le difficoltà di assunzione nella vita adulta di comportamenti autoprotettivi e protettivi.

Per poter attuare interventi efficaci è necessario che gli operatori siano messi in grado non solo di ricevere una formazione adeguata, ma abbiano, ovviamente, la possibilità di mettere a frutto gli apporti formativi attraverso la presenza nei servizi delle necessarie figure professionali, la creazione di adatti luoghi di protezione – che non siano, come ora, marginali in termini numerici e di possibilità economiche – e di strutture funzionali rispetto all'esito degli interventi di valutazione del danno sulle vittime e sulle relazioni familiari, con particolare riguardo alla relazione madre-bambini nei casi di maltrattamento sulle madri e di abusi sessuali intrafamiliari a danno dei minori.

Nel documento del Gruppo di studio attinente all'area *La tutela e la cura del soggetto in età evolutiva in difficoltà* dell'Osservatorio nazionale per l'infanzia e l'adolescenza, redatto nel 2002, si nomina la violenza assistita intrafamiliare come una fattispecie emergente e si sottolinea il fatto che estensione e gravità di questa condizione sono sottovalutate e stemperate nella più ampia nozione di "conflitto familiare", «cosa che impedisce un'adeguata presa d'atto del problema e la promozione di opportune forme di intervento». Il documento inoltre richiama alla necessità di «attivare tempestivamente forme di raccolta dati che definiscano con precisione i contorni del problema».

## Riferimenti bibliografici

### Bruno, T.

2001 *Maltrattamento e violenza sessuale sulle donne all'interno della famiglia*, in *L'approccio clinico al maltrattamento e alla violenza sessuale. Materiali di un corso di formazione*, Università degli Studi di Firenze, Centro Antiviolenza di Careggi-Regione Toscana

### Carini, A., Pedrocco Biancardi, M.T., Soavi, G.

2001 *L'abuso sessuale intrafamiliare. Manuale di intervento*, Milano, Cortina

### CISMAI - Commissione di studio "Violenza assistita"

2000 *Violenza assistita*, in «Il Raccordo», 6, 2000

### De Zulueta, F.

1999 *Dal dolore alla violenza. le origini traumatiche dell'aggressività*, Milano, Cortina

### Di Blasio, P.

1990 *Dinamica incestuosa e rapporto tra fratelli*, in M. Malacrea, A. Vassalli (a cura di), *Segreti di famiglia. L'intervento nei casi di incesto*, Milano, Cortina

### Di Blasio, P.

2000 *Psicologia del bambino maltrattato*, Bologna, il Mulino

### Edleson, J.L.

1996 *Children's witnessing of adult domestic violence*, «Journal of Interpersonal Violence»

### Jaffe, P., Wolfe, D., Wilson, S.

1990 *Children of battered women*, Newbury Park, CA, Sage Press

### Kashani, J.H., Wesley, D.A.

1998 *The Impact of Family Violence on Children and Adolescent*, London, Sage

### Luberti, R.

2002 *La violenza assistita*, in A. Cosuccia, L. Lorenzi, M. Strambi (a cura di), *Infanzia maltrattata*, Milano, Franco Angeli

### Luberti, R., Bianchi, D.

1997 *"...e poi disse che avevo sognato". Violenza sessuale intrafamiliare su minori. Caratteristiche del fenomeno e modalità di intervento*, Firenze, Edizioni Cultura della Pace

### Monteleone, J.A.

1999 *Gli indicatori dell'abuso infantile: gli effetti devastanti della violenza fisica e psicologica*, Torino, Centro Scientifico Editore

### Tortolani, D.

1998 *Linee guida per il rilevamento e la diagnosi delle famiglie abusanti*, in F. Montecchi (a cura di), *I maltrattamenti e gli abusi sui bambini: prevenzione e identificazione precoce*, Milano, Franco Angeli

## Prevenzione e sostegno della genitorialità

*Annalisa Marcassa, psicologa e psicoterapeuta familiare, responsabile del settore clinico del Centro per la tutela del bambino e la cura del disagio familiare di Marghera, e Alessandra Giangreco, psicologa e psicoterapeuta familiare*

Dall'esperienza decennale del Centro per la tutela del bambino e la cura del disagio familiare (CTB), che opera con famiglie multiproblematiche accogliendo i minori in comunità con decreto del tribunale dei minori e seguendo i genitori in terapia per valutarne le risorse, si sono potute effettuare alcune considerazioni teoriche. Il lavoro sulle dinamiche familiari ha messo in evidenza come l'aspetto relazionale e di coppia non possa essere disgiunto dall'essere genitore. Infatti, analizzando le modalità relazionali di una coppia prima che sfoci in una sintomatologia conclamata di disagio, si riscontrano possibilità di "lavoro" terapeutico: si trovano più punti d'accordo, vi sono più collaborazione e anche maggiori capacità introspettive. Quando invece si arriva in terapia dopo un allontanamento coatto e quando ormai la coppia è "sommersa" da problematiche tanto grandi da diventare ingestibili, è ormai tardi e risulta molto più impegnativo il recupero della figura genitoriale, non essendoci più una coppia coniugale alle spalle.

L'azione preventiva risulta quindi la strada migliore per aiutare un genitore a essere tale.

Proprio a dieci anni dall'apertura del CTB, le premesse iniziali di lavoro con le famiglie risultano di estrema attualità in quanto si assiste spesso a una mistificazione del potere genitoriale a scapito del minore.

## ***L'home visiting: i progetti Elmira e Memphis del gruppo di David Olds***

*Giampaolo Nicolais, Università di Roma*

A partire dalla fine degli anni Settanta, esperienze diffuse di sostegno domiciliare (*home visiting*) alle famiglie in popolazioni ad alto rischio si sono sviluppate in vari Paesi, in particolare negli Stati Uniti.

Tali esperienze, che rappresentano interventi di prevenzione primaria del fenomeno del maltrattamento all'infanzia, sono essenzialmente centrate sul riconoscimento dell'importanza di prendersi cura del figlio da parte della madre, e si articolano in larga parte (anche se non in modo esclusivo) sul sostegno delle capacità materne.

L'esistenza di programmi di intervento su famiglie svantaggiate attraverso l'*home visiting* è testimoniata già dalla fine dell'Ottocento, e una sintesi dei dati relativi a sei importanti programmi di *home visiting* negli Stati Uniti ha recentemente stimato che circa mezzo milione di famiglie siano state coinvolte complessivamente in quei programmi.

Entrare direttamente nel mondo di queste famiglie rappresenta un modo per raggiungere genitori che non hanno fiducia, o che apertamente sconfessano, i servizi sociali tradizionalmente consolidati e deputati ad azioni di "controllo e sanzione" della genitorialità. Si tratta, cioè, di quei genitori che meno probabilmente si riferiranno ai servizi per problematiche familiari relative al maltrattamento. Si realizza, così, un'opportunità unica di osservare la molteplicità delle interazioni fra madre, padre e bambino all'interno del proprio ambiente, che consente di comprendere al meglio come si sviluppa la loro relazione, incoraggiando le capacità dei membri della famiglia e la loro fiducia personale.

In riferimento ai programmi di prevenzione e sostegno alla genitorialità attraverso *home visiting*, le esperienze realizzate da David Olds a partire dalla fine degli anni Settanta sono da ritenersi le più complete sia relativamente all'adeguatezza dell'impianto teorico e metodologico, sia nella strategia di raccolta e analisi dei dati, tanto da porsi come punto di riferimento imprescindibile in questo settore.

Caratteristica particolarmente importante di questi programmi è il fatto che i campioni ai quali è stato rivolto l'intervento preventivo siano stati stratificati e quindi assegnati in modo randomizzato a gruppi con diverse condizioni sperimentali: ciò ha permesso di valutare scientificamente l'impatto differenziale di interventi preventivi che si avvalgono dell'*home visiting*.

Le caratteristiche salienti dei progetti Elmira e Memphis, i due maggiori programmi preventivi di *home visiting* realizzati dal gruppo di Olds, verranno illustrati, sottolineando la ricaduta dell'intervento realizzato tanto in senso clinico-preventivo, quanto in termini di efficacia e realizzabilità.

## Riferimenti bibliografici

### Olds, D.L.

2002 *Prenatal and infancy home visiting by nurses: From randomized trials to community replication*, «Prevention Science», 3, 153-172

### Olds, D.L., Eckenrode, J., Henderson, C.R., Kitzman, H., Powers, J., Cole, R.

1997 *Long-term effects of home visitation on maternal life course and child abuse and neglect: 15-year follow-up of a randomized trial*, «The Journal of the American Medical Association», 278, 637-643

**Olds, D.L., Henderson, C.R., Chamberlin, R., Tatelbaum, R.**

1986 *Preventing child abuse and neglect: A randomized trial of nurse home visitation*, «Pediatrics», 78, 65-78

**Olds, D.L., Henderson, C.R., Cole, R., Eckenrode, J., Kitzman, H., Luckey, D.**

1998 *Long-term effects of nurse home visitation on children's criminal and antisocial behavior: 15-year follow-up of a randomized trial*, «The Journal of the American Medical Association», 280, 1238-1244

**Olds, D.L., Henderson, C.R., Kitzman, H., Eckenrode, J., Cole, R., Tatelbaum, R.**

1998 *Prenatal and infancy home visitation by nurses: A program of research*, in C. Rovee-Collier, L.P. Lipsitt, H. Hayne (eds.), *Advances in Infancy Research*, Vol. 12, Stamford, Ct, Ablex Publishing Corp.

**Olds, D.L., Henderson, C.R., Tatelbaum, R., Chamberlin, R.**

1986a, *Improving the delivery of prenatal care and outcomes of pregnancy: A randomized trial of nurse home visitation*, «Pediatrics», 77, 16-28.

**Olds, D.L., Hill, P.L., O'Brien, R., Racine, D., Moritz, P.**

(2002, in stampa????) *Taking preventive intervention to scale: The Nurse-Family Partnership*, «Cognitive and Behavioral Practice»

**Olds, D.L., Kitzman, H.**

1993 *Review of research on home visiting*, «The Future of Children», 3, 51-92

**Olds, D.L., Robinson, J.A., O'Brien, R., Luckey, D.W., Pettitt, L.M., Henderson, C.R.,**

**Nag, R.K., Sheff, K.L., Korfmacher, J., Hiatt, S., Talmi, A.**

2002 *Home visiting by paraprofessionals and by nurses: A randomized controlled trial*, «Pediatrics», 110, 486-496

## **Rispetto dei bambini e sostegno alla genitorialità: il lavoro con le famiglie affidatarie**

*Alessandra Pachì, psicologa e psicoterapeuta del Centro Anti Abuso per la prevenzione, lo studio e la presa in carico di situazioni di abuso sessuale su minori*

Il Centro per la prevenzione, lo studio e la presa in carico delle situazioni di abuso sessuale sui minori (CAA) è attivo dal 1998. Esso è costituito da due strutture congiunte: un servizio clinico per la valutazione diagnostica e la terapia individuale e familiare (con un'équipe di psicologi e assistenti sociali) e una di comunità che garantisce un ambiente di vita idoneo e protetto per minori in situazioni di carenza familiare per abuso sessuale.

L'ospitalità dei minori presso il nostro Centro è sempre finalizzata a un lavoro di riparazione delle ferite profonde che relazioni distorte quali quelle dell'abuso hanno lasciato in loro.

In un'ottica di prevenzione sembra importante mettere in evidenza il lavoro che viene effettuato al termine del percorso riabilitativo del minore ospite

presso la comunità, ovvero nel momento in cui si tratta di progettare il suo rientro in famiglia o l'ingresso in una famiglia adottiva o affidataria.

C'è da dire che l'esperienza costringe, nei casi da noi seguiti di abuso intra-familiare, a considerare spesso come unica risorsa l'inserimento del minore in una nuova cornice familiare dal momento che le famiglie di provenienza del bambino non vengono ritenute adeguate perché non protettive; il lavoro terapeutico si focalizza allora sulla costruzione di nuove relazioni affettive che garantiscano al bambino il riconoscimento e il rispetto dei suoi bisogni.

L'esperienza di una famiglia adeguata, attenta, affettiva, valorizzante ha spesso per questi bambini un alto valore terapeutico, si evidenzia infatti che, seppure il percorso terapeutico di elaborazione del trauma può portare a significativi cambiamenti, spesso è proprio l'inserimento in un contesto familiare a garantire la creazione di relazioni affettive positive che hanno un significativo valore ristrutturante anche rispetto al rischio (verificato soprattutto nei ragazzi preadolescenti) di uno scivolamento sul versante della patologia psichiatrica o della devianza.

Proprio per questo motivo diventa fondamentale il lavoro di sostegno e accompagnamento del nucleo affidatario: l'inserimento del bambino prevede sempre un progetto di presa in carico del nuovo sistema familiare che si trova a dover confrontare e modificare il proprio equilibrio con un elemento di novità, il bambino che, con i suoi vissuti, il suo bagaglio di significati, chiede alla famiglia la capacità di modificare il proprio equilibrio interno per dare spazio anche a lui.

Il lavoro terapeutico con queste famiglie segue l'ottica della terapia sistemica e può quindi prendere formati diversi a seconda che si lavori con la sola coppia, con il solo bambino, con l'intero nucleo; le tappe di questo lavoro, i contenuti di volta in volta affrontati hanno lo scopo di fare in modo che alla nascita oggettiva visibile di un nuovo nucleo familiare (che avviene quando il bambino si trasferisce dalla comunità alla famiglia) segua una nascita psicologica, processo lento ma fondamentale e che avviene nel momento in cui c'è stata la possibilità di costruire un terreno comune di significati.



## Gruppo di lavoro n. 2 Prevenzione nei contesti esterni alla famiglia: scuola e servizi territoriali

**Coordinatori: Alberto Pellai, Istituto di Igiene e medicina preventiva, Università di Milano, e Armando Rossini, dirigente scolastico, già presidente dell'Associazione nazionale dirigenti scolastici**

### Progetto *Carovana*

*Mattia Bertolini, assistente sociale, Settore famiglia e minori, Centro tutela minori del Comune di Vicenza*

Il progetto ha avuto inizio nella primavera del 2001 a cura del Settore famiglia e minori del Comune di Vicenza che da tempo è impegnato nel lavoro di prevenzione, trattamento e recupero di bambini e degli adolescenti vittime di abuso sessuale, maltrattamento e disagio.

L'idea del progetto *Carovana* è quella di realizzare attività e progetti al fine di accrescere la sensibilità nei confronti del disagio di bambini, di adolescenti e delle loro famiglie.

I “carri” costituiscono le varie proposte che vanno a comporre, ad arricchire e a delineare il percorso della carovana. Il “Laboratorio di scrittura scenica” era composto da tre aree di approfondimento: teatrale, psicologica e sociale.

*Gli obiettivi del progetto:*

- offrire alla cittadinanza una proposta alternativa di discussione sull'infanzia e l'adolescenza in città attraverso uno spettacolo teatrale;
- realizzare uno strumento (videocassetta) di ampia diffusione sia su aspetti politici, organizzativi e teorici del maltrattamento a danno dell'infanzia a Vicenza;
- acquisire conoscenze e informazioni sul fenomeno del maltrattamento e dell'abuso sessuale, sul vissuto del bambino abusato/maltrattato e sul sistema abusante;
- conoscere le competenze e i referenti professionali e istituzionali che intervengono nei casi di protezione e cura del minore;
- approfondire l'iter di aiuto e supporto avviato dai servizi sociali in caso di grave maltrattamento e abuso di minori.

*Le fasi in cui si è articolato il percorso sono state:*

- costituzione gruppo (23 partecipanti);
- incontri di approfondimento psicologico sui temi dei vissuti personali dei par-

tecipanti riguardo il maltrattamento e l'abuso dei minori, dei pregiudizi personali e sociali di questi fenomeni, ascolto del minore (gli incontri presentavano una introduzione teorica, lavori di gruppo e visione di spezzoni di film). Il *laboratorio di scrittura scenica* si è articolato attraverso:

- 15 incontri sui temi del corpo neutro, del rito del racconto, della messa in scena;
- una serata di formazione sugli aspetti della rilevazione del maltrattamento, della segnalazione e sul ruolo che i partecipanti potranno avere per il supporto dei minori vittime di gravi maltrattamenti;
- realizzazione della rappresentazione;
- produzione della videocassetta della rappresentazione.

Gli *autori del progetto* sono stati:

- Ketti Grunchi, insegnante di teatro;
- Roberta Maschio, psicologa del Servizio affidi;
- Alessandra Gasparinetti, psicoterapeuta;
- Mattia Bertolini, assistente sociale.

### **La scuola, le famiglie, i servizi: un dialogo difficile**

*Giovanna Di Bartolo, psicologa psicoterapeuta, giudice onorario presso il Tribunale per i minori di Firenze*

Operando in una realtà come il tribunale per i minori, nell'analizzare situazioni divenute estreme, sono chiaramente evidenti i percorsi del fallimento di un efficace dialogo fra le tre realtà: la scuola, la famiglia e i servizi. Queste dovrebbero essere i baluardi di una funzionante prevenzione del disagio nell'infanzia e adolescenza. Anche trattando in particolare di due contesti esterni alla famiglia è indispensabile chiarire le linee di intervento preventivo facendo riferimento alla famiglia come luogo principale dove il bambino ha le sue migliori opportunità o di contro le sue carenze educative.

La scuola è sicuramente un contesto a strettissimo contatto col minore.

Nei casi che approdano al tribunale per i minori l'iter delle difficoltà è quasi sempre lo stesso: difficoltà all'inserimento nella classe, difficoltà di apprendimento con numero alto di assenze sino all'abbandono della scuola dell'obbligo, ma anche di quella superiore o professionale.

È evidente che in questi casi la scuola (e i suoi insegnanti) non è stata capace né di prevenire il disagio prima né di contenerlo dopo.

Il contatto con i servizi per la segnalazione spesso (quasi sempre) avviene quando ormai la situazione di disagio è in uno stadio avanzato.

Occorre qui rilevare che in quasi tutte le scuole non esiste peraltro un elemento che funga da *trait-d'union* fra la scuola e i servizi, attraverso una approfondita conoscenza del minore e della sua famiglia: lo psicologo scolastico. La scuola non è in condizioni di cogliere anche la delega spesso operata dalle famiglie in difficoltà. Questo per carenze insite nell'organizzazione e nelle persone in essa operanti.

I servizi in questo scenario appaiono come l'ultima spiaggia che porterà all'intervento del tribunale per i minori: spauracchio di molti presidi e insegnanti.

Solo un elemento facilitante la comunicazione quindi fra queste tre realtà che ruotano attorno al minore può creare un primo momento di prevenzione in cui si potrà cogliere il disagio e portarlo alla consapevolezza di tutti.

### **Progetto *Psicantropos***

*Maria Rosa Dominici, psicologa psicoterapeuta, giudice onorario presso il Tribunale per i minorenni di Bologna*

#### ***Storia del metodo***

Il percorso didattico "Dal progetto *Psicantropos* al metodo *Leggere i messaggi del corpo*" è un *metodo originale*, completamente integrato nel curricolo delle discipline; è nato a Rimini, grazie alla sensibilità e alla progettualità di Anna Morrone, ed è stato realizzato in due classi della scuola elementare F. Casadei di Viserba di Rimini negli anni scolastici 1999-2000 e 2000-2001.

È caratterizzato da un'azione sinergica che, nel rispetto della specificità dei ruoli, utilizza sia il TAA (Training autogeno analitico), essenza del progetto *Psicantropos* della Dominici ([psicantropos@libero.it](mailto:psicantropos@libero.it)), sia una serie di allenamenti, inseriti nella didattica dall'insegnante Ricci ([carlaricci2002@libero.it](mailto:carlaricci2002@libero.it)). Le ideatrici ritengono che uno strumento, rivelatosi efficace per ricondurre all'armonia psicosomatica giovani in difficoltà, produca il benessere a scuola e a casa anche per i bambini che vivono in una situazione di normalità.

Esse hanno, pertanto, ideato, testato, monitorato e strutturato il protocollo del metodo "Leggere i messaggi del corpo", unica applicazione del progetto *Psicantropos* alla didattica della scuola elementare. Gli alunni che per primi l'hanno attuato, attraverso le risposte alle suggestioni, le espressioni della memoria corporea e le domande poste, hanno evidenziato la specificità di tale percorso come strumento di significativa formazione per bambini di scuola elementare: è stato quindi così realizzato un progetto pilota, diventato metodo consolidato, testato direttamente sugli scolari, formati fortunatamente *non in una fase di emergenza ma in un ambito di normalità*.

Tale metodo, opportunamente arricchito e adattato all'età degli alunni, dall'anno 2001-2002, è in fase di realizzazione anche in tre prime del plesso Flavia Casadei di Viserba e si avvale del coinvolgimento attivo degli interi team docenti.

Il protocollo, in fase di costruzione, è stato attuato e graduato non più solo sulle due classi nelle quali all'insegnante che lo ha redatto era stata assegnata un'intera area disciplinare ma anche sulla classe parallela nella quale è intervenuta solo con le proposte di educazione motoria.

Gli esiti positivi conseguiti fanno presumere che, alle dovute condizioni e previa formazione dei docenti, il protocollo potrebbe essere applicato con risultati soddisfacenti in realtà e/o fascia scolastica differenti (es.: è già in atto all'Istituto superiore Salvemini di Bologna su insegnanti, genitori e allievi e nel quartiere Santo Stefano di Bologna sulle sole insegnanti di scuola materna).

### ***Caratteristiche del metodo***

Si tratta di una proposta didattica che si prefigge l'accettazione e la conoscenza di tutto quello che il corpo rappresenta: il bambino impara a rilassarsi, a prendere le distanze dalle proprie ansie, a uscire o contenere in modo adeguato il proprio disagio, a "fidarsi" del team e del gruppo, raggiungendo, in generale, una buona socializzazione nel periodo significativamente iniziatico dell'uscita dal contesto privato familiare al contesto pubblico istituzionale.

L'alunno, imparando a conoscere, a interpretare e a gestire i propri pregi e i propri limiti, sta bene, si accetta e si ama; ciò contribuisce anche ad accrescere la sua capacità di applicazione in ambito scolastico perché acquista maggior fiducia in se stesso e nelle proprie capacità.

Il percorso non è casuale ma è pensato e studiato per le caratteristiche degli alunni della scuola elementare, secondo una rigorosa gradualità scientifica, garantita dalla supervisione della psicologa Maria Rosa Dominici.

Il metodo s'innesta perfettamente nel curriculum di educazione motoria che si propone appunto di curare tutti gli aspetti della corporeità dell'alunno, anche e soprattutto l'aspetto relazionale, sopperendo, in tal modo, a una carenza che sovente si riscontra nella programmazione delle attività motorie che tende a privilegiare l'aspetto dinamico/agonistico della disciplina, ma è perfettamente integrato nella didattica in quanto realizza obiettivi specifici relativi a una, ad alcune o a tutte le discipline: ad esempio, il benessere è facilitato dall'ascolto di musiche appropriate, tese a migliorare nei ragazzi il gusto estetico.

### ***La nostra esperienza***

Il nucleo del progetto primario del 1999-2000, limitato a due classi quarte e gestito esclusivamente dall'insegnante di educazione motoria, si è evoluto nel-

l'anno 2000-2001 nelle classi quinte con il parziale coinvolgimento del team e si è trasformato, dall'anno 2001-2002 in un progetto globale che coinvolge direttamente l'intero team docente (Tiziana Basei, Giuseppina Bigucci, Stefania Casadei, Alessandra Plachesi, Carla Semprini, Ivana Troppa) proseguendo anche nell'anno scolastico 2002-2003. Si tratta di una ricerca-azione costituita dall'attività laboratoriale di TAA con gli alunni, articolata attraverso incontri di supervisione della dott.ssa Dominici corredati dal *toccamento*<sup>1</sup> e allenamenti a cadenza mensile gestiti dall'insegnante Ricci, nell'ambito dell'educazione motoria.

La dottoressa, nel primo intervento, ha introdotto il linguaggio psicologico e illustrato l'*induzione*<sup>2</sup> e, di seguito, ha dato agli alunni una serie di informazioni, inclusa l'interpretazione di sensazioni ed emozioni.

