



CISMAI

COORDINAMENTO ITALIANO DEI SERVIZI

CONTRO IL MALTRATTAMENTO E L'ABUSO ALL'INFANZIA

Crescere senza violenza

**Stati generali
sul maltrattamento
all'infanzia 2010**

**Documenti del V congresso CISMAI
ROMA 4/5 febbraio 2010**



Priorità e sfide contro la violenza all'infanzia in Italia

La violenza sui bambini è sempre stata attestata nella storia dell'umanità e le testimonianze storiche, artistiche, scientifiche, ci dimostrano ampiamente la sua esistenza in tutte le civiltà. Società e culture umane diverse hanno a volte alimentato, giustificato e istituzionalizzato la violenza all'infanzia, altre volte hanno cercato di riconoscerla, di condannarla, di prevenirla, quale fattore di ostacolo allo sviluppo della civiltà. Le forme di maltrattamento



sui bambini hanno seguito, spesso, il corso della storia e sono cambiate con essa, in quanto strettamente interdipendenti non solo dalla psiche umana, ma anche dalle dinamiche sociali, civili, culturali, economiche. Oggi, finalmente, le istituzioni di diritto internazionale e la maggior parte degli Stati riconoscono, con l'adesione alla Convenzione ONU del 1989, la necessità di eliminare la violenza all'infanzia.

Lo stato delle politiche e dei servizi

A partire dagli ultimi 50 anni ⁽¹⁾, la violenza all'infanzia è stata studiata in tutte le sue dimensioni, storiche, sociali, culturali, ma anche diagnosticata e trattata secondo rigorose metodologie scientifiche, che hanno consentito di raggiungere *risultati straordinari in termini di conoscenza sui devastanti impatti e danni della violenza*, consentendo anche la cura di centinaia di migliaia di bambini in tutto il mondo. Grandi personalità dell'ambito clinico, scientifico, culturale, giuridico, ma anche artistico e letterario, hanno portato, con le loro ricerche e studi, all'attenzione delle opinioni pubbliche mondiali l'esigenza di un cambiamento culturale profondo per mettere al centro delle società contemporanee, dominate dagli interessi e dai cinici bisogni degli adulti i diritti umani dei bambini e la loro protezione da ogni possibile forma di violenza. Attraverso queste scoperte, le istituzioni politiche, scientifiche, culturali hanno cercato di adeguarsi strutturando sistemi di protezione, di tutela, di cura dei bambini, grazie anche al lavoro di organizzazioni e società scientifiche nazionali e internazionali, a cominciare dall'International Society of Prevention of Child Abuse and Neglect (ISPCAN) fondata da Henry Kempe e presente in tutto il mondo (il Cismai è partner per l'Italia).

La ricerca scientifica e le leggi di tutela

Le ricerche, che nell'arco degli ultimi decenni sono state svolte in ogni parte del mondo sull'epidemiologia, sulle caratteristiche, sulle cause, sulle conseguenze, della violenza, hanno dimostrato non soltanto l'esistenza e la complessità di svariate tipologie di violenza, ma anche i gravi danni fisici, psicologici e sociali che si vengono a produrre sui bambini che subiscono violenza, trascuratezza e cattivi trattamenti, a breve, medio e lungo termine. La letteratura scientifica ed interdisciplinare sulle cause e gli effetti della violenza ha raggiunto un'ampiezza straordinaria in tutto il mondo, tanto da indurre l'Organizzazione mondiale della sanità ⁽²⁾ a pubblicare un Rapporto mondiale su violenza e salute nel 2002, dove la violenza è

⁽¹⁾ Cfr. Kempe H., *The battered child syndrome*, in «*Journal of the American Medical Association*», n. 181, 1962, pp. 17-24; l'uscita di tale articolo viene considerata come data di nascita dell'approccio clinico per la diagnosi e la cura dei bambini vittime di maltrattamento



considerata in tante dimensioni (la violenza sui bambini, la violenza giovanile, la violenza agli anziani, la violenza sul partner, la violenza contro se stessi, la violenza sessuale, la violenza di gruppo, ecc.) e la violenza all'infanzia è presente in molti di questi aspetti. In questo rapporto la comunità scientifica mondiale riconosce che la violenza è un problema di salute pubblica mondiale di enormi dimensioni e che la violenza all'infanzia ha degli altissimi costi sociali, in quanto un bambino vittima di violenza diventa spesso un adulto di cui gli Stati nazionali si dovranno occupare nell'ambito del sistema della giustizia, della salute, della sicurezza e del contrasto al crimine, dell'assistenza sociale, ecc.. Tuttavia il maltrattamento è anche un danno rilevante al benessere sociale, alle pari opportunità di crescita, all'inserimento sociale, scolastico, comunitario, dei bambini, che produce patologie psicofisiche, ma anche esclusione sociale.

Parallelamente alle ricerche è cresciuta, dunque, la necessità di proteggere e curare i bambini dal maltrattamento. Sono nate, in tutto il mondo, *leggi di tutela* e di protezione, accanto a servizi specializzati, sia pubblici che privati, che hanno iniziato ad applicare metodi, tecniche, approcci di diagnosi e di cura dei bambini vittime di violenza. A livello internazionale ed europeo, non solo la Convenzione dell'ONU e l'articolo 19 dedicato interamente al diritto alla protezione, che ha segnato una svolta tanto epocale quanto ancora lontana, dopo venti anni, dalla sua concreta attuazione⁽²⁾, ma anche le iniziative europee di protezione (dalla Strategia dell'Unione europea per i diritti dei bambini alle 4 Decisioni del Consiglio in questa materia, all'intensa attività del Consiglio d'Europa con le diverse Raccomandazioni, la Convenzione di Lanzarote contro lo sfruttamento sessuale, le Linee guida sulle strategie nazionali integrate in materia di protezione dei bambini dalla violenza adottate il 18 novembre 2009, il Programma «Costruire l'Europa per e con i bambini»).

Anche in Italia questo processo mondiale di identificazione dei danni della violenza sui bambini e di attivazione di risposte adeguate a affrontare il problema, ha avuto un forte impatto, soprattutto a partire dagli anni ottanta, quando alcuni centri specialistici ed équipes interprofessionali, in diverse aree del Paese, hanno avviato percorsi di cura dei bambini, basati su questi nuovi standard internazionali, in stretta connessione con il sistema di protezione legale.

Contemporaneamente la giustizia minorile e la giurisprudenza prima, e il legislatore poi, hanno preso atto di questa nuova sensibilità mondiale e di tutta la produzione scientifica e giuridica internazionale

⁽²⁾ WHO, *World report on violence and health*, Ginevra, 2002.

⁽³⁾ Fondamentale per comprendere la strada percorsa e quella ancora da percorrere in attuazione dell'art. 19 della Convenzione Onu è il Rapporto dell'esperto indipendente delle Nazioni Unite sulla violenza dei bambini, Paulo Sergio Pinheiro, del 2006.



nata sull'argomento, dotando l'Italia di un *sistema giuridico avanzato*, ma oggi divenuto *molto frammentario* sia perché concepito a più riprese, per aggiunte ed in modo spesso disorganico, sia per effetto dei processi di decentramento e federalismo che hanno sviluppato disomogenei sistemi regionali di protezione e di cura.

I rapporti del Centro nazionale di documentazione e analisi sull'infanzia e l'adolescenza, che da oltre un decennio vengono elaborati con grande perizia sull'abuso all'infanzia in Italia, dimostrano che i servizi e gli interventi di protezione dei bambini dalla violenza siano oggi diffusi nel sistema dei servizi sociali e sanitari, tuttavia spesso *soggetti alla debolezza del sistema stesso* e della legge quadro⁽⁴⁾ che a dieci anni dalla sua approvazione mostra ancora tutta la sua precarietà, nonostante l'aumento del numero dei bambini entrati nel sistema della protezione.

Le conquiste nell'ambito della protezione

È indubbio che alcune *conquiste nell'ambito della protezione* siano state realizzate nel nostro Paese negli ultimi decenni e che esse debbano essere conservate, potenziate e adeguate ai nuovi scenari e alla nuove tipologie di violenza.

- L'approvazione di leggi fondamentali che, dopo la L. 184/83, a partire dal 1996 sono state approvate in Italia (la L. 66/96 sulla violenza sessuale, la L. 269/98 e la L. 38/2006 contro la pedopornografia, la L. 149/2001 che ha modificato la L. 184/83 in diversi aspetti e introdotto il giusto processo in ambito minorile, la L. 154/2001 sugli ordini di protezione, la legge 77/2003 che ha recepito la Convenzione di Strasburgo, la recente L. 38/2009 sugli atti persecutori) e che meriterebbero una riflessione più approfondita sui limiti e sulla loro efficacia, anche in vista di una loro possibile riforma.

- La definizione e attuazione da parte di Enti pubblici e privati, così come del Cismai, di *linee guida* sia per i processi di rilevazione, segnalazione, tutela, valutazione, trattamento, sia per la *definizione di standard, procedure, protocolli*, che hanno organizzato e modellizzato con maggiore coerenza gli interventi delle diverse istituzioni coinvolte nel percorso di protezione a livello locale e regionale, tentando anche di armonizzare i rapporti complessi fra esigenze del sistema della giustizia ed esigenze del sistema delle cure per il minore.

- L'attuazione di dispositivi legislativi e programmatori nazionali che hanno dato impulso ai servizi di protezione e di prevenzione,

⁽⁴⁾ L. 28 novembre 2000, n. 328 «Legge quadro per la realizzazione di un sistema integrato di interventi e servizi sociali».



dalla legge 285/97, che in materia di contrasto alla violenza ha dato avvio a progetti e servizi poi radicatisi nella programmazione locale, alla stessa L. 328/2000, ai Livelli essenziali di assistenza sanitaria (LEA) che hanno ricompreso tutti gli interventi di protezione medica, psicologica e psicoterapeutica dei minori abusati, al Progetto obiettivo materno-infantile ed ai Piani sanitari nazionali che hanno riconosciuto fra le priorità strategiche i servizi di prevenzione e contrasto al maltrattamento, ai più recenti interventi nell'ambito del Fondo nazionale per la famiglia.

- La diffusione e il finanziamento di *servizi specialistici* e di *progetti di prevenzione* da parte delle Regioni e dei Comuni che, attraverso leggi, piani, convenzioni hanno creato o rafforzato sul territorio esperienze di lavoro di équipes cliniche e specialistiche e di centri di riferimento, i quali stanno sviluppando tecniche e prassi terapeutiche avanzate, aumentando l'efficacia nella cura dei danni derivanti dal maltrattamento, accanto al numero sempre più rilevante delle migliaia di bambini vittime di violenza curati con successo in Italia negli ultimi due decenni.
- Lo sviluppo di interventi di *formazione, qualificazione, specializzazione* degli operatori dell'ambito della protezione dalla violenza ad opera delle università e, soprattutto, degli stessi centri di protezione, accanto alla *progettazione e realizzazione di ricerche* mirate sull'abuso che hanno prodotto una consistente letteratura scientifica anche a livello italiano e aggiornato il quadro delle definizioni, delle tipologie, delle forme di violenza nel nostro Paese.
- L'aumento della *sensibilità collettiva* sul cattivo trattamento dei bambini, sulla necessità di prevenire la violenza in ambito familiare e di curare tempestivamente i bambini a rischio o già vittima dei maltrattamenti, vissuta tuttavia in modo ambivalente dal sistema dell'informazione e della comunicazione, che oscilla spesso fra lo scandalo gridato per le violenze gravi subite dai bambini e la stigmatizzazione degli operatori, dei giudici e dei servizi laddove questo richieda, spesso inevitabilmente per la protezione dei bambini stessi, la separazione dalle famiglie di origine, oppure si divide fra la richiesta di punizioni esemplari per gli autori di violenza sui bambini e l'assoluzione incondizionata degli stessi sospetti autori prima dello svolgimento degli stessi processi.

Incertezze e minacce

Nonostante questi atti e queste evidenze mostrino l'esistenza di un radicato e complesso sistema della protezione italiana, le incertezze



e le minacce che lo attraversano, e con esse il rischio di indebolimento dei diritti dei bambini nel nostro Paese a crescere senza violenza, sono sempre più forti.

- Il fragile sistema nazionale degli organismi di garanzia dei diritti dei minori, ovvero il ritardo nell'approvazione della legge nazionale sul Garante dell'infanzia e dell'adolescenza, delle leggi regionali sui Garanti per i minori di livello regionale, e nell'attuazione delle leggi laddove i Garanti sono già istituiti, accanto anche alla cancellazione delle figure dei Garanti specializzati laddove erano stati in passato istituiti⁽⁵⁾. Senza un proprio Garante i bambini vittima di violenza rischiano di restare invisibili e l'estrema difformità regionale rappresenta un fattore di indebolimento dei sistemi di protezione.

- *Il ridimensionamento finanziario del welfare* induce spesso le amministrazioni regionali e locali a tagliare, del tutto o in parte, il finanziamento proprio dei servizi di protezione attivi sul territorio in favore dei minori, subordinando le ripercussioni sulla salute psicofisica dei minori a esigenze di risparmio della spesa pubblica: talvolta questa determinazione viene occultata tramite l'individuazione di presunti «criteri di appropriatezza», che portano a scegliere interventi a bassa soglia con l'unico obiettivo dell'economicità. Anche alcune Aziende sanitarie hanno effettuato lo smantellamento di équipe e servizi specializzati di secondo livello per riaccorparli nei servizi più generalisti di salute in età pediatrica. Occorre ribadire con forza che questi *tagli ingiustificati* ledono, in modo evidente, i diritti di cura e di protezione dei bambini, e con essi dei genitori laddove possibile, riconosciuti dall'ordinamento nazionale e dall'art. 19 della Convenzione Onu, e non risolvono la questione della spesa, perché la mancata protezione dei bambini produce dei costi sociali e sanitari ben più alti di quelli necessari per prevenire e curare gli effetti della violenza.

- I tentativi di *svalorizzazione dei servizi investiti* di un mandato sociale di protezione dell'infanzia e di promozione di benessere delle famiglie e di *svalutazione professionale* condotti contro i servizi, il sistema di protezione in genere, gli operatori della protezione, che poggiano, come si è visto, i loro interventi su solide basi scientifiche, metodologiche e normative, riconosciute a livello internazionale, da parte di quei gruppi che spesso coltivano interessi a difendere adulti maltrattanti, facendo leva sull'emotività, amplificata da alcuni

⁽⁵⁾ I Garanti della Regione Friuli e della Regione Marche sono stati riassorbiti nelle figure dei Difensori regionali.



media, indotta nell'opinione pubblica dal problema dello scioglimento dei legami parentali di origine dei bambini maltrattati.

Il contributo del Cismai

A circa 17 anni dalla sua creazione, il Coordinamento italiano dei servizi contro il maltrattamento e l'abuso all'infanzia (Cismai) intende dare un nuovo impulso allo sviluppo delle politiche e dei servizi contro la violenza nel nostro Paese.

Nelle successive sezioni e nei quattro documenti di lavoro che seguiranno, il Cismai apre il dibattito sugli orizzonti e sulle sfide che ci attendono per il successivo decennio.

Consapevole dell'importante momento storico per il futuro dei servizi di prevenzione e protezione dei bambini dalla violenza, il Cismai ha organizzato gli «Stati generali sul maltrattamento all'infanzia in Italia» per rinnovare l'aspirazione degli operatori, dei professionisti e dei centri associati a *sviluppare nuove politiche, azioni, servizi*, sulla base delle esperienze maturate in tutti i contesti italiani dagli operatori e dei bisogni rilevati per il contrasto alle nuove forme di maltrattamento.

Con i quattro incontri territoriali che hanno coperto tutte le macroaree del nostro Paese, il Nord, il Centro, il Sud, le Isole, e con il convegno finale di Roma, una larga rappresentanza degli operatori e dei professionisti (ma anche di coloro che a diversi livelli operano per il contrasto alla violenza sia in contesti formali che informali, del sistema italiano di protezione sia pubblico che privato), ha contribuito con le proprie testimonianze e la propria voce a fornire *le linee di sviluppo delle politiche e dell'organizzazione* dei percorsi di prevenzione e cura. Non uno sterile elenco di criticità con il rischio di amplificare il sentimento di burn out, ma una *piattaforma di strategie* nate da una diagnosi approfondita della situazione attuale e dei suoi limiti ed interrogativi, con uno sguardo positivo e propositivo verso l'orizzonte delle politiche, dei servizi, delle tecniche, dei metodi per consentire ai bambini e agli adolescenti di *crescere senza violenza* in questo Paese e nel rispetto dei loro diritti.

Quattro ambiti tematici (prevenzione della violenza, tutela e ruolo dell'operatore, lavoro di cura, nuove forme di maltrattamento) sono stati analizzati nel corso dei workshop nazionali (Bologna, Taormina, Napoli, Milano) e dei gruppi di lavoro, che hanno coinvolto, in una riflessione collettiva sulle sfide attuali per gli interventi in favore dei bambini e delle famiglie, oltre mille operatori e professionisti italiani, rappresentanti di servizi pubblici e privati di protezione dalla violenza.

Il presente documento di sintesi degli Stati generali sul maltrattamento all'infanzia in Italia e i quattro documenti tematici offrono



un contributo corale per disegnare in Italia nuove linee di sviluppo delle politiche e dei servizi per la prevenzione della violenza all'infanzia e la protezione dei bambini e degli adolescenti.

Le sfide per la prevenzione e per la protezione dei bambini in Italia

La violenza non è solo un problema di salute pubblica di straordinarie dimensioni al quale le politiche della salute devono dare un'*assoluta priorità*, ma anche un *problema sociale*, economico, educativo, giuridico, ma è ancor di più una fondamentale questione di sensibilità culturale collettiva. Non ultimo un *problema di diritti umani*, che deve essere affrontato con una mobilitazione attiva non solo delle istituzioni, degli operatori o dei professionisti, ma anche della società civile.

L'urgenza di un Sistema nazionale di monitoraggio del maltrattamento

Nonostante le previsioni del Piano nazionale per l'infanzia e l'adolescenza 2002-2004, un sistema informativo nazionale in grado di fornire dati aggiornati sul maltrattamento (epidemiologici, fattori di rischio, efficacia interventi, esiti, ecc.) non è mai riuscito a decollare. Questa carenza di un sistema nazionale, non colmabile dai vari Osservatori nati a livello governativo o regionale, rappresenta un grave ritardo del nostro Paese rispetto al recepimento delle Raccomandazioni ONU e OMS. Il Centro nazionale di documentazione sull'infanzia (CNDM) ha elaborato già tutti gli strumenti per tale sistema, sperimentato con azioni pilota in alcune regioni italiane. Occorre che il Parlamento, il Governo e le Regioni diano finalmente piena applicazione a tali strumenti consentendo al *Sistema nazionale di monitoraggio* di poter funzionare a regime, anche attraverso una previsione normativa vincolante, come già accade in tanti paesi europei e in diversi stati del continente americano.

La trasversalità delle politiche contro la violenza

La prevenzione e la protezione dei bambini dalla violenza richiede un approccio intersettoriale, interdisciplinare e integrato per avere successo. Da un lato occorre inserire la priorità della protezione in tutti i singoli atti di programmazione settoriale, dall'altro è necessario riunificare in un quadro organico e coerente di politica una strategia congiunta nazionale.

Per quanto riguarda la trasversalità, i singoli documenti di programmazione delle politiche di settore dovrebbero ricomprendere obiettivi di politica contro la violenza all'infanzia, quali:



- nel Piano sanitario nazionale: dedicare uno specifico paragrafo sulle azioni sanitarie per la prevenzione e la protezione dei bambini;
- nei LEA - Livelli essenziali di assistenza sanitaria: rafforzare il diritto alla cura dei bambini abusati e del trattamento delle famiglie vulnerabili con la garanzia delle prestazioni mediche e psicologiche, riabilitative e terapeutiche; ampliare i LEA anche ai servizi ed alle prestazioni di prevenzione, quali, ad esempio, l'home visiting sanitario dei casi a rischio, specie nella fase post-parto;
- nella definizione dei Livelli essenziali di assistenza sociale (LIVEAS): prevedere specifici servizi e prestazioni uniformi a livello nazionale per la protezione dei bambini ed il sostegno alle relazioni familiari da finanziarsi nell'ambito del Fondo nazionale per le politiche sociali;
- nel Piano nazionale di prevenzione sanitaria: inserire le azioni di prevenzione della violenza all'infanzia quale fattore prioritario di benessere e di salute devono avere una speciale attenzione e diffondere e rendere capillare l'accesso ai servizi universali quale principale fattore di prevenzione, in grado di intercettare precocemente i segnali di crisi nella relazione genitoriale;
- nei progetti obiettivo del Ministero della Salute: definire un Progetto obiettivo nazionale sulla prevenzione e protezione sanitaria per i bambini a rischio di violenza e per le loro famiglie, da finanziarsi per il tramite della specifica quota del Fondo sanitario;
- nel Piano nazionale contro la violenza di genere, in corso di preparazione da parte del Ministero delle Pari opportunità: prevedere un Programma specifico di contrasto alla violenza in danno dei bambini e degli adolescenti;
- nelle priorità del Fondo nazionale per la famiglia: indirizzare specifiche misure alle Regioni per il rafforzamento dei sistemi regionali di protezione;
- negli atti di programmazione del Ministero dell'Istruzione e negli indirizzi e orientamenti per le scuole: formare, in ciascuna istituzione scolastica, specifici referenti per la prevenzione e la protezione dalla violenza sui bambini e istituzionalizzare collaborazioni di rete con i servizi specializzati a livello locale.

La programmazione delle azioni contro la violenza all'infanzia, che oggi si disperde in tanti strumenti programmatori, anche per effetto della frammentazione delle competenze fra ministeri diversi, dovrebbe essere a medio termine superata. L'esperto indipendente dell'ONU e l'OMS hanno raccomandato più volte l'esigenza di dare un unico quadro di programmazione nazionale alle azioni di prevenzione. Per questo, il *Piano nazionale di prevenzione della violenza all'infanzia* appare uno strumento di cui l'Italia ha bisogno per creare una riconoscibile e chiara politica contro la violenza all'infanzia e che potrebbe essere ricompreso fra le competenze dell'Osser-



vatorio nazionale sull'infanzia e l'adolescenza, sede di elaborazione comune ai Ministeri, alle Regioni, alle Organizzazioni di rappresentanza nazionali, in stretta cooperazione con l'Osservatorio per il contrasto alla pedofilia ed alla pornografia minorile presso il Ministero per le Pari opportunità.

Strumento fondamentale, quanto trascurato e disapplicato, per il coordinamento delle politiche è, infine, il *Piano nazionale d'azione sull'infanzia e l'adolescenza*, atto di programmazione delle azioni per l'attuazione dei diritti, che appare necessario ed urgente valorizzare e mettere fra le priorità delle agende politiche.

Un testo unico per la tutela dell'infanzia e dell'adolescenza

Le norme di tutela giuridica, sanitaria, sociale, educativa sono oggi disperse in diversi testi legislativi, anche aspecifici, che rendono confuso il quadro delle responsabilità e delle procedure. Per questa ragione, la *ridefinizione in un unico testo di legge nazionale* che associ, a una chiara e organica indicazione delle responsabilità, l'attivazione di una prospettiva globale di rispetto, tutela e potenziamento del benessere dei bambini e di promozione della salute sociale e relazionale delle famiglie è un'esigenza non più rinviabile.

L'occasione di una legge quadro nazionale, che riunifici le diverse previsioni normative e introduca nuove norme in grado di contrastare tutte le forme di violenza, potrebbe colmare questa lacuna, definendo anche un quadro nazionale di riferimento sia per fornire linee guida sugli aspetti relativi alle competenze statali (sistema delle autorità di pubblica sicurezza, sistema della giustizia, sistema delle cure sanitarie, sistema dell'istruzione) che per dare utili orientamenti ai sistemi di protezione di competenza regionali (servizi sociali, servizi specialistici sociali e sanitari contro la violenza, servizi educativi locali, ecc.). Tale legge dovrebbe altresì prevedere modalità tutelanti di ascolto del minore e di partecipazione ai procedimenti che lo riguardano inserendo specifiche disposizioni attuative delle convenzioni internazionali.