Le esercitazioni curricolari, condotte dall'insegnante, hanno chiarito ai bambini le modalità di svolgimento degli *esperienziali*<sup>3</sup> e il linguaggio utilizzato e hanno veicolato le informazioni e le interpretazioni psicosomatiche ricevute.

Ogni incontro comprende *esperienziale* e restituzione da parte del bambino tramite verbalizzazioni, produzione grafica ed espressioni scritte. Ogni incontro è sempre preceduto dalla lettura di una fiaba fatta, di norma, dall'insegnante con orario prevalente e corredato da una musica particolare in grado di contribuire, una volta attivata la memoria corporea, alla visualizzazione di immagini, alla identificazione di emozioni e alla percezione delle sensazioni.

Sono stati, ovviamente, effettuati incontri con i genitori, in cui Dominici ha illustrato il progetto e l'insegnante Ricci il metodo, rispondendo ai quesiti e dando informazioni.

### ***La documentazione***

L'insegnante Ricci ha curato la documentazione del percorso nel rispetto del rigore e, contemporaneamente, del diritto alla riservatezza dei soggetti: la collaborazione della psicologa è palese, soprattutto in relazione a linguaggio, lettura, spiegazione e interpretazione psicologica, psicosomatica e psicoterapeutica.

---

<sup>1</sup> Toccamento da parte della psicologa di specifiche parti del corpo per educare la fondamentale distinzione tra il *bad touch* e il *beautiful touch* (toccamento cattivo e tocco buono). (Da *Relazione finale* al Corso di formazione per docenti referenti di educazione alla salute della Provincia di Rimini. Decreto del Provveditorato agli studi di Rimini. DP 3745/D16 del 22 aprile 1999).

<sup>2</sup> Esercizio che muove dal particolare per giungere al generale dal vissuto delle emozioni e sensazioni, permettendo la correlazione fra causa ed effetto. (Dalla documentazione del progetto "Dal progetto Psicanthropos al metodo Leggere i messaggi del corpo", Viserba di Rimini, a.s. 1999-2000 e 2000-2001).

<sup>3</sup> Esperienza diretta di un esercizio che si prefigge di indurre sensazioni ed emozioni specifiche. (Dalla Documentazione del Progetto "Dal progetto Psicanthropos al metodo Leggere i messaggi del corpo", Viserba di Rimini, a.s. 1999-2000 e 2000-2001).

Grazie alla collaborazione dei genitori di alcuni alunni, si sta predisponendo l'ipertesto con tutta la documentazione: tale materiale può essere richiesto direttamente all'indirizzo di posta elettronica: carlaricci2002@libero.it.

Con la consulenza di Maria Rosa Dominici è stato redatto il protocollo per la conduzione degli esperienziali, di seguito riprodotto.

### ***Premessa***

La scuola ha il dovere di educare i propri ragazzi alla pretesa del rispetto dei propri diritti, sviluppando in ciascuno la consapevolezza della propria unicità e della propria importanza, per tendere a uno sviluppo il più possibile armonico.

Deve sviluppare in ogni individuo l'interiorizzazione piena del diritto:

- al rispetto;
- all'accettazione incondizionata;
- alla valorizzazione piena dei propri pregi;
- alla possibilità di espressione del proprio disagio;
- all'espressione libera delle proprie emozioni e dei propri sentimenti;
- alla riservatezza;
- all'ascolto attento da parte di adulti e compagni;
- al rispetto degli altri, coetanei e adulti che siano;
- a non subire prepotenze.

Deve, però, dare anche la consapevolezza dei doveri propri di ognuno:

- di rispetto degli altri;
- di accettazione incondizionata degli altri con la loro ricchezza e i loro limiti;
- di valorizzazione dei pregi degli altri;
- di attenzione all'espressione del disagio dei compagni;
- di accettazione e di rispetto dell'espressione libera delle emozioni e dei sentimenti altrui;
- di rispetto della riservatezza del prossimo;
- di ascolto attento degli altri;
- di rispetto degli altri, coetanei e adulti che siano;
- di non perpetrare prepotenze.

### ***Finalità del percorso***

- Interiorizzazione dell'ambiente scolastico come luogo del ben-essere;
- sensibilizzazione alla sacralità corporea;
- miglioramento della capacità di socializzazione dei vissuti, anche se negativi;
- maggior fiducia nelle proprie capacità;
- cura delle relazioni tra gli alunni;

- miglioramento dei rapporti tra pari;
- consapevolezza dell'appartenenza al gruppo, mantenendo la propria personalità;
- contenimento e gestione delle proprie ansie;
- acquisizione della capacità di chiedere aiuto;
- maggior attenzione verso chi condivide la stessa esperienza;
- acquisizione dell'abitudine ad aiutare gli altri;
- accettazione dei propri limiti;
- coscienza delle proprie capacità ;
- miglior capacità di apprendimento;
- miglioramento dell'integrazione dell'alunna portatrice di handicap;
- maggior fiducia verso l'insegnante;
- attenzione, da parte delle insegnanti, alle reazioni dei propri alunni;
- allenamento dell'occhio a cogliere i segnali inviati;
- osservazioni sistematiche e monitoraggi.

### ***Risultati attesi***

- Maggior attenzione e coinvolgimento anche nelle attività curricolari;
- nascita, nei gruppi, di una sorta di comunicazione emotiva;
- aumento della fiducia nel team docente e nel gruppo dei pari;
- creazione di un luogo e un tempo privilegiati in cui ciascuno possa esprimersi senza l'assillo del "tempo che non c'è", "del programma che deve andare avanti";
- condivisione di gioie e dolori oppure solo di sensazioni particolari.

## **L'importanza della ricerca per l'attuazione di progetti di prevenzione**

*Cecilia Millich, psicologa, Centro anti abuso per la prevenzione, lo studio e la presa in carico di situazioni di abuso sessuale su minori*

L'Associazione Centro Santa Maria Mater Domini ONLUS di Venezia si occupa da anni dello studio dei fenomeni di maltrattamento e abuso all'infanzia al fine di attuare specifici progetti di prevenzione degli stessi. La possibilità di avvalersi di un osservatorio privilegiato, qual è un centro studi, permette sia di monitorare e studiare costantemente i fenomeni di disagio dell'infanzia e dell'adolescenza, sia di aggiornare rispetto al panorama scientifico gli operatori che si occupano della formazione. L'attenta e costante analisi del fenomeno attuata dal centro studi sui principali nodi problemati-

ci e sulle più recenti ricerche scientifiche offrono spunti e linee di lavoro per l'attività di prevenzione e formazione. Un esempio di tale sinergia e impegno è dato da un'esperienza concretizzata in una ricerca a carattere regionale svolta nel 1999/2000 su "Gli insegnanti e la percezione del problema dell'abuso sessuale sui minori", punto di partenza per una riflessione più ampia sull'importanza della scuola nella prevenzione del disagio dell'infanzia, che ancor oggi guida l'attività di formazione dell'associazione. L'inchiesta, che ha coinvolto 499 insegnanti, è stata svolta attraverso la compilazione di un questionario; i risultati emersi sono stati successivamente illustrati in un convegno. A questa prima parte dello studio ha fatto seguito un grosso investimento da parte dell'ufficio formazione che ha predisposto diversi percorsi formativi a favore della scuola. Il risultato di questo lavoro è stato fatto evolvere in un complesso progetto che ha visto il coinvolgimento di genitori, insegnanti e operatori socio-sanitari, in tre itinerari differenti. I contenuti possono essere così riassunti:

- un percorso rivolto a genitori di bambini fino ai 6 anni dove il focus del lavoro è stato quello della prevenzione primaria rispetto a situazioni di grave disagio dei bambini e delle famiglie. L'ottica è stata quella di lavorare sulla consapevolezza dei bisogni e attenzioni necessari per una crescita armoniosa del bambino nella propria famiglia;
- un percorso riservato agli insegnanti con particolare attenzione alla relazione educativa con il bambino, all'individuazione del disagio e all'eventuale segnalazione;
- infine una proposta rivolta a un target multiprofessionale in grado di offrire un'occasione per una riflessione condivisa sul tema della protezione del bambino.

Questo modello di lavoro, proposto in numerosi territori sia del Veneto che fuori regione, risponde alla crescente richiesta di interventi di prevenzione rivolti, in particolare modo, ai bambini più piccoli e alle loro famiglie.

### **Progetto *Mimi*: un percorso di formazione sull'abuso sessuale svolto nella Regione Lombardia**

*Joseph Moyersoen, legale, consulente Istituto degli Innocenti di Firenze*

#### **Premessa**

Il progetto *Mimi* fiore di cactus e il suo porcospino, chi mi stuzzica si pizzica - Progetto regionale per contrastare il fenomeno dell'abuso e del maltrattamento sui minori è il primo progetto sperimentale regionale pensato e realizzato



attraverso una riflessione partecipata che ha visto come protagoniste le istituzioni locali più coinvolte nell'attività di prevenzione del fenomeno del maltrattamento. In questo caso si tratta della Regione Lombardia e dell'Ufficio regionale scolastico per la Lombardia in stretta collaborazione, delle ASL, di esperti e organismi del privato sociale tra cui Cismai e Terre des hommes Italia, quest'ultima anche promotrice iniziale, nonché dei veri protagonisti del progetto: i bambini e i loro insegnanti.

Gli obiettivi del progetto, in particolare della fase di formazione degli insegnanti, possono essere così riassunti:

- fornire le conoscenze specifiche in merito al fenomeno del maltrattamento e dell'abuso all'infanzia;
- fornire le opportune conoscenze sulla normativa vigente, conoscenze specifiche relative alla tematica della segnalazione e alla tematica della denuncia;
- fornire conoscenze relative ai servizi esistenti sul territorio e sviluppare le competenze organizzative e relazionali necessarie al lavoro multidisciplinare in rete;
- sviluppare la capacità di ascolto del minore e la capacità di cogliere i segnali di disagio connessi al maltrattamento e all'abuso;
- fornire gli strumenti per la gestione delle emozioni che possono attivarsi ogni qualvolta si è confrontati con una situazione di possibile maltrattamento o abuso;
- ampliare le competenze relazionali di comunicazione necessarie alla gestione diretta dei rapporti con minori vittime di varie forme e manifestazioni di abuso e maltrattamento e con le loro famiglie coinvolte a vario titolo;
- fornire la metodologia e gli strumenti per la trattazione della tematica e la distribuzione del materiale didattico progettuale;
- rendere consapevoli i bambini e fornire loro gli strumenti per riconoscere situazioni di disagio connessi al maltrattamento e all'abuso.

### ***Attività del progetto***

Il progetto è stato strutturato sulla base di due fasi realizzative essenziali, che si sono svolte durante l'anno scolastico 2001-2002.

- Un modulo di prima formazione e sensibilizzazione diretto agli insegnanti che hanno aderito alla sperimentazione e che ha coinvolto gli operatori del territorio interessato (livello provinciale) coinvolgendo attivamente gli insegnanti nel lavoro di rete diretto alla prevenzione e cura del maltrattamento e dell'abuso all'infanzia. Sono stati previsti e realizzati 12 corsi di formazione di base. Ogni corso si è tenuto in sede provinciale e ha visto la

partecipazione di una media di 25 insegnanti (classi IV elementari) operanti nelle scuole aderenti al progetto per un totale di 312/352 e di 5 operatori sociosanitari dei distretti di riferimento dei destinatari per un totale di 41. I singoli moduli tenuti da esperti selezionati dal Comitato di coordinamento del progetto, hanno focalizzato la formazione su: il fenomeno del maltrattamento e gli indicatori di rischio; la rilevazione, la segnalazione e la denuncia; le emozioni dell'adulto e il ruolo della scuola quale osservatorio privilegiato; il lavoro di rete dei servizi e operatori di riferimento; come affrontare il tema dell'abuso con gli alunni e come cogliere la rivelazione.

- Attività di sperimentazione in classe, mediante lavori e didattica, orientate al lavoro con i bambini e costruite sulla storia a fumetti "Mimì fiore di cactus e il suo porcospino – chi mi stuzzica si pizzica" nonché sulle proposte concordate con gli esperti formatori resisi disponibili a forme di consulenza a distanza per tutta la fase della sensibilizzazione dei bambini. Questa fase ha coinvolto circa 329 classi e 6.060 bambini.

L'esperienza è confluita in un report finale che è stato presentato in un seminario finalizzato alla socializzazione dell'esperienza realizzata.

### **Valutazione del progetto**

Vanno senza dubbio sottolineati i seguenti aspetti positivi:

- l'alto coinvolgimento dei soggetti, attraverso momenti di confronto *ex ante*, *in itinere* ed *ex post*, per cogliere gli aspetti positivi da valorizzare e gli aspetti negativi da correggere;
- l'avvio e il consolidamento – ove presenti – dei raccordi interistituzionali, consentendo un coordinamento degli operatori delle varie istituzioni competenti;
- la messa a punto di un modello formativo interessante anche ai fini del rapporto costo/benefici, che per le sue caratteristiche di interdisciplinarietà, di messa in relazione di esperti con il mondo della scuola con la disponibilità di proseguimenti e approfondimenti individuali ne ha anche attribuito la sostenibilità del progetto;
- la disseminazione a livello delle singole province e ricaduta sul territorio regionale delle esperienze per il coinvolgimento di insegnanti di plessi e direzioni didattiche diverse nel progetto;
- la proficua integrazione tra istituzioni ed enti privati sia a livello progettuale, sia a livello operativo.

Va sottolineato che è stato raggiunto un numero rilevante di destinatari finali (6.060 bambini) utilizzando la metodologia della mediazione tramite adulti significativi, già ampiamente convalidata nei modelli di educazione

sanitaria che si pongono l'obiettivo di raggiungere un target di bambini ma, e questa è la peculiarità metodologica dell'iniziativa svolta, rendendo gli stessi direttamente protagonisti dell'azione di contrasto del maltrattamento e dell'abuso, come già positivamente sperimentato da anni in programmi di prevenzione definiti a livello nazionale in Francia, Inghilterra e Stati Uniti.

La sperimentazione realizzata si pone esplicitamente nella linea della Strategia di contrasto n. 2 "Livelli di formazione di base e specialistica" definita dalla Commissione nazionale per il coordinamento degli interventi in materia di maltrattamento, abusi e sfruttamento sessuale dei minori per quanto attiene la formazione/sensibilizzazione delle figure adulte di riferimento, integrandola con le indicazioni della Strategia di contrasto n. 3 "Organizzazione dei servizi in rete".

La valutazione sostanzialmente positiva è stata peraltro direttamente espressa da insegnanti, dirigenti scolastici, direttori dei corsi e genitori, e la valutazione analogamente positiva è stata espressa dai bambini tramite l'indicatore indiretto della partecipazione alle attività connesse al progetto.

La dislocazione della sperimentazione costituisce ulteriore elemento di interesse perché ha coinvolto contestualmente l'intero territorio regionale (a eccezione della provincia di Mantova), ponendo così le premesse per delineare anche in Lombardia azioni improntate alla Strategia di contrasto n. 5 "Informazione per la diffusione di una cultura dell'infanzia".

Infine la coerenza dell'impostazione scientifico-metodologica è stata garantita da un gruppo stabile di docenti, a salvaguardia appunto dell'obiettivo della omogeneità dell'intervento stesso.

### ***Proseguimento del progetto***

Quanto sopra esposto, ha confermato la necessità di proseguire il lavoro in futuro, nella prospettiva di:

- fornire ulteriore supporto agli insegnanti che hanno già realizzato la sperimentazione con i bambini;
- raddoppiare il numero dei destinatari finali e dei mediatori dell'intervento con la prospettiva di incrementare la comunicazione in orizzontale tra pari;
- raddoppiare il numero degli insegnanti coinvolti con l'intento di verificare i margini, i bordi della disponibilità/interesse al problema maltrattamento;
- consolidare la rete interistituzionale fino appunto a garantire in sede locale il consolidamento di competenze autonome per la successiva moltiplicazione autonoma di iniziative locali di formazione e di revisione dei modelli operativi di prevenzione/presa in carico.

## **Articolazione e complessità degli interventi di prevenzione del disagio in una pratica reale di integrazione sociosanitaria**

*Franco Nardocci e Daniela Bascucci, Servizio tutela minori, ausl di Rimini*

La ricomposizione, in un'ottica di integrazione tra servizi sociali e sanitari, degli interventi di prevenzione del disagio minorile richiede sicuramente una consuetudine al lavoro di rete tra diversi settori operativi e anche percorsi formativi e culturali interprofessionali; diviene altresì essenziale una costante revisione dei modelli operativi guidata dai sistemi di valutazione della qualità degli interventi e dei risultati. Si propone quindi una analisi comparata della realtà statistico-epidemiologica dei bisogni della popolazione infantile e adolescenziale del territorio di Rimini, bisogni studiati attraverso i sistemi di rilevamento dei servizi di tutela minori e di Neuropsichiatria infantile. Attraverso lo studio dei dati forniti da sistemi informatici ormai ben consolidati e sperimentati, si individueranno le più evidenti aree di bisogno, e i contesti prioritari di rischio psichico e sociale, nella popolazione infantile e adolescenziale del territorio riminese. Si analizzano poi le iniziative più specifiche che la rete integrata sociale e sanitaria dei servizi riminesi ha attivato per quanto riguarda la prevenzione e presa in carico precoce del rischio sociale, del maltrattamento e abuso, e della "prostituzione minorile". Per quanto riguarda specificamente gli interventi di prevenzione del maltrattamento e abuso si presenterà un quadro approfondito della realtà riminese, con un progetto sperimentale di valutazione degli interventi e dei risultati.

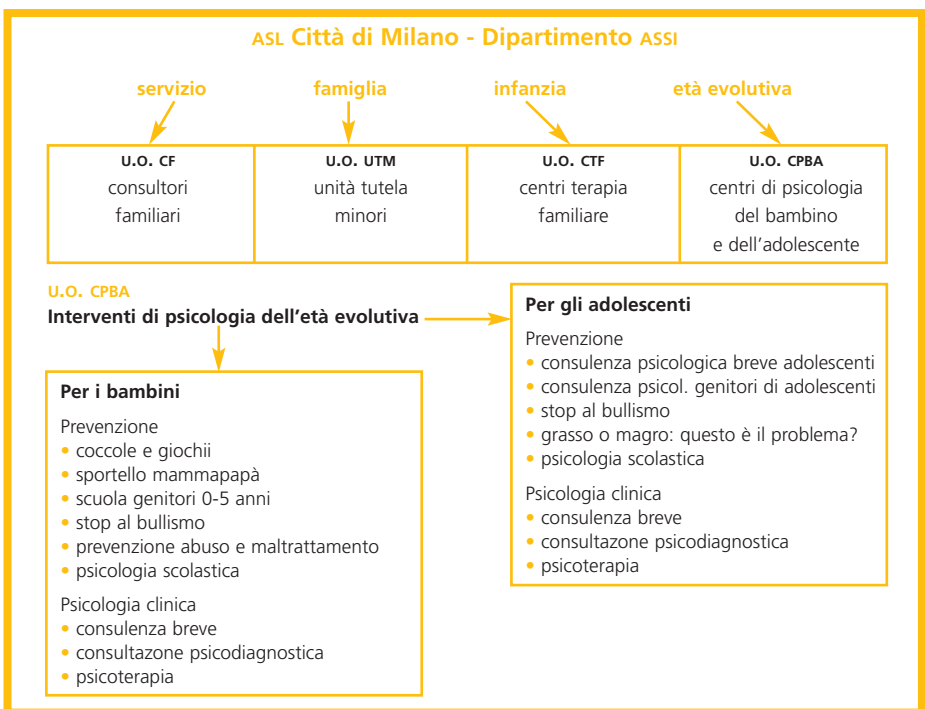
## **Prevenzione del disagio e modelli organizzativi di servizi per l'età evolutiva**

*Anna Sacchetti, psicologa psicoterapeuta responsabile Servizio famiglia infanzia età evolutiva, e Emanuela Bittanti, psicologa psicoterapeuta responsabile U.O. Psicologia età evolutiva ASL Città di Milano*

L'organizzazione delle quattro unità operative del servizio Famiglia Infanzia Età evolutiva dell'ASL Città di Milano presuppone la distinzione dei livelli della cura in primaria – area consultoriale della prevenzione e della prima cura del disagio psicosociale – e secondaria specialistica-psichiatrica per il trattamento del disturbo mentale – che si ritiene fondamentale per l'educazione alla salute mentale e per la prevenzione del disagio in età evolutiva. L'organizzazione al livello delle cure primarie persegue gli obiettivi – della prevenzione, dell'ascolto, del riconoscimento e dell'intervento precoce sulle situazioni di dubbio, di

incertezza e di crisi individuali e familiari e della non psichiatizzazione precoce delle problematiche di sofferenza e di disagio – della costruzione della rete e delle sinergie operative con le istituzioni che presidiano la fisiologia della nascita, della crescita e della salute emotiva individuale e familiare (sanità di base, scuola, contesti socioeducativi) – della individuazione precoce e della gestione articolata dei percorsi di intervento psicosociogiudiziario (Unità tutela minori) e di trattamento psicologico del minore e della famiglia (centri di psicologia del bambino e dell'adolescente e centri di terapia familiare) per i casi di maltrattamento e abuso all'infanzia. È un modello organizzativo per prestazioni di educazione alla salute-prevenzione-psicologia clinica di primo livello, che prevede l'interazione di poli territoriali distrettuali e di attività su progetti sovradistrettuali, particolarmente adattato alle complessità socioculturali e alle necessità tecnico-scientifiche di coordinamento, di verifica della qualità, e di armonizzazione di servizi in una grande realtà metropolitana.

I dati di attività e le valutazioni di gradimento e di efficacia confermano l'accessibilità e la riconoscibilità delle risorse da parte degli utenti, perseguita anche mediante il decentramento degli interventi in contesti non sanitari.



## **Progetto Il bambino con bisogni speciali: siamo con lui?**

M. Anna Ternullo, medico responsabile presso dell'UOMI Distretto n. 4, ASL AV1 Ariano Irpino (Avellino)<sup>4</sup>

*Dedicato a Maria Grazia Capasso*

### **Obiettivi del progetto**

Individuazione, presa in carico sociosanitaria, attivazione e integrazione dei processi informativi, monitoraggio delle situazioni a rischio conosciute, collaborazione per la costruzione di una attività di rete per il *bambino con bisogni speciali* (BBS).

### **Presentazione e piano delle attività**

Il crescente interesse mostrato a livello nazionale e internazionale per il bambino “a rischio sociale”, legato alla realtà che bambini e famiglie maggiormente esposti a tale condizione, pur mostrando bassi livelli di salute (maggiore incidenza di patologie, di ricoveri ospedalieri, d'incidenti, di utilizzo dei pronto soccorso, ecc.), hanno un più difficile accesso alle cure e partecipano meno degli altri ai programmi di prevenzione, ha fatto organizzare nel tempo, in modo un po' più specifico, quello che, già dal 1981, veniva fatto nei consultori di Lioni e di S. Angelo dei Lombardi – oggi UOMI del Distretto n. 4 di S. Angelo dei Lombardi – nell'ottica di una possibilità di miglioramento di offerta dei servizi esistenti e di presa in carico di tale fascia di popolazione (0-19 anni). Oggi tale progetto coinvolge *operatori consultoriali* (assistenti sociali, ginecologi, pediatri, psicologi, vigilanti dell'infanzia, medico responsabile) e prevede le seguenti *azioni*:

- rilevazione e individuazione dei BBS (settimanale, quindicinale o mensile) in alcuni Punti vaccinali, alle scadenze vaccinali previste, e nei consultori, anche su segnalazione di altri servizi ASL ed extra-ASL, tramite l'utilizzo di schede apposite strutturate con indicatori sanitari e sociali, maggiori e minori, e inserimento nel Registro BBS consultoriale annuale;
- strutturazione di attività integrate locali, tra operatori dei vari servizi ASL, enti locali, gruppi e associazioni di volontariato presenti sul territorio, impegnati per ogni singolo BBS con un *progetto specifico* finalizzato a migliorare l'accesso a tutti i servizi sanitari, l'assistenza sociosanitaria integrata al BBS e alla sua famiglia, l'inserimento scolastico nella scuola del-

---

<sup>4</sup> Altri autori: G. Albano, G. Capobianco, E. Caruso, A. Donatiello, A.M. Mastromarino, T. Nigriello, G. Salzarulo, M.A. Ternullo, F. Toledo, C. Venuta, G. Venuta (operatori consultoriali Distretto n. 4, ASL AV1 Ariano Irpino).

l'obbligo e non, e a favorire la creazione attorno al BBS di una *rete protettiva sanitaria e sociale*;

- attivazione della rete, presa in carico sociosanitaria, impostazione e realizzazione del progetto specifico per quel BBS;
- verifica e conferma mensile delle situazioni a rischio individuate;
- incontri almeno mensili di équipe;
- verifica e valutazione almeno annuale dei BBS confermati e delle attività messe in atto, con incontro distrettuale.