Il testo unico deve altresì essere ispirato al principio, oggi troppe volte dimenticato dal legislatore, che la violenza si combatte non solo con la repressione, la sua proibizione e sanzione, ma in modo determinante con lo sviluppo di servizi di prevenzione e protezione⁽⁶⁾.

La sfida delle politiche regionali nella cornice del federalismo

Il processo federalista italiano ha già attribuito, nel corso di questi decenni, numerose competenze sociali, sanitarie ed educative alle



Regioni, che, specie negli ultimi dieci anni, hanno offerto alle Regioni l'opportunità di creare e sviluppare propri sistemi regionali e locali di protezione dalla violenza all'infanzia.

Per questo è opportuno che le Regioni per garantire sistemi efficaci per la crescita sicura dei bambini al riparo della violenza adottino proprie *strategie regionali contro la violenza all'infanzia* che:

- ricompredano nei *Piani regionali sociali, sanitari o socio-sanitari*, specifiche misure per l'attivazione di azioni coordinate di prevenzione della violenza all'infanzia, diffusi presso tutti i servizi di base e di primo livello, dai servizi sociali e consultoriali ai pediatri di famiglia, dai servizi per l'affido a quelli per l'adozione;
- garantiscano *l'attivazione, il funzionamento e l'accreditamento dei centri e dei servizi specialistici di secondo livello* sia pubblici che del privato-sociale, con un'adeguata diffusione a livello locale (almeno provinciale), in grado di coordinare e supervisionare la rete di prevenzione e protezione e di assicurare in modo tempestivo e continuativo interventi psicoterapeutici e riabilitativi, multidisciplinari e integrati, per i bambini e gli adolescenti a rischio o già vittime di violenza e di traumi, per la valutazione e la cura di genitori maltrattanti o a forte rischio di maltrattamento;
- assicurino *specifiche linee guida per l'integrazione* fra i servizi e le agenzie (province, comuni, scuole, ospedali, serdvi sanitari territoriali, autorità di pubblica sicurezza, giustizia, ecc.) sia a livello regionale che di singolo ambito territoriale per la prevenzione e la protezione dal maltrattamento all'infanzia, che devono essere costantemente attuate, monitorate ed aggiornate;
- istituiscano o rafforzino i *Garanti regionali* per l'infanzia e l'adolescenza;
- adottino *leggi quadro regionali* specifiche per l'infanzia e l'adolescenza, prevedendo anche misure per l'attuazione del diritto alla protezione dalla violenza e dallo sfruttamento di cui all'art. 19 della Convenzione ONU e il funzionamento del sistema regionale di protezione;
- definiscano in modo vincolante *modelli organizzativi e professionali di qualità per le comunità residenziali* specializzate nella presa in carico di bambini traumatizzati da esperienze di abuso e maltrattamento: tali strutture dovranno garantire protocolli d'intervento educativi e terapeutici atti a favorire il recupero tempestivo dei danni causati sui bambini stessi da condotte pregiudizievoli di adulti;

⁽⁶⁾ David Finkelhor ha dimostrato in decine di articoli come la riduzione degli abusi sessuali e del maltrattamento negli Stati Uniti nell'ultimo decennio sia dovuto non tanto all'incremento delle pene, ma al costante aumento dei servizi di protezione dell'infanzia e all'assunzione di migliaia di operatori specializzati coinvolti nei percorsi di prevenzione e protezione. Si cita, ad esempio, Finkelhor D, Jones L., *Why Have Child Maltreatment and Child Victimization Declined?*, in «Journal of Social Issues», 4, 2006, pp. 685-716.



- prevedano la presenza presso ogni *Pronto soccorso ospedaliero o pediatrico di medici specificamente formati* al riconoscimento dei segni di abuso;
 - organizzino un sistema di *monitoraggio regionale* del maltrattamento all'infanzia, in rete con il sistema nazionale;
 - attivino percorsi di *formazione continua* degli operatori di tutti i servizi per l'infanzia sulla prevenzione e la protezione dalla violenza.
- Ma per promuovere un sistema federalista è necessario che anche il sistema centrale, lo Stato, partecipi solidariamente con le Regioni al rafforzamento degli obiettivi costituzionali e all'attuazione dei diritti nazionali ed internazionali, riconosciuti all'infanzia e all'adolescenza: per questo i progressivi tagli al finanziamento annuale della L.285/97 per le città riservatarie ed al Fondo Nazionale Politiche Sociali appaiono del tutto incoerenti ed ingiustificati e rappresentano un grave danno all'intero sistema dei servizi per il benessere dei bambini e delle famiglie.

Orientare i servizi alla prevenzione

Una delle priorità di lavoro dei prossimi anni deve consistere nell'imprimere una svolta nelle modalità di contrasto della violenza all'infanzia ed alle esperienze sfavorevoli infantili: orientare i servizi sia di base sia specialistici verso azioni che intervengano «prima» invece che «dopo» l'abuso, come l'OMS e l'ISPCAN hanno più volte auspicato⁽⁷⁾. Questa priorità richiede un massiccio impegno di investimento e di pianificazione da parte dello Stato, ma soprattutto da parte delle Regioni.

I servizi di prevenzione comunitaria devono garantire l'attuazione di programmi di formazione e servizi di consulenza e supporto per le famiglie e la promozione della genitorialità positiva, in grado di intervenire sia nella fase della prevenzione primaria (rivolta a tutte le famiglie) sia di quella secondaria (rivolta alle famiglie che presentino fattori di rischio), di programmi di sensibilizzazione/formazione all'interno delle scuole e degli altri centri socio-educativi, di servizi di supporto domiciliare per le famiglie a rischio, di campagne informative e mediatiche per la genitorialità positiva, ecc.

Tali servizi devono applicare metodologie di progettazione rigorose e scientifiche al fine di poter controllare i risultati raggiunti e l'efficacia delle azioni implementate.

Specifiche strategie di prevenzione vanno attuate anche per l'incremento dei fattori protettivi dal maltrattamento dei bambini e dei ragazzi disabili, dei minori stranieri immigrati, dei bambini testimo-

⁽⁷⁾ OMS-ISPCAN (2006), *Prevenire il maltrattamento sui minori: indicazioni operative e strumenti analisi*, traduzione italiana, 2009, a cura di Comune e Provincia di Ferrara con il patrocinio del Cismai, disponibile anche su www.cismai.org.



ni di violenza in contesti violenti o condizionati dalla criminalità organizzata.

L'innovazione dei servizi di protezione per affrontare le nuove forme di violenza

I servizi di protezione devono tendere verso la continua innovazione organizzativa e metodologica per poter attivare servizi di cura sempre più efficaci e «attrezzarsi» a rispondere alle nuove forme di maltrattamento all'infanzia e all'adolescenza.

I centri ed i servizi di protezione devono saper:

- attuare programmi, procedure, protocolli, rigorosi sia sul piano clinico-terapeutico che metodologico ed organizzativo, che vanno costantemente monitorati e i cui risultati siano resi pubblici;
- promuovere la ricerca clinica ed epidemiologica sui casi trattati, sulle metodologie seguite per il trattamento, sugli esiti degli interventi di protezione;
- assicurare adeguati e specifici livelli di intervento nel rilevare e trattare i casi di violenza riferiti a famiglie immigrate con l'adozione di nuovi approcci clinici multiculturali;
- specializzare gli approcci diagnostici e terapeutici secondo una prospettiva longitudinale, in grado di rilevare e trattare specificamente gli effetti della violenza, specie in danno degli adolescenti;
- specializzarsi nella rilevazione delle Esperienze sfavorevoli infantili (Est), correlate direttamente o indirettamente a forme di maltrattamento, e attivare idonee percorsi di riparazione dei traumi conseguenti;
- rendere i bambini e gli adolescenti in trattamento protagonisti e partecipi dei percorsi di cura, anche introducendo nuove strategie partecipativo-educative all'interno del centro specialistico;
- conoscere e sviluppare specifiche competenze sulla violenza attraverso internet e le nuove tecnologie, sui suoi fattori di rischio e di protezione, sulla valutazione ed il trattamento di tali casi direttamente o indirettamente riconducibili alla cyber-violenza;
- rafforzare il livello di responsabilizzazione comunitaria verso il fenomeno della violenza da parte dei decisori politici e delle pubbliche amministrazioni;
- perseguire continue alleanze extraterapeutiche con gli attori sociali e delle comunità locali e promuovere la stesura di protocolli operativi condivisi con i soggetti che intervengono nella gestione dei casi in trattamento per facilitare il percorso di riabilitazione e reinserimento sociale delle vittime della violenza;
- stipulare accordi di collaborazione clinica con altri servizi terapeutici, sanitari, specialistici, riabilitativi, specie laddove le patologie indotte dal maltrattamento siano molteplici e richiedano il concorso



di branche specialistiche diverse ed interventi ad alto grado di integrazione e specializzazione clinica (ad esempio, nelle sindromi post-traumatiche da stress correlate alla dipendenza da sostanze, ai disturbi del comportamento alimentare gravi, all'insorgenza di altri disturbi psichiatrici gravi, ecc.);

- instaurare e ricercare un clima di dialogo e di collaborazione con i media locali per sensibilizzare l'opinione pubblica e le famiglie sul problema del maltrattamento, dei suoi danni, delle risorse per combatterlo, dei successi terapeutici conseguiti, ecc.;
- attivare, laddove possibile ed opportuno, percorsi terapeutici specializzati sia nel trattamento degli adulti che hanno subito violenza nell'infanzia sia degli autori di reato;
- promuovere la supervisione formativa, la formazione continua e la specializzazione dei suoi operatori e dei professionisti.

Operatori e professionisti per la formazione continua e la ricerca

Gli operatori ed i professionisti costituiscono le risorse sulle quali l'intero sistema poggia ed interdisciplinarietà e specializzazione sono gli aspetti che caratterizzano la loro formazione ed il loro lavoro.

Le competenze, gli *skill*, gli strumenti di lavoro clinico e sociale necessitano di continuo aggiornamento e confronto. Accanto alla formazione, la deontologia dell'operatore e del professionista dei centri e dei servizi di protezione deve essere sempre improntata al rispetto del superiore interesse del bambino e della sua dignità.

Le figure coinvolte nel processo di protezione (famiglie affidatarie, comunità di accoglienza, case famiglia, operatori dei servizi pubblici e privati) devono essere a loro volta tutelate dalle istituzioni di appartenenza per garantire lo svolgimento sereno del proprio compito professionale sia nella fase diagnostica che in quella terapeutica.

Una nuova alleanza tra i diversi settori della società

La complessità e l'intersectorialità delle azioni di prevenzione e protezione dei bambini dalla violenza per essere efficaci richiedono, in Italia, il superamento di visioni e strategie settoriali ed autoreferenziali da parte degli operatori, delle loro organizzazioni professionali, delle organizzazioni delle famiglie, delle associazioni di promozione dei diritti, della società civile.

Gli Ordini o le organizzazioni professionali dei magistrati, degli avvocati dei minori e della famiglia, delle forze dell'ordine, degli psicologi, degli assistenti sociali, degli educatori, dei docenti della scuola, dei centri di protezione e delle comunità, le organizzazioni



non governative, le associazioni nazionali per la promozione dei diritti dei bambini dovranno essere capaci di *dialogare e realizzare sempre più azioni congiunte e coordinate* di mobilitazione e posizioni comuni in grado di creare *un impatto culturale e sociale* più efficace nella riduzione ed eliminazione della violenza sui bambini e nella rimozione di tutti gli ostacoli di ordine culturale, economico, politico, giuridico che si oppongono alla loro piena tutela.

Il confronto con l'orizzonte mondiale ed europeo

Il sistema italiano di prevenzione e protezione dei bambini dalla violenza e le sue declinazioni regionali e locali devono riuscire ad avere come orizzonte di crescita, confronto e sviluppo, di costante riferimento, l'Europa e le Organizzazioni internazionali.

Il Governo, il Parlamento e le Regioni italiane dovrebbero:

- mobilitarsi e recepire subito le Linee guida di politica sulle strategie nazionali integrate per la protezione dei bambini dalla violenza approvate dal Consiglio d'Europa il 18 novembre 2009, rafforzando il ruolo del focal point nazionale per l'Italia;
- recepire la Convenzione di Lanzarote non solo per gli aspetti repressivi, ma anche per l'adozione di servizi di avanguardia nella prevenzione della violenza e la tutela delle vittime;
- applicare le raccomandazioni e le direttive dei diversi organi dell'Unione europea in materia di protezione dalla violenza;
- monitorare costantemente l'applicazione dell'art. 19 della Convenzione dell'ONU nel nostro Paese;
- attivare la piena partecipazione delle organizzazioni non governative, professionali, della società civile alle scelte di politica contro la violenza.

Noi tutti dobbiamo essere in grado di uscire dalle autoreferenzialità dei sistemi nazionali e locali per muoverci verso il *principio dell'universalità dei diritti*, della cura, della protezione dei bambini e degli adolescenti a livello globale e per ampliare il patrimonio di conoscenze, di strategie, di tecniche, avendo come orizzonte le buone prassi raggiunte a livello internazionale ed europeo, per eliminare, o almeno ridurre, la violenza sui bambini.

L'impegno del Cismai contro la violenza all'infanzia

Il Cismai rinnova il suo impegno per i prossimi anni a migliorare la qualità degli interventi, dei progetti, dei servizi, per realizzare un sistema italiano di protezione e prevenzione dalla violenza all'infanzia avanzato, basato sui principi della scientificità, dell'interdisciplinarietà, del rispetto e della promozione dei diritti, della capacità di risposta ai



nuovi bisogni di tutela e sostegno dell'infanzia, dell'adolescenza, della famiglia nella società italiana, dell'aggiornamento costante dei paradigmi di riferimento sulla base della loro efficacia.

Il Cismai conferma la propria volontà a collaborare con tutte le istituzioni italiane, consapevole del ruolo insostituibile che lo Stato, il Governo ed i Ministeri, le Regioni, le Province, i Comuni, le Aziende ASL svolgono per la creazione delle condizioni necessarie garantire il benessere dei bambini, degli adolescenti e delle famiglie. In questo ambito, il Cismai intende continuare il proprio dialogo con il Governo, la Conferenza Stato-Regioni, l'ANCI, l'UPI, quali sedi di coordinamento e di confronto sulle strategie multilivello per lo sviluppo dei sistemi di protezione e prevenzione.



La prevenzione della violenza all'infanzia

Solite criticità e nuove prospettive

Per capire quale sia l'area su cui lavorare nella prevenzione della violenza all'infanzia, è necessario indagare la natura del maltrattamento e chiedersi quali ne siano la sostanza e le cause che lo producono. In estrema sintesi, alla radice di questa particolare violenza si deve riconoscere la presenza di mentalità, convinzioni, esperienze e stili di vita incentivate anche dalla posizione gravemente asimmetrica che caratterizza tutte le relazioni tra adulti e bambini, specie quando – come nel contesto familiare – sono connotate da prossimità, intimità e



autorità dovute da un lato ai *compiti genitoriali di cura e di educazione* connaturati alla genitorialità, e dall'altro dalla *condizione di assoluta dipendenza*, che caratterizza fin dal suo instaurarsi la relazione genitore-figlio.

Se letta e vissuta secondo la metafora del possesso, anche la genitorialità può diventare fattore di incentivazione alla violenza: d'altra parte, il percorso di sensibilità e comprensione complessiva del fenomeno in generale – non solo nei confronti dell'infanzia – così come emerge nelle relazioni familiari, ha progressivamente condotto verso una lettura della violenza in termini di patologia della relazione.

Nello specifico, tuttavia, Krug⁽¹⁾ (2006) auspica che la prevenzione del maltrattamento all'infanzia possa «acquisire l'importanza data ad altri problemi gravi riguardanti la salute pubblica, con conseguenze che colpiscono i bambini per tutta la vita, come HIV/AIDS, fumo e obesità»⁽²⁾. Assunta coerentemente nelle sue implicazioni, questa assimilazione della violenza all'infanzia al mondo sanitario obbliga a una lettura approfondita.

Il problema che si intende prevenire

A ben vedere, secondo l'ottica adottata da Krug, la violenza si configura come una patologia relazionale, con *precise caratteristiche*:

- è *ereditaria*, nel senso che, appartenendo alla categoria dei comportamenti appresi, si può trasmettere in linea transgenerazionale: una coppia violenta «educa», anche inconsapevolmente, i figli alla violenza e, quindi, può «generare» futuri genitori violenti;
- è *contagiosa*, perché stili di vita violenti inquinano, invadendola, l'atmosfera relazionale complessiva, contagiando chi vi si trova a vivere; un comportamento violento, infatti, suscita facilmente risposte violente, trasmette da un soggetto all'altro il *virus* della violenza, provoca l'adattamento a situazioni violente, suggerisce giustificazioni a comportamenti violenti, costruisce consenso attorno a modalità violente di difendere le proprie ragioni;
- è una patologia che, se non precocemente curata, tende alla *cronicità*;
- è una patologia *degenerativa*: il *virus* si potenzia nel tempo, invade zone sempre più ampie delle relazioni, passando dalla violenza interpersonale alla violenza domestica, alla violenza familiare, fino a quella di gruppo e di banda, a quella sociale e politica, innescan-

⁽¹⁾ Etienne Krug è il direttore del Dipartimento di prevenzione di lesioni/danni e violenza presso l'Organizzazione Mondiale della Sanità a Ginevra.

⁽²⁾ WHO (2006), *Preventing Child Maltreatment: a guide to taking action and generating evidence*; trad. it. *Prevenire il maltrattamento sui minori: indicazioni operative e strumenti di analisi*, Prefazione, IX, Ferrara 2009.



do sequenze relazionali in *escalation* che sfuggono facilmente al controllo degli stessi attori e che possono giungere fino a compromettere la vita propria o altrui;

- diversamente da quanto si tende a pensare, la violenza non è pericolosa solo per la vittima, ma si rivela spesso *pericolosa anche per chi la esercita*, esponendolo al rischio di commettere reati e di diventarne vittima e trovarsi a pagare pesantemente le conseguenze di gesti inconsulti sia sul piano giudiziario, sia sul piano delle relazioni parentali, amicali, sociali, dalle quali – peraltro – può venire emarginato in seguito;
- *non regredisce spontaneamente*: piuttosto, chi vuole guarire deve affrontare percorsi di recupero impegnativi ed esposti al rischio di ricadute.

Un problema di salute pubblica

La violenza si esprime in forme diverse, talvolta anche subdole, le cui conseguenze non sono sempre facilmente diagnosticabili, specie nei bambini.

Possiamo considerare il maltrattamento all'infanzia una conseguenza di questa patologia relazionale che riguarda prevalentemente gli adulti e che proprio in quanto relazionale, ha nella compagine familiare un ambito di sviluppo privilegiato, incrementato e aggravato anche dalla particolare qualità delle relazioni familiari, capaci di potenziare in senso positivo ma anche, drammaticamente, negativo, le emozioni. Se si sottovaluta la qualità relazionale di questa patologia, può accadere che sfugga la cornice complessiva del contesto e si tenda a imputarne la causa a una sola persona. Proprio perché si tratta di una patologia relazionale, capace di offuscare e distorcere le esperienze emotive, chi se ne occupa ha modo di osservare che, salvo casi rarissimi, i genitori e i familiari che maltrattano i figli non lo fanno mai con lucida determinazione, ma in base a impulsi incontrollabili, a stili di vita improntati alla violenza o per distorsioni cognitive sul senso dell'educazione. Questo, tra l'altro, deve essere sempre tenuto presente per rendere doverosa la presa in carico non solo del figlio maltrattato ma, contestualmente, della famiglia maltrattante.

Definire il maltrattamento all'infanzia un *problema di salute pubblica* significa modificare non certo la natura penale di alcuni comportamenti, che devono comunque essere perseguiti, ma l'approccio preventivo, da assumere con maggior rigore, in coerenza con la definizione. E per la natura pervasiva della violenza è necessario un impegno complessivo di controllo su tutte le forme nelle quali può manifestarsi, per prevenire il maltrattamento all'infanzia, che è pur sempre una conseguenza della violenza: stili di vita familiare



violenti e relazioni violente tra adulti sono infatti la causa più frequente di maltrattamento all'infanzia.

Gli effetti traumatici sul bambino

Quanto alle conseguenze, poi, è da considerare in premessa che il bambino costretto a crescere in un ambiente familiare violento non è solo misconosciuto nelle sue esigenze, ma frequentemente *parentificato*, cioè coinvolto, in modo implicito o esplicito, nella responsabilità di salvaguardare il benessere del clima familiare, di difendere il soggetto che gli appare debole, di perseguire una propria idea di giustizia, di proteggere i genitori da possibili pericoli o problemi: tutti impegni che superano di gran lunga le sue effettive possibilità operative e concettuali, ma che intanto occupano la sua mente senza lasciare spazio al piacere di apprendere, di socializzare e di crescere in modo armonico.

In ultima analisi, il bambino coinvolto nella violenza non ha, e nemmeno si riconosce, lo *status* di bambino-persona, ma si percepisce, è percepito e si sente percepito solo come oggetto, ruolo, funzione, quindi sperimenta una distorsione relazionale del rapporto, patisce solitudine, dolore, paura e impotenza.

Tutto questo crea sofferenza e ha conseguenze estremamente gravi sul suo sviluppo emotivo e cognitivo: il bambino coinvolto in termini fisici o emotivi in situazioni violente – come vittima di trascuratezza o di violenza agita o assistita – presenta tutti i *sintomi del bambino traumatizzato*. E sappiamo che

se un trauma ripetuto nella vita adulta mina le strutture di una personalità già formata, nell'infanzia esso forma e deforma la personalità. Il bambino, intrappolato in un ambiente prevaricante, si trova a dover affrontare un compito di adattamento di grande complessità. Dovrà trovare una strada per conservare un senso di fiducia in gente inaffidabile, sicurezza in un ambiente insidioso, controllo in una situazione di assoluta imprevedibilità, senso di potere in una condizione di totale mancanza di potere. Incapace di occuparsi di sé e di proteggersi, egli deve compensare la mancanza di cura e protezione degli adulti, con i soli mezzi che ha a sua disposizione, un sistema di difese psicologiche in via di sviluppo. (Herman, 2005, p. 131)

Nuove attenzioni al problema

Una lettura della violenza in generale – e di quella all'infanzia in particolare – in termini di salute pubblica impone un'attenzione solerte e competente alle sue cause e alle sue conseguenze.

La ricerca delle cause orienta correttamente la sensibilità da cui deve scaturire l'impegno di prevenzione, mettendo in guardia da letture semplicistiche e lineari: il problema è multifattoriale e



circolare, nel senso che nasce e si sviluppa attraverso catene di feedback relazionali che trovano, nella particolare configurazione familiare, un fertile terreno di coltura.

Definirlo un problema di salute pubblica significa accettarne la complessità e assumerlo in ottica sociologica, passando dal pensare in termini di singoli casi, al pensare in termini di fasce di popolazione, di circostanze incentivanti, di indicatori sociali di rischio. Per poi passare agli interventi riparativi, personalizzati, che si rendono necessari anche in conseguenza di una mancata prevenzione o della sua inefficacia.

È quanto si sta elaborando, in questi anni, su scala internazionale: alcuni recenti documenti – di diversa portata ma comunque tutti espressione autorevole di una responsabile consapevolezza riguardando alla necessità di rinnovare e rianimare l'impegno di prevenire la violenza all'infanzia – costituiscono stimolo e occasione per rivisitare i pensieri, i modelli e le prassi con cui, in Italia e non solo, si fa prevenzione al disagio infantile.