### **Gruppo di lavoro n. 3** **Prevenzione, organizzazione dei servizi e processi di integrazione**

**Coordinatori: Marianna Giordano, assistente sociale, consulente Istituto Toniolo di Napoli, e Saverio Abruzzese, psicologo psicoterapeuta, giudice onorario del Tribunale per i minorenni di Bari**

#### **Centro specialistico multiprofessionale provinciale di contrasto all'abuso e al maltrattamento di minori**

*Mariagnese Cheli, psicologa psicoterapeuta, responsabile Servizio sociale Azienda USL Bologna nord-Distretto Pianura est e responsabile équipe Centro specialistico provinciale*

Dalla metà degli anni Novanta, nella provincia di Bologna, i servizi e le istituzioni si sono attivati sui temi del maltrattamento e dell'abuso, riflettendo particolarmente sulle modalità più adeguate di valutazione e intervento, attivando specifiche iniziative formative. Ciò ha reso possibile il confronto delle esperienze e delle competenze, e ha posto in rilievo l'imprescindibilità dell'approccio multidisciplinare nella gestione dei casi.

Sulla spinta di questo interesse, l'amministrazione provinciale ha costituito un gruppo di lavoro rappresentativo delle professioni sanitarie e sociali e delle istanze territoriali (aziende USL, Comuni, Consorzio), per costruire proposte concrete. Il gruppo di lavoro ha individuato un modello organizzativo volto ad assicurare la corretta gestione del caso nella sua complessità, un elevato grado di competenza sul piano clinico e diagnostico e ha proposto la costituzione di un centro specialistico multiprofessionale provinciale in rete con i servizi territoriali. Inteso come la sede in cui garantire competenze specifiche e coadiuvare gli operatori e i servizi nelle varie evenienze legate all'abuso sessuale e alle gravi forme di maltrattamento.

Le istituzioni coinvolte hanno condiviso e approvato un apposito protocollo d'intesa ed è in via di completamento la convenzione che ne permetterà la concreta attivazione.

L'équipe del centro è formata da due assistenti sociali, due psicologhe, un neuropsichiatra infantile, due pediatri e un consulente legale provenienti dai servizi territoriali della provincia. Tra le funzioni del centro è compresa un'attività collaborativa con gli ospedali cittadini e con l'autorità giudiziaria per l'individuazione di procedure condivise.

Quantificare e monitorare il fenomeno, creare un punto di documentazione sul tema, individuare le comunità d'accoglienza più idonee, elaborare e proporre programmi di formazione-aggiornamento costituiscono, oltre alla presa in carico diagnostica e terapeutica (in accordo con i servizi territoriali competenti) le altre funzioni del centro.

### **Vivere il territorio, accogliere bambini e bambine con situazioni di grave disagio familiare**

*Alessandro Maria Fucili, direttore CEIS di Ancona ONLUS*

Vivere il territorio, accogliere bambini e bambine con situazioni di grave disagio familiare, assistere alla loro assuefazione, a un degrado non degno di una società sinceramente civile, mi conducono, da molti anni, a riflessioni che si pongono seriamente la domanda: "dov'è la prevenzione del disagio?" oppure "ma come funzionano, se funzionano, i servizi di promozione e tutela e quanto larghe sono le maglie di questa rete dei servizi?".

La mia esperienza nasce nel 1985 con la nostra prima casa di accoglienza per minori in difficoltà ad Ancona e in questi 17 anni ho tanto ascoltato e tanto riversato ad altri auditori.

Essendo mia abitudine quella di cercare di evidenziare le difficoltà proponendo sempre alcune soluzioni percorribili, vi lascio alcune mie riflessioni:

- l'evoluzione della *società civile*, dei suoi costumi, abitudini, il pesante "condizionamento" che il *mondo virtuale* e la sua tecnologia hanno prepotentemente riversato nelle nostre case, conducono a una maggiore capacità di relazione con l'esterno per i minori, di fatto affascinati da strumenti e sistemi di comunicazione che, pur aprendo loro la finestra su mondi fino a ora inaccessibili, riducono la loro capacità di relazione diretta con i coetanei e, soprattutto, con gli adulti;
- *nessuna delle principali agenzie educative* del territorio ha potuto o saputo adeguarsi a tempi così fulminei, o comunque, ed è il mio pensiero, *non ha*



voluta trovare un'adeguata alternativa pretendendo di mantenere il ruolo di agenzia *realmente* educativa;

- stessa sorte è toccata alle tradizionali *agenzie educative spontanee/organizzate* (oratori, gruppi parrocchiali, scout, centri ricreativi, gruppi sportivi, ecc), peraltro anche alle prese con problemi di sopravvivenza economica – non voglio dimenticare il ruolo vitale svolto da queste realtà capillarmente presenti su tutto il territorio nazionale, salvezza per migliaia di minori non adeguatamente seguiti dalla famiglia;
- *la famiglia*, pur avendo, nella stragrande maggioranza, le capacità e le potenzialità per poter svolgere *un efficace e unico ruolo educativo*, sembra non aver rivisto le proprie risorse, subendo, a quanto sembra, le nuove tecnologie (Internet, cellulari, ecc.), immaginandole come una normale trasformazione della tv, senza cogliere invece, la pesante intrusione e interattività che le nuove tecnologie vantano, sia come pregio, ma anche come pericoloso difetto.

E allora, se quanto sopra elencato fosse esatto, quali sono le soluzioni che un processo di “lavoro integrato di rete” dovrebbe innescare?

- Un coerente piano di “pesante finanziamento” da parte dello Stato e delle Regioni per innescare un reale programma di prevenzione a favore di bambini, giovanissimi e giovani. La legge 285/97, per quanto in parte utilizzata, non ha affatto raggiunto un risultato efficace, e comunque non lo ha saputo fare in maniera capillare e dove più necessario; sta a dire che dove servizi c'erano, ne sono nati ancora, e dove non ce ne erano affatto è rimasto il vuoto.
- Sarebbe necessario un investimento pari a quello del recupero dalle tossicodipendenze per esempio, dato che, a buon senso, è meno costoso, nel lungo termine, prevenire piuttosto che curare.
- Formare e informare, in maniera capillare e seria, tutte le agenzie educative, siano esse strutturate e pubbliche, siano esse spontanee e private, per condurre a una reale cultura della tutela dell'infanzia, teoria della quale si parla da tempo, ma per la quale istituzionalmente, ci si ricorda solamente in un paio di occasioni l'anno. E già che si parla di agenzie, sarebbe opportuno iniziare ad analizzare approfonditamente e quindi eliminare quei “carrozzoni” (siano pubblici o privati) che assorbono miliardi e che non erogano e non hanno mai erogato servizio alcuno alla collettività.
- Comunicare con le famiglie, dialogare con loro, o semplicemente informarle, ma utilizzando i mezzi di comunicazione di massa, la tv, la radio, le trasmissioni di prima serata o quelle maggiormente seguite, liberando la televisione dalla tanta spazzatura o voluta disinformazione, e pretendendo

spazi “sociali” di primo piano per poter ritrasmettere una cultura della famiglia. Inoltre destinare spazi per le coppie, anche all’interno delle scuole, dove poter ricevere consigli da équipe di esperti, specificatamente sulle modalità di relazione ed educazione dei propri figli. Bisogna insomma specializzare qualitativamente e culturalmente i contesti dove qualsiasi famiglia italiana ha accesso, essendo assurdo immaginare che le stesse spontaneamente si rechino tutte al consultorio o al poliambulatorio per avere consigli.

Ricette semplici, banali, come quella del pane che consumiamo tutti i giorni.

E infatti mi chiedo sempre: che si è mai sperimentato, cuocendo una pagnotta nel forno di casa?

### **L’individuazione del disagio nell’infanzia e nell’adolescenza in un reparto di pediatria. Organizzazione di un intervento integrato**

*F. Miola, psicologa psicoterapeuta del Servizio di psicologia ospedaliera; R. Sangerman, medico pediatra dell’Unità operativa di pediatria; M. Ponti, psicologo volontario del Servizio di psicologia ospedaliera dell’Azienda ospedaliera San Carlo Borromeo di Milano*

L’età dell’infanzia e dell’adolescenza sono particolarmente ricche di situazioni di disagio che si esprimono con sintomi somatici e sono espressione di difficoltà nella relazione parentale. Nel reparto di pediatria dell’Ospedale San Carlo Borromeo di Milano da alcuni anni è operativo un protocollo di intervento integrato su tre aree con il Servizio di psicologia, che ha sviluppato una produttiva collaborazione anche con i servizi del territorio, le associazioni del privato sociale, i medici di base e altri reparti dell’ospedale (ostetricia, ginecologia, neuropsichiatria, eccetera).

*Area 1:* l’intervento nella maggioranza dei casi è rivolto alle problematiche emergenti nei pazienti ricoverati dal Pronto soccorso con sintomi somatici, nei quali viene riconosciuta precocemente un’origine psicologica e/o relazionale. Relativamente a questa area si è costituita in particolare un’équipe multidisciplinare (pediatra, psicologo dell’ospedale e delle associazioni del privato sociale, Associazione amico Charlie e AreaG di Milano) rivolta agli adolescenti che agiscono attacchi al sé corporeo. L’esperienza clinica e i dati della letteratura scientifica hanno infatti ampiamente mostrato la stretta connessione fra tentativi di suicidio e atti autolesivi, pure di minore gravità ed evidenza, e i dolorosi vissuti a eziologia anche traumatica.

*Area 2:* la prevenzione, già a partire dalla gravidanza, di possibili problematiche nella relazione primaria, con i conseguenti disturbi nel legame di attaccamento, è realizzata attraverso un intervento di ascolto e accoglimento della madre e/o della coppia, in particolare nelle situazioni di disagio dovute a gravi problematiche socioeconomiche e alle note difficoltà delle donne immigrate. In questa area si sta approfondendo l'intervento di tutela nella procedura di adozione del bambino non riconosciuto, in collaborazione con il Servizio madre segreta della Provincia di Milano e il Centro delle donne straniere dell'Ospedale San Carlo di Milano, allo scopo di garantire il diritto della persona ad avere accesso alla propria storia intera, come sancito dagli articoli 2 e 3 della Costituzione.

*Area 3:* è stata progettata l'offerta di interventi che favoriscono il mutuo aiuto tra le famiglie per l'espletamento delle proprie funzioni genitoriali, nell'ambito di un progetto innovativo di sostegno alle famiglie con figli affetti da patologia cronica (legge regionale della Lombardia n. 23/99). Tale offerta è il risultato della collaborazione tra il Servizio di psicologia ospedaliera e il Centro di terapia dell'adolescenza di Milano.

La presa in carico del minore, in ogni area sopra citata, si rivolge sia al singolo individuo che la suo sistema familiare, in un'ottica integrata anche dal punto di vista teorico poiché si avvale dei contributi dell'approccio psicoanalitico, cognitivo e sistemico-relazionale

## **Il Servizio territoriale integrato per la tutela del minore**

*Andrea Pinna, responsabile Servizio tutela minori, Comune di Ferrara*

La Convenzione ONU sui diritti del bambino (recepita e divenuta legge dello Stato italiano n. 179/1991) garantisce la protezione del suo benessere psicofisico (art. 3/1), con particolare sottolineatura della tutela da qualsiasi violenza, trascuratezza, maltrattamento o abuso sessuale (art. 19).

Detta convenzione si preoccupa altresì di garantire la conformità, gli standard, l'adeguatezza e la competenza dei servizi finalizzati ad attuare i compiti di tutela.

In questo quadro si evidenzia l'assenza di una legge minorile che individui, tra l'altro, gli standard quali-quantitativi minimi dei relativi servizi territoriali, cui peraltro sono stati progressivamente affidati compiti sempre più specialistici (valutazione dell'adeguatezza genitoriale, tutela del bambino abusato, del minore conteso nelle separazioni genitoriali, idoneità ad adottare ecc).

Appare indispensabile che le Regioni – con riferimento alla legge 328/00 e ai nuovi poteri loro conferiti dalla riforma del Titolo V Cost. – prevedano incentivazioni ai Comuni che associno in ambiti territoriali adeguati per la protezione minorile (distretti sociosanitari), promuovano procedure efficaci e vincolanti di integrazione sociosanitaria, prevedano fondi adeguati per la formazione-aggiornamento-supervisione degli operatori minorili e per l'approntamento sul territorio degli ausili tecnici di cui alle leggi 66/1996 e 269/1998 (consultori attrezzati per l'ascolto e la tutela del bambino abusato).

Negli interventi di un *servizio territoriale integrato per la tutela del minore* è da prevedersi la promozione – negli abusi intrafamiliari e in tutti i casi di conflitto d'interessi tra figlio e genitori – di un curatore speciale e di un'adeguata difesa legale del bambino (artt. 77-90 cp e 78/2 cc).

Le riforme già operanti e quelle che si prospettano conseguenti alla riforma costituzionale del "giusto processo" (art. 111 Cost.), alla legge 241/90 (sulla trasparenza amministrativa) e alla legge 675/96 (sulla tutela dei dati personali), richiedono altresì che tale servizio di protezione dei minori garantisca, anche attraverso buone prassi, la consulenza giuridica e una efficace tutela degli operatori.

### **Organizzazione dei servizi e processi di integrazione: l'esperienza della Commissione interistituzionale sull'abuso sessuale all'infanzia**

*Federica Taddei, funzionario U.O. Sostegno alle responsabilità familiari, Comune di Pistoia*

È esperienza comune l'elevato grado di complessità che caratterizza gli interventi sul fenomeno dell'abuso sessuale nei loro diversi risvolti (sociali, psicologici, sanitari, giuridici ecc.), da cui deriva la necessità di individuare modalità operative condivise che permettano una maggiore efficacia del lavoro di tutela minorile e di contrasto al problema. Sulla base di quanto sopra affermato il Comune di Pistoia ha istituito una Commissione interistituzionale sul tema dell'abuso sessuale all'infanzia per rispondere all'esigenza di avere un tavolo di confronto e di coordinamento tra tutte le professionalità che, a vario titolo, sono tenute a intervenire nelle situazioni di abuso sessuale ai minori. A tale Commissione hanno aderito rappresentanti dei Comuni dell'area pistoiese e dell'area Valdinievole; del Centro affidi dei Comuni dell'area pistoiese, dell'Azienda sanitaria n. 3 (psicologia, neuropsichiatria infantile, pediatria ospedaliera e di base, medicina d'urgenza, ginecologia consultoriale), della Questura, della Prefettura di Pistoia, del Tribunale ordinario, della Pro-

cura della Repubblica di Pistoia, del Foro degli avvocati, del Centro servizi amministrativi della Provincia di Pistoia.

La Commissione si propone i seguenti obiettivi:

- incrementare la conoscenza quantitativo-qualitativa del fenomeno;
- concordare iniziative di sensibilizzazione e formazione rivolte ai soggetti coinvolti, a diverso titolo, nella tutela dell'infanzia;
- stipulare un protocollo operativo tra le diverse istituzioni coinvolte, relativamente alle diverse fasi e dimensioni dell'intervento (rilevazione, validazione, tutela e trattamento del minore, indagini giudiziarie ecc.) per una corretta integrazione delle azioni, nel rispetto delle specificità e dei compiti di ciascuna istituzione.

## La prevenzione del disagio nell'infanzia e nell'adolescenza: bibliografia

*La documentazione presentata in questa bibliografia è posseduta dalla Biblioteca Innocenti Library*

### Disagio sociale - Prevenzione / Monografie

**Abusi sessuali: come difendere i nostri bambini: guida per le famiglie** / a cura de Il Telefono azzurro. - [S.l.: Giunta regionale del Veneto, 1999?]. - 15 p.; 21 cm. - In testa al front.: Giunta regionale del Veneto - Assessorato alle politiche sociali; Osservatorio regionale per l'infanzia e l'adolescenza. - Bibliografia: p. 12-13. - Fuori commercio.

*Violenza sessuale su bambini - Prevenzione - Testi per genitori*

Coll.: MISC 357 ABU

**Abuso sui bambini: l'intervento a scuola. Linee-guida ed indicazioni operative ad uso di insegnanti, dirigenti scolastici e professionisti dell'infanzia** / a cura di Francesco Montecchi; a cura di Catia Bufacchi, Stefania Baldassari e Maria Giovanna Mazzone. - Milano: F. Angeli, c2002. - 134 p.; 23 cm. - (Strumenti per il lavoro psico-sociale ed educativo; 27). - Bibliografia: p. 131.

*Violenza su bambini - Manuali di intervento - Testi per dirigenti scolastici e operatori pedagogici*

Coll.: 356 ABU

**Adolescence: a time that matters.** - New York: UNICEF, copyr. 2002. - 39 p.: ill.

Coll.: CA2 ADO

**L'adolescente violento: riconoscere e prevenire l'evoluzione criminale** / Arnaldo Novelletto, Daniele Biondo, Gianluigi Monniello. - Milano: F. Angeli, c2000. - 208 p.; 23 cm. - (Psicoanalisi e psicoterapia analitica. Clinica; 3). - Bibliografia: p. 201-208.

*Adolescenti - Violenza - Prevenzione - Psicoanalisi*

Coll.: 768 NOV

**L'altra giovinezza: storie di vita di giovani a rischio, welfare comunitario e scenari di inclusione sociale** / A. Cortese, R. D'Amico, L. Falduzzi, M. Leonardi, R. Palidda; a cura di Arciform. - Milano: F. Angeli, c2000. - 440 p.; 23 cm. - Politiche e servizi sociali; 107). - Bibliografia: p. 421-440.

*Adolescenti e giovani - Devianza e disagio sociale - Sicilia*

Coll.: 347.009 458 ALT

**Are children protected against violence in Europe?: an initial comparative study on laws, policies and practices in the European Union** / European Forum for Child Welfare = Forum européen pour le bien-être de l'enfance. - Bruxelles: European Forum for Child Welfare, c1998. - 123 p.; 30 cm.

*Violenza sessuale su bambini e adolescenti - Prevenzione - Paesi dell'Unione Europea*

Coll.: 356.009 4 EUR

**Bullismo: le azioni efficaci della scuola: percorsi italiani alla prevenzione e all'intervento** / a cura di Ersilia Menesini. - Trento: Erickson, c2003. - 198 p.; 24 cm. - (Guide per l'educazione). - Bibliografia: p. 195-198.

*Alunni e studenti - Bullismo - Prevenzione*  
Coll.: 254 BUL

**Canne al vento: luoghi, tempi e riti di una pratica degli adolescenti** / a cura di Nicoletta Caputo. - Milano: F. Angeli, c2003. - 136 p.; 23 cm. - (Adolescenza, educazione e affetti; 16). - Bibliografia: p. 135-136.

*Droghe leggere - Consumo da parte degli adolescenti - Prevenzione - Progetti - Milano*  
Coll.: 732.009 45211 CAN

**Chi sono quella ragazza, quel ragazzo: conoscere per non discriminare: iniziativa Daphne contro la violenza alle donne, ai bambini e agli adolescenti.** - Firenze: Azione gay e lesbica, 1998. - 48 p.: ill.; 23 cm

In: *Finisterrae*, n. 1 (ott. 1998). - Bibliografia: p. 45.  
Coll.: MISC 6.9

**Come & dove crescere imparando: percorsi e riflessioni sul lavoro a scuola e fuori per l'agio scolastico** / a cura di Piera Baruffato e Giuseppina Finzi. - Milano: F. Angeli, c2001. - 155 p.; 23 cm. - (Varie; 957). - Bibliografia.

*Adolescenti - Dispersione scolastica - Prevenzione*  
Coll.: 620 COM

**La conoscenza di sé e la conduzione dei gruppi riabilitativi: procedure di riabilitazione psicosociale** / Carlo Di Berardino; prefazione di Massimo Casacchia; introduzione di Mario Antonio Reda. - Nuova ed. aggiornata. - Milano: F. Angeli, c1997. - 188 p.; 23 cm. - (Riabilitazione psicosociale; 10). - Bibliografia: p. 165-166.

1. *Adolescenti - Disagio - Prevenzione*  
2. *Adolescenti a rischio e adolescenti con disturbi psichici - Psicoterapia di gruppo*  
Coll.: 768 DIB

**Dare significato al fare: osservazione e intervento territoriale di fronte agli stili di comportamento, consumo e abuso giovanili** / Alfio Lucchini; contributi di: Marco Tosi, Riccardo De Facci, Eugenio Rossi, Roberta Ottolini, Claudia Andreoli, Giovanni Strepparola, Erik Fromberg. - Milano: F. Angeli, c2002. - 331 p.; 23 cm. - (Politiche e servizi sociali; 134). - Bibliografia.

*Adolescenti - Tossicodipendenza - Prevenzione - Italia*  
Coll.: 730.094 5 LUC

**Il disagio della società: origini e manifestazioni** / Claudio Baraldi. - Milano: F. Angeli, c1999. - 392 p.: ill.; 22 cm. - (Laboratorio sociologico. Teoria, epistemologia, metodo; 29). - Bibliografia: p. 365-392.

Coll.: 340 BAR

**The effects of video violence on young offenders** / by Kevin D. Browne and Amanda E. Pennell. - London: Home Office, 1998. - 107 p. - Report to the Home Office. Research and Statistics Directorate.

*Mass communication and mass media*

Coll.: K1 BRO EFF

**European youth forum report: between challenges and opportunities: young people in South East Europe** / by Tanja Kalovska. - [S.l.: s.n.], 2001. - 74 p. - Report on the situation of young people in South East Europe. - Conference report of the Youth Policy Forum, Sofia, October 3-7, 2001.

*Southern Europe*

Coll.: DC03 KAL EUR

**La fatica di crescere: bambini a disagio nell'area torinese** / a cura di Dario Reij; con commento conclusivo di Roberto Maurizio. - Torino: Paideia fondazione, 2002. - 352 p.; 24 cm. - Bibliografia.

*Bambini e adolescenti - Disagio sociale - Torino (prov.)*

Coll.: 343.009 45126 FAT

**Una finestra sull'infanzia: i bambini oggi tra normalità, sofferenza silenziosa e patologia riconosciuta** / Gabriel Levi (a cura di). - Roma: Borla, c1999. - 101 p.; 21 cm. - Bibliografia.

Coll.: 1323

**Giochiamo ad ascoltare: metodologie per elaborare il disagio e i problemi dei bambini e degli adolescenti** / a cura di Claudio Foti, Claudio Bosetto. - Milano: F. Angeli, c2000. - 239 p.; 23 cm. - (Hansel e Gretel; 1).

*Bambini e adolescenti - Sostegno mediante gioco - In relazione al disagio e al maltrattamento*

Coll.: 356 GIO

**Giovani a rischio: interventi impossibili in realtà impossibili** / a cura di Dario Bacchini e Paolo Valerio; prefazione di G.V. Caprara; scritti di S.M.G. Adamo, S. Adamo Serpieri, A.L. Amodeo ... [et al.]. - Milano: F. Angeli, c2001. - 196 p.; 23 cm. - (Psicologia; 177). - Bibliografia.

*Bambini e adolescenti - Comportamenti a rischio e devianza - Prevenzione - Progetti delle scuole*

Coll.: 347 GIO

**Girls, delinquency and juvenile justice** / Meda Chesney-Lind, Randall G. Shelden. - 2nd ed. - Belmont: International Thompson Publishing, 1998. - XXI, 272 p. - Bibliography: p. 245.

*Problem Youth*

Coll.: CA5 CHE GIR

**L'irresistibile fascino della giovinezza: i Cic come occasione che gli adulti non possono perdere** / a cura di S. Giuliodoro; con la collaborazione di: F. Barchiesi, R. Casoli, E. Ciccù, M. Falcinelli, A. Pellegrini. - Ancona: Nuove Ricerche, 1998. - 125 p.; 23 cm. - Bibliografia: p. 118-123.

Coll.: 1063



**Maltrattamento, abuso e incidenti nell'infanzia e nell'adolescenza** / a cura di Maurizio Martorelli. - Milano: Unicopli, 1990. - 274 p.; 21 cm. - (Minori).  
*Violenza su bambini e adolescenti - Prevenzione*  
Coll.: 356 MAL

**Marginalità e devianza: itinerari educativi e percorsi legislativi** / Carlo Mario Mozzanica. - Saronno: Monti, 2002. - 527 p.; 24 cm. - Bibliografia: p. 515-522.  
*Emarginazione sociale e devianza - Prevenzione - Italia*  
Coll.: 340 MOZ

**Mental health promotion for children up to 6 years: directory of projects in the European Union.** - Brussels: Mental Health Europe, 2001. - 142 p. - On the title page: This directory is published by Mental Health Europe, Liaison Office for the European Network on Mental Health Promotion, and financed by the European Commission.  
*Directories of projects*  
Coll.: R5.2 MEN

**Mental health promotion of adolescents and young people: directory of projects in Europe.** - Brussels: Mental Health Europe, 2001. - 108 p. - On the title page: This directory is published by Mental Health Europe and financed by the European Commission.  
*Directories of projects*  
Coll.: R5.2 MEN

**Non fatemi del male: gli abusi sessuali spiegati ai bambini** / Jocelyne Robert; disegni: Gilles Tibo. - Leumann: Elle Di Ci, c2001. - 95 p.: ill.; 21 cm. - (Scuola per genitori ed educatori). - Trad. di: Te laisse pas faire!.  
*Violenza sessuale su bambini - Prevenzione - Libri per bambini*  
Coll.: MISC 357 ROB

**La prevenzione delle azioni giovanili a rischio** / a cura di Claudio Baraldi, Elisa Rossi. - Milano: F. Angeli, c2002. - 173 p.; 23 cm. - (Le professioni nel sociale. Sez. 1, Manuali; 33). - Bibliografia: p. 169-173.  
*Adolescenti e giovani - Comportamenti a rischio - Prevenzione*  
Coll.: 338 PRE

**La prevenzione è possibile: le politiche giovanili e minorili di fine millennio attraverso i progetti e gli interventi di grandi e piccoli Comuni** / a cura di Marco Maggi; prefazione di Don Luigi Ciotti. - Piacenza: Berti, c1998. - 320 p.; 20 cm.  
*Adolescenti e giovani - Disagio sociale - Prevenzione - Italia*  
Coll.: 343.009 45 PRE

**Prevenzione, giovani e tabacco '01** / a cura di Giovanni Battista Modonutti; editing: E. Pitton, D. Schioppetto. - Trieste: Edizioni goliardiche, c2001. - 239 p.; 24 cm. - Bibliografia.  
*Tabacco - Consumo da parte degli adolescenti - Prevenzione - Veneto*  
Coll.: 730.094 53 PRE

**Primary prevention and early intervention: evaluation of the National Youth Suicide Prevention Strategy** / Penny Mitchell. - Melbourne: AIFS, 2000. - XIII, 168 p.: ill.

*Programmes and services for adolescents (youth)*

Coll.: CA4 MIT PRI

**Progettare prevenzione: tracce per la costruzione di opportunità per l'infanzia e l'adolescenza** / a cura di Franco Vernò e Gianluigi Spinelli. - Milano: Unicopli, 2000. - 101 p.; 21 cm.

- (Minori. Università). - Sul front.: Provincia di Milano; Caritas Ambrosiana; Punto M.

*Bambini e adolescenti - Disagio sociale - Prevenzione - Progetti - Qualità - Valutazione*

Coll.: 800 PRO

**La promozione del benessere nella famiglia, nella scuola e nei servizi: dal caso alla rete** /

a cura di Fiorella Cappellini Vergara; scritti di F. Cappellini Vergara, A. D'Asaro, E. Fortunato, M. Ruini. - Milano: F. Angeli, c2001. - 132 p.; 23 cm. - (Psicologia; 165). - Bibliografia: p. 125-130.

*Disagio sociale - Prevenzione - Ruolo delle famiglie, delle scuole e dei servizi sociali*

Coll.: 340 PRO

**Proposte d'intervento per la prevenzione e il contrasto del fenomeno del maltrattamento: documento della Commissione nazionale per il coordinamento degli interventi in materia di maltrattamenti, abusi e sfruttamento sessuale di minori.** - Roma: Presidenza del

Consiglio dei ministri, Dipartimento affari sociali, 1998. - 31 p.; 30 cm. - Fuori commercio.

*Violenza su bambini e adolescenti - Prevenzione - Politiche - Italia*

Coll.: MISC 356.009 45 ITA

**La rete spezzata: rapporto su emarginazione e disagio nei contesti familiari** / Caritas Italiana, Fondazione E. Zancan; a cura di Walter Nanni e Tiziano Vecchiato. - Milano: Feltrinelli,

2000. - 368 p.; 22 cm. - (Fuori collana). - Bibliografia: p. 351-368.

*Famiglie - Effetti del disagio sociale e della emarginazione sociale - Italia*

Coll.: 340.094 5 CAR

**Riconoscere e ascoltare il trauma: maltrattamento e abuso sessuale sui minori: prevenzione e terapia** / a cura di Cristina Rocca. - Milano: F. Angeli, 2001. - 233 p.; 23 cm. - (Hansel e Gretel; 3).

1. *Bambini violentati - Psicoterapia*

2. *Violenza sessuale su bambini - Accertamento e prevenzione*

Coll.: 357 RIC

**La salute mentale in età evolutiva** / [interventi di P. Gonella, G. Tamburini, E. Caffo, C. Cianchetti, F. Nardocci, G. Levi, M. Ammaniti]. - Contenuto in: Atti della prima Conferenza nazionale per la salute mentale Se si può si deve, 2001. - Nomi degli A. dall'indice.

*Bambini e adolescenti - Disturbi psichici - Prevenzione e terapia - Atti di congressi - 2001*

Coll.: 762 CON

**Sulla pelle dei bambini: il loro sfruttamento e le nostre complicità** / Centro Nuovo modello di sviluppo. - 2. ed., 4. rist. - Bologna: EMI, stampa 1999. - 204 p., [7] c. di tav.: ill.; 21 cm. - (Sviluppo, ambiente, pace).

*Lavoro minorile - Sfruttamento - Paesi in via di sviluppo*

Coll.: 377 CEN

**Tutti i bambini del mondo: liberi ed eguali in dignità e diritti** / Amnesty International. - Firenze: Edizioni Cultura della Pace, c1998. - 142 p.; 21 cm. - (La biblioteca ECP).

Coll.: 1154

**Tutti i bambini del mondo hanno diritto all'infanzia [Risorsa elettronica]: un CD-ROM di approfondimento sul lavoro minorile** / a cura di Stefania Fenati, Centro documentazione europea della Biblioteca del Consiglio regionale dell'Emilia Romagna. - Bologna: Emilia Romagna, Consiglio regionale, 2001. - 1 CD-ROM; 13 cm. - Requisiti di sistema: PC con processore 486-DX266 16 MB RAM; Sistema operativo Windows 95 o superiori; Browser Internet Explorer 4. x o Netscape 3.x; Scheda Video 800x600 16 bit (migliaia di colori).

*Lavoro minorile - CD-ROM*

Coll.: CD-ROM 377 TUT

**World perspectives on child abuse: the third international resource book** / prepared by Susan W. Hiatt, Thomas J. Miyoshi, George E. Fryer jr., Patricia K. Miyoshi, Richard D. Krugman, Kempe Children's Center, University of Colorado School of Medicine, Denver, Colorado, USA; prepared for International Society for Prevention of Child Abuse and Neglect. - [S.l.]: Elsevier, 1998. - 133 p.; 30 cm.

*Violenza su bambini e adolescenti - Prevenzione e riduzione - Politiche*

Coll.: 356 WOR

**Young offenders: sexual abuse and treatment** / Anders Nyman, Olof Risberg, Börje Svensson. - Stockholm: Rädda Barnen, 2001. - 180 p.

*Problem youth*

Coll.: CA5 NYM YOU

**Young people and HIV/AIDS: opportunity in crisis** / [United Nations Children's Fund, Joint United Nations Programme on HIV/AIDS, World Health Organization]. - [s.l.]: UNAIDS, 2002. - 48 p.: boxes, figures.

Coll: G8.1 UNI YOU

**Young people in changing societies: discussion guide: Central and Eastern Europe, the Commonwealth of Independent States and the Baltic States** / United Nations Children's Fund, World Organization of the Scout Movement. - Siena: Terre de Sienne, 2001. - X, 90 p.: ill.

*Survey of economic and social situations*

Coll: B2 UNI YOU

**Young people in changing societies: the MONEE Project CEE / CIS Baltics.** - Florence: UNICEF IRC, 2000. - XI, 176 p.: graphs, tables.

*Survey of economic and social situations*

Coll.: B2 YOU

## Disagio sociale - Prevenzione / Articoli

### **Abilità prosociali e rappresentazione del benessere-malessere in adolescenza: una ricerca esplorativa** / Ritagrazia Ardone.

Contenuto nell'inserito monotematico: Abilità prosociali e prevenzione del rischio. - Bibliografia: p. 108.

In: *Età evolutiva*. - N. 60, (giugno 1998), p. 101-108.

### **Abuso sessuale e tutela dei bambini** / Marisa Biancardi.

Bibliografia: p. 55.

In: *La famiglia*. - A. 32, 191 (sett./ott. 1998), p. 42-55.

### **L'adolescente e le malattie sessualmente trasmesse: aspetti epidemiologici, preventivi e sociali** / T.L. Schwarzenberg, M.R. Buffone.

Bibliografia: p. 236-237.

In: *Minerva pediatrica*. - Vol. 50, n. 6 (giugno 1998), p. 231-237.

### **Alcune riflessioni sul contenimento dell'ansia in un reparto pediatrico** / Gabriella Grauso.

Bibliografia: p. 52.

In: *Richard e Piggle*. - Vol. 9, n. 1 (genn./apr. 2001), p. [35]-52.

*Bambini ospedalizzati - Ansia - Prevenzione mediante il gioco*

### **Alcune riflessioni sul tentato suicidio adolescenziale grave** / Giuliana Torre.

Bibliografia: p. 211.

In: *Adolescenza*. - Vol. 10, n. 2 (magg./ag. 1999), p. [192]-211.

*Adolescenti - Tentato suicidio - Prevenzione*

### **Alle radici degli atteggiamenti di intolleranza e di razzismo: quale intervento nella scuola?** / di Claudio Foti.

In: *Minori giustizia*. - 1999, n. 3, p. 49-58.

*Razzismo - Prevenzione - Ruolo delle scuole*

### **Bambini/prevenzione, abuso, maltrattamento, carenze gravi: termini inconciliabili?** / [Cristiana Pregno].

Nome dell'A. a p. 31. - Bibliografia: p. 31.

In: *Rassegna di servizio sociale*. - A. 39, n. 2 (apr./giugno 2000), p. 20-31.

*Familiari - Violenza su bambini - Prevenzione*

### **Il bambino abusato e/o maltrattato. Seconda parte** / di Giorgio Di Piero.

La prima parte è pubblicata nel n. 7 (sett. 2000). - Bibliografia: p. 19.

In: *Vita dell'infanzia*. - A. 49, n. 8 (ott. 2000), p. 16-19.

1. *Bambini - Maltrattamento - Prevenzione*

2. *Violenza su bambini - Prevenzione*

### **Un bambino è come un re: come mamme e papà possono crescere bambini sicuri e prevenire gli abusi sessuali sui minori** / Alberto Pellai. - Milano: F. Angeli, c2001. - 80 p.: ill.; 23

cm. - (Educare alla salute; 2).

*Violenza sessuale su bambini - Prevenzione da parte dei genitori*

Coll.: MISC 357 PEL

**“Un bambino è come un re”: presentazione del piano triennale 2001/2003 e del protocollo di intervento del progetto di prevenzione primaria dell'abuso sessuale della Provincia di Vercelli** / Marco Bernardi, Miroso Mezzano.

Contenuto nel nucleo monotematico: Prevenzione primaria dell'abuso sessuale all'infanzia.

In: *Maltrattamento e abuso all'infanzia*. - Vol. 4, n. 1 (apr. 2002), p. 49-57.

*Violenza sessuale su bambini - Prevenzione - Progetti della Provincia di Vercelli*

**Il bambino nel cerchio** / Maria Pia Gardini.

In: *Vivere oggi*. - A. 13, n. 6 (luglio/ag. 1999), p. 50-57.

*Figli - Effetti dei disturbi psichici dei genitori - Prevenzione - Ruolo dell'assistenza domiciliare*

**Caro papà, chi sono gli orchii?: come insegnare ai bambini a difendersi dai pedofili** / Vito

Piazza. - Milano: Mursia, c2001. - 114 p.; 21 cm.

*Violenza sessuale su bambini - Prevenzione - Ruolo dei padri*

Coll.: 357 PIA

**Chi ha paura del lupo cattivo?: manuale di prevenzione degli abusi sessuali per genitori, insegnanti, operatori** / Stefania Rialti, Loredana B. Petrone. - Milano: F. Angeli, c2000. -

143 p.; 23 cm. - (Self-help; 20). - In appendice: Legge 3 ag. 1998, n. 269, Norme contro lo sfruttamento della prostituzione, della pornografia, del turismo sessuale in danno di minori, quali nuove forme di riduzione in schiavitù. - Bibliografia: p. 141-143.

*Violenza sessuale su bambini e adolescenti - Prevenzione*

Coll.: 357 RIA

**“Children in need” or “young offenders”?: hardening ideology, organizational change and new challenges for social work with children in trouble** / Barry Goldson.

Bibliografia: p. 263-265.

In: *Child & family social work*. - Vol. 5, issue 3 (Aug. 2000), p. 255-265.

*Bambini e adolescenti - Devianza - Prevenzione - Ruolo del lavoro sociale - Regno Unito*

**Come star bene a scuola** / Cinzia Buscherini, Andrea Cannevaro [sic], Armando Rossini, Giancarlo Biasini, Francesco Ciotti, Raffaele Iosa, Paolo Peticari.

Continua nel numero 2/2000.

In: *Quaderni ACP*. - Vol. 7, n. 1 (genn./febb. 2000), p. 26-30.

*Bambini - Rischio sociale - Prevenzione - Ruolo del sistema scolastico*

**Come star bene a scuola** / Cinzia Buscherini, Andrea Cannevaro [sic], Armando Rossini, Giancarlo Biasini, Francesco Ciotti, Raffaele Iosa, Paolo Peticari.

La prima parte è nel numero 1/2000.

In: *Quaderni ACP*. - Vol. 7, n. 2 (mar./apr. 2000), p. 18-20.

*Bambini - Rischio sociale - Prevenzione - Ruolo del sistema scolastico*

**La complessità della prevenzione** / Anna Sacchetti.

Contenuto nel dossier: Pedofilia.

In: *Vivere oggi*. - A. 14, n. 7 (sett. 2000), p. 35-43.

*Violenza sessuale su bambini e adolescenti - Prevenzione*

**Considerazioni e riflessioni educative al termine del primo anno del progetto di prevenzione dell'abuso sessuale nelle scuole elementari della città di Milano** / Anna Cucchiani, Valerie Moretti, Stefania Girelli, Marisa Lanzi, Anna Sacchetti, Alberto Pellai.

Contenuto nel nucleo monotematico: Prevenzione primaria dell'abuso sessuale all'infanzia. -

Bibliografia: p. 71.

In: *Maltrattamento e abuso all'infanzia*. - Vol. 4, n. 1 (apr. 2002), p. 59-71.

*Violenza sessuale su bambini - Prevenzione - Progetti delle scuole elementari - Valutazione - Milano*

**Considerazioni eziopatogenetiche e cliniche su un caso di ripetuto tentato suicidio di una adolescente** / Giancarlo Rigon, Daniele G. Poggioli, Alessandra Mancaruso.

Bibliografia: p. 271-272.

In: *Psichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza*. - Vol. 66, n. 3 (magg./giugno 1999), p. 261-272.

*Adolescenti femmine - Tentato suicidio - Prevenzione*

**Convinzioni di efficacia filiale e prevenzione del rischio in adolescenza** / Camillo Regalia, Claudio Barbaranelli, Concetta Pastorelli, Eva Mazzotti.

Bibliografia: p. 65-66.

In: *Età evolutiva*. N. 64 (ott. 1999), p. 60-66.

*Adolescenti - Comportamenti a rischio - Prevenzione - Ruolo delle relazioni familiari*

**Il corpo impossibile** / Silvia Bonino.

Bibliografia: p. 48.

In: *Psicologia contemporanea*. A. 26, n. 152 (mar./apr. 1999), p. [42]-48.

**La cura e lo straniero: strategie meticce?** / a cura di Franco Floris.

In: *Animazione sociale*. - A. 30, 2. ser., n. 139 = 1 (genn. 2000), p. 75-79.

*Immigrati - Disagio - Prevenzione - Torino*

**Dai "gruppi a rischio" al concetto di vulnerabilità** / Stefano Volpicelli.

Bibliografia: p. 14.

In: *Prospettive sociali e sanitarie*. - A. 30, n. 13 (15 luglio 2000), p. 9-14.

*Aids - Prevenzione*

**Descrizione della ricerca: strumenti di misure ed analisi dei dati** / Eva Mazzotti.

Contenuto nel dossier: Screening sul disagio della prima adolescenza e valutazione della fattibilità di interventi di prevenzione. - Bibliografia: p. 92.

In: *Adolescenza*. - Vol. 9, n. 1 (genn./apr. 1998), p. [78]-92.

**I diritti dei minori cominciano dalla scuola: la Carta per l'infanzia e l'adolescenza** / commento di Gabriella Giorgetti.

In: *Vs*. - A. 21, n. 29/30 (21-22 magg. 1998), p. 15-17.

**Dispersione scolastica** / Francesco Pellico.

In: Riforma e didattica. - A. 5, n. 1 (mar./apr. 2001), p. 84-86.

*Dispersione scolastica - Prevenzione - Italia*

**L'educatore e la prevenzione primaria** / Alessandro Reati, Fabio De Donno.

Bibliografia: p. 39.

In: Pedagogika.it. - A. 6, n. 1 (genn./febr. 2002), p. 34-39.

1. *Prevenzione primaria - Progetti - Monitoraggio e valutazione - Ruolo degli educatori professionali*

2. *Prevenzione primaria - Progetti - Ruolo degli educatori professionali*

**L'educatore professionale e l'abuso ai minori** / Simona Barberis.

Bibliografia: p. 17.

In: Prospettive sociali e sanitarie. - A. 31, n. 3 (15 febr. 2001), p. 15-17.

*Violenza su bambini e adolescenti - Prevenzione - Ruolo degli educatori professionali*

**L'educatore professionale e l'intervento non residenziale sul territorio** / [Massimiliano Fiorucci].

Nome dell'A. a p. 67.

In: Rassegna di servizio sociale. - A. 37, n. 3 (luglio/sett. 1998), p. 61-67.

**L'educazione di strada con gruppi di adolescenti** / a cura di Franco Santamaria.

Nucleo monotematico. - Contiene: Il lavoro di strada; Per una qualificazione educativa del lavoro di strada; La strada luogo educativo con i gruppi naturali di adolescenti / Franco Santamaria.

In: Animazione sociale. - A. 28, 2. ser., n. 124 = 6/7 (giugno/luglio 1998), p. [31]-68.

**L'esigenza di una nuova politica di prevenzione** / Philippe Jean Parquet.

Contenuto nell'inserto: Nuove droghe. 3, La prevenzione dell'uso di sostanze psicoattive.

In: Animazione sociale. - A. 29, 2. ser., n. 130 = 2 (febr. 1999), p. 35-39.

**L'esperienza scolastica fattore protettivo nello sviluppo** / Augusto Palmonari, Rita Semproni.

Bibliografia: p. 51.

In: Quaderni ACP. - Vol. 7, n. 1 (genn./febr. 2000), p. 48-51.

*Bambini - Rischio sociale - Prevenzione - Ruolo del sistema scolastico*

**Mimi fiore di cactus e il suo porcospino: chi mi stuzzica, si pizzica: riflessioni sul tema dell'abuso per gli insegnanti.** - [Firenze]: Giunti-Progetti educativi, [1998?]. - [23] c. di tav.: ill.; 30 cm. - Suppl. a: Mimi fiori di cactus e il suo porcospino: chi mi stuzzica, si pizzica / Marie

France Botte, Pascal Lemaitre. - Fotocopie.

*Violenza sessuale su bambini - Testi per insegnanti*

Coll.: MISC 357 MIM

**Esperienze di promozione della salute in ambito scolastico: la prevenzione del tabagismo** / Rita De Noni.

In: Studi Zancan. - A. 2, n. 4 (luglio/ag. 2001), p. 181-187.

*Scuole medie inferiori e scuole medie superiori - Alunni - Tabagismo - Prevenzione - Progetti - Veneto*

**Le espressioni del disagio in adolescenza** / Maria Gemma Pompei, Angela Fadda e Alberta Fontana.

In: *Adolescenza*. - Vol. 9, n. 1 (genn./apr. 1998), p. [123]-129.

**Famiglie solidali e lavoro di rete** / Rino Cozza.

In: *Servizi sociali*. - A. 26 (1999), n. 4, p. 33-41.

*Bambini e adolescenti - Disagio sociale - Prevenzione - Ruolo delle reti sociali*

**Fattori di rischio e di protezione per i figli dei separati** / Marisa Malagoli Togliatti, Anna Lubrano Lavadera, Gianlorenzo Modesti.

Bibliografia: p. 53-55.

In: *Cittadini in crescita*. - A. 1 (2000), n. 1, p. 40-55.

*Genitori separati - Figli - Rischio psicopatologico e rischio sociale - Prevenzione*

**Fattori di successo e progetti sul rischio sociale** / Giovanni Laino, Paolo Siani.

In: *Quaderni ACP*. - Vol. 7, n. 1 (genn./febb. 2000), p. 52-53.

*Bambini - Rischio sociale - Prevenzione*

**Fattori protettivi del rischio psicosociale in adolescenza: il ruolo dell'autoefficacia regolativa ed emotiva e della comunicazione** / Claudio Barbaranelli, Camillo Regalia, Concetta Pastorelli.

Contenuto nell'inserito: Abilità prosociali e prevenzione del rischio. - Bibliografia: p. 99-100.

In: *Età evolutiva*. - N. 60, (giugno 1998), p. 93-100.

**Il gusto di ricercare: la ricerca-azione come setting di prevenzione** / Mauro Croce, Mauro Bassura.

In: *Animazione sociale*. - A. 29, 2. ser., n. 137 = 11 (nov. 1999), p. 82-89.

*Adolescenti - Disagio - Prevenzione*

**L'insegnante di fronte all'abuso** / Massimo Barbieri.

Appendice: p. 13-14. - Bibliografia: 12.

In: *Psicologia e scuola*. - A. 22, n. 107 (dic. 2001/genn. 2002), p. 3-14.

*Violenza sessuale su bambini e adolescenti - Prevenzione - Ruolo degli insegnanti*

**Intervenire sulla famiglia** / di Gaetano De Leo.

Bibliografia: p. 22.

In: *Famiglia oggi*. - A. 23, n. 6/7 (giugno/luglio 2000), p. 18-23.

*Preadolescenti e adolescenti - Comportamenti a rischio - Prevenzione - Ruolo delle relazioni familiari*

**Interventi educativi per la prevenzione dell'abuso sessuale: teorie e modelli** / Alberto Pellai, Nadia Bazzi. Contenuto nel nucleo monotematico: L'abuso sessuale / a cura di Paola Di



Blasio. - Bibliografia: p. 135-136.

In: Maltrattamento e abuso all'infanzia. - Vol. 1, n. 1 (apr. 1999), p. 125-136.

**Il mondo giovanile e la prevenzione** / Sabrina Costantini, Renzo Piz.

Bibliografia: p. 449-450.

In: Psichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza. - Vol. 64, n. 3-4 (magg./ag. 1997), p. 437-450.