Il panorama mondiale

Già nel primo *Rapporto su violenza e salute* del 2002, l'Organizzazione mondiale della sanità aveva raccomandato a tutti gli Stati di dotarsi di un piano nazionale di prevenzione della violenza (Raccomandazione 1). Successivamente, attraverso numerosi interventi, l'OMS ha più volte sollecitato ogni Stato a munirsi di strumenti strategici per prevenire la violenza e gli incidenti a danno dei bambini.

Le raccomandazioni dell'Onu Nell'agosto 2006 il Rapporto a cura dall'Esperto indipendente delle Nazioni Unite sulla violenza ai bambini, Paulo Sérgio Pinheiro – incaricato di realizzare uno studio su questo tema, come previsto dalla Risoluzione n. 60/231 dell'Assemblea Generale – contiene la seguente raccomandazione finale:

Raccomando agli Stati di rendere prioritaria la prevenzione della violenza sui bambini, affrontandone le cause sottostanti. Così come sono di fondamentale importanza le risorse impiegate per assistere le vittime, così gli Stati dovrebbero destinare un numero adeguato di risorse, per affrontare i fattori di rischio e prevenire la violenza, prima che questa sia perpetrata. Le politiche e i programmi dovrebbero considerare i segnali di rischio immediato, come la mancanza di un legame genitore-figlio, la dissoluzione della famiglia, l'abuso di alcool o di droghe, e la possibilità di maneggiare pistole e altre armi. In linea con gli Obiettivi di sviluppo del Millennio, l'attenzione dovrebbe essere rivolta alle politiche economiche e sociali che si occupano di povertà, di problemi dovuti alle differenze di genere e delle altre forme di disuguaglianza: assenza di reddito, disoccupazione, sovraffollamento delle aree urbane e altri fattori che minacciano la stabilità sociale. ⁽³⁾



Anche in altre parti del documento, il *Rapporto* esprime raccomandazioni molto precise:

Ogni società, indipendentemente dal suo tessuto economico, culturale e sociale, può e deve fermare la violenza sui bambini. Questo non significa soltanto punire i colpevoli, ma avviare una trasformazione della «mentalità» sociale e delle sottostanti condizioni socio-economiche connesse alla violenza. ⁽⁴⁾

E ancora, l'Esperto dell'ONU esorta a prestare attenzione al tessuto sociale e culturale negli aspetti che tendono a dare approvazione sociale alla violenza:

sia i bambini che coloro che commettono abusi possono considerare la violenza fisica, sessuale o psicologica, come inevitabile e normale. Educare impartendo punizioni corporali e umilianti, il bullismo e le molestie sessuali sono spesso percepite come normali, soprattutto quando non causano ferite «visibili» o permanenti. ⁽⁵⁾

Un approccio scientifico al problema Nel 2007 il direttore generale dell'OMS ha concesso i diritti di traduzione in lingua italiana del documento *Preventing Child Maltreatment: a guide to taking action and generating evidence* - elaborato già nel 2006, in collaborazione con l'ISPCAN (International Society for Prevention of Child abuse and Neglect) – all'Assessorato Sanità, Politiche socio-sanitarie e per l'integrazione del Comune di Ferrara, che ha recentemente proceduto alla sua pubblicazione e diffusione con il titolo: *Prevenire il maltrattamento sui minori: indicazioni operative e strumenti di analisi* ⁽⁶⁾.

Se assunto coerentemente nelle sue implicazioni, l'approccio che considera la violenza all'infanzia un problema sanitario, oltre che socio-assistenziale (come, del resto, è avvenuto fino a oggi, specie nel nostro Paese), comporta un richiamo forte a trattare il tema della prevenzione e a praticarne l'esercizio secondo rigorosi parametri di scientificità.

Il documento indica modalità di prevenzione coerenti con queste premesse e suggerisce una misura preventiva, già da anni adottata in diversi paesi: si tratta della pratica dell'*home visiting*, da non confondere con le visite domiciliari che l'assistente sociale svolge nel corso della valutazione sociale dei casi, ma consiste in una modalità domiciliare di accompagnamento educativo all'esercizio della genitorialità nei nuclei a rischio, preventivamente individuati

⁽³⁾ Il testo è reperibile sul sito: www.unicef.it

⁽⁴⁾ *Ibidem*.

⁽⁵⁾ *Ibidem*.

⁽⁶⁾ Reperibile nel sito: www.cismai.org



in base a dati rigorosamente rilevati da osservatori adeguatamente organizzati, per consentire il reperimento di fasce di popolazione esposte al rischio di non riuscire, senza sostegno, a esercitare modalità genitoriali adeguate ai bisogni evolutivi dei figli. Secondo evidenze riportate dal documento, dove e quando correttamente applicata, questa tecnica educativa riduce del 30% gli allontanamenti dei figli dai nuclei familiari disfunzionali.

Alla ricca produzione di documenti, si accompagnano poi numerosi approfondimenti teorici sulla prevenzione e la produzione di numerosi programmi – anche protetti da brevetto –, mirati a prevenire la violenza all'infanzia, promuovendo la genitorialità positiva e intervenendo a diversi livelli e con diversi metodi sui bambini più esposti al rischio di subire violenza. Alcuni documenti e la stessa OMS citano, come buona prassi, il programma *TripleP* (Positive Parenting Program), sperimentato con successo in diversi Paesi.

Il panorama europeo

A cavallo tra gli ultimi anni del secolo scorso e i primi anni di questo secolo, è stato attivato un progetto europeo di prevenzione a cui hanno partecipato, con l'Italia, altre sette nazioni europee: il progetto CAPCAE (Concerted Action for Prevention Child Abuse in Europe), che oltre a svolgere ricerche sullo stato dell'infanzia nei paesi membri, ha elaborato una nuova e più circostanziata lettura dei tre livelli cui tradizionalmente si applica l'attività di prevenzione. Dei tre livelli, anche sullo stimolo del quadro CAPCAE, si tratterà più avanti.

Il Consiglio d'Europa, inoltre, per gli anni 2006-2008, ha formulato un piano d'azione sul tema *L'Europa con i bambini e per i bambini* che, tra le sue articolazioni, include il programma di azione *Bambini e violenza*, finalizzato a sostenere azioni di prevenzione e contrasto alla violenza all'infanzia secondo dodici principi che dovrebbero guidare le politiche nazionali e che il Consiglio d'Europa indica come griglia in base alla quale i Paesi aderenti, tra cui l'Italia, sono impegnati a verificare e segnalare, attraverso specifici *report*, l'efficacia dei percorsi e dei progetti in atto, nell'ambito della tutela dell'infanzia. La raccolta delle esperienze è finalizzata all'elaborazione di un unico modello di prevenzione, sempre sulla base dei dodici principi, nei quali l'approccio preventivo è richiamato per vari aspetti: per bloccare l'insorgere della violenza, per riabilitare i rei (prevenendo la recidività) e per incoraggiare la pratica della mediazione come strumento utile a prevenire e risolvere i conflitti.



Il panorama italiano

Il nostro paese a livello centrale non ha ancora recepito la raccomandazione OMS, che prevede l'adozione di un piano nazionale per la prevenzione della violenza. In realtà, non è stato ancora adottato nemmeno il Piano nazionale infanzia, che dovrebbe essere rinnovato ogni 2 anni: l'ultimo risale al biennio 2002-2004. All'interno di tale piano, si potrebbe focalizzare l'attenzione sulla violenza non solo in termini di rilevazione, ma anche in termini di prevenzione.

Un problema, diversi livelli Il problema si pone su più livelli.

Anzitutto, è necessario *ampliare l'ottica preventiva*, includendovi le politiche di contrasto alla povertà e all'emarginazione attraverso il lavoro, gli ammortizzatori sociali e la casa, nella consapevolezza che precarietà, insicurezza del futuro e disoccupazione generano forti ripercussioni emotive negli stili di vita familiare e possono preludere a conflitti, con ricadute sulla cura dei figli.

Anche la protezione giudiziaria degli infradiciottenni dovrebbe ampliare l'ottica preventiva, per anticipare gli agiti violenti con attenzione alla predittività di certi segnali, per non ridursi alla sola prevenzione terziaria. L'attribuzione, in base al giusto processo, al solo P.M. del potere di attivare il giudice minorile, rischia di ridurre la stessa funzione socio-assistenziale dei servizi, limitando il potere di intervento del giudice minorile solo dopo che il danno si sia verificato.

Sarebbe importante puntare ad attribuire ai servizi un *ruolo propositivo anche nella fase della prevenzione terziaria* e, in particolare, una loro legittimazione processuale, così come è avvenuto nel caso dell'amministrazione di sostegno (Fadiga 2009).

Sempre in tema di ampliamento dell'attenzione preventiva, è necessario *monitorare una cultura che può indurre all'approvazione sociale della violenza*, non solo nei rapporti tra pari ma anche nei rapporti educativi, come le punizioni fisiche o umilianti in ambito familiare, che in Italia non sono ancora espressamente vietate per legge⁽⁷⁾. In ogni caso, non può più ritenersi lecito l'uso della violenza fisica o psichica, sia pure distortamente finalizzato a scopi ritenuti educativi.

La dimensione multiculturale della società pone urgenti *problemi di integrazione sociale ed educativa*, non solo per i bambini mi-

⁽⁷⁾ L'art. 571 c.p. punisce l'abuso dei mezzi di correzione: l'espressione fa presumere che ne sia possibile un uso lecito. Una sentenza di Cassazione del 1996 ha chiarito che la nozione giuridica di «abuso dei mezzi di correzione» non può ignorare l'evoluzione del concetto di abuso sul minore, che si è andato sviluppando e specificando nel tempo, come specificava la dott.ssa Saulini di Save the Children Italia, in occasione del contributo offerto alla stesura del documento preparatorio del seminario sulla prevenzione della violenza all'infanzia, organizzato a Bologna dal Cismai nel maggio 2009 (nell'ambito del percorso verso il congresso nazionale sugli Stati generali sull'infanzia in Italia, 4 e 5 febbraio 2010).



granti, ma anche per quelli di seconda generazione; in particolare, ai primi deve essere garantito il diritto alla salute e deve essere attuata una politica di contrasto alla discriminazione (di razza, religione, cultura, colore) recante il rischio di violenze ai bambini⁽⁸⁾. A fronte della presenza sempre più consistente di culture differenti è indispensabile, quindi, in sede di pianificazione dei servizi e di interventi sociali, tenere in debito conto le nuove esigenze di accoglienza, di integrazione e di accompagnamento richieste da queste presenze. Di conseguenza, in ambito di prevenzione non può essere escluso l'aspetto multiculturale. A livello territoriale, esistono sporadiche esperienze di progetti e singole iniziative orientate alla prevenzione della violenza all'infanzia⁽⁹⁾, che spesso finiscono tuttavia per non soddisfare appieno tutti i requisiti indicati dalle Linee guida OMS; la loro distribuzione sul territorio italiano, inoltre, è discontinua e scollegata.

Per un sistema nazionale di raccolta dati In realtà, in Italia si parla e si scrive, ma poco si sa di quanto, come, con quali priorità e secondo quali criteri – e tanto meno con quali effetti – venga svolta l'attività di prevenzione. Non si possono sottovalutare i rischi dell'improvvisazione, della mancanza di organicità, dell'assenza di sistemi in grado di verificare l'efficacia di quanto si pensa e si attua al livello delle politiche, così come dei servizi.

Molto opportunamente, l'OMS imposta il progetto di prevenzione sull'attività di monitoraggio e sulla raccolta di evidenze: questa attenzione, peraltro più volte esplicitata e richiamata nel documento, impone al sistema italiano di protezione dell'infanzia la necessità di affrontare finalmente il problema mai risolto dell'utilizzo di un sistema di raccolta dati, che ne consenta la registrazione.

D'altra parte, pur risultando preziosi per la conoscenza della situazione di un determinato territorio, gli osservatori territoriali che utilizzano sistemi di raccolta dati creati in modo del tutto indipendente tra loro si rivelano inefficaci per un'elaborazione complessiva, dal momento che non consentono la comparazione, gli incroci e, in ultima analisi, la creazione di un sistema nazionale affidabile. La situazione è grave e non riguarda solo il sistema di prevenzione, ma, prima ancora, la possibilità di conoscere l'identità, il numero, le cause e le condizioni dei cittadini infradiciottenni italiani in carico ai servizi sociali. Questo impedisce una stima del fenomeno e

⁽⁸⁾ Dal contributo di Donata Bianchi alla stesura dello stesso documento preparatorio di cui alla nota precedente.

⁽⁹⁾ Una garanzia di efficacia per la prevenzione della violenza all'infanzia è costituita dal coinvolgimento dei servizi per adulti nei confronti di segnali predittivi di genitorialità fragile: la protezione dei bambini deve infatti puntare sui genitori (Cirillo, 2005, pp.113-117).



una pianificazione efficace e mirata degli interventi e delle risorse necessarie.

Nella pratica, gli osservatori sull'infanzia, così come anche i più generici osservatori sociali – focalizzati su categorie specifiche di popolazione, tra cui anche la condizione dell'infanzia – sono numerosi: tuttavia ciascuno di essi è costruito secondo propri criteri, e manca uno sforzo di concertazione più ampia rispetto al linguaggio, agli ambiti di ricerca, ai criteri di raccolta e di elaborazione dei dati, che finiscono per non poter essere omologati, né utilizzati per studi epidemiologici significativi, tali da consentire una progettazione adeguata ai fini della prevenzione. In questo modo, i dati raccolti vengono raramente studiati per cogliere le evidenze e per individuare le fasce a rischio in base alle correlazioni, in modo da ricavarne materiale su cui operare in termini di prevenzione.

Oltre approcci generalisti Un progetto efficace dovrebbe innanzitutto prevedere quale tipo di violenza si intenda prevenire, per organizzare una programmazione puntuale, basata su evidenze desunte da specifici monitoraggi, superando approcci generalisti per suscitare attenzioni responsabili su specifici aspetti e le loro implicazioni nel benessere dei bambini, dentro e fuori la famiglia. I nostri ritardi, nella elaborazione di un sistema nazionale di raccolta dati sull'infanzia, sono materia di frequenti richiami da parte del Consiglio d'Europa, anche perché sono causa di ritardi nella costituzione di una mappa europea del disagio infantile, lasciando un vuoto nella mappa stessa, anche in vista dell'elaborazione di pensieri e progetti comunitari, che potrebbero essere evidentemente più efficaci sul piano della prevenzione, perché frutto di più ampia ed elaborata rilevazione.

Per questa ragione appare urgente e prioritario radicare anche nel nostro Paese e sui territori una cultura della prevenzione della violenza all'infanzia fondata su politiche, strategie, strumenti, programmi, prassi operative e di servizio, in linea con le esperienze internazionali.

Per prevenire ed eliminare la violenza non bastano, infatti, le norme repressive, su cui spesso si rischia di contare eccessivamente, trascurandone la scarsa efficacia, forse anche per il loro forte effetto mediatico e per il limitato costo di applicazione.

Occorre una pianificazione oculata, mirata alla prevenzione; occorre una serie di politiche nazionali e regionali per orientare i servizi sociali, sanitari, educativi, scolastici e le altre istituzioni preposte; occorre un cambiamento profondo e un'innovazione dei metodi professionali degli operatori responsabili della prevenzio-



ne. Tutto ciò potrà rendere il nostro Paese anche un Paese sicuro per i bambini.

Due iniziative a forte impatto preventivo

Sempre in Italia sembrano degne di segnalazione due iniziative che, benché realizzate a livello regionale, trattano temi di interesse nazionale e potrebbero, se attuate anche solo, inizialmente, come esperienza di sperimentazione in qualche specifico territorio, aprire la strada all'incremento di buone ed efficaci prassi in ordine alla prevenzione.

Criteri per potenziare le attività di prevenzione La legge regionale 14/ 2008 della Regione Emilia Romagna – «Norme in materia di politiche per le giovani generazioni» – all'articolo 23 si occupa espressamente di prevenzione del disagio di bambini e adolescenti, individuando «nell'armonizzazione e nel coordinamento di tutte le politiche e attività di prevenzione a livello regionale, provinciale e zonale, la condizione essenziale per la loro efficacia, efficienza ed economicità»⁽¹⁰⁾ mentre al comma 3 dello stesso articolo richiama alla «necessità di comprendere nel percorso di prevenzione del disagio dei bambini e degli adolescenti un accompagnamento competente dei genitori, mirato a sostenere e sviluppare le loro possibilità e disponibilità affettive, accuditive ed educative eventualmente compromesse, in vista di un loro recupero»⁽¹¹⁾. La legge stabilisce alcuni criteri, che implicano comunque un'attività di monitoraggio per portare l'attività di prevenzione a un livello più vicino a criteri di scientificità non più eludibili:

- *Efficacia*, da valutare secondo determinati parametri e indicatori, perché le iniziative, una volta realizzate, abbiano continuità e producano effetti misurabili nella riduzione dell'incidenza della violenza; questo naturalmente prevede un monitoraggio a monte, che consenta anzitutto di individuare le condizioni di rischio sulle quali intervenire preventivamente⁽¹²⁾, per poi giungere a valutare gli interventi realizzati, la loro efficacia e sostenibilità anche in altri contesti territoriali e nel lungo periodo.
- *Efficienza*, attraverso programmi che raggiungano il maggior numero di cittadini possibile, così da arricchire, in un territorio, le

⁽¹⁰⁾ Art. 23, c.1.

⁽¹¹⁾ Art. 23, c.3. Si veda l'affinità di questo articolo 23, come di altri ripetuti richiami alla qualità delle modalità operative presenti in numerosi articoli della legge, con le indicazioni dell'OMS al capitolo 4. Probabilmente il Legislatore aveva presente il documento, già reperibile sul sito ISPCAN e WHO in lingua inglese, all'indomani della sua pubblicazione.

⁽¹²⁾ È quanto prevede lo stesso articolo 23 al c.2,b: Monitoraggio e intervento sulle situazioni di rischio.



conoscenze diffuse riguardo ai diritti dei bambini e alle modalità per garantirne l'osservanza, modificando i sistemi di pensiero e di prassi che rischiano di violarli;

- *Economicità*. La crescente preoccupazione di contenere i costi di ogni iniziativa, per quanto riguarda la prevenzione dovrebbe indurre a concentrare gli sforzi perché ogni singola azione sia coordinata e integrata con le altre, in modo da evitare sovrapposizioni e dispersioni⁽¹³⁾. Efficaci politiche di prevenzione della violenza sull'infanzia producono, a medio e lungo termine, un rilevante risparmio dei costi di cura e di istituzionalizzazione.

La stessa legge si occupa anche di prevenire la vittimizzazione secondaria di cittadini infradiciottenni vittime di reato, richiamando il compito dei servizi di promuovere o adottare, «per quanto di loro competenza, ogni misura al fine di prevenire fenomeni di vittimizzazione secondaria, intesa come aggravamento degli effetti traumatici del reato a causa del cattivo o mancato uso degli strumenti volti a tutelare la vittima»⁽¹⁴⁾.

Raccomandazioni per gli psicologi Una seconda iniziativa di recentissima divulgazione proviene dall'Ordine degli psicologi dell'Emilia-Romagna: per circa tre anni un'équipe di psicologi, coadiuvati da consulenti specialisti nelle varie branche professionali attinenti alla protezione dell'infanzia, ha collaborato alla stesura di una serie di *Raccomandazioni per gli psicologi*⁽¹⁵⁾ impegnati, spesso su mandato della magistratura, di valutare la capacità parentale dei genitori, nei casi di situazioni a rischio o, comunque, individuate come compromesse sul piano della cura, dell'educazione e della protezione.

La letteratura nazionale e internazionale in tema di prevenzione della violenza all'infanzia ha progressivamente sviluppato un'attenzione sempre più puntuale sul contesto familiare, come possibile terreno di coltura di esperienze traumatiche, inevitabilmente nocive e destabilizzanti per lo sviluppo del soggetto in età evolutiva, addirittura fin dal percorso pre-nascita.

⁽¹³⁾ È frequentemente lamentata, nelle relazioni conclusive relative a queste iniziative, la loro discontinuità, e una diffusione territoriale «a macchia di leopardo», causata dalla disomogeneità di pensiero e di giudizio delle diverse agenzie promotrici (scuola, privato sociale, volontariato, servizi, università) e dal frequente scollamento tra loro.

⁽¹⁴⁾ Art. 24, c.3. Il testo di questa legge, corredato da un indice analitico e da tre articoli illustrativi (rispettivamente di L. Fadiga, M. Govi e M. T. Pedrocco Biancardi) è pubblicato in Supplemento 3, 2008 di «Le istituzioni del federalismo».

⁽¹⁵⁾ Ordine degli psicologi della Regione Emilia Romagna, *Buone pratiche per la valutazione della genitorialità*, Pendragon, Bologna 2009. Il volume è stato elaborato da un gruppo di lavoro così composto: sette psicologi, provenienti da diversi Ordini regionali; due psicologi coordinatori metodologici; un NPI; uno psichiatra; un pedagogo; un genitore adottivo in rappresentanza di una ONG che da 40 anni si occupa di adozione internazionale; un assistente sociale; un giudice (già presidente) di Tribunale per i minorenni



Su queste premesse si è mosso il gruppo di lavoro, incaricato di offrire agli psicologi strumenti osservativi e valutativi non solo di tipo intrapsichico e relazionale, ma anche integrati con gli indispensabili contributi offerti da altre scienze coinvolte nella costruzione e difesa del benessere delle giovani generazioni (le scienze giuridiche, psichiatriche e neuropsichiatriche, sociali, pedagogiche).

Il documento è stato elaborato attraverso l'approccio integrato di tutte queste competenze, a modello e testimonianza che una corretta valutazione della genitorialità non può essere svolta da un solo professionista e nemmeno dalla diade più frequente psicologo-assistente sociale, ma deve essere frutto di un'attività di équipe, intesa come luogo fisico e mentale in cui far convergere le osservazioni raccolte dai singoli professionisti e comporne insieme le valutazioni.

Conoscere e programmare secondo specifici livelli

Comportamenti giovanili disfunzionali, storie familiari faticose, esperienze sfavorevoli infantili, fattori di rischio distali aggravati da successivi eventi dolorosi (Di Blasio, 2005) sono frequentemente predittivi o indicatori di rischio, come capita di verificare ai non pochi operatori che scoprono nei loro archivi fascicoli riguardanti storie familiari e personali pluriennali, con gli stessi cognomi dei soggetti di cui si stanno occupando.

Se l'intervento di sostegno al singolo caso impone la ricostruzione di singole storie familiari, l'intervento di prevenzione richiede che queste storie siano confrontate, per coglierne gli elementi comuni omologabili, fino a ricostruire specifici profili esistenziali rappresentativi di determinati fattori di rischio, sui quali progettare interventi di prevenzione.

Un modello che organizza in termini non solo pragmatici, ma anche di significato, l'ampio mondo della prevenzione, distingue tre livelli: primario, secondario e terziario. Il CAPCAE ha riempito di contenuti e di processi questi livelli, indicando per ciascuno precisi ambiti, prassi e obiettivi. Sulla scorta di queste indicazioni, possiamo oggi leggere in termini critici e aperti il nostro modo di esercitare la prevenzione, come un processo evolutivo teso all'ottimizzazione delle prassi.

La prevenzione primaria

Il livello primario della prevenzione prevede attività orientate a sviluppare la cultura dell'infanzia, a rendere consapevole la popolazione dei suoi bisogni e diritti, a promuovere una politica gene-



ralizzata di benessere come contrasto alla povertà, all'esclusione sociale, alla mancanza di risorse, condizioni nelle quali si possono più facilmente (anche se non esclusivamente) annidare focolai di violenza. Questa impostazione progettuale, per essere efficace ed economica, esige attenzione sulle modalità di esecuzione.

Sulla base di quanto in genere sta accadendo in Italia, possiamo rilevare che non sempre queste iniziative sono pensate, progettate e programmate in modo concertato e coordinato, quindi alla fine si rivelano poco rispettose riguardo al criterio dell'economicità. Interventi a macchia di leopardo costano e non servono, o sono comunque scarsamente incisivi: servono piuttosto *reti* che costruiscano *sistemi* di prevenzione.

In questo senso, è opportuno richiamarci a una impostazione della prevenzione primaria che conti non tanto su costose conferenze, quanto su una politica dell'infanzia che garantisca servizi opportuni alla famiglia e benessere a tutti i bambini, cui vanno riconosciuti e garantiti di fatto uguali diritti, agiti e non solo affermati: si tratta di un problema difficile ma ineludibile, specie in tempo di crisi.

I nodi critici su cui lavorare, per ottimizzare le prassi relative a questo primo livello di prevenzione, potrebbero essere individuati anzitutto in ambito culturale: una cultura intesa, per utilizzare l'espressione del documento OMS-ISPCAN, in termini di *cura dell'opinione pubblica*, riconoscendo e valorizzando il ruolo della scuola coordinata con i servizi alla famiglia, creando consapevolezza nella popolazione adulta sulla corrispondenza biunivoca tra benessere relazionale della coppia ed esperienza felice della genitorialità; suscitando consenso sulla cura di corretti stili educativi familiari; ponendo attenzione ai correlati alla violenza, come subculture, povertà, salute, abitazioni, differenze e tolleranza; valorizzando e diffondendo la mentalità, la competenza e la pratica della mediazione.

Le attività di prevenzione primaria impostate con modalità di concertazione su questi nodi critici possono promuovere una responsabilità diffusa tra tutti i cittadini, nella convinzione che la salute pubblica è un bene di tutti e, come tale, interessa tutti.

Numerosi sono gli ambiti interessati alla prevenzione: la cura delle relazioni tra adulti, specie di maggior prossimità, mirata a prevenire la violenza assistita; la cura degli stili educativi in ambito familiare, scolastico, ludico, per prevenire la violenza nell'educazione; l'attenzione a stili di vita che possono comportare rischio di violenza in famiglia, quando le relazioni sono compromesse da patologie e dipendenze, per prevenire la violenza emotiva; la promozione di consapevolezza e l'incoraggiamento alla protezione responsabile per contribuire a tutelare i cittadini di età inferiore ai



18 anni dal rischio di essere usati per piaceri perversi, in pratiche pedofile o incestuose; la segnalazione di possibilità di violenze, anche in contesti insospettabili o inconsapevoli, per risparmiare agli infradiciottenni il rischio di diventare preda della patologia delle cure o delle trascuratezze dei *care-giver*.

È necessaria anche una distinzione tra i più visibili gesti ed episodi violenti, e i pervasivi stili di vita violenti che passano più facilmente inosservati, benché entrambi causino esperienze traumatiche, anche se di diversa natura (rispettivamente, acuta e cronica).

Prevenzione è anche diffondere la consapevolezza che la violenza crea assuefazione, da cui è difficile astenersi anche per gli adulti, perché trova facilmente consenso; il rischio effettivo per i bambini coinvolti in stili di vita violenti non è solo fisico, perché i bambini elaborano pensieri e giudizi circa gli adulti, imitano lo stile relazionale nel quale crescono, vivendo emozioni ed elaborando pensieri inquieti che gli adulti non sospettano, ma che impediscono quello stato di *calma attenta* che favorisce l'apprendimento.

Quando riescono a coniugare capacità di dare risposte tempestive alle emergenze con una visione a lungo termine, servizi e istituzioni realizzano una vera e propria prevenzione primaria, l'unica a consentire di diffondere consapevolezza circa i costi umani ed economici della violenza nella cultura dell'uomo della strada da cui, in ultima analisi, dipende il clima civile e il tenore morale di una società. A questo proposito, particolare attenzione deve essere riposta nelle strategie di prevenzione della violenza attraverso i media e la rete internet.

La prevenzione secondaria

Un confronto con il modello europeo rivela significativi elementi di criticità nelle modalità con cui, in Italia, si realizza la prevenzione di secondo livello: è difficile individuare specifiche aree da correggere o migliorare, perché tale livello di prevenzione è praticamente oscurato nel pensiero e trascurato nella prassi dall'incalzare delle emergenze e delle urgenze proprie del terzo livello. La prevenzione secondaria, infatti, richiede l'individuazione di fasce di popolazione in cui è più facile che possa verificarsi la violenza all'infanzia e conseguenti rilevazioni di situazioni di rischio, sulle quali agire per evitare che possa concretizzarsi in azioni dannose, da prevenire con azioni di contrasto. Si osservava sopra che questo livello di prevenzione è oscurato nel pensiero: sembra infatti impossibile trovare tempi e luoghi, formare operatori, predisporre risorse per una valutazione convinta della sua utilità e disponibili per una progettazione conseguente.



Il pensiero scientifico che può promuovere e sostenere un impegno in questo senso sta, in ultima analisi, nella convinzione che la prevenzione della violenza sui bambini non può prescindere dalla prevenzione della violenza nel mondo adulto, dalla quale può derivare genitorialità fragile, predittiva di possibile maltrattamento dei figli.

Fattori di blocco delle iniziative Questo pensiero, in genere presente alla consapevolezza dei servizi, viene bloccato poi, nel passaggio alla pratica, da numerosi fattori, di diversa natura:

- la *carezza di personale*, specie adeguatamente formato;
- l'urgenza di proteggere il bambino – sul quale si concentrano, anche emotivamente, le maggiori attenzioni – salvo poi, una volta messo in sicurezza con l'allontanamento, *allentare l'impegno di riduzione del danno* con le cure adeguate;
- una strisciante sfiducia nella possibilità che la guida e il sostegno alla genitorialità attuate fin dai primi momenti della sua esperienza possano sostenere percorsi di recupero o di uscita dal rischio di ricaduta in storie esistenziali precedentemente compromesse.

Allora, per tentare di iniziare a sciogliere i nodi critici su cui impegnarsi perché il lavoro psico-sociale a favore dei bambini a rischio di maltrattamento non arrivi a danno avvenuto, consumandosi ed esaurendosi nella rincorsa all'emergenza, occorre partire da lontano.

È necessario anzitutto ottimizzare l'impostazione e l'utilizzo di osservatori attrezzati, mirati e compatibili, non solo con l'esigenza di raccogliere dati, ma anche con quella di elaborarli, compararli, incrociarli per far emergere fasce particolari di popolazione in cui il rischio di violenza sia più elevato, così da intervenire precocemente con gruppi di sostegno e con uno stile operativo impostato sull'integrazione di pensieri, linguaggi, significati, valutazioni e progetti, insieme a tutti i servizi per adulti ⁽¹⁶⁾.

Uno stretto contatto fra servizi Questo richiede, evidentemente, uno stretto contatto dei servizi di tutela con i reparti ospedalieri (ostetricia, neonatologia, pediatria), i Consulenti familiari, i

⁽¹⁶⁾ In questa stessa direzione si muove il Consiglio d'Europa (COE), con il già citato progetto: *L'Europa per e con i bambini*, mirato all'eliminazione di ogni forma di violenza nella vita quotidiana dei cittadini minorenni dei Paesi membri. Nel 2004, a Oslo i ministri europei responsabili delle politiche sociali convennero sull'esigenza di delineare un quadro integrato di politiche nazionali, basato su 12 principi generali che essi stessi individuarono e fecero oggetto di raccomandazione, assumendo come priorità l'impegno contro ogni forma di violenza ai danni di bambini e bambine. Successivamente, nel corso del 3° summit dei Capi di Stato e di Governo del COE, tenuto a Varsavia il 16-17 maggio 2005, gli Stati membri si sono impegnati a elaborare nuove misure di contrasto allo sfruttamento e all'abuso sessuale dei minori, secondo un approccio integrato, preventivo, orientato alle vittime, basato sulla formazione e la ricerca interdisciplinare.



servizi di salute mentale e i SERT, i pronto soccorso ospedalieri, per individuare le fasce e le situazioni a più frequente, maggiore o imminente rischio su cui intervenire tempestivamente in termini di sostegno (anche nel corso della gestazione), secondo il modello dell'*home visiting* (suggerito dal documento OMS sopra citato), che rappresenta il formato attualmente più efficace per evitare gli allontanamenti dei figli dai genitori a rischio di violenza: secondo il documento, nelle situazioni in cui è stato sperimentato e correttamente condotto, avrebbe ridotto del 30% gli allontanamenti familiari. Tale formato è stato tradotto e sperimentato da alcuni centri italiani come *affidamento diurno a domicilio* ⁽¹⁷⁾. L'adozione del termine inglese, infatti, potrebbe creare confusione sulle sue caratteristiche, se venisse identificato con le visite domiciliari che gli assistenti sociali dei servizi di tutela svolgono in Italia a puro scopo conoscitivo, spesso su richiesta dell'Autorità giudiziaria, nell'ambito dell'indagine sociale, per raccogliere elementi utili alla valutazione delle condizioni sociali di un bambino segnalato e del suo contesto familiare.

Alle spalle di questo nuovo strumento e dell'interesse per la sua sperimentazione, non è difficile riconoscere un ulteriore progresso nell'ambito di quel vasto movimento di personalizzazione del sostegno all'infanzia e del suo diritto ad avere comunque una famiglia e, prioritariamente, a conservare la propria, che nella seconda metà dell'ultimo secolo ha portato a ridurre la disponibilità dei luoghi di ospitalità educativa dei bambini (a vario titolo privi di una famiglia adeguata) da numeri calcolati in termini di centinaia (Innocenti a Firenze; Martinitt e Stelling a Milano, La Pietà a Venezia) a capienze calcolate in termini di decine, fino ad arrivare, nei primi anni '80 ⁽¹⁸⁾, al ricorso istituzionalizzato all'affidamento familiare.

Una severa attività di monitoraggio Mirato a evitare le conseguenze del trauma dovuto all'allontanamento dei soggetti coinvolti e a garantire una presa in carico complessiva del nucleo – riconoscendo a quest'ultimo la possibilità di recuperarsi, nonostante le sue criticità –, questo nuovo tentativo di rendere sempre più indolore l'indispensabile intervento di protezione dell'infanzia esige una doppia e severa attività di monitoraggio:

⁽¹⁷⁾ Alcuni autori hanno iniziato a progettare e tentare esperienze che si avvicinano al modello dell'*home visiting*: Ganio Mego, 1999; Prezza, 2006; Speranza e Mattei 2007; «Infanzia e adolescenza» 2007. Anche il Centro aiuto al bambino maltrattato e alla famiglia (CAF) di Milano ha svolto negli anni progetti di prevenzione precoce e di sostegno alla genitorialità attraverso l'*Home visiting*.

⁽¹⁸⁾ La Legge 184/83 per la prima volta introdurrà ufficialmente in Italia l'istituto dell'affidamento eterofamiliare, che la successiva L.149/01 definirà con maggiori dettagli.



- un monitoraggio sul caso, per verificare e registrare i passaggi di un'effettiva trasformazione nello stile di vita complessivo e nell'assunzione delle responsabilità genitoriali,
- un monitoraggio sulla totalità dei casi, per verificare se gli interventi realizzati nelle fasce individuate registrino significativamente i risultati attesi.

Quanto siano lontane queste modalità operative – impostate su un disegno di prevenzione realistico, personalizzato e insieme socializzato – dalle prassi attuali dei servizi di tutela in Italia è sotto gli occhi di tutti. Un pensiero, tuttavia, finalizzato a migliorare le modalità operative nell'ambito della tutela dei bambini/ragazzi in difficoltà, e a prevenire almeno la vittimizzazione secondaria causata dall'allontanamento, deve necessariamente incrociare le più recenti proposte del contesto scientifico internazionale e – riconoscendone la distanza rispetto all'attualità – iniziare a impostare ipoteticamente il problema, così da prevedere quali cambiamenti di mentalità, di condizioni organizzative, di finalizzazione di risorse e di formazione del personale potrebbe richiedere questa inversione di tendenza.

Alcune condizioni operative Rispetto alla prevenzione primaria, dunque, quella secondaria deve essere più tecnica e mirata e deve includere:

- una capacità professionale di *discernimento tra le varie forme di disagio*, per selezionare quelle per le quali può rivelarsi utile un'assistenza educativa familiare,
- una *solerzia negli interventi* per prevenire l'instaurarsi e il consolidarsi di relazioni genitoriali distorte;
- l'*attenzione al rischio di violenza assistita* che oggi, per i figli, non si annida solo nelle storie di violenza domestica, ma anche nelle famiglie in cui un componente si trova agli arresti domiciliari, per i controlli, spesso notturni, a cui sono sottoposti gli arrestati;
- la conoscenza dei *minori costi della prevenzione* rispetto a quelli dell'intervento sul danno conclamato;
- l'impegno a *garantire una competenza sul problema della protezione dell'infanzia*, anche nei servizi generalisti, perché se ne possano individuare i primi segnali e impedire l'aggravamento delle situazioni, oltre naturalmente a curare competenze specifiche negli adulti che seguono i bambini, dotandoli di strumenti per riconoscere e distinguere i segnali di danno dai segnali di patologia, promuovendo tra i servizi l'integrazione di pensieri, significati e giudizi: sui bisogni e diritti del bambino, sulle responsabilità genitoriali, su benessere e maltrattamento;
- l'*integrazione dei diversi linguaggi* utilizzati in ambito sanitario, giudiziario e scolastico;



- l'integrazione tra istituzioni (giustizia, enti locali, istruzione) e tra servizi (infanzia, adulti, NPI, SERT, Servizi di psichiatria) ⁽¹⁹⁾;
- la *cura dell'organizzazione*, perché le varie competenze convergano in confronti coordinati e la prevenzione efficace sia frutto di un lavoro integrato, basato sull'integrazione delle risorse.

In Italia questo livello di prevenzione è praticato in modo insufficiente: vengono trascurati i segnali predittivi, mancano progetti di educazione e sostegno precoce alla genitorialità fragile, con la conseguenza che tutto l'impegno si concentra nel limitare i danni di situazioni violente conclamate, in genere risolte con l'allontanamento della vittima, di cui peraltro si trascura il grave impatto traumatico subito. Resta ancora ignorata, o praticata in modo approssimativo, l'efficacia preventiva dell'*home visiting*: la sua attivazione, infatti, come già ricordato, prevede un rigoroso monitoraggio preliminare per l'individuazione delle fasce a rischio e un successivo monitoraggio in corso d'opera, per verificare l'efficacia dell'intervento. Finché in Italia non sarà applicato in modo rigoroso un sistema di raccolta dati uniforme e compatibile, con metodi e funzioni tali da garantire non solo le condizioni di avvio, ma anche la verifica di efficacia dei percorsi, non sarà possibile applicare correttamente un sistema che, sempre secondo esperienze già verificate, può portare a una riduzione significativa degli allontanamenti dei bambini dalla famiglia.

La prevenzione terziaria

Questa terza forma di prevenzione consiste nell'intervenire a violenza compiuta o ancora in atto, e mira a limitare i danni subiti dalle vittime, a interrompere tempestivamente situazioni di maltrattamento per evitare che si riproducano.

In ultima analisi, si tratta di un intervento riparativo, e per poter riparare è necessario saper riconoscere i danni che la violenza produce in tanti ambiti:

- nella persona in evoluzione per proteggerla;
- nel sistema relazionale per sostenerlo;
- nel sistema sociale e politico per allertarlo sulle conseguenze;
- nel sistema culturale per sollecitare la mente collettiva contro la violenza.

La prevenzione terziaria può essere orientata agli autori della violenza perché interrompano comportamenti pericolosi, oppure alla vittima, perché si difenda, alle figure potenzialmente protettive perché si attivino a proteggere, alla devianza giovanile in generale, perché può essere predittiva di comportamenti adulti violenti.

⁽¹⁹⁾ Una sorta di guida al lavoro integrato, nella fattispecie per i casi di violenza sessuale intrafamiliare, si trova in Carini A., Pedrocco Biancardi M.T., Soavi G., 2001.



Si tratta di quella costosa e, spesso, frustrante attività che brucia tante energie e risorse, che scatta quando il danno è ormai emerso in tutta la sua gravità e inchioda i servizi alla dolorosa, emotivamente inquietante, faticosa e costosa corsa ai ripari, dagli esiti spesso incerti.

In ogni caso, si tratta di un'attività che comunque resta ineludibile, perché la prevenzione secondaria, anche se realizzata nelle sue punte di eccellenza, non deve essere enfatizzata: essa è in grado di ridurre, ma non di eliminare ampie e imprevedibili zone culturali e sociali in cui possono più facilmente maturare eventi o condizioni sfavorevoli, rilevabili solo a danno avvenuto.

Il valore della prevenzione terziaria consiste prevalentemente nella possibilità di *evitare la reiterazione del danno*, una volta emerso e riconosciuto, e nella sua riparazione. Il primo aspetto riguarda la famiglia, il secondo il bambino.

Numerosi sono gli aspetti di criticità da tenere presenti, per rendere più efficace questo livello di prevenzione:

- se si arriva tardi, a danno conclamato, almeno bisogna assicurare *cure tempestive alla vittima*;
- se si intende veramente prevenire la reiterazione di comportamenti dannosi, è indispensabile programmare e realizzare *interventi di sostegno o contenimento per gli adulti*, mirati a correggere pratiche genitoriali dannose e trascuratezze gravi;
- è indispensabile che operatori di diverse professionalità, amministratori e responsabili sappiano che senza la cura degli adulti, la protezione si ferma all'allontanamento, non previene il rischio di reiterazione (magari su altri componenti la fratria o su figli nati successivamente), né i danni a lungo termine ed è costosa e inefficace.
- il sospetto, il dubbio, la segnalazione imprecisa e pasticciata devono sempre essere approfonditi e chiariti;
- a livello di cultura diffusa, deve essere smentito e abbattuto, anche con atteggiamenti adeguati degli operatori, il pregiudizio che chi difende i bambini è ostile agli adulti. Questo diffuso pregiudizio deve, se mai, essere ribaltato: la tutela dell'infanzia impone di sostenere gli adulti di oggi per mettere in sicurezza i cittadini in crescita, che sono gli adulti di domani;
- a livello di operatività e stile professionale, sono necessarie relazioni di équipe puntuali e circostanziate, frutto di diligente osservazione e di valutazione concordata e condivisa;
- per quanto riguarda le consulenze tecniche e le perizie per l'AG, è indispensabile che esse siano corrette, documentate ed esaustive, perché il Magistrato possa trovarvi dati concreti sui quali elaborare il proprio autorevole giudizio;



- attenzione a non creare occasioni di riattivazione traumatica nella vittima, con frettolose concessioni di incontri familiari, la cui pressante richiesta da parte degli adulti potrebbe essere motivata dal tentativo di usare il bambino come prova di innocenza;
- è indispensabile attrezzare con formazione specifica la competenza di chi si incarica dell'ascolto del bambino coinvolto nel procedimento giudiziario, perché sia insieme empatico e attento a non suggestionare;
- in ordine al rischio di vittimizzazione secondaria, che i pur indispensabili procedimenti giudiziari possono comportare per i bambini/ragazzi vittime della violenza degli adulti, è indispensabile inoltre prevedere luoghi e tempi di ascolto adeguati alla loro doppia fragilità: quella che dipende dall'età e quella che dipende dalla condizione di vittima, specie quando il perpetratore appartiene alla cerchia degli adulti di cui il soggetto si è fidato e a cui è legato da relazioni affettive forti.

In conclusione: cultura e non solo tecnica

Complessivamente e sinteticamente, si può dire che il *nodo critico* da prendere primariamente in considerazione per programmare, con qualche speranza di efficacia, la prevenzione della violenza all'infanzia è il nodo culturale, intendendo per cultura l'insieme di atteggiamenti, convinzioni, principi e valori ampiamente condivisi dalla popolazione adulta, sostenuti e incentivati dai messaggi dei mezzi di comunicazione. Molto opportunamente, l'OMS definisce *modello ecologico* un sistema di interventi finalizzato a prevenire la violenza a vari livelli: individuo, relazione, comunità, società.

È innegabile, infatti, che il maggior rischio di violenza sui bambini – se si escludono le zone di guerra e di fame – si crei in famiglia, dove le relazioni sono più intime e quindi coinvolgenti, dove le emozioni sono meno aperte all'elaborazione, dove le diversità possono scoppiare in conflitti, fino ad aprire la strada a passaggi all'atto: tutti i rischi di degenerazione delle relazioni familiari e le varie forme di violenza che ne conseguono sono fortemente connotati e condizionati dal contesto culturale. Pensare la prevenzione della violenza sui minori in termini culturali implica una vastità di attenzioni su una molteplicità di ambiti, dei quali non è sempre evidente la dimensione predittiva e preventiva.

Di seguito se ne richiamano alcuni, a titolo esemplificativo.

Si tratta di situazioni in cui il rischio di caduta nella violenza può apparire molto lontano o addirittura inesistente. Tuttavia, alcuni stili di vita, alcune dinamiche relazionali, alcuni comportamenti sociali lasciati a se stessi possono degenerare, fino a diventare terreno di coltura per specifici episodi da prevenire, in quanto violenti.



La corrispondenza biunivoca tra benessere coniugale e benessere familiare

La famiglia, comunque costituita, nasce da due storie personali, il cui intreccio configura e determina modalità di pensiero e di valutazione, prima ancora che di comportamenti; le storie personali dei due partner sono, a loro volta, determinate dal clima familiare da cui provengono, e colorano l'assetto relazionale reciproco e nei confronti dei figli. Se la coppia non si è liberata da eccessive e invischianti dipendenze, possono crearsi fattori di rischio per i bambini, perché viene loro a mancare il sostegno di una genitorialità adeguata – quella che garantisce la costruzione di una *base sicura* (Bowlby J., 1988) – e la conseguente percezione di avere a disposizione due genitori adulti sui quali poter contare perché sanno ascoltare ma anche contenere. Il percorso della genitorialità non è necessariamente lineare e pacifico, non così spontaneo come gli stereotipi inducono a immaginare, e richiede un alto grado di consapevolezza e di condivisione empatica delle fatiche che il figlio deve sostenere per crescere, fatiche rispetto alle quali i genitori sono spesso distratti, smemorati, ignari, perché la loro relazione di coppia non si è completamente emancipata.

Le stesse situazioni difficili, che si concludono con una separazione della coppia, diventano situazione di rischio anche grave, non tanto in sé, quanto piuttosto se sono gestite dai genitori senza quel senso di responsabilità genitoriale che deve indurre a evitare la triangolazione del figlio nei loro problemi.

Lo stile educativo della famiglia

Il problema dell'adeguatezza genitoriale coinvolge inevitabilmente i pregiudizi e le contraddizioni, che facilmente caratterizzano l'educazione familiare.

Da un lato, essa è ancora dipendente dai comportamenti eccessivamente punitivi, tipici dell'educazione del passato: comportamenti che lasciavano troppo spazio agli interventi maneschi, alle mortificazioni psicologiche, a espressioni squalificanti, deleterie per la costruzione dell'autostima.

Dall'altro, la stessa educazione familiare è succube di una cultura mass-mediale che identifica l'affetto con l'offerta di oggetti, di cibi, di occasioni, che non seleziona l'opportunità dei comportamenti, che non allerta, senza creare allarmismi, sulle situazioni di rischio in cui possono venirsì a trovare i ragazzi privi di un contesto familiare su cui poter contare, per un sostegno incondizionato nei momenti di difficoltà.

L'ambiguità di questo doppio e contrapposto indirizzo educativo induce spesso i genitori all'attendismo e all'assenteismo.



Il ruolo della scuola

Impossibile pensare a una prevenzione del rischio infantile e adolescenziale che non prenda in considerazione il contesto scolastico. La scuola infatti si trova al crocevia dell'emergenza del disagio tra famiglia e società, nel senso che molto frequentemente è il figlio a rivelare, attraverso racconti, comportamenti, atteggiamenti, la presenza in famiglia di abitudini e stili educativi rischiosi per il suo sviluppo. In questo senso, le scienze psicologiche e sociali hanno guadagnato competenze diagnostiche preziosissime, giungendo a individuare, attraverso opportuni protocolli osservativi, la base relazionale-familiare di numerosi comportamenti disfunzionali, ieri più facilmente attribuiti a soli deficit individuali dello scolaro⁽²⁰⁾.