**Neighbourhood and preventive strategies with children and families: what works?** /

Teresa Smith.

Bibliografia: p. 274-277.

In: Children & society. - Vol. 13, no. 4 (Sett. 1999), p. 265-277.

*Regno Unito - Aree urbane - Comunità locali - Disagio sociale - Prevenzione*

**Occhiali per insegnanti: autostima, regole ed espressione del sé, nel gruppo-classe** /

Stefania Vaccari, Claudio Sanseverino, Moira Chiadini.

In: Animazione sociale. - A. 31, 2. ser., n. 154 = 6/7 (giugno/luglio 2001), p. 85-94.

*Dispersione scolastica - Prevenzione*

**Opzioni culturali per un lavoro educativo con gli adolescenti** / Mario Pollo.

Contenuto nell'inserito: Agire con gli adolescenti / a cura di Maurizio Colleoni, Mario Pollo, Remo Siza, Luciano Sommella.

In: Animazione sociale. - A. 24, 2. ser., n. 76 = 4 (apr. 1994), p. 29-39.

**La partecipazione dei bambini** / Brian Milne.

In: NATs. - A. 1, n. 2, (dic. 1997), p. 45-60.

**La pedofilia come problema sociale e culturale** / di Alberto Pericola.

Bibliografia: p. 33-34.

In: La rivista di servizio sociale. - A. 39, n. 1 (mar. 1999), p. 23-34.

**Pensare il rischio con gli adolescenti: un percorso di formazione con gli insegnanti dell'Istituto tecnico industriale P. Paleocapa di Bergamo** / Alessandro Finazzi.

Bibliografia: p. 86.

In: Animazione sociale. - A. 28, 2. ser., n. 122 = 4 (apr. 1998), p. 80-86.

**Percorsi di prevenzione** / di Ersilia Menesini.

Bibliografia: p. 59.

In: Famiglia oggi. - A. 23, n. 6/7 (giugno/luglio 2000), p. 55-59.

*Bullismo - Prevenzione*

**Un percorso di ricerca: modelli di azione degli operatori dei servizi** / Simona De Simone, Giovanni Venturi.

Contenuto nel dossier: Screening sul disagio della prima adolescenza e valutazione della fattibilità di interventi di prevenzione. - Bibliografia: p. 70.

In: Adolescenza. - Vol. 9, n. 1 (genn./apr. 1998), p. 66-71.

**Le possibili risposte di aiuto al minore che vive in famiglia a rischio o patologica** / di Assunta Casentini.

In: *Minori giustizia*. - 1999, n. 1, p. 74-77.

*Bambini svantaggiati - Sostegno e tutela*

**Possibili strumenti metodologici per il successo formativo** / Maria Teresa Anelli e Anna Maria Cetorelli.

Bibliografia: p. 30-32.

In: *Professione pedagoga*. - 1 (2001), n. 1, p. [9]-32.

*Dispersione scolastica - Prevenzione - Italia*

**Prevenire consapevolmente: un'iniziativa sulle dipendenze promossa dal Sert di Vicenza** / Dorian Dal Cengio, Elisabetta Martini, Alessandra Moro, Lidia Piccolo, Giovanni Sbalchiero.

In: *Animazione sociale*. - A. 29, 2. ser., n. 130 = 2 (febr. 1999), p. 71-77.

**Prevention and early intervention with children in need: definitions, principles and examples of good practice** / Michael Little.

Bibliografia: p. 315-316.

In: *Children & society*. - Vol. 13, no. 4 (Sett. 1999), p. 304-316.

*Bambini svantaggiati - Disagio sociale - Prevenzione - Casi: Inghilterra, Stati Uniti*

**La prevenzione dell'abuso sessuale infantile: implicazioni derivanti dalle ricerche di valutazione dei programmi di intervento** / Deirdre MacIntyre, Alan Carr.

Contenuto nel nucleo monotematico: *Prevenzione primaria dell'abuso sessuale all'infanzia*. -

Bibliografia: p. 31-34.

In: *Maltrattamento e abuso all'infanzia*. - Vol. 4, n. 1 (apr. 2002), p. 11-34.

*Violenza sessuale su bambini - Prevenzione - Programmi*

**La prevenzione dell'abuso sessuale sui minori: sperimentazione di un progetto pilota in una scuola elementare di Milano** / Alberto Pellai, Mariangela Tomasetto, Mirella Bazzi, Roberta Bottasini, Miriam Stefanini, Silvia Vitale.

Bibliografia: p. 97-98.

In: *Maltrattamento e abuso all'infanzia*. - Vol. 2, n. 2 (giugno 2000), p. 87-98.

*Violenza sessuale su bambini - Prevenzione - Interventi delle scuole elementari - Milano*

**La prevenzione nella prima infanzia: gli interventi di sostegno alla relazione genitore-bambino** / Maria Concetta Scavo, Cristina Baggio, M. Adelaide Calabrese, Patrizia Francescon, Lucia Magagnato.

Bibliografia: p. 20.

In: *Psichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza*. - Vol. 66, n. 1 (genn./febr. 1999), p. 9-20.

**La prevenzione possibile: scuola e famiglia** / Alberto Pellai.

In: *Pedagogika.it*. - A. 5, n. 22 (luglio/ag. 2001), p. 24-28.

*Violenza sessuale su bambini - Prevenzione - Ruolo delle famiglie e delle scuole*

**Prevenzione primaria dell'abuso sessuale all'infanzia: perché e come intervenire** / a cura di Alberto Pellai.

Nucleo monotematico. - Contiene: La prevenzione dell'abuso sessuale infantile / Deirdre MacIntyre, Alan Carr. Prevenzione scolastica dell'abuso sessuale all'infanzia / Beatrice Castelli, Luca Bassoli, Marisa Lanzi, Antonio Pagano, Alberto Pellai. "Un bambino è come un re" / Marco Bernardi, Mirosa Mezzano. Considerazioni e riflessioni educative al termine del primo anno del progetto di prevenzione dell'abuso sessuale nelle scuole elementari della città di Milano / Anna Cucchiani, Valerie Moretti, Stefania Girelli, Marisa Lanzi, Anna Sacchetti, Alberto Pellai.

In: *Maltrattamento e abuso all'infanzia*. - Vol. 4, n. 1 (apr. 2002), p. 7-104.

*Violenza sessuale su bambini - Prevenzione*

**Prevenzione scolastica dell'abuso sessuale all'infanzia: analisi dei bisogni nelle scuole elementari di Milano** / Beatrice Castelli, Luca Bassoli, Marisa Lanzi, Antonio Pagano, Alberto Pellai.

Contenuto nel nucleo monotematico: Prevenzione primaria dell'abuso sessuale all'infanzia. - Bibliografia: p. 45.

In: *Maltrattamento e abuso all'infanzia*. - Vol. 4, n. 1 (apr. 2002), p. 35-47.

*Violenza sessuale su bambini - Prevenzione - Interventi delle scuole elementari - Milano - 2000-2001*

**Prima fase della ricerca: intervento nelle scuole** / Francesca Bifano, Maria Bramini e Virginia Ruggeri.

Contenuto nel dossier: Screening sul disagio della prima adolescenza e valutazione della fattibilità di interventi di prevenzione.

In: *Adolescenza*. - Vol. 9, n. 1 (genn./apr. 1998), p. [72]-77.

**Il processo di consultazione in età evolutiva: quale spazio per i genitori e per il bambino?** / a cura di Adriana Lis.

In: *Psicologia clinica dello sviluppo*. - A. 2, n. 2 (ag. 1998), p. 361-363.

**Quale prevenzione per il disagio?** / Lidia Cappellini.

In: *Vivere oggi*. - A. 13, n. 4 (magg. 1999), p. [52]-55.

**La qualità degli interventi preventivi secondo i ragazzi: un percorso di autovalutazione di una cooperativa in periferia di Milano** / Gloria dell'Orco, Linda Polli, Claudio Ciavarella, Mario Saetti.

In: *Prospettive sociali e sanitarie*. - A. 28, n. 20 (15 nov. 1998), p. 9-14.

**Recenti prospettive di ricerca-intervento sulla prevenzione della devianza minorile** / di Gaetano De Leo e Marisa Malagoli Togliatti.

In: *Minori giustizia*. - 2000, n. 2, p. 96-113.

*Bambini e adolescenti - Devianza - Prevenzione*

**Seconda fase della ricerca: valutazione clinica** / Carla Grassi, Claudia Loreti.

Contenuto nel dossier: Screening sul disagio della prima adolescenza e valutazione della fatti-

bilità di interventi di prevenzione.

In: *Adolescenza*. - Vol. 9, n. 1 (genn./apr. 1998), p. [93]-95.

**Il servizio sociale nel sistema giustizia e la devianza minorile. Contributo basato sulla relazione presentata al Convegno tenuto a Roma nel 2000.** - Bibliografia: p. 100-101.

In: *Rassegna di servizio sociale*. - A. 39, n. 2 (apr./giugno 2000), p. 90-109.

*Bambini e adolescenti - Devianza - Prevenzione - Ruolo dei servizi sociali*

**Strategie educative in un progetto di prevenzione di territorio: la Girandola dell'alcol e i disegni nella scuola** / Allaman Allamani, Elisabetta Forni, Patrizia Ammannati, Ilaria Basetti Sani, Alberto Centurioni, Francesca Monechi.

Bibliografia: p. 85.

In: *Ecologia della mente*. - Vol. 24, n. 1 (giugno 2001), p. [71]-85.

*Alcolici - Consumo - Prevenzione - Progetti - Firenze*

**Tra rischio e disadattamento: il ruolo trascurato dei fattori protettivi** / Barry H. Schneider.

Contenuto nell'inserto monotematico: *Abilità prosociali e prevenzione del rischio*. - Bibliografia: p. 86.

In: *Età evolutiva*. - N. 60, (giugno 1998), p. 81-86.

**Verso una pratica sociale di prevenzione del disagio giovanile** / Walter Orsi.

In: *Il seme e l'albero*. - A. 4, n. 10 (dic. 1996), p. 27-36.

## Bambini, adolescenti e famiglie - Politiche sociali / Monografie

**Child abuse and the media** / Chris Goddard and Bernadette J. Saunders. - Melbourne: AIFS, 2001. - 23 p.

Coll.: D7.2 GOD CHI

**Child poverty dynamics in seven nations** / Bruce Bradbury, Stephen P. Jenkins and John Micklewright. - Florence: UNICEF IRC, 2000. - 45 p.: boxes.

*Poverty and income distribution*

Coll.: B8 BRA CHI

**Child rights and globalisation: an issue paper for UNICEF** / by Andy Norton, Simon Maxwell, and Elizabeth Lovell. - New York, N.Y.: UNICEF, 2000. - 69 p.

*Children's rights*

Coll.: D5 NOR CHI

**Childhood in question: children, parents and the state** / edited by Anthony Fletcher and Stephen Hussey. - Manchester: Manchester University Press, 1999. - 177 p.

Coll.: C1 CHI

**A children's policy for 21st century Europe: first steps.** - Bruxelles: Commissione delle Comunità Europee, 1999. - 81 p.; 21 cm. - Fuori commercio.

Coll.: LG.POLINF.1.2

**Choices for the poor: lessons from national poverty strategies** / edited by Alejandro Grinspun with Mercedes Gonzáles de la Rocha, Jaroslaw Górniak ... [et al.]. - New York: UNDP, 2001. - X, 370 p.

*Poverty and income distribution*

Coll.: B8 CHO

**A comparison of child benefit packages in 22 Countries** / a research report carried out by the University of York on behalf of the Department for Work and Pensions by Jonathan Bradshaw and Naomi Finch. - Leeds: Corporate Document Services, 2002. - XVI, 248 p.: figures.

Coll.: D6 BRA COM

**A comparison of child benefit packages in 22 countries - a summary of the child benefit packages for each country** / a study carried out on behalf of the Department for Work and Pensions by Jonathan Bradshaw and Naomi Finch. - London: Department for Work and Pensions, 2002. - 70 p.

Appendix to Research Report no. 174.

Coll.: D6 BRA COM

**La comunità solidale: la leva giovanile: un'esperienza di cittadinanza attiva contro la dispersione scolastica** / Roberto Sequi, Donatella Degani, Leonardo Lombardi, Luigina Angioloni. - Roma: Carocci, 1999. - 151 p.; 22 cm. - (Ricerche. Scienze politiche e sociali; 43).

- Bibliografia: p. 151.  
Coll.: 620.094 5511 COM

**Le développement à visage humain: la voie qui mène au développement social et la croissance économique** / Santosh Mehrotra en collaboration avec Lincoln Chen, Enrique Delamonica, Meghnad Desai, Richard Jolly and Lance Taylor. - Paris: Economica, copyr. 2001. - VIII, 195 p.: boxes.  
Coll: B1 DEV

**District of Columbia early care and education strategic plan: August 2001** / prepared for Department of human services, Office of early childhood development; prepared by University of the District of Columbia Centre for applied research and urban policy. - Washington, D.C.: University of the District of Columbia. Centre for applied research and urban policy, 2001. - VII, 59 p.  
*Infant and young child (ages 0-6)*  
Coll.: C2.1 UNI DIS

**Family and child in Romania** / United Nations Children's Fund, National Institute of Statistics, National Authority for Child Protection and Adoption. - Bucharest: Extreme Group, 2001. - 64 p.: tables.  
This paper, co-ordinated by Costantin Chirca, was prepared for the MONEE Project of the UNICEF Innocenti Research Centre, Florence, Italy [...] as a background study for the forthcoming Regional Monitoring Report no. 8 on CEE, CIS and Baltic States.  
Coll: DC40 UNI FAM

**The "Family in Focus" approach: developing policy-oriented monitoring and analysis of human development in Indonesia** / Friedhelm Betke. - Florence: UNICEF IRC, 2001. - 67 p.: boxes.  
*Family and child welfare services*  
Coll.: D6 BET FAM

**Family life and family policies in Europe - Volume 2: Problems and issues in comparative perspectives** / Edited by Franz-Xaver Kaufmann, Anton Kuijsten, Hans-Joachim Schulze, Klaus Peter Strohmeier. - Oxford: Oxford University Press, 2002. - XVIII, 509 p.: boxes, figures.  
Coll: D6 FAM

**In the midst of the whirlwind: a manual for helping refugee children** / Naomi Richman. - London: Save the Children, 1998. - VIII, 114 p.  
*Children of disadvantaged groups*  
Coll.: D8 RIC INT

**L'infanzia che verrà: linguaggi e culture tra infanzia ed adolescenza: atti del Convegno regionale, 25 e 26 giugno 99, Niscemi (Caltanissetta).** - [S.l.: s.n.], stampa 1999. - 90 p.: ill.; 24 cm. - Fuori commercio.  
*Bambini e adolescenti - Politiche sociali - Italia - Atti di congressi - 1999*  
Coll.: MISC 805.009 45 INF

**The impact of adjustment-related social funds on income distribution and poverty** / Giovanni Andrea Cornia and Sanjay Reddy. - Helsinki: UNU/WIDER, 2001. - 35 p.: tables.  
Coll: B8 COR IMP

**Initiatives related to macroeconomics and the rights of the child.** - Stockholm: Rädda Barnen, 1998. - 53 p.  
Coll: D3 INI

**Integrating economic and social policy: good practices from high-achieving Countries** / Santosh Mehrotra. - Florence: UNICEF IRC, 2000. - 41 p.: boxes, graphs.  
*Economic policy and planning*  
Coll.: B3 MEH INT

**Le madri del malessere: il disagio minorile tra scuola e servizi territoriali** / a cura di Silvio Scanagatta. - Padova: CLEUP, 1998. - 157 p.; 21 cm. - Bibliografia: p. 139-142.  
Coll.: 343.009 45321 MAD

**Los jóvenes y el trabajo: la educación frente a la exclusión social** / Enrique Pieck coordinator. - [s.l.]: CINTERFOR-OIT, 2001. - 568 p.: ill.  
Coll: D9 JOV

**The new handbook of children's rights: comparative policy and practice** / edited by Bob Franklin. - London: Routledge, 2001. - XIV, 433 p.  
*Children's rights*  
Coll.: D5 NEW

**OECD Social Expenditure Database 1980/1998.** - 2nd. - Paris: OECD, 2001. - 1 CD-ROM.  
*Statistics - General*  
Coll.: CD Sa OEC

**Population, family, and welfare - a comparative survey of European attitudes: volume II** / edited by Rossella Palomba, Hein Moors. - Oxford: Oxford University Press, 1998. - XVIII, 287 p.: boxes, figures.  
Coll: D6 POP

**Preferences for inequality: East vs. West** / Marc Suhrcke. - Florence: UNICEF - ICDC, 2001. - 45 p.: tables.  
Coll: B5 SUH PRE

**A public goods approach to regulation of utilities** / Cecilia Ugaz. - Helsinki: UNU/WIDER, 2001. - 17 p.: tables.  
Coll: B3 UGA PUB

**Reforming the Australian welfare state** / edited by Peter Saunders. - Melbourne: AIFS, 2000. - XVI, 300 p.: boxes, graphs.

*Social development (General)*  
Coll.: B1.2 REF

**The state of the world's children 2002** / Carol Bellamy. - New York: Unicef, 2001. - 103 p.: graphs, tables.  
Coll: U A6.1.3 UNI STA 2002

## Bambini, adolescenti e famiglie - Politiche sociali / Articoli

**I centri di documentazione nel sociale: un catalogo ragionato** / [a cura di Massimiliano Rubbi].

In: Hp. - N. 4 (ott./dic. 2001), p. 22-43.

1. *Handicap, infanzia, tossicodipendenza - Centri di documentazione - Italia - Cataloghi*

2. *Immigrazione, politiche sociali, terzo settore - Centri di documentazione - Italia - Cataloghi*

**Ma dove stanno andando le politiche per l'infanzia?** / Aldo Fortunati.

In: *Bambini*. - A. 16, n. 9 (nov. 2000), p. 6-7.

*Infanzia - Politiche sociali - Italia*

**Occasioni perdute e opportunità future** / Sandra Benedetti, Lorenzo Campioni, Franca Marchesi.

In: *Bambini*. - A. 17, n. 7 (sett. 2001), p. 8-11.

*Infanzia - Politiche sociali - Italia - 1996-2001*

**Un piano per la tutela e lo sviluppo del "cittadino minore".**

In: *Sfogliolibro*. - 2000 (dic.), p. 36-40.

*Bambini e adolescenti - Politiche sociali - Italia - 2000-2001*

**Quando sussidiarietà non significa solidarietà** / Tiziano Vecchiato.

Bibliografia: p. 23-24.

In: *Studi Zancan*. - A. 1, n. 3 (magg./giugno 2000), p. 7-24.

*Infanzia - Politiche sociali - Applicazione del principio di sussidiarietà - Stati Uniti*



## Genitorialità / Monografie

**All right at home?: promoting respect for the human rights of children in family life: a practical guide for professionals working with parents** / by Judy Miller; edited by Gerison Lansdown. - London: Children's Rights Office, 1999. - 69 p.: ill.  
Coll.: C5.1 MIL ALL

**Bisogni di cura dei bambini e sostegno alla genitorialità: riflessioni e proposte a partire dalla realtà toscana** / Enzo Catarsi. - Tirrenia: Edizioni del Cerro, 2002. - 177 p.; 22 cm. - (Biblioteca di scienze della formazione; 1). - Bibliografia: p. 170-177.  
1. *Genitorialità - Sostegno - Toscana*  
2. *Servizi educativi per la prima infanzia - Toscana*  
Coll.: 684.009 455 CAT

**Cari genitori, per aiutare vostro figlio...: come affrontare capricci, gelosie, curiosità sessuali, separazioni, crisi d'identità ... da 0 a 20 anni** / Masal Pas Bagdadi. - Milano: F. Angeli, c1995. - 158 p.; 22 cm. - (Le comete; 49). - Bibliografia: p. 157-158.  
1. *Bambini e adolescenti - Educazione da parte dei genitori*  
2. *Genitorialità*  
Coll.: 612 PAS

**A comparison of child benefit packages in 22 Countries** / a research report carried out by the University of York on behalf of the Department for Work and Pensions by Jonathan Bradshaw and Naomi Finch. - Leeds: Corporate Document Services, 2002. - XVI, 248 p.: figures.  
Coll.: D6 BRA COM

**A comparison of child benefit packages in 22 countries - a summary of the child benefit packages for each country** / a study carried out on behalf of the Department for Work and Pensions by Jonathan Bradshaw and Naomi Finch. - London: Department for Work and Pensions, 2002. - 70 p.  
Appendix to Research Report no. 174  
Coll.: D6 BRA COM

**The Cynon Valley Project: investing in the future** / Alain Thomas. - The Hague: Bernard van Leer Foundation, 1999. - 85 p.  
Coll.: C2 THO CYN

**Doing right by children: reflections on the nature of childhood and the obligations of parenthood** / by William B. Irvine. - St. Paul: Paragon House, 2001. - IX, 435 p.  
Coll.: C5 IRV DOI

**Essere genitori maturi: i vantaggi della genitorialità tardiva** / Luciano Ballabio. - Milano: F. Angeli, c2000. - 205 p.; 22 cm. - (Le comete; 101).  
*Genitorialità - Aspetti psicologici*  
Coll.: 135 BAL

**Funzioni di sostegno alle famiglie e alla genitorialità: [materiali del Seminario di formazione per operatori sociali], Firenze, ottobre 1998 - febbraio 1999.** - Firenze: Regione Toscana, 2000. - 139 p.; 24 cm. - In testa al front.: Regione Toscana; Istituto degli Innocenti. - Fuori commercio.

*Famiglie e genitorialità - Sostegno - Politiche sociali - Italia*

Coll.: 806.009 45 FUN

**Genitori e capacità genitoriale alle soglie del 2000: contributi interdisciplinari** / a cura di Annamaria Dell'Antonio; saggi di: Massimo Ammaniti, Elvira Autorino, Cesare Massimo Bianca, ... [et al.]. - Roma: Seam, 1999. - 186 p.; 21 cm. - (Bambino persona; 2). - Bibliografia: p. 21-22.

*Genitorialità - Aspetti giuridici e psicologici*

Coll.: 612 GEN

**Genitori in dialogo: l'esperienza dei "gruppi di dialogo" nel territorio lecchese** / Cooperativa sociale La linea dell'arco; a cura di Giuseppe Colombo, Anna Cominotti e Raffaella Gaviano. - Lecco: [Cooperativa sociale La linea dell'arco?], 2000. - 96 p.; 21 cm. - (Quaderni Cop. soc. La linea dell'arco; 1). - Bibliografia: p. 81-83.

*Genitorialità - Sostegno - Ruolo dei gruppi di genitori - Lecco (prov.)*

Coll.: MISC 135.009 45237 COO

**Genitorialità e metodo educativo nell'infanzia e nell'adolescenza** / a cura di Galvano Pizzol. - [S.l.]: Istituto regionale per gli studi di servizio sociale, stampa 1998. - 147 p.; 30 cm. - Atti del Corso di aggiornamento per operatori di area educativa nel territorio e nelle regioni, Trieste-Udine, 1996-1997. - In testa al front.: Regione Friuli Venezia Giulia, Direzione assistenza sociale. - Bibliografia: p. 143-145. - Fuori commercio.

*Educatori professionali - Aggiornamento professionale - Temi specifici: Genitorialità - Friuli Venezia Giulia*

Coll.: MISC 675.009 4539 GEN

**Il "valore" del padre: il ruolo paterno nello sviluppo del bambino** / a cura di Rocco Quaglia; contributi di Claudio Longobardi, Simona Pagani. - Torino: UTET libreria, 2001. - XIII, 143 p.; 21 cm. - (Collana di psicologia). - Bibliografia: p. 137-143.

*Bambini - Personalità - Sviluppo - Ruolo dei padri*

Coll.: 240 VAL

**Interni familiari: relazioni e legami d'amore** / Giuliana Chiaretti. - Milano: F. Angeli, c2002. - 182 p.; 23 cm. - (Griff; 33). - Bibliografia: p. 169-182

1. *Figli: Femmine - Rapporti con i padri*

2. *Rapporti di coppia*

Coll.: 135 CHI

**La genitorialità nella prospettiva dell'attaccamento: linee di ricerca e nuovi servizi** / a cura di Lucia Carli. - Milano: F. Angeli, c2002. - 154 p.; 23 cm. - (Sussidi di psicologia; 8). - Bibliografia: p. 143-154.