Prevenzione culturale, in questo caso, significa affinare l'attenzione degli educatori nei confronti degli educandi, evitando atteggiamenti punitivi o squalificanti nei confronti sia dei genitori che dei figli; qualificare le relazioni scuola-famiglia impostandole quanto più possibile su rapporti di reciproca fiducia e collaborazione; valorizzare in particolare le scuole dell'infanzia in ordine alle loro forti potenzialità preventive. Non a caso gli educatori dei nidi e delle scuole materne hanno un rapporto privilegiato con i genitori, proprio nel periodo di vita familiare (i primi anni di vita dei figli) in cui i genitori sono più insicuri nella gestione della loro genitorialità e, insieme, facilmente confusi e incerti sull'impostazione educativa da scegliere che, se lasciata a se stessa, rischia di essere sopraffatta dagli aspetti emotivi o da un acritico e pedissequo adeguamento ai comportamenti diffusi.

La corretta costruzione dell'opinione pubblica

Un ultimo aspetto, tra gli innumerevoli che ancora si potrebbero richiamare in ordine alla promozione di una cultura adulta, consapevole dei rischi che adulti e bambini condividono nel loro comune percorso familiare, riguarda la costruzione di un'opinione pubblica che non si allarmi solo per gli scandali e i delitti familiari raccontati dai mass-media, nei quali i bambini coprono il ruolo di vittime; servirebbe piuttosto affinare nel mondo adulto una sensibilità attenta ai piccoli gesti che possono turbare i bambini e i ragazzi; aiutare gli adulti e gli addetti ai lavori a comprendere la possibilità che dietro situazioni apparentemente normali può nascondersi la malattia mentale, il disagio psichico o psichiatrico grave, la dipendenza da sostanze, con possibili conseguenze nefaste sul clima familiare. L'opinione pubblica si costruisce anche

⁽²⁰⁾ Ordine psicologi Emilia-Romagna, *Buone pratiche per la valutazione della genitorialità*, cit., pp. 119-169.



attorno ad una consapevolezza sociale e politica delle conseguenze pesanti che la perdita di lavoro, la precarietà abitativa, l'inserimento della famiglia in una cultura estranea possono avere per i figli. L'attenzione a tutto questo può provocare una maturazione di corresponsabilità di tutti gli adulti nei confronti dei bambini, propri e altrui, e suscitare iniziative di solidarietà e sussidiarietà tra famiglie, anziché indifferenza o curiosità pettegole come spesso avviene.

La ricerca delle correlate

Per orientare correttamente la promozione di una mentalità di prevenzione della violenza sui bambini, è indispensabile individuare, attraverso una ricerca preventiva sul campo, alcune correlate che costituiscono terreno di coltura della violenza: ambiente e violenza; povertà e violenza; subculture e violenza; economia e violenza; salute e violenza; differenza culturale o religiosa e violenza. Questa attenzione consente di organizzare il lavoro di prevenzione secondo parametri specifici e di intervenire sulle situazioni che possono favorire i comportamenti violenti.

In termini culturali, la prevenzione richiede soprattutto uno sforzo personale e collettivo di pensiero e di sensibilità interpretativa, perché le singole azioni possano contare non solo sulla competenza tecnica – pur ineludibile –, ma anche sul consenso di un mondo adulto, consapevole delle proprie responsabilità nei confronti dei cittadini piccoli.

Senza la promozione di una base culturale per quanto possibile condivisa e riconosciuta, le attività specificamente programmate rischiano di vedere compromessa la loro efficacia o di non trovare un tessuto di pensieri condivisi sul quale innestarsi. Soprattutto le proposte, le iniziative, i progetti si troveranno a dover combattere quella «tradizionale 'barriera' della privacy» tra la sfera privata e la sfera pubblica» che

ha inibito l'evoluzione di politiche e strumenti giuridici per prevenire la violenza all'interno della famiglia e per fornire servizi a coloro che ne sono vittime. L'assenza di dati accurati ed esaustivi è uno dei chiari indizi della presenza di questa barriera che ostacola lo sviluppo e la valutazione delle strategie di successo volte alla soluzione di questo grave problema. (Pinheiro S.P., 2009)



RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

- Aa. Vv., *Home visiting, Il sostegno alla genitorialità a rischio*, in «Infanzia e Adolescenza», 2, 2007, pp. 67-128.
- Bowlby J., *A Secure Base*, Routledge, London 1988; tr. it., *Una base sicura*, Cortina, Milano 1989.
- Carini A., Pedrocchi Biancardi M. T., Soavi G., *L'abuso sessuale intrafamiliare*, Cortina, Milano 2001.
- Cirillo S., *Cattivi genitori*, Cortina, Milano 2005, pp.113-117.
- Di Blasio P., *Tra rischio e protezione, la valutazione delle competenze genitoriali*, UNICOPL, Milano 2005.
- Fadiga L., *Il mestiere di giudice minorile*, in «Infanzia e adolescenza» 2, 2009, pp. 6-26.
- Ganio Mego G., *La figura del coadiutore familiare che accompagna la crescita delle relazioni familiari*, in «MinoriGiustizia», 1, 1999, pp.161-170.
- Krug E., *Preventing Child Maltreatment: a guide to taking action and generating evidence* (2006); tr. it., *Prevenire il maltrattamento sui minori: indicazioni operative e strumenti di analisi*, Provincia, Comune e Università di Ferrara (a cura di), Prefazione, 2009.
- Supplemento al n.3, 2008 di «Le istituzioni del federalismo».
- Ordine degli psicologi dell'Emilia-Romagna, *Buone pratiche per la valutazione della genitorialità: raccomandazioni per gli psicologi*, Pendragon, Bologna 2009.
- Pinheiro S. P. (2009), *Preventing Child Maltreatment: a guide to taking action and generating evidence*, cit.
- Prezza M., *Aiutare i neo genitori in difficoltà. Intervento di sostegno domiciliare*, FrancoAngeli, Milano 2006.
- Speranza A. M., Mattei E., *Programmi di sostegno alla genitorialità, l'Home visiting*, Edizioni Kappa, Roma 2007.

Esperienze sfavorevoli infantili: la cura

Stato dei saperi sul lavoro di cura del bambino maltrattato e della famiglia

Guarire è possibile: non va perduta la confortante conferma che la riparazione è possibile, anche nei casi più gravi di esperienza traumatica infantile.

Alcuni autori si riferiscono a questo incontestabile dato utilizzando in maniera estesa il termine *resilienza*, originariamente deputato a designare la capacità di resistere agli urti senza riportare danni e quindi, nel nostro caso specifico, di uscire indenni dalle esperienze sfavorevoli infantili, senza che queste determinino un impatto traumatico e la conseguente sofferenza: si tratta, dunque, di un'espressione sintetica della capacità di guarire, per tutto il corso dell'esistenza, le ferite procurate dagli urti. Certo, tale riparazione non è sempre allo stesso livello di penetranza e stabilità. Tuttavia, non vorremmo che andasse sottovalutata l'importanza di mutamenti anche adattativi: sappiamo infatti che le vittime di trauma possono attraversare fasi in cui perfino tali adattamenti sono in crisi e prevalgono assetti psichici caotici o irrigiditi in difese disfunzionali.

Alcuni nodi critici

A fronte di queste confortanti premesse, nell'area della terapia ci si scontra con molti nodi critici:

- c'è poca chiarezza e convergenza su cosa possa dirsi *terapia*: molti interventi sono qualificati come terapeutici senza avere precisi obiettivi e metodi, e altrettanti non vengono così denominati pur avvalendosi, nella sostanza, di un approccio terapeutico;
- non ci sono certezze condivise su *cosa veramente funzioni* in psicoterapia;
- ci sono *molteplici modelli e teorie della mente*, molti di più che in campo diagnostico;
- nessuna teoria della mente connessa a una scuola di psicoterapia è specificamente orientata ai traumi infantili (addirittura, alcune ancora li negano);



• c'è poca attitudine ad affidarsi a verifiche di efficacia e oggettivamente queste presenterebbero un'alta complessità, in quanto dovrebbero tener conto di una molteplicità di fattori.

D'altro canto, un intervento di chiarificazione e di riordino non può che giovare, rilanciando la motivazione all'approfondimento, all'aggiornamento, alla condivisione, al confronto di metodi ed esiti. Sarebbe utile arrivare a stilare, se non delle linee guida, almeno delle raccomandazioni condivise, come peraltro già avviene in altri paesi.

I punti fermi da cui possiamo partire

Visto ciò che sappiamo del funzionamento cerebrale e mentale, quali dovranno essere, allora, *gli elementi chiave di un percorso di guarigione?*

Il modello ecologico dell'intervento

Il *Rapporto su Violenza e salute* dell'OMS(2002)⁽¹⁾ – nei capitoli dedicati alla violenza sui minori – orienta all'adozione di un modello di intervento, mirato alla riparazione dei danni ma ugualmente efficace per organizzare la valutazione degli stessi, ispirato al «modello ecologico» di Bronfenbrenner⁽²⁾ (1979), ripreso negli anni '90 e applicato all'abuso all'infanzia. Più recentemente, alcuni ricercatori hanno usato questo modello per analizzare la violenza giovanile, la violenza tra partner e l'abuso sugli anziani.

Principio base è che nessun fattore assunto come a sé stante possa spiegare come mai alcuni individui si comportino in maniera violenta nei confronti di altre persone o perché atteggiamenti violenti siano presenti in misura prevalente in alcune società, piuttosto che in altre. La violenza è il risultato di una complessa interazione di fattori individuali, relazionali, sociali, culturali e ambientali. Capire in che modo questi fattori si relazionano alla violenza è uno dei passi più importanti per un approccio di salute pubblica al problema della prevenzione della violenza.

Il *modello ecologico* considera quattro aree concentriche interagenti nell'eziologia e nella *riparazione del danno* costituite da:

- *livello ontogenetico* o dei fattori individuali;
- *livello del microsistema* o dei fattori familiari;
- *livello dell'esosistema* o dei fattori sociali, economici, relativi alla comunità di appartenenza;

⁽¹⁾ World Health Organization *World Report on Violence and Health*, Ginevra 2002.

⁽²⁾ Bronfenbrenner U., *The ecology of human development. Experiments by nature and design*, Harvard University Press, Cambridge 1979; trad. it., *Ecologia dello sviluppo umano*, il Mulino, Bologna 1986.



• *livello del macrosistema* o delle diverse determinanti istituzionali e culturali.

Questo approccio fornisce una base globale e articolata di opzioni per la rilevazione e per l'intervento terapeutico⁽³⁾.

Il *modello ecologico* trova riscontro nelle più recenti conoscenze psicologiche circa i funzionamenti post traumatici e gli strumenti per modificarli positivamente: diventa così una valida indicazione anche nel campo degli interventi più propriamente terapeutici.

Nelle situazioni di trauma infantile, infatti, la cura non può che organizzarsi intorno a due pilastri sinergici: *la psicoterapia*, da un lato, che ha il compito di destabilizzare quanto è fissato dei modelli operativi post traumatici; e, dall'altro, la promozione di *un'esperienza riparativa*, fattuale ed emozionale, che ha il compito di condurre il soggetto a riprovare positive esperienze di attaccamento. Si tratta di pilastri che ben si accordano con gli articolati piani dell'intervento *ecologico*.

In altre parole, c'è la necessità di coniugare un intervento volto a mutare il sistema dei significati della vittima (e, a volte, anche di chi la affianca) – quel complesso di pensieri e sentimenti che costituisce la nostra filosofia sul funzionamento del mondo e degli esseri umani –, con la costruzione e la concreta esperienza da parte della vittima di un altro mondo realmente possibile, in cui sentirsi al sicuro da quello da cui si è fuggiti e che poggia su leggi e costanti che rendano conveniente cambiare il sistema di significati appreso precedentemente. Poiché il trauma è avvenuto nel mondo reale, il dolore nel guardarlo e nel cercare di ricomprenderlo tollerandolo ed elaborandolo, non potrà mai essere sopportabile, né apparire sensato e vantaggioso se non c'è garanzia che un'alternativa concreta di vita esista davvero.

Così accade che, se la psicoterapia è funzionale a promuovere l'esperienza emozionale riparativa, perché, cambiando il sistema di significati della vittima, tale buona esperienza viene resa per lei riconoscibile e desiderabile, quest'ultima è funzionale alla psicoterapia. Non c'è infatti speranza di produrre stabili e profonde modificazioni dell'assetto cognitivo ed emotivo della vittima senza la «prova del nove» che esiste davvero ed è sperimentabile una nuova realtà con cui sintonizzarsi nella mente e nel cuore (Malacrea, 2004).

Ma non basta: se il *binomio vincente*, per così dire, è costituito da *psicoterapia più esperienza correttiva*, è necessario anche interrogarsi su che precisa qualità debbano avere l'una e l'altra.

⁽³⁾ Vedi anche Malacrea M., *Il «buon trattamento»: un'alternativa multiforme al maltrattamento infantile*, in «Cittadini in crescita», 2004, 1, pp. 1-17



La psicoterapia

La psicoterapia, dunque, è finalizzata in primo luogo ad agire sul *sistema dei significati*, cambiando le «lenti» con cui viene letta l'esperienza. Il suo punto di forza sarà la riduzione del cortocircuito tipico dei processi post traumatici, riattivando le funzioni cerebrali superiori e ripristinando la loro capacità di integrazione, archiviazione e controllo su pensieri, ricordi, comportamenti, stati psicofisici. Sempre più fondatamente si può affermare che l'esperienza traumatica non può essere elaborata e integrata se non attraverso la rivisitazione mentale.

I metodi e le tecniche utilizzate a livello mondiale per facilitare il processo di guarigione in campo clinico sono molteplici e diversificate. È senz'altro utile incoraggiare il confronto tra metodi psicoterapeutici in situazioni di trauma infantile e verificarne l'efficacia, secondo l'esempio di altri paesi (per gli USA, si veda Saunders *et al.*⁽⁴⁾, 2001).

Deve anche essere rilevato, tuttavia, che ci sono straordinarie convergenze circa obiettivi e stadi del processo terapeutico, se prendiamo in considerazione molti dei principali autori che hanno sistematizzato il risultato delle loro esperienze cliniche. Inoltre, finalità e sequenze valgono indifferentemente quando ci si deve occupare di bambini o di adulti, nell'immediatezza dell'esperienza traumatica o a distanza di anni da essa: ciò appare logico soltanto se ci mettiamo nella prospettiva di ammettere la qualità unica e peculiare dei funzionamenti post traumatici, anche se sottendono molte varianti di esiti sintomatici e comportamentali e se, spesso, nel passato sono andati a riempire impropriamente altre «caselle» nosografiche, rimanendo misconosciuti, incompresi e, in definitiva, intrattabili.

Un processo con fasi obbligatorie Per estrarre i *principali punti fermi comuni* nei trattamenti del trauma, è fondamentale assumere l'idea che si tratti di un processo che, in modo non lineare, attraversa fasi obbligatorie. Va notata la premessa che definisce il contratto terapeutico, i cui ingredienti – costituiti da motivazione e stabilizzazione – devono trovare un equilibrio accettabile: se la motivazione alla cura trova il suo propulsore nella consapevolezza di uno stato di sofferenza, d'altro canto è necessaria anche una base di sufficiente controllo della stessa, onde evitare il rischio di far esplodere il trattamento a causa di una insufficiente spinta al cambiamento o al contrario di una eccessiva labilità e criticità personale. Si può affermare che l'attenzione a queste premesse costi-

⁽⁴⁾ Saunders B.E., Berliner L. e Hanson R.F., *Guidelines for the Psychosocial Treatment of Intrafamilial Child Physical and Sexual Abuse*, Authors, Charleston (SC) 2001..



tuisce il focus d'attenzione trasversale all'intero processo terapeutico e, qualora quell'equilibrio si perda in talune fasi, si impone la sospensione del «cuore del processo» e dell'elaborazione dell'esperienza traumatica, fin tanto che quel bilancio virtuoso non sia stato ripristinato. Complementare a quanto sopra è il concetto di *finestra di plasticità*: sotto la spinta di eventi interni o esterni al soggetto – proprio quando il bilancio tra motivazione e stabilizzazione è adeguato – si creano le condizioni in cui i modelli operativi progressi ridiventano, per così dire, malleabili, il che costituisce una preziosa facilitazione del processo di cambiamento.

Va ancora notata la precocità con cui nel trattamento viene affrontata la necessità di *guardare da vicino* l'esperienza traumatica più grave, recuperando progressivamente, a cerchi concentrici, premesse e conseguenze, nonché esperienze traumatiche secondarie.

Il contrasto dei riattivatori traumatici È doverosa un'ulteriore sottolineatura: integrante e indispensabile alle azioni di cura è l'attenzione a prevenire e a contrastare i *riattivatori traumatici*. È noto che i soggetti traumatizzati nell'infanzia acquisiscono una maggiore vulnerabilità al ripetersi di evenienze analoghe a quelle che li hanno danneggiati; tendono anche a interpretare in modo allarmato circostanze di per sé non traumatiche, attraverso la costruzione permanente della convinzione di avere a che fare con un mondo malevolo. Inoltre, tendono a reagire con modalità post traumatiche a tutte le esperienze che comportano un'alta tonalità emotiva (anche di segno positivo), specialmente a quelle che comportano prossimità dei legami: i curanti sono meno consapevoli di ciò, il che talvolta induce a sottovalutare i rischi. La conseguenza di tale dinamica è la riattivazione secondaria delle reazioni post traumatiche, che vengono ad aggravare in modo importante il quadro dei danni primari. Quanto sopra non è completamente evitabile nella vita dei soggetti vittimizzati e impone a chi si cura della loro salute mentale di concepirne la presa in carico come marcata dalla probabilità di ricadute, che richiedono la riattivazione di cure intensive. Tuttavia, qualcosa è possibile fare anche in senso preventivo, quando la riattivazione traumatica è prevedibile (come unico esempio, pensiamo a quando il bambino vittima deve incrociare i percorsi giudiziari).

L'approccio multimodale Quanto ai *metodi*, è ormai del tutto condivisa la superiorità, nel trattamento del trauma, dell'*approccio multimodale*.

Purché la salda premessa sia l'approfondita conoscenza dei funzio-



namenti post traumatici, in generale e in quel particolare soggetto, questo approccio consente grande *libertà nell'utilizzo di tecniche e formati*, da guardare come strumenti duttili e funzionali agli obiettivi da raggiungere. Proficua si è rivelata la combinazione di sedute individuali, diadiche, familiari, di gruppo, alternate secondo precisi progetti o anche adottate in parallelo. Analogamente, è risultato opportuno ricorrere all'uso del simbolico, anche attraverso tecniche proiettive standardizzate per aprire accessi nuovi ai modelli operativi del bambino. Appare inoltre appropriato l'uso di facilitatori per l'elaborazione mentale, siano essi tecniche psicologiche attivanti o anche farmaci.

Confortante è stato trovare legittimato uno stile terapeutico e valutativo, ricco e peculiare, che mutua senza paura (fatta salva la necessaria competenza) «tutto ciò che serve da tutto ciò che serve», come afferma De Zulueta. Ne deriva così uno stile attivo ma prudente, attento alle connessioni relazionali, ma anche accorto sui riverberi personali, le letture, le decodifiche individuali; libero nei formati delle sedute psicologiche purché gli obiettivi siano accuratamente programmati. Ne deriva un deciso spostamento negli investimenti del terapeuta dal piano dei setting al piano dei contenuti e degli obiettivi. Imprescindibile diventa la *progettazione attiva e accurata dell'intervento*, possibilmente in ogni sua fase. Tale progettazione sarà guidata da due considerazioni: la prima attiene alla necessità di governare il processo terapeutico garantendo sicurezza, gradualità, sintonizzazione con la piccola vittima ed evitando per quanto possibile riattivazioni traumatiche; la seconda discenderà dalla consapevolezza che non ci si può attendere che i modelli operativi post traumatici vengano attaccati spontaneamente dal piccolo paziente, sia per la loro rigidità e attitudine ad autoconfermarsi, sia per il terrore comprensibile di perdere la sola continuità del sé e la sola predicibilità del mondo sperimentata, anche se negativa. Quindi, spetta a chi cura guidare con mano ferma la rivisitazione dei processi psichici disfunzionali portando «per mano» il bambino.

L'obiettivo trasversale di questa modalità di curare è quello di amplificare la potenzialità del formato terapeutico come *stressor* moderato in un programma controllato ma che sa di dover osare nella direzione della mobilitazione di processi psichici coesi e fissati, collaborando attivamente a produrre «finestre di plasticità». L'empatia ritorna infine nel ruolo di *humus* del processo terapeutico e cessa di essere idealizzata come finalità dell'intervento.

Un positivo processo di globalizzazione Anche sul piano dei modelli teorici di riferimento, le antinomie tra modelli – siano essi



psicodinamico, sistemico relazionale o cognitivo – paiono oggi dietro le spalle. In generale, le teorie della mente stanno entrando in quello che si potrebbe definire come un positivo «processo di globalizzazione». Esso è certo lontano dal compimento, ma è avviato a riconoscere le preziose intuizioni e scoperte empiriche che appartengono a ognuna come riavvicinate e rivivificate dal flusso di conoscenze sperimentali e scientifiche che stanno gettando luce sul delicato ponte tra mente e cervello, dove la conoscenza dei funzionamenti post traumatici assume il ruolo di un importante catalizzatore. Le scelte terapeutiche possono così svilupparsi con più precisa consapevolezza ed efficacia in un percorso che dalla pratica risale alla teoria per poi ritornare confermato alla pratica, affinché gli interventi terapeutici possano diventare ordinati, riproducibili, ragionevoli e non improvvisati.

Altrettanto imprescindibile è mantenere una costante apertura ad integrare le tradizionali tecniche psicoterapeutiche con metodi riconosciuti come particolarmente validi nelle situazioni di trauma infantile, con l'obiettivo di migliorare:

- la completezza di azione per affrontare con alta coerenza tutti i risvolti negativi della patologia post traumatica
- la specificità, rispetto alle tecniche utilizzate tradizionalmente per altro tipo di patologia
- il contenimento dei tempi, ricercando 'facilitatori' che possano sbloccare funzionamenti rigidi e autopertuanti come quelli post traumatici
- non ultimo, il contenimento dei costi, anche in considerazione del numero sempre maggiore di situazioni che vengono riconosciute come funzionamento post traumatico

Se nelle terapie individuali è sempre più conosciuto e praticato l'*EMDR* (Eye movement desensitization and reprocessing) – come tecnica recente, efficace e mirata in tema di sindromi post traumatiche –, va promossa anche la considerazione dei *trattamenti di gruppo*, fortemente consigliati dalla letteratura sulla cura dei minori vittime di esperienze traumatiche e dei loro familiari, in quanto particolarmente efficaci anche nel creare riconoscimento e comunicazione.

L'esperienza riparativa

L'esperienza riparativa ⁽⁵⁾ investe la vita quotidiana ed è una sfida ai modelli operativi distorti dal trauma attraverso la proposta di altri modelli di pensiero e comportamento, mediata da adulti che

⁽⁵⁾ Si veda anche il documento *Tutela e cura del soggetto in età evolutiva in difficoltà*, in «Citadini in crescita», 2, 52-113, 2002.



possano diventare riferimento per sani legami di attaccamento. Il *conforto materno*, proposto dagli studi neurofisiologici come regolatore dei processi cerebrali e mentali conseguenti al trauma, deve diventare sperimentabile in qualche luogo significativo di vita del bambino: luogo che deve poter assumere per lui la gravidanza propria degli ambiti familiari, in cui i legami di attaccamento sono originariamente radicati.

È indiscutibile che la migliore esperienza riparativa per un minore consista nell'esperire il *risanamento del proprio ambito originario di vita* e di relazioni. In tal senso devono essere attivate ed estese alle possibili risorse familiari le *competenze sociali e psicologiche* di valutazione e di cura.

Nel caso, invece, in cui il risanamento della famiglia maltrattante/abusante non si riveli possibile, sarà necessario pensare a convenienti *esperienze sostitutive*. Che qualità devono avere queste ultime? Non è facile ripristinare il sentimento di appartenenza in soggetti tanto provati ed è noto che in queste delicate situazioni – in cui sono in questione i legami tra esseri umani –, le variabili in gioco sono molte e, in gran parte, connesse alle qualità personali dei soggetti in gioco.

Se così stanno le cose, non si può certo escludere che una piccola vittima trovi nella sua educatrice, anche in un istituto tradizionale, l'occasione per aprire una finestra su un panorama umano diverso e accattivante; non si può neanche garantire che l'adozione, studiata proprio perché possa avvenire quel nuovo radicamento, sia davvero capace di offrirne l'opportunità sostituendo gli schemi di funzionamento appresi nel passato. Tuttavia, è anche vero che le forme possono aiutare la sostanza: è certo più credibile che la nuova realtà di vita ripari la precedente con la stessa forza d'impatto, se le relazioni in essa garantite sono stabili, personali, intime, così come può avvenire in una *famiglia sostitutiva, affidataria o adottiva*.

Poiché questa realtà familiare sostitutiva si configura come una *risorsa di frontiera*, non priva di funzioni terapeutiche, sono indispensabili supporti adeguati e specializzati sia nella formazione, sia nell'accompagnamento per un tempo congruo, quando l'accoglienza di questi soggetti deformati dall'abuso è già in atto. Va aggiunto che relazioni di questa forza sono possibili soltanto tra esseri pensanti: proprio il vigore con cui verrà trasmesso alla vittima il diverso sistema di significati presente nell'altro potrà sostituire la precedente «moneta cattiva» con quella «buona». Ne consegue che tutto quanto potrà facilitare la più esplicita, coerente e intelligente proposta di tale «moneta buona» non potrà che giovare, sciogliendo instancabilmente gli equivoci che inevitabilmente insorgeranno nel tentativo di intendersi tra soggetti che, in certo qual modo, parlano una lingua



diversa e con essa interpretano anche il linguaggio dell'altro. In realtà non possiamo negare che un aiuto a chi accoglie questi bambini deformati dall'abuso sia non solo opportuno, ma fortemente auspicabile, anche per costruire insieme la migliore corrispondenza tra quanto emerge e si elabora in terapia e quanto, nella vita quotidiana, può rinforzare nel bambino la verifica che tali elaborazioni sono appropriate e sintoniche con la nuova realtà verso cui si sta avviando⁽⁶⁾.

Tuttavia, è ben noto che ci sono situazioni o fasi in cui il collocamento in una famiglia sostitutiva non è possibile od opportuno. Dando ormai per scontato il tramonto dell'istituto educativo-assistenziale come una risposta idonea, è necessario, quindi, precisare meglio a livello nazionale le caratteristiche delle strutture comunitarie di accogliimento dei minori, che oggi costituiscono un universo estremamente variegato. Sarebbe opportuno individuare tipologie riconoscibili e confrontabili, nonché requisiti minimi di qualità, percorsi formativi e criteri di accreditamento.

Non vanno poi dimenticati gli altri livelli del modello ecologico dell'intervento, che possono virtuosamente cooperare nella costruzione di un'esperienza riparativa. Al di là del livello di microsistema sopra dettagliato, importanti – e non altrettanto oggetto di abituale attenzione – sono gli ambiti del rapporto tra pari (scuola e tempo libero, *esosistema*), del rapporto con le professioni d'aiuto (*esosistema*) e con le istituzioni (come quelle giudiziarie, *macrosistema*), dell'attenzione alle variabili culturali (*macrosistema*). Ciascuno di questi ambiti può diventare una sorgente di risorse che amplificano coerentemente la modificazione del sistema di significati o, viceversa, una sorgente di messaggi contraddittori, che ultimamente elidono le risorse di cui sopra. C'è da chiedersi se il noto concetto di *rete di servizi* renda con sufficiente forza il livello di coerenza necessario al «pensiero» che deve sottendere il complesso degli interventi, sostenendone una effettiva *integrazione virtuosa*.

Altrettanto importante, e spesso trascurata, è una abituale *autovalutazione delle professioni di aiuto*, nel loro ruolo di risorse di esosistema: sarebbe molto opportuno costruire o adottare strumenti condivisi mirati alla verifica della effettiva produzione, da parte dei «servizi», di fattori di protezione o al contrario di fattori di rischio.

Alcune criticità e raccomandazioni

Le premesse necessarie

Un *primo nodo critico* riguarda le premesse necessarie per intraprendere un processo di cura:

⁽⁶⁾ Si veda l'articolo di Malacrea M., *Esperienze traumatiche infantili e adozione*, in «Minori-giustizia», 2/2007, pp. 185-195.



- il sistema terapeutico deve essere «in controllo» delle variabili organizzative, culturali, giudiziarie, istituzionali ed evitare che esse si configurino come fattori che svuotino, invalidino, rendano incredibile e inefficace il processo di cura, portandolo al fallimento;
- a tal fine, occorre impiegare molte energie per stabilizzare ciascuna di quelle variabili perché favorisca, e non ostacoli e vanifichi, la possibilità di cura;
- occorre prendere atto della difficoltà di lavorare da soli e, quindi, creare una forte *comunità di terapeuti*, unita da momenti di formazione e confronto periodici e geograficamente «prossimi», sia per incrementare sapere e fiducia nei propri strumenti, sia per attenuare le inevitabili risonanze emotive dovute al *controtrasfert* traumatico;
- è necessario prendere atto della mancanza di una *cultura diffusa* sui minori traumatizzati e promuoverla con azioni capillari, dirette a tutta la popolazione (le esperienze sfavorevoli infantili hanno una tale diffusione da giustificare un approccio di educazione alla salute per la loro conoscenza). Tale divulgazione dovrà riguardare non solo i dati generali, ma i principi del funzionamento psicologico post traumatico dei bambini vittime di EsI: queste conoscenze dovranno raggiungere tutti gli adulti caregiver (genitori naturali, adottivi, affidatari, insegnanti ed educatori) che hanno alta probabilità di incontrare e di scontrarsi con tale funzionamento, cadendo in pericolose ed errate interpretazioni dello stesso e mettendo a rischio la possibilità per il bambino di una buona esperienza ripartiva;
- occorre consolidare la conoscenza dei diritti dei minori in ambito giudiziario, così come essi sono recepiti dalle leggi nazionali e dalle convenzioni internazionali ratificate dal nostro Paese, per affermarli con sicurezza e promuoverne la corretta e piena attuazione, nella lettera e nello spirito, nelle singole situazioni. Anche queste conoscenze devono diventare oggetto di ampia divulgazione, non solo nell'ambito dei professionisti socio-sanitari, ma anche nella popolazione e, più in particolare, presso tutti i minori e i *caregiver* interessati. Ciò potrà fornire la premessa culturale trasversale per rendere esigibile la formazione specialistica degli operatori del diritto (magistrati, forze dell'ordine, avvocati, periti). Va altresì ricordato che la miglior protezione del minore abusato e maltrattato all'interno delle procedure giudiziarie consiste nel riconoscimento del reato come tale: pur nell'andamento ondulatorio, va notato che, oggi, oltre la metà delle denunce di abuso sessuale su minori non arriva a giudizio e nel conflitto di competenze tra tribunali (Minorenni e Ordinario penale e civile) si tende sempre meno a denunciare. Va ancora notato che la correttezza e la delicatezza con cui sarà curato lo svolgimento degli accertamenti giudiziari, in ottemperanza alle norme,



non è altro che la doverosa premessa per un loro buon esito, attraverso cui il minore potrà vedere riconosciuta la sua sofferenza.

La qualità degli interventi

Il *secondo nodo critico* riguarda la *qualità degli interventi di cura*, a ogni livello del modello ecologico suggerito dall'OMS:

- trasversale è l'esigenza di una continua e capillare formazione per garantire la coerenza e il bilanciamento dell'intervento nei suoi molteplici livelli, condizione per il suo successo. Tale formazione potrà anche contrastare gli effetti deleteri del turnover degli operatori (se la formazione è capillarmente condivisa, lo spostamento di risorse da un territorio all'altro produrrà meno oscillazioni nelle prestazioni) e del *burn out* degli stessi (la comunità professionale assolverà parimenti alla funzione di sostegno psicologico e di consolidamento delle conoscenze e di orientamento delle azioni);
- altrettanto trasversale è l'esigenza di strumenti di verifica di efficacia sia in campo sociale/educativo (costruzione dell'esperienza riparativa), sia in campo propriamente terapeutico (lavoro sul sistema dei significati personali e relazionali). Questo è il modo più appropriato per *avvicinare il modello teorico al lavoro quotidiano*, due realtà ancora percepite come eccessivamente distanti. Vanno studiate e sistematicamente proposte forme di rilevazione di risultato, coerenti con i requisiti richiesti a più livelli dai documenti Cismai;
- pur persistendo la tensione a consolidare realtà istituzionali adeguate, va preso atto della rilevanza, proprio nell'area del maltrattamento/abuso, del «capitale umano», da valorizzare non soltanto per surrogare le mancanze istituzionali, ma come componente imprescindibile per garantire qualità sia al lavoro psicoterapeutico sia al lavoro sociale ed educativo. Non tutti, e non sempre, possono occuparsi di maltrattamenti e abusi;
- va esteso il target dell'intervento psicoterapeutico, comprendendo oltre al minore vittima anche tutti i familiari non maltrattanti/abusanti (sia caregiver sia pari), nella consapevolezza di lavorare con soggetti permeati dal trauma anche se solo parzialmente o vicariamente colpiti. Ciò tanto più in quanto sono proprio le stesse persone che possono diventare risorse validamente protettive e riparative, solo se riconosciute e supportate come vittime anche se indirette dello stesso trauma.

Le frontiere degli interventi

Il *terzo nodo critico* riguarda le *frontiere degli interventi di cura*:

- nell'ambito degli associati al Cismai, il «Sondaggio sull'attività terapeutica esercitata a favore dei bambini vittime di esperienze



sfavorevoli e delle loro famiglie» ha dimostrato grande e diffuso interesse dei professionisti nello svolgimento dei loro compiti psicoterapeutici. Ciò avviene, però, in condizioni di forte discontinuità e incertezza contestuale, il che non può certo favorire l'investimento di energie nel razionalizzare e perfezionare tecniche e processualità della cura. Tuttavia, in quanto metodo specifico per la risoluzione adattiva dei funzionamenti post traumatici, l'EMDR si sta rivelando un promettente contributo teorico/tecnico, capace di captare l'interesse dei professionisti che si occupano di maltrattamenti/abusi. Stando ai dati raccolti, più di un terzo dei professionisti dichiara di utilizzare metodi terapeutici specifici per il trauma, e in questo gruppo quattro su cinque si orientano all'EMDR. Anche per la promessa di rapidità intrinseca al metodo, è rilevante seguire attentamente nel tempo l'applicabilità e l'efficacia dell'EMDR per le vittime di trauma da ESI e la sua integrabilità con le linee guida già consolidate.

- è opportuna la rivisitazione dell'intervento di valutazione delle competenze dei genitori maltrattanti/abusanti: il già noto concetto di «recuperabilità» delle stesse competenze va integrato con la più recente consapevolezza che la base per valutare la recuperabilità è orientarsi a curare il bambino traumatizzato nascosto nell'adulto maltrattante. Il focus dell'intervento andrebbe quindi fin da subito centrato sulla *pazientificazione* del genitore maltrattante e sulla definizione di protocolli terapeutici adeguati. Per quanto tale prospettiva possa apparire ragionevole e promettente, ne vanno verificate attentamente premesse e strumenti, nel confronto analitico con le precedenti linee guida in tema di valutazione delle competenze genitoriali.



Maltrattamenti e separazioni: bambini divisi e stalking

Maltrattamento e maltrattamenti/1

Secondo la definizione elaborata dal Cismai (2000, 2005),

per violenza assistita si intende l'esperire da parte del bambino/a qualsiasi forma di maltrattamento compiuto attraverso atti di violenza fisica, verbale, psicologica, sessuale ed economica su figure di riferimento o su altre figure affettivamente significative, adulte o minori. Il bambino può farne esperienza direttamente (quando essa avviene nel suo campo percettivo), indirettamente (quando il minore è a conoscenza della violenza), e/o percepirla in modo eff-



ti. Si include l'assistere a violenze di minori su altri minori e/o su altri membri della famiglia e ad abbandoni e maltrattamenti ai danni di animali domestici.

L'esposizione di bambine e bambini a situazioni di stalking ai danni di un datore di cure si traduce in una forma di vittimizzazione, qualificabile come *violenza assistita*.

Le azioni e gli atteggiamenti

Ma quali azioni e atteggiamenti sono identificabili come stalking?

Il comportamento persecutorio o stalking spesso è messo in atto dal partner quando la donna cerca di allontanarsi da una relazione violenta. In questi casi il maltrattante segue l'ex-partner negli spostamenti, aspettandola sotto casa o dove lavora, facendo incursioni sul luogo di lavoro, per provocare il licenziamento della donna. In altri casi il partner si limita a comparire inaspettatamente nei luoghi solitamente frequentati dalla donna, in modo che essa si senta sempre controllata, e in pericolo (soprattutto se il partner in passato è stato violento e minaccia di farle del male). La persecuzione include le continue telefonate a casa, sul telefonino e sul posto di lavoro, l'invio di continui messaggi sul telefonino e sulla posta elettronica, di lettere e di biglietti. Gli effetti sulla donna possono essere devastanti, minando il suo senso dell'autonomia e dell'indipendenza e facendola sentire definitivamente in trappola. (Associazione Artemisia)

La recente Legge 23 aprile 2009 n. 38, che ha introdotto il reato di stalking ⁽¹⁾, qualifica i minori come vittime dirette o indirette del reato, di cui spesso si sottovaluta il rischio di *escalation*, sino a mettere in pericolo l'incolumità fisica delle vittime (non solo per gli omicidi commessi dal persecutore, ma anche per i suicidi di vittime che si sentono del tutto impotenti e prive di speranza). La legge identifica il reato con un insieme di condotte reiterate di minaccia o di molestie, che arrivano a causare uno stato traumatico di ansia

⁽¹⁾ Art. 7. *Modifiche al codice penale* 1. Dopo l'articolo 612 del codice penale è inserito il seguente: «Art. 612-bis (Atti persecutori). - Salvo che il fatto costituisca più grave reato, è punito con la reclusione da sei mesi a quattro anni chiunque, con condotte reiterate, minaccia o molesta taluno in modo da cagionare un perdurante e grave stato di ansia o di paura ovvero da ingenerare un fondato timore per l'incolumità propria o di un prossimo congiunto o di persona al medesimo legata da relazione affettiva ovvero da costringere lo stesso ad alterare le proprie abitudini di vita. La pena è aumentata se il fatto è commesso dal coniuge legalmente separato o divorziato o da persona che sia stata legata da relazione affettiva alla persona offesa. La pena è aumentata fino alla metà se il fatto è commesso a danno di un minore, di una donna in stato di gravidanza o di una persona con disabilità di cui all'articolo 3 della legge 5 febbraio 1992, n. 104, ovvero con armi o da persona travisata. Il delitto è punito a querela della persona offesa. Il termine per la proposizione della querela è di sei mesi. Si procede tuttavia d'ufficio se il fatto è commesso nei confronti di un minore o di una persona con disabilità di cui all'articolo 3 della legge 5 febbraio 1992, n. 104, nonché quando il fatto è connesso con altro delitto per il quale si deve procedere d'ufficio».

⁽²⁾ Come osservato da Eligio Paolini, particolare attenzione dovrà essere data al punto «debole» della norma, ovvero alla necessità di dare una definizione fenomenologicamente certa degli estremi del «perdurante e grave stato di ansia o di paura» (la cui indeterminazione di definizione è da molti giustamente lamentata).



o di paura⁽²⁾, possono costringere la vittima ad alterare le proprie abitudini di vita e ingenerare il timore fondato per l'incolumità propria, di un prossimo congiunto o di una persona cui si è legati da una relazione affettiva: è il caso tipico di quei bambini che temono per l'incolumità della madre e non raramente si sentono in colpa, perché associano alle loro visite al genitore non affidatario condizioni di rischio per il genitore vittima delle persecuzioni.

La persecuzione si manifesta non solo con atti di molestia diretta, ma anche con atti di molestia indiretta, per esempio attraverso forme di accanimento in ambito giudiziario (querelle e contro querelle), oppure, in caso di separazione, con la violazione sistematica delle prescrizioni del decreto di affidamento dei bambini.

La persecuzione è un modo per sequestrare psichicamente e anche fisicamente una persona: chi ne è vittima subisce una grave effrazione psichica, che altera la percezione complessiva del mondo e delle relazioni. Nel descrivere le dinamiche della tortura, Françoise Sironi (2001) confronta alcuni processi sottostanti a essa con quelli del maltrattamento:

È l'effrazione di un altro che ci invade, che ci influenza e ci modifica. A causa dell'effrazione psichica, ciò che un soggetto percepisce, sente e pensa è legato a un altro, alla maniera in cui l'altro lo ha pensato, che si riflette in autosvalutazione, paura di parlare, di chiedere qualcosa, di offendere, di deludere etc...; questo pensiero altrui rimane nell'ombra ma onnipresente, e acquisisce una densità psichica, ostacolando dunque il vero percorso del pensiero proprio.

Le persecuzioni sono condotte effrattive di particolare invadenza ed efficacia: non a caso, la nuova norma è inserita tra i reati contro la libertà morale, perché tali modalità incidono su quest'ultima e, quindi, sulla sfera psichica, sulla libertà di autodeterminazione e di scelta della vittima e delle persone a questa legate.

La persecuzione è un comportamento che danneggia la vittima anche nelle sue capacità accuditive e relazionali. La persecuzione è un attacco al legame tra l'adulto genitore-vittima e il figlio/a. Inoltre, troppo spesso la violenza domestica non viene riconosciuta nella sua gravità, sia come produttrice di traumi acuti e cronici, sia come precipitante rispetto ad altre forme di violenza. Rispetto ai bambini, essa è indicata come fattore di rischio per altri tipi di maltrattamento, come quello fisico, la trascuratezza e l'abuso sessuale.

Un'erronea lettura del fenomeno

La confusione tra conflitto tra coniugi e maltrattamento asseconda un'erronea lettura del fenomeno. Il disconoscimento della realtà della violenza domestica, qualunque forma essa assuma, non può prescindere dalla constatazione fattuale di un'asimmetria interna



alla coppia: si tratta di un'asimmetria biologica a favore dell'uomo, che pone in atto la violenza all'interno di una relazione di non reciprocità creata dall'abuso e che colloca la donna nel ruolo di "vittima" (Ponzio G., 2004). La *mentalizzazione* del fenomeno richiede di confutare gli stereotipi correnti, che tendono a occultare la realtà, il riconoscimento dei frequenti errori di rilevazione, i massicci meccanismi di difesa, individuali e sociali. Come affermano importanti studiosi e ricercatrici, il punto di partenza – mai sufficientemente riconosciuto – è che il maltrattamento non è una patologia relazionale dove i due attori, autore e vittima, agiscono alla pari, ma una relazione contrassegnata dall'abuso di potere e dalla sopraffazione. La violenza domestica arreca sempre danni alla vittima, al persecutore e a chi vi assiste; in questo senso, quindi, si rendono necessari molteplici livelli di intervento (Bessi B., 2005): riconoscere il problema e nominarlo correttamente, per rilevarlo e prevenirlo; interrompere la violenza attraverso interventi giuridici, sociali e medici; assicurare spazi di valutazione e di trattamento per vittima, aggressore, testimone.

La difficoltà della rilevazione

La violenza assistita, di cui i minori sono vittime, deve essere affrontata sia come fonte patologica, sia nella difficoltà di rilevarla. Nonostante la frequenza dei casi, l'esistenza e la gravità di queste situazioni vengono tuttora sottovalutate sia dal punto di vista del riconoscimento sociale del fenomeno, sia sotto il profilo della necessità di interventi adeguati di tutela e cura. I bambini che hanno assistito a violenze tra i genitori possono riportare danni a livello comportamentale, psicologico, fisico, sociale e cognitivo. Le loro reazioni e le modalità con cui esse sono espresse variano in relazione all'età e al livello evolutivo, al tipo e al grado di gravità, frequenza e durata delle violenze a cui il minore ha assistito, al contesto familiare, al tipo e alla qualità del sostegno fornito al bambino e al nucleo familiare. L'esposizione alla violenza può inibire nel bambino le normali valenze aggressive dovute alla paura e al senso di colpa, intrinsecamente associati a sentimenti di rabbia, odio e risentimento, ai quali non può permettersi di accedere; oppure determinare la normalizzazione dei comportamenti a cui ha assistito e l'interiorizzazione di modelli relazionali violenti (Luberti R., 2002; Luberti R., Pedrocco Biancardi M. T., 2005).

Uno iato tra servizi

Quanto si è consapevoli dell'importanza e dell'urgenza di interrogarsi su come rendere più coerenti gli interventi di protezione



a favore dei bambini e dei datori di cure che sono vittime di violenze domestiche e stalking? Esiste uno iato tra servizi di tutela ai minori e servizi per adulti, specialmente quelli specializzati nel dare assistenza a donne vittime di violenza domestica: tanto più il mandato istituzionale e gli obiettivi di tali servizi sono considerati come opposti tra di loro, tanto più si depaupera il potenziale capitale sociale di aiuto a favore delle vittime e si rafforza il rischio di diagnosi errate. Le specifiche finalità dei due sistemi di servizi non sono inconciliabili tra loro. *Proteggere sia il bambino, sia la madre è spesso l'unica e la migliore soluzione per entrambi.* La corretta rilevazione delle cause sottostanti il disagio del nucleo familiare costituisce anche l'unica possibilità di intervenire, affinché il maltrattante cessi i suoi comportamenti e possa eventualmente accedere a interventi di aiuto (Bertotti T., Bianchi D., 2005).

Una corretta qualificazione degli eventi è, infine, essenziale al momento della separazione, specialmente nelle lunghe fasi delle valutazioni e dei giudizi che poi porteranno a decidere circa l'affidamento dei bambini. I procedimenti di scioglimento del matrimonio di tipo contenzioso sono all'incirca un quinto, ma hanno un'incidenza altissima in termini di giorni di lavoro necessari per arrivare alla loro conclusione: si impiegano, infatti, mediamente 954 giorni per una sentenza di separazione e 682 giorni per quella di divorzio (ISTAT, 2009). Nelle situazioni di violenza domestica, che a seguito della separazione si trasformano in situazioni di stalking, è forte il rischio che i momenti di consulenza della coppia genitoriale si trasformino in potenziali esposizioni della vittima alla mercé del persecutore, dal momento che, in occasione dei colloqui, si può venire a conoscenza di situazioni e fatti che riguardano la vita privata dell'ex-coniuge e ciò è in grado di innescare reazioni persecutorie e ricattatorie. Il riconoscimento di tali dinamiche è essenziale, da un lato, affinché si sostenga la vittima ad attivare misure di protezione per se stessa e per i figli, per esempio contattando i servizi territoriali, le forze di polizia o il giudice della separazione, e, dall'altro, per vigilare attivamente durante gli incontri tra il bambino e il genitore persecutore, occasioni durante le quali il persecutore può essere spinto a ignorare del tutto i bisogni del figlio, utilizzandolo essenzialmente per cercare di avere informazioni sull'altro genitore.