*Genitorialità - Sostegno*

Coll.: 135 GEN

**Grandir et changer: une guide pour les parents en matière de développement de la petite enfance** / Cassie Landers. - Paris: Unesco, 1999. - 69 p.: ill. - Cette publication est la version française des supports éducatifs destinés aux parents et préparés [...] pour accompagner les vidéos de l'Initiative UNICEF "Education des parents".

Coll.: C2.1 LAN GRA

**Memorie di cure paterne: genere, percorsi educativi e storie d'infanzia** / Covato Carmela; con contributi di Alfredo Capone e Fiammetta Castello. - Milano: Unicopli, 2002. - 269 p.; 21 cm. - (Storia sociale dell'educazione; 6). - Bibliografia.

1. *Figli - Educazione da parte dei padri - Cambiamento*

2. *Paternità*

Coll.: 610 COV

**Noi genitori: interventi di formazione e sostegno per i genitori nel triennio 1998-2000 del progetto Peter Pan** / [Centro documentazione Peter Pan]. - Lissone: Centro di documentazione Peter Pan, stampa 2002. - 42 p.; 24 cm. - In testa al front.: Città di Lissone, Settore servizi sociali; Città di Garate Brianza, Settore servizi sociali; Il Grafo, Cooperativa sociale; Gen-essere, Tavolo di lavoro a sostegno delle funzioni genitoriali del Comune di Lissone. - Bibliografia: p. 41-42.

*Genitorialità - Sostegno - Progetti L. 285 - Milano (prov.) - 1998-2000*

Coll.: MISC 135.009 4521 CEN

**Parenting in Australian families: a comparative study of Anglo, Torres Strait Islander, and Vietnamese communities** / Violet Kolar ad Grace Soriano. - Melbourne: AIFS, 2000. - X, 67 p.: tables.

**Il primo anno del nostro bambino** / [Azienda sanitaria ULSS 3, Bassano del Grappa]; a cura di Bizzotto, Antonella; Zanardello, Nancy; Zanon, Lucia. - [S.l.]: S. Marcadella, c2001. - 148 p.; 21 cm. - Sul front: Progetto obiettivo Regione del Veneto, Direzione regionale per i servizi sociali "Sostegno alla relazione mamma-bambino nel 1° anno di vita", Azienda sanitaria ULSS 3, Bassano del Grappa, Servizio promozione familiare. - Bibliografia.

1. *Bambini piccoli - Cura*

2. *Genitorialità - Sostegno - Servizi - Veneto*

Coll.: 712 PRI

**Report of the Regional Conference on Children deprived of parental care: rights and realities: Budapest, Hungary, October 22.24, 2000** / Unicef Regional Office for CEE/CIS and the Baltic States; The NGO/UNICEF Committee for Children in CEE/CIS and the Baltic States; in collaboration with the World Bank. - Geneva: Unicef, 2001. - 68 p.: ill.

Coll.: D7.1 UNI REP

**"Spazio genitori": i nostri figli cambiano...: essere genitori in famiglia e a scuola** / C. Bisleri, F. Buzi, A. Ghilardi ... [et al.]. - Azzano San Paolo: Junior, 2001. - 426 p.; 21 cm. - (Quaderni di documentazione pedagogica; 27). - In calce al front.: Comune di Brescia; Istituto Pasquale Agazzi, Centro studi pedagogici.

1. *Genitori - Rapporti con i figli e con gli insegnanti - Sostegno - Brescia - Progetti*

2. *Genitorialità - Sostegno - Brescia - Progetti*  
Coll.: 622.009 45261 SPA

**Still going strong: a tracer study of the Community Mothers Programme, Dublin, Ireland** / Brenda Molloy. - The Hague: Bernard van Leer Foundation, 2002. - 79 p.: ill.  
Coll.: D6 MOL STI

**Tell me!: the right of the child to information** / Marian Koren. - Den Haag: NBLC, 1996. - 541 p. - Appendices: The Declaration of Geneva 1924; The UN Declaration of the Rights of the Child 1948; The UN Declaration of the Rights of the Child 1959; The UN Convention of the Rights of the Child 1989; The European Convention on the Exercise of Children's Rights 1996; The Unesco Declaration of Fundamental Principles concerning the Contribution of Mass Media to Strengthening Peace, International Understanding, to the Promotion of Human Rights and to Countering Racism, Apartheid and Incitement to War 1978; The Unesco Public Library Manifesto 1994.  
Coll.: D5 KOR TEL

**They won't take no for an answer: the relais enfants-parents** / Elizabeth Ayre. - The Hague: Bernard van Leer Foundation, 1996. - 71 p.  
Coll.: C2 AYR THE

**Valuing parent education: a cornerstone of child abuse prevention** / Adam M. Tomison. - Melbourne: AIFS, 1998. - 20 p. - Issues in Child abuse prevention, no. 10, Spring 1998  
Coll.: C5.1 TOM VAL

**Un volto o una maschera?: i percorsi di costruzione dell'identità: rapporto 1997 sulla condizione dell'infanzia e dell'adolescenza in Italia** / Istituto degli Innocenti, Presidenza del Consiglio dei Ministri. Dipartimento per gli Affari Sociali, Centro nazionale di documentazione ed analisi sull'infanzia e l'adolescenza. - Roma: Presidenza del Consiglio dei Ministri, 1997. - XII, p. 424.  
Coll.: D2 PRE VOL

## Genitorialità / Articoli

**Accanto a madri e padri: l'esperienza della comunità diurna di Campalto** / di Antonella Pellizzon.

Bibliografia: p. 25.

In: Polis. - A. 7, n. 81 (mar. 2002), p. 24-25.

*Genitori tossicodipendenti - Genitorialità - Sostegno mediante psicoterapia di gruppo - Casi: Comunità terapeutica diurna, Campalto*

**Alla ricerca di genitorialità: perchè, non basta il desiderio per diventare genitori adottivi** / di Donatella Guidi e Donatella Cantù.

In: Minori giustizia. - 2000, n. 4, p. 46-53.

*Genitori adottivi - Genitorialità*

**Aspetti inadeguati e devianti della funzione genitoriale** / a cura di Franca Tani.

Nucleo monotematico. - Contiene: La qualità delle rappresentazioni di attaccamento in madri tossicodipendenti come fattore di rischio per lo sviluppo affettivo del bambino / Alessandra Simonelli, Graziella Fava Vizziello. Maternità a rischio, interazioni precoci e attaccamento infantile / Massimo Ammaniti, Giulio Sergi, Anna Maria Speranza, Renata Tambelli, Laura Vismara. Studio di alcuni aspetti di rischio connessi alle rappresentazioni di attaccamento di padri e madri / Vincenzo Calvo, Claudia Mazzeschi, Alessandro Zennaro, Adriana Lis. Ansia genitoriale e sviluppo del bambino nella prima infanzia / Franca Tani, Rossella Vaccaro. L'influenza delle caratteristiche familiari e dell'interazione madre-bambino sullo sviluppo della simbolizzazione / Paola Venuti, Roberto Marcone, Vincenzo Paolo Senese. Una ricerca di follow-up su famiglie maltrattanti e abusanti / Elena Camisasca, Paola Di Blasio.

In: *Età evolutiva*. - N. 72 (giugno 2002), p. 49-96.

1. *Genitori maltrattanti - Genitorialità*

2. *Madri in difficoltà - Genitorialità*

**C'è ancora chi pensa che essere "generato da..." corrisponda ad essere "figlio di"?** /

Stefania Lorenzini.

In: *Infanzia*. - 9/10 (magg./giugno 2002), p. 8-13.

*Genitori adottivi - Genitorialità*

**Conciliare l'essere mamma con i problemi personali: un gruppo di mamme con patologia psichiatrica si confrontano insieme a Magenta (Mi)** / Roberta Ramponi e Alessia Repossi.

Bibliografia: p. 66.

In: *Animazione sociale*. - A. 32, 2. ser., n. 167 = 11 (nov. 2002), p. 61-66.

*Madri con disturbi psichici - Genitorialità - Sostegno - Progetti - Magenta*

**Contrasti e contesti** / Susanna Mantovani.

Bibliografia: p. 55.

In: *Adultità*. - N. 14 (nov. 2001), p. 50-55.

*Genitorialità*

**Culture, contesti e patterns di accudimento: stili genitoriali a confronto in una società multietnica** / di Paolo Campisi.

In: *Minori giustizia*. - 1999, n. 3, p. 64-70.

*Immigrati extracomunitari - Genitorialità - Valutazione - Italia*

**Drammi della genitorialità** / Vittorio Cigoli.

Contenuto nel nucleo monotematico: Relazioni genitori-figli e promozione della genitorialità. - Bibliografia: p. 277-278.

In: *Psicologia clinica dello sviluppo*. - A. 4, n. 2 (ag. 2000), p. 267-278.

*Genitorialità - Aspetti psicologici*

**Fare spazio e salotto con i genitori** / Andrea Costa.

Contenuto nell'inserito: Uno spazio culturale tra scuola, famiglia e comunità.

In: Animazione sociale. - A. 32, 2. ser., n. 164 = 6/7 (giugno/luglio 2002), p. 37-44.  
*Genitorialità - Sostegno - Impiego dell'ascolto - Brescia*

**I fondamenti della genitorialità** / Gabriella Cappellaro.

In: Prospettive assistenziali. - N. 137 (genn./mar. 2002), p. 12-15.  
*Genitorialità*

**Genitori adottivi: una scelta impegnativa e complessa** / di Maria Teresa Pedrocco Biancardi.

In: Polis. - A. 7, n. 84 (giugno 2002), p. 9-12.  
*Genitori adottivi - Genitorialità*

**Genitorialità in crisi e bambini ad alto rischio in una società in rapido cambiamento** / [E. De Rosa, R. Cocchi, M.L. Maulucci].

Bibliografia: p. 70.

In: Rassegna di servizio sociale. - A. 38, n. 3 (luglio/sett. 1999), p. 64-70.  
*Genitorialità*

**Genitorialità negata e diritti del minore** / di Nicoletta Paschetti e Daniela Giacobbe.

In: Famiglia e diritto. - A. 9, (2002), 2 (mar./apr.), p. 199-204.

1. *Coppie - Conflittualità - Uso dei figli da parte dei genitori separati*
2. *Genitori separati non affidatari - Genitorialità - Tutela*

**Gruppi di dialogo con genitori** / Giuseppe Colombo e Raffaella Gaviano.

In: Animazione sociale. - A. 31, 2. ser., n. 151 = 3 (mar. 2001), p. 60-68.  
*Genitorialità - Sostegno - Ruolo dei gruppi di genitori*

**Locke on parental power** / John Locke.

Reproduction of the Second Treatise, 6 chapter "Of paternal power" from Two treatises of Civil Government by John Locke (1632-1704).

In: Population and development review. - V. 15, no. 4, (1989), p. 749-757.

**Parents as "consumers" of education in England and Wales and the Netherlands: a comparative analysis** / Neville Harris, Sophie Van Bijsterveld.

In: International journal of law and the family. - V. 7, no. 2, (1993), p. 178-204.

**Relazioni genitori-figli e promozione della genitorialità.**

Nucleo monotematico. - Contiene: Relazioni genitori-figli e promozione della genitorialità. Presentazione / Marisa Malagoli Togliatti e Giulio Cesare Zavattini. La coppia in attesa del figlio primogenito / Adriana Lis, Alessandro Zennaro, Claudia Mazzeschi, Marianna Pinto. Drammi della genitorialità / Vittorio Cigoli. Genitorialità e procreazione assistita / Adele Nunziante Cesaro. Il sostegno alla genitorialità nel sistema dei servizi integrati del Comune di Roma / Silvia Mazzoni. - Bibliografia.

In: Psicologia clinica dello sviluppo. - A. 4, n. 2 (ag. 2000), p. 259-329.  
*Genitorialità*

**Relazioni genitori-figli e promozione della genitorialità. Presentazione** / Marisa Malagoli Togliatti e Giulio Cesare Zavattini.

Contenuto nel nucleo monotematico: Relazioni genitori-figli e promozione della genitorialità. - Bibliografia: p. 263-265.

In: Psicologia clinica dello sviluppo. - A. 4, n. 2 (ag. 2000), p. 259-265.

*Genitorialità*

**Il sostegno alla genitorialità nel sistema dei servizi integrati del Comune di Roma** / Silvia Mazzoni.

Contenuto nel nucleo monotematico: Relazioni genitori-figli e promozione della genitorialità. - Bibliografia: p. 299-301.

In: Psicologia clinica dello sviluppo. - A. 4, n. 2 (ag. 2000), p. 279-301.

*Genitorialità - Sostegno - Ruolo dei servizi sociosanitari - Roma*

**Il sostegno domiciliare come fattore protettivo** / Francesco Ciotti.

In: Quaderni ACP. - Vol. 8, n. 2 (mar./apr. 2001), p. 56-58.

1. *Famiglie difficili - Assistenza e sostegno - Ruolo dell'assistenza domiciliare*

2. *Genitorialità - Sostegno - Ruolo dell'assistenza domiciliare*

**Sostenere la genitorialità: rompere i pre-giudizi per far crescere le future generazioni** / Paola Sculari e Francesco Berto.

In: Animazione sociale. - A. 32, 2. ser., n. 164 = 6/7 (giugno/luglio 2002), p. 87-95.

*Genitorialità - Sostegno - Ruolo degli operatori sociali*

## Sfruttamento sessuale / Monografie

**Abandoned children** / edited by Catherine Panter-Brick and Malcom T. Smith. - Cambridge: Cambridge University Press, 2000. - XVI, 231 p.  
Coll.: D7.2 ABA

**Bambine in vendita: un'indagine sul traffico dei minori dall'Albania** / Save the Children; di Daniel Renton; a cura di Sisto Capra. - Milano: Mimesis, copyr. 2002. - 123 p.: ill.  
Coll: D5.1 REN BAM

**Bosnia and Herzegovina: hopes betrayed: trafficking of women and girls to post-conflict Bosnia and Herzegovina for forced prostitution** / Human Rights Watch. - New York: Human Rights Watch, 2002. - 73 p.  
Coll: CB2.1 HUM HOP

**Cambogia: proteggere i bambini dagli abusi** / UNICEF. - Rome: Unicef. Italian Committee, [2002]. - 1 videocassette.  
Coll.: VD D7.2 UNI CAM

**Children in need of special protection: East Asia and the Pacific: a UNICEF perspective** / United Nations Children's Fund, East Asia and the Pacific Regional Office. - Bangkok: Unicef/EAPRO, 2000. - 51 p.: ill.  
Coll.: D5.1 UNI CHI

**Children's rights: reality or rhetoric?: The UN Convention on the Rights of the Child: the first ten years.** - London: Save the Children, 1999. - V, 316 p.  
*Children's Rights*  
Coll.: D5 INT CHI

**I colori della notte: migrazioni, sfruttamento sessuale, esperienze di intervento sociale** / a cura di Francesco Carchedi, Anna Picciolini, Giovanni Mottura, Giovanna Campani. - Milano: F. Angeli, c2000. - 409 p.; 23 cm. - (Politiche e servizi sociali; 79).  
*Donne immigrate - Prostituzione - Casi: Grecia, Italia, Spagna*  
Coll.: 349.009 4 COL

**Da schiavi a bambini** / [ECPAT-Italia]. - Roma: ECPAT, [2002]. - [20] c. di tav.: ill.; 21 cm. - Fuori commercio.  
*Bambini e adolescenti - Sfruttamento sessuale - Prevenzione e riduzione - Ruolo di ECPAT*  
Coll.: MISC 349 ECP

**Disposable people: new slavery in the Global Economy** / Kevin Bales. - Berkeley, CA: University of California Press, 1999. - 298 p.: plates. - Appendixes: p. 265.  
*International agreements. Human rights*  
Coll.: A4 BAL DIS



**Extra-territorial criminal laws against child sexual exploitation: a study prepared with the support of UNICEF (Europe)** / Vitit Muntarbhorn. - [1998]. - 66 c.; 30 cm. - Fuori commercio.

*Bambini e adolescenti - Sfruttamento sessuale - Repressione - Legislazione*  
Coll.: MISC 349 MUN

**Investigation on the trafficking, sex tourism, pornography and prostitution of children in Central America and México: Regional synthesis ECPAT, Audrey Hepburn Children's Fund, Casa Alianza; editor Gustavo Leal.** - [San José]: Casa Alianza, 2002. - 160 p.

Coll.: D7.2 ECP INV

**Italian policies, actions & perspectives in the fight against the commercial sexual exploitation: second world Congress on the commercial sexual exploitation of children, Yokohama (Japan), 2001.** - 1 cartella (mat. vario); 31 cm. - Contenuto parziale: Italy for children's rights / Ministero degli affari esteri; The protection of children against sexual exploitation: dossier from Ministry of Labour and Social Policies, Department for Social and Welfare Policies in view of the 2. world Congress of Yokohama, December 2001.

1. *Bambini e adolescenti - Diritti - Promozione e tutela - Politica estera dell'Italia - Cartelle*
2. *Bambini e adolescenti - Tutela - In relazione allo sfruttamento sessuale - Politiche - Italia - Cartelle*

Coll.: MISC 349.009 45 WOR

**Minori e sessualità: vecchi tabù e nuovi diritti** / a cura di Saverio Abbruzzese. - Milano: F. Angeli, c1999. - 510 p.; 22 cm. - (Collana dell'Associazione italiana dei magistrati per i minorenni e per la famiglia; 6). - In appendice: L. 15 febr. 1996, n. 66, Norme contro la violenza sessuale e L. 3 ag. 1998, n. 269, Norme contro lo sfruttamento della prostituzione, della pornografia, del turismo sessuale in danno di minori, quali nuove forme di riduzione in schiavitù. - Bibliografia.

1. *Bambini e adolescenti - Sessualità*
2. *Violenza sessuale su bambini e adolescenti*

Coll.: 357 MIN

**Note for implementing and operational partners by UNHCR and Save the Children UK on sexual violence & exploitation: the experience of refugee children in Guinea, Liberia and Sierra Leone based on initial findings and recommendations from Assessment mission 22 October - 30 November 2001.** - [S.l.]: Save the Children, 2002. - 19 p.

Document downloaded from the Internet, February 2002

Coll.: D7.2 NOT

**On the road: manuale di intervento sociale nella prostituzione di strada** / a cura dell'Associazione On the road; redazione di Marco Bufo e Annalia Savini; coordinamento di Vincenzo Castelli. - Capodarco di Fermo: Comunità edizioni, stampa 1998. - 478 p.; 20 cm. - Bibliografia ed elenco dei siti web: p. 419-430.

*Prostituzione - Interventi sociali: Lavoro di strada - Italia*

Coll.: 349.009 45 ONT

**Profiting from abuse: an investigation into the sexual exploitation of our children.** - New York: UNICEF, 2001. - 39 p.: ill.

*Abused, neglected children*

Coll.: D7.2 PRO

**The protection of children against sexual exploitation: dossier from the Ministry of Labour and Social Policies, Department for Social and Welfare Policies in view of the 2. World Congress of Yokohama, December 2001.** - Firenze: Italian National Childhood and Adolescence Documentation and Analysis Centre, 2001. - 53 p.; 30 cm. - (In primo piano; 3). - Fuori commercio.

*Bambini e adolescenti - Tutela - In relazione allo sfruttamento sessuale - Politiche - Italia*

Coll.: MISC 349.009 45 ITA

**Protection of children from sexual exploitation.** - New York: UNICEF, 1999. - 94 p.

*Abused, neglected children*

Coll.: D7.2 PRO

**Racial and gender discrimination in the global political economy: suppression of trafficking and promotion of the sex industry** / Kinhide Mushakoji. - Geneva: International Council on Human Rights Policy, copyr. 1999. - 15 p.

Document downloaded from the Internet.

Coll.: CB2.1 MUS RAC

**The sex sector: the economic and social bases of prostitution on Southeast Asia** / edited by Lin Lean Lim. - Waldorf: ILO, 1998. - XIV, 232 p.

*Abused, neglected children*

Coll.: D7.2 SEX

**Sex workers in Calcutta and the dynamics of collective action: political activism, community identity and group behaviour** / Nandini Gooptu. - Helsinki: UNU/WIDER, 2000. - V, 47 p. Human resources. Employment (Includes: labour market, workers' rights, workers' organizations).

Coll.: B11 GOO SEX

**Sfruttamento sessuale e minori: nuove linee di tutela: sintesi della ricerca** / Censis. - [S.l.: s.n.], 1998. - 31 p.; 30 cm.

Coll.: LG.ABUMIN.1.6

**Sold for sex** / June Kane. - Aldershot: Arena, 1998. - IX, 144 p.

*Abused, neglected children*

Coll.: D7.2 KAN SOL

**Sono solo bambini: appunti sulla pedofilia** / Ferruccio De Salvatore; prefazione di Marcello Strazzeri. - Lecce: P. Manni, c2001. - 222 p.; 21 cm. - (Studi P. Manni; 15). - Bibliografia: p. 219-222.

1. *Bambini e adolescenti - Sfruttamento sessuale*

2. *Violenza sessuale su bambini*

Coll.: 357 DES

**Standing up for ourselves: a study on the concepts and practices of young people's rights to participation.** - Manila: UNICEF, 1999. - XIX, 185 p.

*Participation of youth in development*

Coll.: CA6 STA

**Stolen childhood: girls and boys victims of sexual exploitation in Mexico** / Elena Azaola.

- Mexico City: DIF, 2001. - 189 p.: ill.

*Abused, neglected children*

Coll.: D7.2 AZA STO

**Survey of NGO views: new ILO Convention on child labour: results analysis Anty-Slavery International, April 1998** / NGO Group for the Convention on the Rights of the Child, Sub-group on Child Labour. - [1998?]. - [23] p.; 30 cm. - Fuori commercio.

*Lavoro minorile - Sfruttamento - Rapporti di ricerca - 1998*

Coll.: MISC 377 NGO

**Tourism and the commercial sexual exploitation of children in Jamaica and the Dominican Republic** / Julia O'Connell Davidson and Jacqueline Sanchez Taylor. - Stockholm: Rädda Barnen, 2001. - 30 p.

*Child labour, child exploitation*

Coll.: D9 OCO TOU

**Trafficking in unaccompanied minors for sexual exploitation in the European Union** / [International Organization for Migration, The European Commission]. - Bruxelles: IOM, 2001. - 242 p.

Pilot project on the fight against trafficking in human beings - Research and networking on unaccompanied minors in the European Union, STOP Programme 2000. - Document downloaded from the Internet.

Coll: D7.2 INT TRA

**UNICEF, 2001.** - 1 cartella (mat. vario); 32 cm. - Contenuto parziale: Rapporto UNICEF sullo sfruttamento sessuale dei bambini; Il mondo domani, A. 24., N.s., n. 10 (ott. 2001). - Fuori commercio.

*Bambini e adolescenti - Sfruttamento sessuale - Cartelle*

Coll.: MISC 349 UNI

**Uscire dal silenzio: lo stato di attuazione della legge 269/98** / [Centro nazionale di documentazione e analisi per l'infanzia e l'adolescenza]. - Firenze: Istituto degli Innocenti, 2002. - 506 p.; 24 cm. - (Questioni e documenti. N.s.; 27). - Fuori commercio.

*Bambini e adolescenti - Sfruttamento sessuale - Legislazione statale: Italia. L. 3 ag. 1998, n. 269 - Applicazione - 2000-2001.*

Coll.: 349.009 45 CEN

**Le violenze sessuali sui bambini: lo stato di attuazione della legge 269/98** / [Centro nazionale di documentazione e analisi per l'infanzia e l'adolescenza]. - Firenze: Istituto degli Innocenti, 2001. - 264 p.; 24 cm. - (Questioni e documenti. N.s.; 19). - Fuori commercio.  
*Bambini e adolescenti - Sfruttamento sessuale - Legislazione statale: Italia. L. 3 ag. 1998, n. 269 - Applicazione*  
 Coll.: 349.009 45 CEN

**Youth, pornography, and the Internet** / Dick Thornburgh and Herbert S. Lin, editors; Committee to study tools and strategies for protecting kids from pornography and their applicability to other inappropriate Internet content, Computer science and telecommunications Board, National Research Council. - Washington: National Academy Press, 2002. - XXVIII, 450 p.  
 Appendixes: p. 389.  
 Coll.: D7.2 YOU

## Sfruttamento sessuale / Articoli

**Analisi comparata delle legislazioni e di altri dati in materia di abuso e sfruttamento sessuale dei minori a fini commerciali** / [a cura di Isabella Menichini, Joseph Moyersoem].  
 In: Cittadini in crescita. - A. 2 (2001), n. 3-4, p. 147-201.