Le punizioni corporali: un maltrattamento legittimato

Maltrattamento e maltrattamenti/2

Il Comitato sui diritti dell'infanzia, l'organo cui spetta il monitoraggio della Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti dei minori, ha sottolineato la necessità di eliminare ogni forma di punizione corporale, per quanto lieve, nonché ogni altra punizione crudele o degradante.

In un Commento generale del 2006, il Comitato definisce le punizioni corporali o fisiche come qualsiasi punizione per la quale viene utilizzata la forza fisica, allo scopo di infliggere un certo livello di dolore o di afflizione, non importa quanto lieve. Nella maggior parte dei casi, consiste nel colpire («picchiare», «schiaffeggiare», «sculacciare») i bambini, utilizzando la mano o un utensile come frusta, bastone, cintura, scarpa, cucchiaio di legno, ecc. Può però anche consistere nel dare calci, scossoni, spintoni al bambino, oppure graffiarlo, pizzicarlo, morderlo, tirargli i capelli o le orecchie, obbligarlo a restare in posizioni scomode, provocargli bruciature, ustioni o costringerlo a ingerire qualcosa. Il Comitato ritiene che altre forme di punizioni non fisiche (umiliarlo, sminuirlo, disprezzarlo, farlo diventare un capro espiatorio, minacciarlo, spaventarlo o schernirlo) siano ugualmente crudeli e degradanti e pertanto incompatibili con le disposizioni della Convenzione sui diritti del fanciullo.

La punizione corporale può essere definita come un atto inteso a punire un bambino che, se commesso contro un adulto, costituirebbe un'aggressione. La protezione e la tutela dei bambini dalle punizioni corporali, in sostanza, è una questione di diritti umani: la legittimità di tale pratica nega il diritto dei bambini a un'eguale tutela (rispetto agli adulti) di fronte alla legge.

La tutela dell'integrità fisica

Rispetto all'ordinamento italiano, è necessario tenere presente le implicazioni dell'art. 571 del c. p., che pre-



vede il reato di abuso dei mezzi di correzione, di cui si potrebbe anche contemplare l'abrogazione nella prospettiva di garantire una tutela effettiva dei bambini. Il motivo è che questa previsione normativa rappresenta, nella logica del codice penale, una scusante al delitto di lesioni e violenza privata, nonché di maltrattamento in ambito familiare e di tutte le relazioni di cura e assistenza. Le pene, infatti, in questo caso sono previste in *diminutio*: concretamente, essendo questi reati patteggiabili, potrebbe essere derubricato il reato in abuso dei mezzi di correzione commesso da una persona accusata di gravi maltrattamenti in famiglia, che tra attenuanti e condizionale potrebbe non subire limitazioni della libertà. Nella filosofia del codice si legittima un grado di violenza nella relazione educativa, in quanto considerato necessario: la logica del codice, dunque, sanziona l'eccesso e non la natura stessa e la scaturigine della violenza sui minori.

Il Comitato dei diritti del fanciullo ha raccomandato un divieto esplicito delle punizioni corporali negli ordinamenti legislativi nazionali. L'abolizione delle punizioni corporali richiede riforme legislative, l'introduzione di specifiche misure di contrasto e di politiche di sensibilizzazione che coinvolgano gli stessi bambini, le famiglie e tutti coloro che lavorano a contatto con essi.

Per una genitorialità positiva

Il Consiglio d'Europa ha promosso un'iniziativa paneuropea, denominata *Alziamo le mani contro le punizioni corporali*, per contrastare le punizioni corporali inflitte nei confronti dei bambini. L'obiettivo dell'iniziativa è la totale proibizione delle punizioni corporali, la promozione di una educazione positiva da parte dei genitori e la sensibilizzazione sui diritti dell'infanzia in tutto il continente europeo.

Con il concetto di *genitorialità positiva* si fa riferimento a un comportamento orientato all'interesse del bambino, al riconoscimento della sua individualità, a una maturazione in sintonia con i suoi tempi e le sue esigenze, alla promozione della sua autonomia:

Essere un genitore positivo presuppone un rispetto dei diritti umani del bambino e di conseguenza la realizzazione di un ambiente non violento, in cui gli stessi genitori non facciano ricorso a punizioni corporali o psicologicamente degradanti per risolvere i conflitti o per «insegnare» la disciplina e il rispetto.

Le ragioni dell'illegittimità di una violenza giustificata

Le punizioni corporali sono inaccettabili perché:

- violano il diritto fondamentale del bambino all'integrità fisica, mentale, sociale, alla dignità umana e alla protezione;



- possono causare gravi danni fisici e psicologici ai bambini;
- insegnano ai bambini che la violenza è un comportamento accettabile per risolvere i conflitti o per ottenere ciò che si vuole dagli altri.

A questo proposito, Alice Miller (2002) scrive:

È prevedibile che un bambino, quando è indotto a credere che umiliazioni e torture sono finalizzate al suo bene, ne rimanga convinto per tutta la vita. Di conseguenza maltratterà a sua volta i propri figli, certo di compiere un'opera meritoria. Ma che fine faranno la rabbia, il furore, il dolore che ha dovuto soffocare da piccolo quando i genitori lo picchiavano intimandogli di credere che quel trattamento fosse per il suo bene?... Dopo aver ripercorso innumerevoli storie di vita, ho scoperto che in tutti i casi in cui la vittima non si è trasformata essa stessa in carnefice, vi è stata una persona che ha nutrito affetto per quel bambino, consentendogli di percepire l'ingiustizia subita per ciò che essa realmente era. Un esempio famoso lo offre Dostoevskij: il padre fu con lui brutale, ma la madre è descritta come estremamente amorevole. Ma dove una simile persona è assente, dove manca ogni alternativa alla crudeltà, dove nessuno conferma la giusta percezione del bambino, ossia che gli viene fatto del male, il piccolo corre il grave pericolo di convincersi che il tormento subito gli viene inflitto per il suo bene. Di conseguenza lo infliggerà a sua volta ad altri esseri umani, senza avvertire alcun barlume di cattiva coscienza.

La geografia della violenza legittimata sui bambini

La legittimità delle punizioni corporali rende difficile la protezione dei bambini, giacché presuppone l'esistenza di forme o gradi di violenza accettabili nei loro confronti.

In Italia, Save the Children ha promosso una campagna nazionale per vietare con una legge *ad hoc* le punizioni corporali in ambito familiare, affinché l'Italia si metta al passo con altri paesi europei e con le raccomandazioni del Comitato ONU sui diritti dell'infanzia.

Il divieto esplicito delle punizioni corporali in tutti i contesti, compreso quello familiare, è stato recepito solo da 23 paesi nel mondo, mentre sono almeno 87 le nazioni che non proibiscono il ricorso alle punizioni fisiche nelle scuole e 150 quelli che non le proibiscono all'interno degli istituti di accoglienza.

In Europa, l'utilizzo di punizioni corporali sui bambini, anche in ambito familiare, è vietato in Svezia, Norvegia, Finlandia, Austria, Cipro, Danimarca, Lettonia, Bulgaria, Ungheria, Germania, Romania, Grecia e, dal 2007, anche nei Paesi Bassi, in Portogallo e Spagna.

In Italia le punizioni corporali sono proibite in ambito scolastico e anche dall'ordinamento penitenziario, mentre non sono espressamente vietate per legge in ambito familiare.



Il tema suscita un dibattito, talvolta aspro nei toni, attorno ad alcuni quesiti ricorrenti:

- «perché è così difficile smettere di picchiare i bambini?»;
- «se si vieta ai genitori di utilizzare le punizioni corporali, i bambini cresceranno viziati e indisciplinati?»;
- «quali iniziative, quali compiti possono essere assunti dagli operatori dei servizi e, in particolare, da coloro che incontrano le famiglie in condizioni di normalità (educatrici, pediatri, ecc.)?»;
- «si tratta davvero un interventi di tipo normativo?».

La violenza contesa tra famiglie maltrattanti e normali

L'uso delle punizioni corporali deriva anche da una cattiva gestione delle emozioni negative (rabbia, preoccupazione, ansia...) da parte dei genitori, ma viene anche giustificato come metodo educativo culturalmente accettato sia nelle famiglie multiproblematiche, sia in molte famiglie «normali». Anche l'esperienza con famiglie straniere porta molti operatori a confrontarsi con pratiche educative di punizione fisica culturalmente connotate e, spesso, apportate come copertura di malesseri relazionali derivanti da difficili ricongiungimenti familiari o da dinamiche familiari rese più complesse dall'esperienza migratoria. In particolare, nell'esperienza di tante operatrici e operatori, il tema può emergere:

- *nelle famiglie maltrattanti*, sia nelle situazioni in cui il bambino è a casa (e viene seguito per esempio da un educatore domiciliare), sia in quelle in cui è già avvenuto un allontanamento e il minore è in comunità. Questi genitori tendono a giustificare il loro comportamento come mezzo educativo e «correttivo» («è per il suo bene!», «anche mio padre mi ha picchiato e mi ha fatto bene!»); in alcuni casi, invece, il bambino è vissuto dal genitore come un «aggressore», che con i suoi comportamenti o le sue richieste vuole danneggiare in qualche modo l'adulto, costringendolo a difendersi e le punizioni corporali non sarebbero altro che una forma di autodifesa. In questi casi, l'esperienza sul campo e la riflessione che ne segue evidenzia l'importanza di offrire ai genitori interlocutori dei servizi una sorta di rovesciamento di prospettiva e di significato del gesto, per spezzare la catena che potrebbe portare il bambino abusato a diventare a sua volta adulto abusante;
- *nelle famiglie cosiddette normali*, che chiedono aiuto alle figure educative che incontrano nel percorso scolastico o, più in generale, di cura dei figli: aiuto relativamente alla gestione dei momenti di crisi, del rispetto delle regole, dell'uso della sculacciata «che non ha mai fatto male a nessuno!». Gli operatori si chiedono come



aiutare i genitori, sostenendoli nel riconoscere e verbalizzare le emozioni di bambini e adulti (spesso loro stessi sono travolti da rabbia, preoccupazione, stanchezza). Talvolta, i genitori possono beneficiare anche di informazioni di base, chiare e semplici o su aspetti generali concernenti lo sviluppo del bambino – conoscenze che, in assenza di esperienze dirette o di supporti tradizionali dalla famiglia allargata, possono essere utili strumenti per decodificare i comportamenti dei figli (per esempio nella fase dei «terribili due anni», della comprensione delle regole ecc.) – o su alternative di buone prassi ai genitori, che cercano un confronto sui metodi educativi.

Cultura e diritto: il doppio binario della prevenzione

L'esperienza dei servizi in Italia e il confronto con quanto realizzato in altri paesi – da tempo allineati lungo la strada della proibizione delle punizioni corporali – indicano con chiarezza che qualsiasi forma di prevenzione di primo livello debba partire dal riconoscimento che queste condotte sono culturalmente ammesse. Sono, quindi, indispensabili degli interventi di sensibilizzazione ed educazione familiare continuativi, sia nei contatti con le professioni che guidano l'accudimento da parte delle famiglie (ostetriche e pediatri *in primis*), sia nelle scuole e nelle agenzie educative (sportelli, piccoli gruppi, percorsi per genitori...), con un'attenzione particolare alle famiglie che, con maggiore difficoltà, accedono a tali iniziative. Servono anche campagne di prevenzione rivolte a tutti coloro che lavorano con bambini e adolescenti, dal momento che la scuola e tutti gli altri contesti educativi, di socializzazione e di cure extrafamiliari ed extrascolastici possono essere luoghi punitivi, attraverso un maltrattamento che spesso resta invisibile o non detto.

Inoltre, sembra indispensabile assicurare una continuità tra livello culturale e livello giuridico, così da garantire un reale cambiamento nella mentalità dell'adulto, attraverso adeguate innovazioni delle norme che regolino e sanzionino chi utilizza le punizioni corporali come metodo correttivo.

Maltrattamento telematico e mediatico

Maltrattamento e maltrattamenti/3

Lo sviluppo e la pervasività delle tecnologie e delle modalità di comunicazione via cellulare e telematica hanno ampliato gli ambiti di esperienza degli adolescenti, offrendo nuove opportunità, ma anche nuove fonti di malessere.

I luoghi di costruzione dell'identità, della socializzazione, della relazione, della conoscenza, della visibilità, della ricerca di intimità e del consenso hanno gradualmente aumentato la loro complessità, fino a integrarsi con i *luoghi /non luoghi* immateriali e delocalizzati della rete.

Queste esperienze costituiscono nuove risorse di apprendimento e di crescita, cui però si associano anche rischi di mis-uso e ab-uso attivo da parte degli adolescenti, in quanto perpetratori di molestie e maltrattamenti, e, in forma passiva, in quanto vittime di molestie o provocazione da parte di terzi. Le tecnologie di comunicazione si stanno rivelando anche strumenti complici del bullismo, si pensi alla diffusione di filmati su Youtube o attraverso i telefonini. L'uso della rete e delle tecnologie di comunicazione per offendere e aggredire si definisce *cyberbullismo*: il termine indica atti di bullismo effettuati tramite mezzi elettronici come l'e-mail, la messaggiera istantanea, i blog, i telefoni cellulari, i cercapersone e/o i siti web.

Tipologie e caratteristiche del cyberbullying

Sono state proposte le seguenti *categorie di cyberbullying* ⁽¹⁾:

- *flaming*, consistente in messaggi online violenti e volgari (vedi «flame»), mirati a suscitare battaglie verbali in un forum;
- *molestie (harassment)*, spedizione ripetuta di messaggi insultanti, mirati a ferire qualcuno;

⁽¹⁾ Willard N., *Educator's Guide to Cyberbullying*, <http://cyberbully.org>



- *denigrazione*, laddove si spari di qualcuno per danneggiare la sua reputazione, via e-mail, messaggistica istantanea, ecc.;
- *sostituzione di persona (impersonation)*, farsi passare per un'altra persona per spedire messaggi o pubblicare testi repressibili;
- *rivelazioni (exposure)*, consistente nel pubblicare informazioni private e/o imbarazzanti su un'altra persona;
- *inganno (trickery)*, ottenere la fiducia di qualcuno con l'inganno, per poi pubblicare o condividere con altri le informazioni confidate via mezzi elettronici;
- *esclusione* deliberata di una persona da un gruppo online per ferirla;
- *cyber-persecuzione (cyberstalking)*, molestie e denigrazioni ripetute e minacciose mirate a incutere paura.

Come rilevano gli studiosi, in confronto alle forme di bullismo che avvengono nella vita reale si osserva che l'uso dei mezzi elettronici e telematici conferisce al comportamento alcune *caratteristiche specifiche*:

- *presunto anonimato* del «bullo»;
- *indebolimento delle remore morali*: si immagina di non essere rintracciabili e, quindi, di poter diventare «un'altra persona» online;
- *assenza di limiti spazio temporali*.

Un adolescente è vittima di bullismo, ovvero è prevaricato o vittimizzato, quando viene esposto, ripetutamente nel corso del tempo, alle azioni offensive messe in atto da parte di uno o più compagni (Olweus D., 2001; Fonzi A., 1999). I mezzi di comunicazione sono strumenti di aggressione, che ricorrono anche nelle molestie sessuali perpetrate all'interno delle coppie di adolescenti. Le violenze da parte di ragazzi su coetanee o ragazze più piccole pone interrogativi drammatici su come la violenza maschile sulle donne si possa riprodurre, su tutte le età: la persistenza di modelli culturali aggressivi e sessisti è preoccupante, perché rivela quanto siano rigide le rappresentazioni sociali delle relazioni tra i sessi e del corpo femminile. I comportamenti devianti in adolescenza richiedono, in ogni caso, una capacità di lettura dinamica degli eventi e dell'adolescente, in considerazione dell'indeterminatezza del comportamento adolescenziale e della plasticità che contraddistingue questa età, in cui la posizione soggettiva può cambiare rapidamente, rendendo l'adolescente socialmente integrato e non più pericoloso (Bertetti B., Chistolini M., Rangone G., Vadilonga F., 2003).

Grooming

Rispetto alla posizione dell'adolescente come vittima di atti di manipolazione, molestia e aggressione attraverso i mezzi di comunicazione, dall'approvazione della legge 38/2006 – che meglio qua-



lificò assunto dalle nuove tecnologie nell'ampliare l'area di rischio di abuso e sfruttamento a fini sessuali – ad oggi, tra i fenomeni che stanno riscuotendo maggiore interesse, compare il *grooming*: si tratta di una forma di adescamento, caratterizzata dal fatto che l'adulto potenzialmente abusante *cura* (dall'inglese *grooms*) la potenziale vittima, inducendo gradualmente il bambino o ragazzo a superare le resistenze, attraverso tecniche di manipolazione psicologica.

Al fine di proteggere i cittadini più vulnerabili contro le più orribili forme di criminalità, la Commissione Europea ha attualmente adottato due nuove proposte legislative, dirette a inasprire la lotta contro la tratta degli esseri umani, l'abuso e lo sfruttamento sessuale dei minori e la pedopornografia. Destinate a sostituire l'attuale normativa in vigore – rispettivamente, dal 2002 e dal 2004 –, le due proposte garantiranno il pieno allineamento con le norme europee più elevate, una migliore assistenza alle vittime e un'azione penale più dura contro gli autori del reato, tenendo conto anche della rapida trasformazione delle tecnologie nel cibernazio.

Per quanto riguarda la lotta contro l'abuso e lo sfruttamento sessuale dei minori, la normativa proposta dalla Commissione intende rendere penalmente perseguibili le nuove forme di abuso, come il *grooming*, ovvero l'adescamento di minori su internet a fini di abuso, il fatto di visionare materiale pedopornografico anche senza scaricare i file o di indurre un minore a posare in atteggiamenti sessualmente espliciti di fronte a una webcam.

Sempre in ambito europeo, occorre poi ricordare la Convenzione del Consiglio d'Europa sulla protezione dei minori contro lo sfruttamento e l'abuso sessuale, adottata a Lanzarote il 25 ottobre 2007, che, tra le altre novità, si sofferma anche su tale tipo di molestie.

È oggi facile trovare software filtro e informazioni per genitori, educatori e tutti coloro che lavorano a contatto con bambini e adolescenti, al fine di aiutarli a navigare con consapevolezza nella rete e a proteggersi dai rischi più diffusi. Certamente, tuttavia, non è sufficiente affidarsi alla tecnologia per proteggersi dalla tecnologia stessa: è, infatti, altrettanto indispensabile sforzarsi di collocare in una nuova cornice di senso la relazione educativa, terapeutica e di sostegno, quando questa è potentemente sostanziata da esperienze collegate all'uso delle tecnologie, che solo per le generazioni di adulti sono «nuove».

Nuove tecnologie, nuove strategie educative

L'affermarsi delle tecnologie telematiche e informatiche – come canale di comunicazione e contatto – impone una ridefinizione



anche degli strumenti che fanno parte tradizionalmente della «cassetta degli attrezzi» di genitori, educatori, assistenti sociali e clinici a stretto contatto con bambini e adolescenti.

Un'adeguata conoscenza del mondo *high tech* rappresenta, oggi, un requisito necessario per comprendere sino in fondo i racconti di esperienza da parte di bambini e ragazzi, anche quando tali esperienze sono racconti di molestie e abusi sessuali. Alcune ricerche segnalano che, pur essendo consigli di buon senso, gli enfatici richiami o allarmi al controllo da parte dei genitori sui possibili pericoli derivanti dalla diffusione dei dati personali in rete non paiono essere le giuste strategie per prevenire un uso distorto delle tecnologie o i rischi di vittimizzazione. Studiosi (Wolak J., Finkelhor D. *et al.*, 2008; Mitchell K., Finkelhor D., Wolak J., 2005) indicano alcune strategie più efficaci: lo sviluppo di *competenze affettive e relazionali*; la diffusione presso ragazzi e ragazze di un'informazione adeguata sulle conseguenze a livello individuale e legali di taluni comportamenti; interventi mirati su bambini e adolescenti particolarmente vulnerabili a rischi di manipolazioni affettive, per esempio vittime di abusi sessuali, con comportamenti a rischio o con preoccupazioni circa il proprio orientamento sessuale.



Multiculturalismo e maltrattamento in Italia

Maltrattamento e maltrattamenti/4

Il CISMAI avverte la necessità di una riflessione sulle modalità con le quali i servizi che si occupano di protezione, cura e tutela si stanno relazionando a un'utenza sempre più composta da bambini e adulti stranieri.

In tale settore, il lavoro clinico, sociale ed educativo con bambini e famiglie migranti stenta a trovare uno spazio autonomo di ricerca e di formazione, a parte l'ormai significativa tradizione di studi connessi all'integrazione dei bambini nei contesti scolastici e di socializzazione oppure alle esperienze di etnopsichiatria, promosse nel corso dell'ultimo decennio in alcuni servizi territoriali.

Il lavoro con bambini e adolescenti stranieri vittime di violenze intra e/o extra familiari è un'area ancora nuova per lo studio e la sperimentazione di nuovi modelli e approcci di intervento.

Il ritardo dell'immigrazione italiana

Il ritardo è dovuto alla recente configurazione dell'Italia come un paese di destinazione di flussi migratori. Rispetto ad altri paesi europei – in primo luogo Francia, Germania e Regno Unito, che hanno sperimentato già in passato flussi migratori consistenti, provenienti spesso dagli ex possedimenti coloniali –, l'Italia ha un'esperienza migratoria relativamente giovane, specialmente come paese di immigrazione «netto», considerando che, ancora nel 2005, essa aveva un numero di concittadini residenti all'estero che superava il numero degli stranieri residenti in Italia. I cittadini stranieri residenti in Italia al 1° gennaio 2009 sono 3.891.295, pari al 6,5% del totale dei residenti. Complessivamente, i minorenni stranieri sono circa 862 mila. La maggior parte di essi è nata in Italia (519 mila individui), mentre la restante parte è giunta nel nostro Paese al seguito dei genitori. Gli stranieri nati nel nostro Paese costituiscono il 13,3% del totale degli stranieri residenti: non essendo immigrati, essi rappresentano una *seconda generazione*,



dal momento che la cittadinanza straniera è legata unicamente al fatto di essere figli di genitori stranieri e che, in Italia, l'attribuzione della cittadinanza segue il principio del *ius sanguinis* e non quello dello *ius solis*.

Immigrati: tante storie al di sotto di uno stesso nome

Nell'universo di bambini e adolescenti stranieri presenti in Italia dobbiamo distinguere (Silva, 2008):

1. i bambini e gli adolescenti giunti in Italia a seguito dei genitori o, successivamente, con i ricongiungimenti familiari;
2. i bambini nati in Italia da genitori stranieri;
3. i bambini stranieri adottati da coppie italiane;
4. i minori stranieri non accompagnati;
5. bambini e adolescenti rom e sinti;
6. minori introdotti in Italia da gruppi della criminalità organizzata e/o vittime di tratta, a fini di sfruttamento.

Ogni gruppo presenta caratteristiche peculiari. I servizi e le istituzioni entrano in contatto quotidianamente con bambini e adolescenti stranieri e in molte città essi rappresentano ormai il 40% dell'utenza dei servizi sociali e degli interventi educativi (domiciliari, con accoglienza in comunità residenziali o inserimento in centri diurni).

È quindi importante interrogarsi sul ruolo che i servizi di tutela e di cura possono svolgere e altrettanto importante è capire se e come alcune risposte possano colludere con atteggiamenti e dinamiche di stigmatizzazione e di discriminazione sociale, piuttosto che favorire la concreta promozione del diritto alla salute fisica, psicologica, emotiva e sociale e la facilitazione dei processi di integrazione e inclusione sociale. La popolazione immigrata è un insieme eterogeneo e in continua evoluzione: ci sono differenze significative nell'esperienza della migrazione e nei percorsi di integrazione, per esempio rispetto al sesso del soggetto, al paese di origine, alle condizioni di arrivo in Italia, ecc. A dispetto di ciò, è diffusa una percezione dell'immigrazione straniera come un fenomeno compatto e omogeneo al suo interno. Tuttavia, le comunità immigrate sono un insieme eterogeneo e in continua evoluzione: si generano distorsioni e rischi di inefficacia, quando si predispongono risposte omologanti e standardizzate, è questo un errore tipico delle politiche sull'immigrazione basate sull'approccio *one size fits all*.