1. *Bambini e adolescenti - Sfruttamento sessuale - Legislazione dei Paesi industrializzati - Confronto con la legislazione dei Paesi in via di sviluppo*
2. *Violenza sessuale su bambini e adolescenti - Legislazione dei Paesi industrializzati - Confronto con la legislazione dei Paesi in via di sviluppo*

### **Contro lo sfruttamento sessuale dei bambini a fini commerciali.**

Contiene: Il progetto di dichiarazione di intenti e di programma operativo della Conferenza mondiale di Stoccolma; La risoluzione di Saint-Vincent, 1996.  
 In: Minori giustizia. - 1997, n. 1, p. 140-151.

### **Inter(net)connettiamoci: professionisti in rete per prevenire e contrastare forme di violenza e sfruttamento sessuale dei minori** / Eufrasia Capodiferro.

Bibliografia: p. 56.  
 In: Professione pedagoga. - 1 (2001) 2, p. [47]-56.  
*Pedofilia, sfruttamento sessuale, violenza sessuale - Prevenzione - Progetti: Inter(net)connettiamoci*

### **Una luce nella notte: gli interventi in Veneto per le minori straniere costrette a prostituirsi** / di Jolanda Abate, Daniela Catullo, Luisa Levi e Cinzia Vettorello.

In: Minori giustizia. - 2001, n. 2, p. 80-85.  
*Minori stranieri: Bambine e adolescenti femmine - Sfruttamento sessuale - Venezia - 1998-2000*

### **Un "mini-trattato" contro lo sfruttamento sessuale dei minori** / di Alberto Attori.

In: Il mondodomani. - A. 23, n.s., n. 6/7 (giugno/luglio 2000), p. 4-5.  
*Bambini e adolescenti - Sfruttamento sessuale - Repressione - Accordi internazionali*

**Minori che esercitano la prostituzione o vittime di reati a carattere sessuale: una ricerca del Tribunale per i minorenni di Venezia** / di Irene Casol.

In: Minori giustizia. - 2001, n. 2, p. 86-99.

*Bambini e adolescenti - Sfruttamento sessuale - Legislazione statale: Italia. L. 3 ag. 1998, n. 269 - Applicazione da parte del Tribunale per i minorenni, Venezia - 1998-2000*

**Proteggere i deboli.**

In: Vivere oggi. - A. 14, n. 3 (apr. 2000), p. 66-73.

*Bambini e donne - Sfruttamento sessuale - Prevenzione - Legislazione statale - Italia*

**Proteggere tutti i bambini** / di Piercarlo Pazè.

In: Famiglia oggi. - A. 21, n. 12 (dic. 1998), p. 28-33.

**Quadro degli interventi contro violenza e abuso** / Donata Bianchi.

Bibliografia: p. 74.

In: Cittadini in crescita. - A. 3 (2002), n. 1, p. 45-74.

*Bambini e adolescenti - Sfruttamento sessuale - Legislazione statale - Italia*

**Representations of gender, respectability and commercial sex in the shadow of AIDS: a South African case study** / Catherine Campbell.

In: Social science information. - Vol. 37, no. 4, (1998), p. 687-707.

*AIDS. Socio-economic consequences*

**Repressione della pedofilia e tutela del minore sessualmente sfruttato nella legge 269 del 1998** [Bartolomeo Romano].

Nome dell'A. a p. 1584.

In: Il diritto di famiglia e delle persone. - Vol. 27, 4 (ott./dic. 1998), p. [1543]-1584.

**Violenza su bambini e adolescenti / Monografie**

**Abusi sessuali: perversione e psicoterapia** / a cura di E. Gilliéron e M. Baldassarre. - Roma: EUR, c2000. - 155 p.; 22 cm. - (Quaderni di psicoterapia I.R.E.P.; 2). - Atti del Convegno tenuto a Roma nel 1998. - Bibliografia.

*Violenza sessuale su bambini e adolescenti - Psicoanalisi - Atti di congressi - 1998*

Coll.: 356 ABU

**Abuso sessuale: una guida per psicologi, giuristi ed educatori** / Aureliano Pacciolla, Italo Ormani, Annamaria Pacciolla. - Rist. - Roma: Laurus Robuffo, 1999 (stampa 2000). - 292 p.; 24 cm. -

(Università). - Sul dorso: U 8. - Bibliografia: p. 187-261.

*Violenza sessuale su bambini e adolescenti*

Coll.: 357 PAC

**L'abuso sessuale infantile e la pedofilia: l'intervento sulla vittima** / a cura di Gaetano De Leo, Irene Petruccelli; prefazione di Eligio Resta. - Milano: F. Angeli, c1999. - 140 p.; 23 cm. - (Serie di psicologia; 156).

1. *Bambini - Effetti della violenza sessuale*
2. *Violenza sessuale su bambini e adolescenti - Manuali di intervento*  
Coll.: 357 ABU

**L'abuso sessuale infantile : l'intervento con i bambini** / Irene Petruccelli. - Roma: Carocci, 2002. - 129 p.; 18 cm. - (I tascabili; 46). – Bibliografia: p. 127-129.

1. *Bambini violentati – Effetti della violenza sessuale*
2. *Violenza sessuale su bambini*  
Coll.: 357 PET

**L'abuso sessuale sulle bambine** / Giuseppe de Virgiliis, Luciano Merlini; prefazioni di Antonio Farneti e di Tiziana Siciliano. - Milano: F. Angeli, c2002. - 141 p.: ill.; 23 cm - (Ostetricia & ginecologia; 2). – Bibliografia p.: 129-141.

*Violenza sessuale su bambine – Accertamento - Ginecologia*  
Coll.: 357 DEV

**L'abuso sessuale intrafamiliare: manuale di intervento** / a cura di Angelo Carini, Maria Teresa Pedrocchio Biancardi, Gloria Soavi. - Milano: R. Cortina, 2001. - XXIV, 411 p.; 23 cm. - (L'intervento psicosociale). - Bibliografia: p. 403-411.

*Familiari - Violenza sessuale su bambini - Manuali di intervento*  
Coll.: 357 ABU

**L'abuso sessuale su bambine e bambini: guida informativa per adulti** / Regione Toscana - [Dipartimento del diritto alla salute e delle politiche di solidarietà, ARTEMISIA]. - Firenze: Regione Toscana, Giunta regionale, [2001?]. - 31 p.: ill.; 25 cm + 1 fasc. - Nomi degli A. dal verso del front.

*Violenza sessuale su bambini - Prevenzione - Guide*  
Coll.: MISC 357 TOS

**L'abuso sessuale sui minori: valutazione e terapia delle vittime e dei responsabili** / Davide Dettore, Carla Fuligni; presentazione del prof. Giorgio Abraham. - Milano: McGraw-Hill, 1999. - XV, 454 p.; 21 cm. - (Psicologia). - Bibliografia: p. 399-448.

Coll.: 357 DET

**The APSAC Handbook on child maltreatment** / editors John E. B. Myers, Lucy Berliner, John Briere ... [et. al.]. - 2<sup>nd</sup> ed. - Thousand Oaks: Sage publications, 2002. - XVI, 582 p.: boxes.

Coll: R6 APS

**Are children protected against violence in Europe?: an initial comparative study on laws, policies and practices in the European Union** / European Forum for Child Welfare = Forum européen pour le bien-être de l'enfance. - Bruxelles: European Forum for Child Welfare, c1998. - 123 p.; 30 cm.

*Violenza sessuale su bambini e adolescenti - Prevenzione - Paesi dell'Unione europea*  
Coll.: 356.009 4 EUR

**Bambine in vendita: un'indagine sul traffico dei minori dall'Albania** / Save the Children; di Daniel Renton; a cura di Sisto Capra. - Milano: Mimesis, copyr. 2002. - 123 p.: ill.  
Coll.: D5.1 REN BAM

**Bambini abusati : linee-guida nel dibattito internazionale** / Marinella Malacrea, Silvia Lorenzini. - Roma: R. Cortina, 2002. - XVI, 462 p.; 23 cm - (L'intervento psicosociale). - Bibliografia.  
*Violenza sessuale su bambini*  
Coll.: 357 MAL

**Bambini da salvare** / Aldo Gombia. - Novara: Red, c2002. - 133 p.; 19 cm. - (Economici di qualità; 16). - Bibliografia: p. 132-133.  
*Violenza sessuale su bambini e adolescenti*  
Coll.: 357 GOM

**Il bambino tradito : carenze gravi, maltrattamento e abuso a danno di minori** / a cura di Anna Abburrà, Roberto Boscarolo, Antonietta Gaeta, Franco Gogliani, Elena Licastro, Rita Turino; prefazione di Paolo Vercellone. - Roma: Carocci, 2000. - 378 p.; 24 cm - (I manuali; 109).  
Coll.: 356 BAM

**Bibliography: research on pornography and sex in the media** / compiled by Johan Cronström. - Göteborg: Nordicom, 2000. - 30 p.  
*Bibliographies/ Catalogues - Communication*  
Coll.: Zk CRO BIB

**Cambogia: proteggere i bambini dagli abusi** / UNICEF. - Rome: UNICEF Italian Committee, [2002]. - 1 videocassette.  
*Abused, neglected children*  
Coll.: VD D7.2 UNI CAM

**Child abuse and the Internet** / Janet Stanley. - Melbourne: AIFS, 2001. - 19 p.  
*Abused, neglected children*  
Coll.: D7.2 STA CHI

**Child abuse and the media** / Chris Goddard and Bernadette J. Saunders. - Melbourne: AIFS, 2001. - 23 p.  
*Abused, neglected children*  
Coll.: D7.2 GOD CHI

**Child abuse on the Internet: ending the silence** / edited by Carlos A. Arnaldo. - New York: Berghahn Books, 2001. - XIX, 220 p.  
*Abused, neglected children*  
Coll.: D7.2 CHI

**Childhood abused: protecting children against torture, cruel, inhuman and degrading treatment and punishment** / edited by Geraldine van Bueren. - Aldershot: Ashgate, 1998. - XVI, 308 p.

*Abused, neglected children*

Coll.: D7.2 CHI

**Childhood in question: children, parents and the state** / edited by Anthony Fletcher and Stephen Hussey. - Manchester: Manchester University Press, 1999. - 177 p.

Coll: C1 CHI

**Communicating with children: helping children in distress** / Naomi Richman. - Revised and updated 2<sup>nd</sup> ed. - London: Save the Children, 2000. - VIII, 118 p.

Coll: DB1.1 RIC COM

**Community-based approaches in preventing child maltreatment** / Adam M. Tomison and Sarah Wise. - Melbourne: AIFS, 1999. - 20 p.

*Abused, neglected children*

Coll.: D7.2 TOM COM

**Criteri di valutazione nell'abuso all'infanzia: elementi clinici e forensi** / Ernesto Caffo, Giovanni Battista Camerini, Giuliana Florit. - Milano: McGraw-Hill, 2002. - XIV, 424 p.; 21 cm. - (Psicologia). - Bibliografia: p. 385-417.

1. *Bambini e adolescenti - Maltrattamento - Accertamento e valutazione*

2. *Violenza sessuale su bambini - Accertamento*

Coll.: 357 CAF

**Dal dolore alla violenza : le origini traumatiche dell'aggressività** / Felicity de Zulueta. - Milano: R. Cortina, c1999. - X, 388 p.; 23 cm - (Collana di psicologia clinica e psicoterapia; 123). - Trad. di: From pain to violence. - Bibliografia: p. 359-373.

*Violenza*

Coll.: 350 DEZ

**Dare cittadinanza ai diritti inespressi : una vita senza violenza per i bambini e le bambine.** - Firenze: Arti grafiche Bandettini, 1999. - 152 p.; 30 cm. - Convegno tenutosi a Firenze, Palazzo Vecchio, 5-6- dicembre 1997. - Pubblicazione a cura del Comune di Firenze, Provincia di Firenze in collaborazione con Associazione Artemisia

**Deliberazione della Giunta Regionale n. 42-29997 del 2 maggio 2000 "Approvazione linee guida per la segnalazione e la presa a carico dei casi di abuso e maltrattamento ai danni di minori da parte dei servizi socio-assistenziali e sanitari".** - [Torino]: Regione Piemonte, [2000?]. - 9 p.; 30 cm. - Tit. in cop.: I bambini vittime di abusi e maltrattamenti ti parlano in tanti modi. - Fuori commercio.

*Bambini maltrattati e bambini violentati - Presa in carico da parte dei servizi sanitari e dei servizi sociali - Deliberazioni del Piemonte (Amm. reg.): Piemonte. Del. G.R. 2 maggio 2000, n. 42-29997 - Testi*

Coll.: MISC 850.094 51 PIE



**Il dolore meraviglioso** / Boris Cyrulnik; traduzione di Eliane Nortey. - [Milano]: Frassinelli, c2000. - 231 p.; 22 cm. - (Saggistica). - Trad. di: Un merveilleux malheur. - Bibliografia: p. 229-232.  
*Bambini maltrattati e bambini svantaggiati - Resilienza*  
Coll.: 240 CYR

**Domestic violence and abuse: against children, adolescents and women: Japanese overview** / WHO Centre for Health Department in Kobe. - Yoshimoto: World Health Organization, 1998. - 23 p.  
*Gender issues*  
Coll.: CB2.1 WOR DOM

**Easy targets: violence against children worldwide** / Human Rights Watch. - New York: Human Rights Watch, c2001. - 30 p.: ill.  
*Children in especially difficult circumstances*  
Coll.: D7 HUM EAS

**E poi disse che avevo sognato: violenza sessuale intrafamiliare su minori: caratteristiche del fenomeno e modalità di intervento** / a cura di Roberta Luberti e Donata Bianchi. - Firenze: Edizioni Cultura della Pace, c1997. - 199 p.; 21 cm. - In testa al front.: Associazione Artemisia. - Contiene scritti di vari autori. - Nei preliminari: Atti dei corsi 1993-97. - Bibliografia: p. [183]-193.  
Coll.: 357 EPO

**Le emozioni dell'ascolto: educatori, comunità e minori nelle situazioni d'abuso sessuale** / Simona Barberis. - Milano: Unicopli, c2001. - 141 p.; 21 cm. - Bibliografia: p. 135-141.  
*Bambini violentati - Assistenza e sostegno psicologico da parte degli educatori professionali - In relazione alla violenza sessuale da parte dei familiari*  
Coll.: 357 BAR

**Etudes d'incidence et de prévalence menées à l'échelle internationale sur la maltraitance envers les enfants: bibliographie sélective** / [préparé par Lil Tonmyr pour le compte de: Division de la violence envers les enfants, Bureau de la santé génésique et de la santé de l'enfant, Direction générale de la protection de la santé, Santé Canada]. - Ottawa: Child Maltreatment Division, 1998. - V, 38 p.: boxes.  
Coll: Zdc DIV ETU

**Le ferite dell'infanzia: esprimerle, comprenderle, superarle** / Nicole Fabre. - Roma: Edizioni scientifiche Magi, c2001. - 113 p.; 21 cm. - (Psicologia infantile). - Trad. di: Blessures d'enfance.  
1. *Bambini maltrattati - Psicoterapia*  
2. *Traumi infantili - Psicoanalisi*  
Coll.: 768 FAB

**Gender, sexuality and violence in organizations: the unspoken forces of organization violations** / Jeff Hearn and Wendy Parkin. - London: Sage publications, 2001. - XIV, 202 p.  
*Gender issues*  
Coll.: CB2.1 HEA GEN

**Gli indicatori dell'abuso infantile : gli effetti devastanti della violenza fisica e psicologica** / a cura di James A. Monteleone; presentazione ed edizione italiana a cura di Ugo Fornari. - Torino: Centro scientifico, c1999. - XXIII, 374 p.: ill.; 21 cm - (Collana di criminologia clinica, psicologia giudiziaria e psichiatria forense; 7). - Trad. di: Recognition of child abuse for the mandated reporter. - Bibliografia.

Bambini – Effetti della violenza - Valutazione

Coll.: 356 IND

**Grandi reati, piccole vittime: reati sessuali a danno dei bambini: confronto delle legislazioni dei Paesi membri dell'Unione Europea, esame degli aspetti clinici e preventivi del fenomeno della pedofilia** / [a cura di Marina Acconci e Alessandra Berti]. - Genova: Erga, 1999. - 247 p.; 24 cm. - (Medicina e benessere. Medicina clinica). - Bibliografia: p. 236- 247.

1. *Pedofilia*

2. *Violenza sessuale su bambini e adolescenti - Legislazione statale - Paesi dell'Unione Europea*

Coll.: 357.009 4 GRA

**Guida e strumenti operativi in materia di abbandono e maltrattamento dei minori: delibera n. 313 del 25 marzo 2002** / Regione Toscana, Istituto degli Innocenti di Firenze. - [Firenze]: Regione Toscana, stampa2002. - 78 p.; 24 cm. - Fuori commercio.

*Bambini e adolescenti - Maltrattamento - Legislazione statale - Italia - Guide*

Coll.: MISC 356 TOS

**Ho visto il lupo: abuso e maltrattamento** / Carmine Vitale, Cesare A. Principe. - Azzano San Paolo: Junior, 2001. - 406 p.; 24 cm. - Bibliografia: p. 387-399.

1. *Bambini e adolescenti - Maltrattamento*

2. *Violenza sessuale su bambini e adolescenti*

Coll.: 357 VIT

**Impara a difenderti** / Helen Benedict. - 3. ed. - Milano: Bompiani, 1998. - 126 p.: ill.; 20 cm. - Trad. di: Stand up for yourself.

*Violenza sessuale su bambini e adolescenti - Prevenzione - Libri per ragazzi*

Coll.: 357 BEN

**Infanzia e abuso sessuale** / a cura di Tullio Bandini, Barbara Gualco. - Milano: A. Giuffrè, 2000. - XVII, 424 p.; 24 cm. - (Medicina legale, criminologia e deontologia medica).

*Violenza sessuale su bambini*

Coll.: 357 INF

**Infanzia mal-trattata** / a cura di Anna Coluccia, Lore Lorenzi, Mirella Strambi. - Milano: F. Angeli, c2002. - 191 p.; 23 cm. - (Politiche e servizi sociali; 133).

1. *Bambini - Maltrattamento*

2. *Violenza sessuale su bambini*

Coll.: 357 INF

**Infanzia maltrattata: tra lusinghe e inganni** / Giulia Paola Di Nicola; con scritti di Gianfranco Visci e Andrea Bollini. - Milano: Paoline, c2001. - 252 p.; 21 cm. - (Persona e società Paoline; 10).

1. *Bambini - Maltrattamento*
  2. *Violenza sessuale su bambini*
- Coll.: 357 DIN

**L'infanzia rimossa : dal bambino maltrattato all'adulto distruttivo nel silenzio della società** / Alice Miller. - Milano: Garzanti, 1999. - 177 p.; 19 cm. - (Gli elefanti. Saggi). - Trad. di: Das verbannte Wissen. - Bibliografia: p. 175-176.  
*Bambini - Sviluppo psicologico - Effetti del maltrattamento da parte dei genitori - Psicoanalisi*  
Coll.: 240 MIL

**Investigation on the trafficking, sex tourism, pornography and prostitution of children in Central America and México: Regional synthesis** / ECPAT, Audrey Hepburn Children's Fund, Casa Alianza; editor Gustavo Leal. - [San José]: Casa Alianza, 2002. - 160 p.  
*Abused, neglected children*  
Coll.: D7.2 ECP INV

**Leggere il maltrattamento del bambino : le radici della violenza** / a cura di Alberto Agosti e Paola Di Nicola. - Milano: F. Angeli, c2000. - 317 p.; 23 cm. - ([Varie]; 911). - Bibliografia: p. 299-317.  
*Bambini e adolescenti - Maltrattamento*  
Coll.: 356 LEG

**Lezioni di fiducia [Multimediale]: un progetto per i ragazzi e le ragazze delle scuole medie inferiori per la prevenzione dell'abuso sessuale** / Il telefono azzurro. - Cinisello Balsamo: San Paolo, [2000]. - 1 videocassetta, 1 v. (134 p.; 19 cm), 24 cm.  
*Violenza sessuale su preadolescenti - Prevenzione - Progetti educativi - Multimediali*  
Coll.: 357 TEL

**Il maltrattamento invisibile : scuola, famiglia, istituzioni** / a cura di Claudio Foti, Claudio Bosetto, Anna Maltese. - Milano: F. Angeli, c2000. - 224 p.; 23 cm - (Hansel e Gretel; 2)  
1. *Alunni - Maltrattamento da parte degli insegnanti*  
2. *Bambini - Sostegno e tutela da parte delle scuole - In relazione alla violenza*  
Coll.: 356 MAL

**Le mani sui bambini: storie cliniche di abusi infantili** / Maria Rita Parsi. - Milano: A. Mondadori, 1998. - 164 p.; 23 cm. - (Ingrandimenti). - In appendice: Indirizzi dei Centri di consulenza per bambini maltrattati e che hanno subito molestie sessuali.  
*Violenza sessuale su bambini - Testimonianze*  
Coll.: 357 PAR

**Minori e sessualità : vecchi tabù e nuovi diritti** / a cura di Saverio Abbruzzese. - Milano: F. Angeli, c1999. - 510 p.; 22 cm. - (Collana dell'Associazione italiana dei magistrati per i minorenni e per la famiglia; 6). - In appendice: L. 15 febr. 1996, n. 66 "Norme contro la violenza sessuale" e L. 3 ag. 1998, n. 269 "Norme contro lo sfruttamento della prostituzione, della pornografia, del turismo sessuale in danno di minori, quali nuove forme di riduzione in schiavitù". - Bibliografia.

1. *Bambini e adolescenti – Sessualità*
  2. *Violenza sessuale su bambini e adolescenti*
- Coll.: 357 MIN

**Note for implementing and operational partners by UNHCR and Save the Children UK on sexual violence & exploitation: the experience of refugee children in Guinea, Liberia and Sierra Leone based on initial findings and recommendations from Assessment mission 22 October - 30 November 2001.** - [S.l.]: Save the Children, 2002. - 19 p. - Document downloaded from the Internet - February 2002.

*Abused, neglected children*

Coll.: D7.2 NOT

**Outlook on children and media: child rights, media trends, media research, media literacy, child participation, declarations** / Cecilia von Feilitzen and Catharina Bucht. - Göteborg: Nordicom, 2001. - 177 p.: tables.

Coll.: K1 FEI OUT

**Le parole non dette: come insegnanti e genitori possono aiutare i bambini a prevenire l'abuso sessuale** / Alberto Pellai; con il contributo di Yvette Lehman. - Milano: F. Angeli, c2000. - 143 p.: ill.; 30 cm. - (Educare alla salute; 1).

*Violenza sessuale su bambini - Prevenzione da parte dei genitori e degli insegnanti - Manuali*

Coll.: 357 PEL

**Pedofilia e reati sessuali contro i bambini** / Dennis Howitt; presentazione ed edizione italiana a cura di Ugo Fornari. - Torino: Centro scientifico, c2000. - XVI, 333 p.; 21 cm - (Collana di criminologia clinica, psicologia giudiziaria e psichiatria forense; 10). - Trad. di: Paedophiles and sexual offences against children. - Bibliografia: p. 313-333.

1. *Pedofilia*

2. *Violenza sessuale su bambini*

Coll.: 357 HOW

**La pedofilia : i mille volti di un olocausto silenzioso** / Fortunato Di Noto. - Milano: Paoline, c2002. - 156 p.; 22 cm - (Saggistica Paoline; 7). - Bibliografia p. 153-156.

1. *Pedofilia*

2. *Violenza sessuale su bambini*

Coll.: 357 DIN

**Pedofilia: per saperne di più** / Anna Oliverio Ferraris, Barbara Graziosi. - Roma: Laterza, 2001. - VIII, 230 p.; 18 cm. - (Universale Laterza; 803). - Bibliografia: p. 193-198.

1. *Pedofilia*

2. *Violenza sessuale su bambini e adolescenti*

Coll.: 357 FER

**Pedofilia: una guida alla normativa e alla consulenza** / a cura di Italo Ormani, Aureliano Pacciolla. - Roma: DueSorgenti, 2000. - 388 p.; 25 cm. - (Aurea; 2).

1. *Pedofilia*
  2. *Violenza sessuale su bambini*
- Coll.: 357 PED

**Preventing child abuse and neglect: findings from an Australian audit of prevention programs** / Adam M. Tomison and Liz Poole. - Melbourne: AIFS, 2000. - IX, 197 p.  
Coll.: D7.2 TOM PRE

**Preventing family violence: a manual for action** / Josephine Warrior. - London: The International Save the Children Alliance, copyr. 1999. - 69 p.: ill.  
Coll.: D7.2 WAR PRE

**Profiting from abuse: an investigation into the sexual exploitation of our children.** - New York: UNICEF, 2001. - 39 p.: ill.  
*Abused, neglected children*  
Coll.: D7.2 PRO

**Protection of children from sexual exploitation.** - New York: UNICEF, 1999. - 94 p.  
*Abused, neglected children*  
Coll.: D7.2 PRO

**Psicologia del bambino maltrattato** / Paola Di Blasio. - Bologna: Il mulino, c2000. - 231 p.; 22 cm. - (Aggiornamenti). - (Aggiornamenti. Aspetti della psicologia). - Bibliografia: p. 207-231.  
*Bambini maltrattati - Personalità - Sviluppo*  
Coll.: 356 DIB

**Il quaderno di Axi: per non lasciarli nella vergogna: come aiutare i bambini a raccontare i cattivi segreti dell'adulto** / Loredana Petrone; disegni di Alessandro Pultrone. - Roma: Edizioni scientifiche Magi, c2000. - 51 p.: ill.; 24 cm. - (I bambini raccontano).  
*Violenza sessuale su bambini - Prevenzione - Libri per bambini*  
Coll.: MISC 357 PET

**Il recupero dei ricordi di abuso : ricordi veri o falsi?** / a cura di Joseph Sandler e Peter Fonagy; introduzione di Phil Mollon. - Milano: F. Angeli, c2002. - 141 p.; 23 cm - (Psicoanalisi contemporanea. 1, Metodologia, teoria e tecnica psicoanalitica; 11). - Trad. di: Recovered memories of abuse. - Bibliografia: p. 123-137.  
*Violenza sessuale - Ricordo da parte delle vittime - Valutazione - Psicoanalisi*  
Coll.: 357 REC

**Reproductive health survey Romania, 1999: final report** / edited by: Florina Serbanescu, Leo Morris, Mona Marin. - Atlanta: United States Department of health and human services, Public health service, Centers for disease control and prevention, 2001. - 1 vol. in various paging: tables. On the title page: Romanian Association of Public Health and Health Management; School of Public Health (ARSPMS), University of Medicine and Pharmacy "Carol Davilla", National Commission for Statistics (CNS), Division of Reproductive Health, Centers for Disease Control and Prevention (DHR/CDC), United States Agency for International Development (USAID), United

Nations Population Fund (UNFPA), United Nations Children's Fund.  
Coll.: G2 REP

**Riconoscere e ascoltare il trauma: maltrattamento e abuso sessuale sui minori: prevenzione e terapia** / a cura di Cristina Rocca. - Milano: F. Angeli, 2001. - 233 p.; 23 cm. - (Hansel e Gretel; 3).

1. *Bambini violentati - Psicoterapia*

2. *Violenza sessuale su bambini - Accertamento e prevenzione*

Coll.: 357 RIC

**I ricordi delle antiche violenze : come riemergono, come si interpretano, come si superano** / Kenneth S. Pope, Laura S. Brown. - Milano: McGraw-Hill, 1999. - 285 p.; 21 cm. - Trad. di: Recovered memories of abuse: assessment, therapy, Forensics. - Bibliografia: p. 239-261.

Coll.: 1299

**Scared at school: sexual violence against girls in South African Schools** / Human Rights Watch. - New York: Human Rights Watch, 2001. - 138 p. - Appendices: p. 114.

*Abused, neglected children*

Coll.: D7.2 HUM SCA

**Secrets that destroy: five European seminars on child sexual abuse and exploitation.** - Stockholm: Save the Children, c1998. - 53 p.; 30 cm.

*Violenza sessuale su bambini e adolescenti*

Coll.: 357 SEC

**Segreti violenti: abusi sessuali e perversioni** / Mirella Baldassarre. - Roma: Borla, c2000. - 214 p.; 21 cm. - Bibliografia: p. 209-212.

*Familiari - Violenza sessuale su bambini e adolescenti*

Coll.: 357 BAL

**Le storie del giorno che non muore : il trauma dell'abuso sessuale** / Francesco Villa. - Roma: Borla, c2002. - 183 p.; 21 cm. - (Congiunzioni). - Bibliografia: p. 173-177.

*Violenza sessuale su bambini*

Coll.: 357 VIL

**La testimonianza nei casi di abuso sessuale sui minori : la memoria, l'intervista e la validità della deposizione** / a cura di Giuliana Mazzoni. - Milano: Giuffrè, 2000. - XVII, 243 p.; 24 cm. - (Collana di psicologia sociale e clinica). - Bibliografia.

*Violenza sessuale su bambini - Accertamento mediante testimonianza dei bambini*

Coll.: 357 TES

**The state of children and women in Turkey: perspectives in the context of the CRC and CEDAW** / Attila Hancioglu, Ismet Koç, Meltem Dayioglu. - Ankara: UNICEF [Turkey], 2000. - XIV, 94 p.; ill. - Accompanied by 3 Supplements.

*Turkey*

Coll.: DC45 HAN STA

**Trauma, abuso e perversione** : problemi teorico-clinici nel trattamento di pazienti anoressiche-bulimiche / a cura di Luisella Brusa e Francesca Senin; prefazione di Fabiola De Clercq. - Milano: F. Angeli, c2000. - 174 p.; 23 cm - (ABA; 1). - Atti del Seminario tenuto a Milano nel 1999. - In testa al front.: ABA, Associazione per lo studio e la ricerca sull'anoressia, bulimia e i disordini alimentari. - Bibliografia: p. 170-174.

*Violenza sessuale su bambini e adolescenti - Effetti: Anoressia nervosa e bulimia nervosa - Psicoanalisi - Atti di congressi - 1999?*

Coll.: 764 TRA

**Trauma e riparazione: la cura nell'abuso sessuale all'infanzia** / Marinella Malacrea. - Milano: R. Cortina, c1998. - 259 p.; 24 cm. - (Collana di psicologia clinica e psicoterapia; 109). - Bibliografia: p. 257-259.

*Bambini violentati - Psicoterapia*

Coll.: 357 MAL

**Treatment of young perpetrators of sexual abuse: possibilities and challenges** / Kate Holman. - Stockholm: Rädda Barnen, 2001. - 59 p.

*Problem youth*

Coll.: CA5 HOL TRE

**Violence against women, gender and health equity** / Claudia García-Moreno. - Harvard: Harvard School of Public Health, 1999. - 29 p.

*Gender issues*

Coll.: CB2.1 GAR VIO

**The violences of men: how men talk about and how agencies respond to men's violence to women** / Jeff Hearn. - London: Sage publications, 1998. - X, 258 p.: tables  
Appendix: p. 224; bibliography: p. 233.

Coll.: CB2.1 HEA VIO

**La violenza di genere su donne e minori: un'introduzione** / Patrizia Romito. - Milano: F. Angeli, c2000. - 128 p.; 23 cm. - (Politiche e servizi sociali; 83). - Bibliografia: p. 119-128.

1. *Violenza sessuale su bambini e adolescenti*

2. *Violenza sessuale su donne*

Coll.: 357 ROM

**Violenza familiare: prevenzione e trattamento: le radici nascoste dell'abuso su donne e bambini attraverso la clinica dei casi** / Paolo Bagnara. - Milano: F. Angeli, c1999. - 109 p.; 23 cm. - (Le professioni nel sociale. Sez. 1, Manuali; 21). - Bibliografia: p. 107-109.

*Familiari - Violenza sessuale su bambini e violenza sessuale su donne*

Coll.: 357 BAG

**Violenza sui minori: rappresentazione dell'infanzia e richiesta di aiuto: il caso del Telefono azzurro in una ricerca empirica** / Giovanna Petrillo, Maria Patrizia Bianco. - [S.l.: s.n., 1998]. - 175 p.: ill.; 24 cm.

Coll.: 1178

**Il volto e la maschera : il fenomeno della pedofilia e l'intervento educativo** / Anna Oliverio Ferraris; con la collaborazione di Barbara Graziosi. - Roma: Valore scuola, c1999. - 102 p.: ill.; 24 cm. - Bibliografia: p. [99]-100.  
Coll.: 1300

**The war within the war: sexual violence against women and girls in eastern Congo** / Democratic Republic of Congo. – New York: Human Right Watch, 2002. - 114 p.  
Coll: CB2 WAR

**World report on violence and health** / edited by Etienne G. Krug ... [et al.]. - Geneva: WHO, 2002. - VIII, 346 p.  
Coll: G5.1 WOR

**World report on violence and health: summary.** - Geneva: WHO, 2002. - 44 p.  
Coll: G5.1 WOR

**Young offenders: sexual abuse and treatment** / Anders Nyman, Olof Risberg, Börje Svensson. - Stockholm: Rädda Barnen, 2001. - 180 p.  
*Problem youth*  
Coll.: CA5 NYM YOU

**Young offenders: sexual abuse and treatment** / Anders Nyman, Olof Risberg, Börje Svensson. - Stockholm: Rädda Barnen, 2001. - 180 p.  
Coll: CA5 NYM YOU

## Violenza su bambini e adolescenti / Articoli

**Abuso, maltrattamento e neglect in soggetti con disabilità psichica e fisica** / Enrico Molinari, Angelo Compare.  
Bibliografia: p. 41-45.  
In: Maltrattamento e abuso all'infanzia. - Vol. 2, n. 2 (giugno 2000), p. 29-45.  
1. *Bambini disabili - Maltrattamento*  
2. *Bambini violentati: Disabili*

**L'abuso sessuale: i segnali di disagio** / a cura di Paola Di Blasio  
In: Maltrattamento e abuso all'infanzia. - Vol. 1, n. 1 (apr. 1999), p. 13-136  
Bibliografia: p. 17.

**Abuso sessuale all'infanzia: esigenze cliniche e giudiziarie** / Mariella Malacrea  
In: Cittadini in crescita. - A. 2 (2001), n. 1, p. 33-63.  
*Bambini violentati – Cura e tutela – Collaborazione della magistratura con i medici e gli psicologi*

**Abuso sessuale e tutela dei bambini** / Marisa Biancardi.  
In: La famiglia. - A. 32, 191 (sett./ott. 1998), p. 42-55.  
Bibliografia: p. 55.



**Abuso sessuale infantile e psicopatologia delle relazioni familiari** / Dante Grezzi.

In: Prospettive sociali e sanitarie. - A. 29, n. 19 (nov. 1999), p. 12-15.

*Violenza sessuale su bambini e adolescenti - Interventi di psicoterapia familiare*

**Abuso sui minori e interventi educativi** / Simona Barberis.

Bibliografia: p. 9.

In: Prospettive sociali e sanitarie. - A. 30, n. 8 (1 maggio 2000), p. 7-9.

*Violenza sessuale su bambini e adolescenti - Prevenzione - Progetti - Torino*

**Attaccamento e maltrattamento** / a cura di E. Camisasca.

Nucleo monotematico. - Contiene: L'attaccamento disorganizzato nella prima infanzia / Marinus H. van Ijzendoorn, Carlo Schuengel, Marian J. Bakermans-Kranenburg. Maltrattamento infantile ed attaccamento / Grazia Attili. Dissociation and the processing of threat related information / Mary E. Loos, Pamela C. Alexander.

In: Maltrattamento e abuso all'infanzia. - Vol. 3, n. 3 (dic. 2001), p. 7-83.

*Bambini - Maltrattamento da parte dei genitori - Effetti: Attaccamento disorganizzato*

**Attaccamento e tutela del minore: il progetto di intervento** / di Lisa Sartorello.

In: Minori giustizia. - 1999, n. 1, p. 57-63.

*Bambini maltrattati e bambini violentati - Attaccamento*

**Il bambino abusato e/o maltrattato. Prima parte** / di Giorgio Di Piero.

Continua nel n. 8 (ott. 2000).

In: Vita dell'infanzia. - A. 49, n. 7 (sett. 2000), p. 25-28.

1. *Bambini - Maltrattamento*

2. *Violenza su bambini*

**Il bambino abusato e/o maltrattato. Seconda parte** / di Giorgio Di Piero.

La prima parte pubblicata nel n. 7 (sett. 2000). - Bibliografia: p. 19.

In: Vita dell'infanzia. - A. 49, n. 8 (ott. 2000), p. 16-19.

1. *Bambini - Maltrattamento - Prevenzione*

2. *Violenza su bambini - Prevenzione*

**Il bambino violato** / [Paola Rossi].

Nome dell'A. a p. 64. - Bibliografia: p. 64-65.

In: Rassegna di servizio sociale. - A. 40, n. 2 (apr./giugno 2001), p. 53-65.

*Violenza sessuale su bambini e adolescenti - Competenze degli assistenti sociali - Italia*

**Capacità e recuperabilità dei genitori maltrattanti** / M. Dolores Masé.

Bibliografia: p. 15.

In: Prospettive sociali e sanitarie. - A. 30, n. 18 (15 ott. 2000), p. 12-15.

*Bambini maltrattati - Genitori - Psicoterapia*

**Il carcere a undici anni: e poi?** / di Cristina Rocca.

In: Minori giustizia. - 1999, n. 4, p. 119-125.

*Bambini e adolescenti - Violenza sessuale - Diritto*

**“Come eravamo”: terapisti familiari e abuso sessuale** / Marinella Malacrea

In: *Psicobiettivo*. - A. 19, n. 1 (apr. 1999), p. 13-24.

Contributo contenuto nell’insero: *Psicopatologia dell’abuso sessuale infantile*. - Bibliografia: p. 23-24.

**Commento alla legge n. 154 del 4 aprile 2001, “Misure contro la violenza nelle relazioni familiari”** / Fabio Roia.

Appendice: p. 125-128.

In: *Maltrattamento e abuso all’infanzia*. - Vol. 4, n. 1 (apr. 2002), p. 123-128.

**Le condotte sessuali violente in adolescenza** / Ugo Sabatello, Renzo Di Cori.

Bibliografia: p. 199-200.

In: *Psichiatria dell’infanzia e dell’adolescenza*. - Vol. 68, n. 2 (mar./apr. 2001), p. 187-200.

*Adolescenti - Violenza sessuale su bambini*

**Conflitto genitoriale e maltrattamento psicologico del minore** / a cura di Marisa Malagoli Togliatti, Mimma Tafà.

Nucleo monotematico.

In: *Maltrattamento e abuso all’infanzia*. - Vol. 2, n. 1 (mar. 2000), p. [5]-78.

*Genitori - Conflittualità - Effetti: Figli - Maltrattamento*

**I danni subiti dal minore nei servizi e nelle comunità per i minori** / di Francesco Bigotta.

In: *Minori giustizia*. - 2001, n. 3-4, p. 39-54.

*Bambini e adolescenti - Maltrattamento - Responsabilità civile delle comunità per minori e dei servizi sociali*

**Esclusione sociale della madre sola e abbandono dell’infanzia** / Sandra Chistolini

In: *La famiglia*. - A. 36, 214 (luglio/ag. 2002), p. 5-18.

*Neonati - Abbandono da parte delle madri - Aspetti sociologici*

**The feminizing of neglect** / Danielle Turney.

Bibliografia: p. 54-55.

In: *Child & family social work*. - Vol. 5, issue 1 (Febr. 2000), p. 47-56.

*Bambini e adolescenti - Maltrattamento - Prevenzione*

**Il figlio nel conflitto genitoriale** / Maria Rita Consegnati

Bibliografia: p. 59-61.

In: *Maltrattamento e abuso all’infanzia*. - Vol. 2, n. 1 (mar. 2000), p. 47-61.

*Genitori - Conflittualità e separazione coniugale - Effetti: Figli - Maltrattamento*

**Formazione come risorsa nell’intervento a favore dei bambini vittime di maltrattamento ed abuso sessuale** / Marianna Giordano, Annamaria Scapicchio.

Bibliografia: p. 102.

In: *Maltrattamento e abuso all’infanzia: rivista interdisciplinare*. - Vol. 1, n. 3 (dic. 1999), p. 89-102.

*Bambini maltrattati - Interventi - Formazione - Metodologia*

**Handicap e abuso** / a cura di Enrico Molinari.

Focus monotematico. - Contiene: Psicoterapia con bambini con handicap sessualmente abusati / Patricia M. Sullivan, John M. Scalan. Abuso maltrattamento e neglect in soggetti con disabilità psichica e fisica / Enrico Molinari, Angelo Compare. La violenza contro i portatori di disabilità / Enrico Molinari. - Bibliografia: p. 11.

In: Maltrattamento e abuso all'infanzia. - Vol. 2, n. 2 (giugno 2000), p. 9-62.

1. *Bambini e adolescenti disabili - Maltrattamento*

2. *Vittime di violenza sessuale: Bambini e adolescenti disabili*

**L'insegnante di fronte all'abuso** / Massimo Barbieri.

Appendice: p. 13-14. - Bibliografia: 12.

In: Psicologia e scuola. - A. 22, n. 107 (dic. 2001/genn. 2002), p. 3-14.

*Violenza sessuale su bambini e adolescenti - Prevenzione - Ruolo degli insegnanti*

**Gli insegnanti e la percezione del problema dell'abuso sessuale sui minori: i risultati di una ricerca regionale** / Maria Teresa Biancardi.

Bibliografia: p. 112.

In: Maltrattamento e abuso all'infanzia. - Vol. 3, n. 3 (dic. 2001), p. 112.

*Violenza sessuale su bambini - Conoscenza da parte degli insegnanti - Veneto*

**La legge sulla violenza familiare: uno studio interdisciplinare** / di Giuseppe De Marzo

In: Famiglia e diritto: bimestrale di dottrina e giurisprudenza, A. 9 (2002), 5 (sett./ott.), p. 537-550.

*Violenza nelle famiglie - Legislazione statale: Italia. L. 4 apr. 2001, n. 154 - Diritto civile e diritto penale*

**La legge sulla violenza in famiglia: legge 4 aprile 2001, n. 154** / [commento di Alberto Figone].

Contiene: L. 4 aprile 2001, n. 154.

In: Famiglia e diritto. - A. 8 (2001), 4 (luglio/ag.), p. 353-359.

*Violenza nelle famiglie - Legislazione statale: Italia. L. 4 apr. 2001, n. 154*

**Linee di indirizzo psicosociogiuridico in materia di abuso sessuale sui minori** / [Giunta e Consiglio regionali dell'Emilia Romagna].

Nome dell'A. a p. 988.

In: Il diritto di famiglia e delle persone. - Vol. 29, 2 (apr./giugno 2000), p. [979]-988.

*Violenza sessuale su bambini e adolescenti - Prevenzione*

**Maltrattamento infantile ed attaccamento: l'organizzazione filogenetica del pattern disorganizzato** / Grazia Attili.

Contenuto nel nucleo monotematico: Attaccamento e maltrattamento. - Bibliografia: p. 59-60.

In: Maltrattamento e abuso all'infanzia. - Vol. 3, n. 3 (dic. 2001), p. 49-60.

*Bambini - Maltrattamento da parte dei genitori - Effetti: Attaccamento disorganizzato*

**Il maltrattamento psicologico: è possibile definirlo?** / Francesca De Gregorio, Antonella Ciurlia.

Bibliografia: p. 77-78.

In: *Maltrattamento e abuso all'infanzia*. - Vol. 2, n. 1 (mar. 2000), p. 63-78.

*Bambini - Maltrattamento psicologico*

**Obbligo di denuncia da parte degli educatori e tutela dei minori** / di Franco Occhiogrosso

In: *Minori giustizia*. - 2001, n. 2, p. 118-122.

*Violenza sessuale su bambini e adolescenti - Denuncia da parte degli educatori di comunità*

**La prevenzione dell'abuso sessuale sui minori: sperimentazione di un progetto pilota in una scuola elementare di Milano** / Alberto Pellai, Mariangela Tomasetto, Mirella Bazzi, Roberta Bottasini, Miriam Stefanini, Silvia Vitale.

Bibliografia: p. 97-98.

In: *Maltrattamento e abuso all'infanzia*. - Vol. 2, n. 2 (giugno 2000), p. 87-98.

*Violenza sessuale su bambini - Prevenzione - Interventi delle scuole elementari - Milano*

**La prevenzione possibile: scuola e famiglia** / Alberto Pellai.

In: *Pedagogica.it*. - A. 5, n. 22 (luglio/ag. 2001), p. 24-28.

*Violenza sessuale su bambini - Prevenzione - Ruolo delle famiglie e delle scuole*

**Progetto di rete per la prevenzione e il trattamento del maltrattamento e dell'abuso all'infanzia** / Domenico Costantino, Marianna Giordano, Annamaria Scapicchio.

In: *Prospettive sociali e sanitarie*. - A. 28, n. 6 (1 apr. 1998), p. 8-12.

**Quadro degli interventi contro violenza e abuso** / Donata Bianchi.

In: *Cittadini in crescita*. - A. 1 (2000), n. 1, A. 3 (2002), n. 1, p. 45-74.

Note: Bibliografia: p. 74.

*Bambini e adolescenti - Sfruttamento sessuale - Legislazione statale - Italia*

**Quando si spezza lo scudo della vergogna: riflessioni sulla valutazione degli adolescenti che commettono abuso sessuale sui bambini** / Donald Campbell.

Bibliografia: p. 41.

In: *Richard e Piggie*. - Vol. 8, n. 1 (genn./apr. 2000), p. [25]-41.

*Adolescenti - Violenza sessuale su bambini*

**Le ragioni del no: l'educazione non è un pubblico servizio** / di Gianni Turri.

In: *Minori giustizia*. - 2001, n. 2, p. 96-99.

*Violenza sessuale su bambini e adolescenti - Denuncia da parte degli educatori di comunità*

**Le ragioni del sì: l'obbligo di denuncia penale degli operatori delle comunità una sfida all'omertà** / di Piero Forno.

In: *Minori giustizia*. - 2001, n. 2, p. 100-117.

*Violenza sessuale su bambini e adolescenti - Denuncia da parte degli educatori di comunità*

**Una ricerca di follow-up su famiglie maltrattanti e abusanti: fattori di rischio e di protezione** / Elena Camisasca, Paola Di Blasio.

Contenuto nel nucleo monotematico: Aspetti inadeguati e devianti della funzione genitoriale. -  
Bibliografia: p. 96.

In: *Età evolutiva*. - N. 72 (giugno 2002), p. 89-96.

1. *Genitori - Rapporti con i figli - Effetti del maltrattamento - Valutazione*
2. *Violenza nelle famiglie*

**Sul maltrattamento e altre storie** / Angelo Villa.

In: *Pedagogika.it*. - A. 4, n. 14 (mar./apr. 2000), p. 28-31.

*Bambini e adolescenti - Maltrattamento*

**La violenza contro i portatori di disabilità: analisi di articoli del "Corriere della Sera" dal 1987 al 1997** / Enrico Molinari.

Bibliografia: p. 58-59. - Appendice: p. 60-62.

In: *Maltrattamento e abuso all'infanzia*. - Vol. 2, n. 2 (giugno 2000), p. 47-62.

1. *Bambini disabili - Maltrattamento*
2. *Bambini violentati: Disabili*

**La violenza dei minori nei confronti dei propri genitori** / S. Lessio.

Bibliografia: p. 229-230.

In: *Psichiatria generale e dell'età evolutiva*. - Vol. 37, fasc. 2 (2000), p. 209-230.

*Genitori - Maltrattamento da parte dei figli*

*Finito di stampare nel mese di febbraio 2004  
presso il Centro Stampa della Scuola Sarda Editrice, Cagliari*