Politiche omologanti, effetti degradanti

Il rischio di distorsione nella risposta cui si fa qui riferimento implica una violazione dei diritti umani dei bambini e delle loro fa-



miglie, che può trovare espressione in atteggiamenti di :

- *negazione dell'identità culturale, sociale ed esperienziale dell'altro:*

Uno dei punti fondamentali è quello di riconoscere che la famiglia attraverso la sua lingua e la sua cultura possiede delle conoscenze e ciò permette di operare su di esse... Il riconoscimento del livello culturale, la sospensione del giudizio di fronte alle rappresentazioni culturali del paziente non ci aiutano solo a costruire un'alleanza, ma a capire i bisogni del paziente e a curarlo. (Moro, 2001; 2005);

- *minimizzazione del trauma e, quindi, del danno*, di cui fanno parte, per esempio, i mancati o limitati interventi giustificati con considerazioni di natura culturale, che tendono alla normalizzazione di comportamenti maltrattanti e violenti da parte dei datori di cure;
- *stigmatizzazione o sottovalutazione dell'importanza delle modalità di adattamento o reazione al trauma* messe in atto attraverso il ricorso a pratiche tradizionali (es. guaritori o sciamani):

il prezzo da pagare per essere curate non doveva essere: «Assomigliami, sii come me, chiedimi quello che posso darti e quello che posso capire». (Moro, 2001);

- *inadeguata o assente considerazione dei molteplici fattori di vulnerabilità individuale, familiare e sociale*, che possono agire sulla condizione di vita e sul processo di sviluppo del bambino straniero: rientrano in questa categoria le condizioni della gravidanza e del periodo neonatale, l'impoverimento delle cure materne e paterne, le separazioni e le rotture dei legami affettivi e familiari, la condizione di immigrazione stessa,

che li costringe a vivere in un mondo dai riferimenti instabili: uno interno, ovvero lo spazio familiare, impregnato della cultura d'origine e uno esterno, costituito dalle rappresentazioni del mondo in cui vivono;

- *mancato riconoscimento o minimizzazione delle difficoltà che gli stessi genitori incontrano nell'aiutare i figli ad affrontare l'esperienza migratoria:*

essi hanno spesso difficoltà ad assumere il ruolo di esempio e di mediatore tra lo spazio interno, familiare e quello esterno di iniziatore del nuovo viaggio, reale e simbolico. Non riescono quindi a elaborare un sistema adeguato di protezione dei figli e a presentare loro, come direbbe Winnicott con un'efficace espressione, il nuovo mondo che li accoglie «a piccole dosi» (Favaro, Luatti, 2008);

- *disconoscimento e/o indebolimento delle risorse interne del bambino e del contesto familiare*, a detrimento delle capacità di resi-



lienza. La vulnerabilità si può tramutare in disagio, nel momento in cui le sfide alle quali è sottoposto il minore sono di tale portata, che le risorse interne del soggetto e gli aiuti esterni non sono in grado di gestirle.

Livelli del trauma migratorio

La storia dei bambini non nati in Italia oppure nati in Italia e ricondotti per alcuni anni nei paesi di origine – perché il lavoro dei genitori non si concilia con la cura dei figli piccoli – è caratterizzata da successive esperienze di rottura e ricomposizione dei legami affettivi. L'esperienza migratoria è un evento che produce cambiamenti a molteplici livelli:

- *spaziale*: cambiano gli ambienti, l'accessibilità degli spazi interni ed esterni ai contesti di vita dei bambini (spesso le madri affermano che in Italia, specialmente nelle grandi città, i bambini sono meno liberi che nella loro terra di origine), i colori, i suoni, gli odori, lo spazio geografico familiare che plasma le esperienze si modifica, muta. La terra di destinazione resta a lungo straniera, la scuola può essere un potente agente di mediazione e integrazione;
- *relazionale*: una rete di rapporti si allenta o si interrompe. Si ha, almeno inizialmente, un impoverimento del capitale sociale in termini di riduzione o annullamento del network di aiuto, di conoscenza e di familiarità con le istituzioni e i servizi locali;
- *psicologico*: è un trauma, produce una rottura per i bambini in termini di legami affettivi. Pensiamo anche ai ricongiungimenti: spesso i bambini e gli adolescenti faticano a recuperare relazioni filiali con genitori rimasti lontani per anni e che non li hanno visti crescere, che sono individui quasi sconosciuti. I ricongiungimenti, inoltre, non raramente comportano una separazione da un genitore, per raggiungere l'altra/o qui in Italia, dove le configurazioni familiari possono essere divenute più complesse con lo stabilirsi di nuovi legami di convivenza del genitore in Italia e la nascita di altri fratelli o sorelle. Inoltre, l'esperienza migratoria è, da un lato, un *evento-trigger*, riattivatore di altri traumi, dall'altro può diventare occasione per rivelare storie di violenze fino ad allora sottaciute. I bambini sperimentano in prima persona l'esperienza migratoria, ma non la decidono, a parte il caso dei minori stranieri non accompagnati. I bambini fanno, quindi, un'esperienza eterodiretta di sradicamento ed estraniamento e nel loro percorso complesso devono confrontarsi anche con:
 - la necessità di ripartire da zero nella costruzione delle relazioni con i pari;
 - la vergogna e la rabbia generate da possibili episodi di discriminazione e di aggressione razzista;



- le aspettative della famiglia (le prime generazioni riescono meglio a soddisfarle di quanto non facciano le seconde o le terze, che vivono la frustrazione di non poterle corrispondere).

Di esclusione in esclusione: dalla cittadinanza all'assistenza sanitaria

Come accennato, la legge attuale fa riferimento allo *ius sanguinis*: è cittadino italiano per nascita solo chi nasce in territorio nazionale, da almeno un genitore avente cittadinanza italiana o da genitori ignoti. Si può divenire cittadini italiani, facendo richiesta e dimostrando di essere nati in Italia da cittadini stranieri e di avervi risieduto legalmente, senza interruzioni, fino al raggiungimento della maggiore età. Le strutture giuridiche hanno una funzione importante, non solo nell'incoraggiare o impedire l'inserimento dei minori stranieri nella società, ma anche nel produrre effetti stabilizzanti o disconfermanti sull'esistenza sociale e psichica e sull'immagine di sé.

L'*esclusione dalla cittadinanza giuridica* è un tratto che accomuna gran parte dei bambini stranieri. Questa è l'origine di molte successive esclusioni.

Negare la cittadinanza ai bambini figli di immigrati, che sono nati in Italia o che hanno sedimentato in Italia la maggior parte delle loro esperienze, significa frustrare un bisogno fondamentale di rispecchiamento della loro identità (Silva, 2008; Ceccatelli, Meister 2004).

Il minore straniero dovrebbe essere garantito rispetto a tutte le prestazioni assistenziali e sociali.

I minori con famiglia o non accompagnati

a) se hanno un permesso di soggiorno, sono iscritti obbligatoriamente al SSN e hanno diritto di accedere a tutte le prestazioni da questo erogate (art. 34 Tu - circ. Min. sanità 24.3.2000);

b) se privi di permesso di soggiorno non possono iscriversi al SSN, ma hanno diritto al tesserino STP (straniero temporaneamente presente), che consente il diritto alle cure ambulatoriali e ospedaliere urgenti o comunque essenziali, ancorché continuative (art.35 Tu).

Nella prassi, vi è una limitazione ai servizi assistenziali, in particolare alla erogazione di prestazioni economiche: se i genitori hanno il permesso di soggiorno, possono godere di tali benefici economici solo se sono titolari di carta di soggiorno o di permesso di soggiorno, non inferiore a 1 anno (ex art. 41 Tu 286/98).

La legge n. 94 del 15 luglio 2009 – *Disposizioni in materia di sicurezza pubblica*, entrata in vigore l'8 agosto 2009 – ha prodotto un inasprimento della normativa sull'immigrazione: la misura più



nota è l'introduzione del reato procedibile di ufficio di ingresso o soggiorno illegale dello straniero: da un simile scenario si evince che le conseguenze sui bambini e gli adolescenti dovranno essere severamente vagliate da tutti coloro che si occupano di diritti dell'infanzia.

L'elemento di maggior attenzione rispetto all'infanzia riguarda il compimento di alcuni atti amministrativi, per esempio, il riconoscimento di un figlio. La legge richiede, infatti, l'esibizione agli uffici della pubblica amministrazione del certificato di permesso di soggiorno ai fini del rilascio di licenze e autorizzazioni. Tuttavia, con circolare n. 19 del 7 agosto 2009, il Ministero dell'interno – Dipartimento per gli affari interni e territoriali – ha precisato che «per lo svolgimento delle attività riguardanti le dichiarazioni di nascita e di riconoscimento di filiazione (registro di nascita dello stato civile), non devono essere esibiti documenti inerenti al soggiorno trattandosi di dichiarazioni rese, anche a tutela del minore, nell'interesse pubblico della certezza delle situazioni di fatto». Si chiarisce, infatti, che «l'atto di stato civile ha natura diversa e non assimilabile a quella dei provvedimenti menzionati nel citato art. 6».

Alcune ipotesi di piste da esplorare sono le seguenti:

- cosa comporta mentalizzare l'alterità culturale come una dimensione ineludibile del rapporto con il bambino e la famiglia, non come un vincolo ma come una risorsa vincolante;
- è possibile confrontarsi con le esperienze avanzate in ambito medico, attive anche in Italia (medicina transculturale, etnopsichiatria, ecc.);
- realizzare ricerche e studi di *follow up* per sviluppare la comprensione degli intrecci, che legano trauma dei processi migratori e quelli dovuti a esperienze di violenza;
- sperimentare una comunicazione che valorizzi la lingua madre, per condividere esperienze traumatiche ed esprimerle con concetti che possano anche non appartenere alla nostra cultura.



Il rischio di maltrattamento istituzionale

Maltrattamento e maltrattamenti/5

Il titolo del seguente filone di ragionamenti sul lavoro degli operatori e sul ruolo dei servizi e delle istituzioni che intervengono nel settore della protezione e della tutela, in realtà, vorrebbe evocare anche i macroprocessi che, sullo sfondo, influenzano il lavoro sui casi del singolo, attraverso la ridefinizione delle norme, degli assetti organizzativi, delle risorse, ecc.

I servizi di tutela ai minori rischiano, infatti, di trovarsi «all'incrocio dei venti» per una molteplicità di fattori che provocano cattive prassi:

- aspettative dell'ente di appartenenza;
- aspettative del Tribunale;
- aspettative delle famiglie;
- mandato professionale;
- interesse superiore del fanciullo;
- carichi di lavoro eccessivi;
- esigenze di riduzione della spesa.

Per cogliere i differenti livelli nei quali possono inserirsi fattori di distorsione, che trasformano la presa in carico in un maltrattamento istituzionale, si propone di utilizzare il modello ecologico solitamente applicato all'analisi dell'eziologia del maltrattamento all'infanzia e alla descrizione dei molteplici livelli di intervento.

I fattori di rischio e i meccanismi distorsivi

Dalla dimensione più prossima al bambino e all'operatore a quella più distante, si possono distinguere molteplici fattori di rischio e meccanismi discorsivi, che agiscono a livello di:

- *microsistemi*, dove si colloca la relazione diretta tra operatore, bambino e nuclei familiari. Gli aspetti positivi, così come i fattori di rischio e i meccanismi di distorsione, sono prevalentemente di tipo individuale e variano dai meccanismi difensivi a risposte inefficaci, a causa di una scarsa formazione dell'operatore rispetto



al problema, alle difficoltà relazionali, ad atteggiamenti discriminatori o razzisti, ecc.;

- *mesosistema*, che comprende i legami e i processi interagenti tra due o più setting che contengono l'operatore, il bambino, il nucleo familiare. È questo lo spazio del servizio o dell'istituzione. A questo livello, le fonti di distorsione sono la non chiarezza del mandato, la carenza di altre figure professionali importanti ai fini dell'efficacia della presa in carico o, più semplicemente, della condivisione dei carichi di lavoro, i conflitti di potere interni all'ente che inficiano il percorso di aiuto, la rappresentazione del fenomeno, ecc.;

- *esosistema*, che comprende i rapporti tra operatori al livello intersettoriale o interistituzionale, nel quale entrano in gioco possibili conflitti e incompatibilità tra le culture professionali, le regole organizzative, i linguaggi settoriali, ecc.;

- *macrosistema*, relativo ai sistemi culturali, normativi ed economici sovrastanti gli individui e gli ambienti a essi prossimi. Questo livello consiste in un pattern sovraordinato di micro e meso sistemi caratteristici di una cultura o sottocultura, con particolare riferimento ai sistemi di credenze, conoscenze, risorse, stili di vita, opportunità, leggi e condizioni economiche. Qui si possono collocare, tra gli altri, i processi di riforma del sistema costituzionale che hanno regionalizzato il sistema dell'assistenza sociale, amplificando il social divide che contraddistingue la doppia o triplice Italia della cura: da una parte, le regioni dove si spende sino a 143 euro procapite e, dall'altra, quelle in cui la spesa non raggiunge i 40 euro. A questo, si aggiunge la precarizzazione del lavoro, che alimenta il turnover nei servizi e mina alla base uno dei requisiti fondamentali delle relazioni di cura, ovverosia la stabilità del rapporto tra operatore e persona in trattamento;

- *cronosistema*, dove agiscono i cambiamenti storici, etici e negli stili di vita (ad es. cambiamenti nella struttura familiare hanno un impatto sui modi e gli esiti dello sviluppo dei servizi), ma anche forze culturali che spingono verso logiche e ideologie liberiste e individualiste.

Un triangolo preventivo da affinare

Soffermandosi sul livello macro, è utile richiamare, a titolo esemplificativo, i mutamenti intervenuti in ambito giudiziario: basti citare l'entrata in vigore di tutta la legge 149/2001 e, in particolare, degli articoli sull'avvocato del minore, che hanno portato i servizi territoriali a porsi come terzo in causa e non come interlocutore funzionale del Tribunale per i minorenni. In assenza delle necessarie riforme processuali e ordinamentali, la normativa è rinviata più



volte quando è entrata in vigore e ha creato un «terremoto», che ha travolto gli uffici giudiziari, mettendo a nudo le contraddizioni e i nodi problematici della giustizia minorile e i rapporti tra questa e i servizi.

A tali mutamenti se ne stanno aggiungendo di ulteriori nella pratica quotidiana dei servizi per la tutela dei minori, generando confusione, disorientamento e riduzione degli spazi di confronto con il mondo dei servizi, nonostante la stretta interdipendenza e connessione assunta dai due mondi nell'ambito della tutela minorile. Tale mancanza di confronto rischia di rendere ancor più critica la già complessa situazione dei servizi, minando ulteriormente la possibilità di offrire adeguati interventi per la promozione e la difesa dei diritti dei minori. Sul versante dei servizi, la carenza di confronto è riconducibile all'assenza di un interlocutore unitario e all'elevata eterogeneità degli assetti organizzativi adottati nelle varie parti d'Italia, nonché alla differenza delle fonti normative di riferimento, nazionali per l'ambito giudiziario e regionali/locali per i servizi. Questi processi si rendono visibili nei faticosi vissuti degli operatori. Famiglie, autorità giudiziaria e servizi sono connessi da una relazione triangolare, in cui ciò che accade in un'area ha effetto sull'altra e in tutti e tre gli ambiti sono in corso mutamenti consistenti: le interrelazioni sono poco esplorate in termini di senso e significato e tutti e tre i versanti relazionali sono sottoposti a stress (Bertotti, 2009).

I due nodi del legame tra giustizia e operatività dei servizi

Due sono i punti nevralgici della connessione tra giustizia e operatività dei servizi: quella della *segnalazione all'autorità giudiziaria* e quella relativa al *ruolo del servizio nel corso del procedimento giudiziario*. L'obbligo della segnalazione in capo al servizio è sempre stato un tema ampiamente dibattuto tra gli operatori. Negli ultimi tempi, in alcuni luoghi del nostro paese i servizi hanno rilevato come molte segnalazioni inviate alle Procure vengano archiviate o diano seguito a provvedimenti di un intervento a opera della magistratura minorile.

Un secondo gruppo di interrogativi riguarda il ruolo che i servizi sono chiamati a giocare durante l'intervento dell'autorità giudiziaria. Qui l'intervento dei servizi è caratterizzato dalla necessità di gestire congiuntamente funzioni di sostegno e di controllo; lo sforzo culturale dei professionisti è stato profuso per rendere praticabile e dotato di senso l'utilizzo di due diversi registri, coerentemente con i propri presupposti scientifici e deontologici.



I servizi territoriali sono chiamati a gestire una molteplicità di funzioni a supporto dei minori e delle famiglie. Oltretutto, si osserva ovunque un incremento delle domande di aiuto: accanto alle tradizionali richieste assistenziali, legate alle nuove povertà, alla disoccupazione, ai problemi abitativi e immigratori, aumentano le richieste di marca consulenziale, legate a crisi familiari, violenza, problemi di rapporto con i figli, difficoltà nelle separazioni coniugali e nell'esercizio delle funzioni educative. Anche gli utenti sono differenti: si pongono nei confronti degli operatori in una logica più paritaria, con maggiore consapevolezza dei propri diritti, con un livello culturale generalmente più elevato (Bertotti, 2009).

La crisi del tessuto sociale

Il percorso basato sulla costruzione di reti e sull'approccio multidisciplinare e interistituzionale (vedasi i vari protocolli sottoscritti in Italia) – su cui si sono costruite esperienze e competenze negli anni – oggi è minato dalla presenza di incoerenze e incongruità a un livello più ampio di quello della singole équipe o territori. Il processo di ricostruzione dei significati viene messo alla prova dai profondi mutamenti intervenuti sulle logiche di base delle istituzioni, dei servizi e della stessa convivenza civile, che sembrano sovvertire i legami sociali e i patti che uniscono cittadini e stato.

Oggi, a causa dei mutamenti in atto su più versanti, non sembrano più esserci risposte univoche e convergenti alle domande fondamentali su quale sia l'oggetto di lavoro e su chi siano i beneficiari primi del lavoro dei servizi. Alle domande relative allo scopo del lavoro degli operatori, alla *mission* del servizio, a chi siano i beneficiari e i committenti del lavoro degli operatori o a quale sia il senso del mandato istituzionale, spesso, corrispondono risposte diverse, contraddittorie o ambivalenti.

Gli operatori sono così posti al centro di domande e aspettative contraddittorie. A questo si associa una carenza di occasioni di dialogo e scambio tra le diverse aree di mutamento, e di valutazione, non più ambizione, ma necessità per verificare la sostenibilità delle politiche sociali, dei servizi, delle professioni nel sociale e del lavoro sul singolo caso (De Ambrogio, 2003).

I fattori di frammentazione dei servizi

Sul versante dei servizi sociali, in particolare, si assiste adesso anche agli effetti dei processi di graduale ritorno ad un modello sanitario assistenziale, nel quale fungono da *parole d'ordine* razionalizzazione, informatizzazione, aziendalizzazione, orientamento al cliente e qualità. Sono parole d'ordine ricorrenti, che in alcuni casi



hanno innescato innovazioni, ma il più delle volte hanno generato movimenti dai connotati poco coerenti con gli intenti iniziali (Brunod, 2002).

Nel seminario è stata sollecitata una considerazione critica su come tali mutamenti vengono vissuti, letti e interpretati nella pratica dei «nuovi servizi a tutela dei minori» e di come *i mandati ambigui e contraddittori* (di cui essi sono investiti, tra promozione dei diritti e domande di controllo e repressione) rischino di essere declinati in una dimensione esecutiva o burocratica, appiattendolo i servizi in un mandato proveniente dall'esterno o in una dimensione di contrapposizione tra coloro che difendono i diritti dei bambini e coloro che difendono i diritti dei genitori, con il rischio di portare a ulteriore frammentazione.

L'attuale *visione dei servizi in qualità di «erogatori» di prestazioni* (a cui si associa la visione di un utente-consumatore, con la connessa libertà di scelta) pone un ulteriore rischio di frammentazione e di ulteriore disgregazione del tessuto sociale e civile, in cui si riducono le possibilità per i bambini e le famiglie di trovare le risorse formali e informali per prevenire (e per riparare) alle evoluzioni dannose e di sviluppare una fiducia nella possibilità di ricevere un aiuto competente (Bertotti, 2009).

Due domande autoriflessive, alcuni fattori protettivi

Due domande stimolano oggi un'autoriflessione da parte degli operatori e si possono proporre alcune piste da esplorare:

- quali sono i *fattori protettivi* per i servizi, ovvero gli elementi che, una volta introdotti, possono rafforzare le risposte ai *clienti* adulti e bambini/adolescenti?
- quali sono le strategie dei servizi utili a rafforzare il contesto e uscire dagli atteggiamenti difensivi?

Alcuni fattori protettivi, ovvero elementi che rafforzerebbero positivamente il contesto, possono essere individuati in:

- *chiarezza di mandati*;
- accettabile *disponibilità di risorse* (in termini di tempo ed energie);
- *riconoscimento professionale*;
- *assenza di turn over* degli operatori;
- forza delle *équipes integrate* (socio-sanitarie ed educative);
- *responsabilità diffuse* (dirigenti, operatori);
- capacità di riconoscere gli esiti e la *qualità del lavoro*;
- *media non ostili* a priori;
- individuazione e valorizzazione dei *fattori di resilienza delle pro-*



fessioni (es. la formazione o la supervisione...).

Tali fattori possono acquisire senso, se inseriti e integrati con strategie dei servizi per rafforzare il contesto e uscire dagli atteggiamenti difensivi, per esempio:

- negozialità e pro attività;
- proattività;
- atteggiamento progettuale;
- orientamento alla ricerca e riflessione (sul rischio e sugli esiti);
- orientamento alla valutazione;
- prendersi un tempo per pensare prima dell'agire;
- essere presenti sui media con soggetti *super partes* e con strategie assertive;
- non lavorare da soli e in modo multiprofessionale («più sguardi»);

I cambiamenti in atto nel mondo delle professioni sociosanitarie e del sistema dei servizi (in alcune realtà sempre più orientato verso forme radicali di mercato oppure a mobilità bloccata da consolidati blocchi di interessi) sfidano l'operatore dei servizi di cura alla persona nella sua capacità di ricostruire una cornice di senso e culturale, che lo identifichi non solo come operatore ad alta professionalità, ma anche come un soggetto della *polis*, consapevole dei processi di cambiamento in atto. La cattiva informazione alimenta la paura e i cattivi funzionamenti – si veda la vicenda di Panorama – poiché è solo strumentale a produrre attacchi alla legalità e ai diritti, che non aiutano a rilevare e trovare soluzioni a errori passati e presenti, bensì intendono solo delegittimare e screditare il sistema della tutela e della protezione, portando a credere che l'errore sia sistematico.

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

- Bertetti B., Chistolini M., Rangone G., Vadiolonga F., *L'adolescenza ferita*, FrancoAngeli, Milano 2003.
- Bertotti T., Bianchi D., *La rilevazione della violenza assistita nei servizi sociali territoriali pubblici e privati*, in Luberti R., Pedrocco Biancardi M.T., *La violenza assistita intrafamiliare. Percorsi di aiuto per bambini che vivono in famiglie violente*, FrancoAngeli, Milano 2005.
- Bertotti T., *I cambiamenti nel sistema giudiziario e i suoi effetti nei servizi per la tutela dei minori: necessità di ripensare i reciproci posizionamenti*, in «Minori e giustizia», 2009 (in corso di stampa per FrancoAngeli, Milano).
- Bessi B., *Violenza assistita, conflitti familiari e violenza domestica*, in «Bambine e bambini fuori dalla violenza, Atti percorso formativo con Regione Molise», Istituto degli Innocenti, Firenze 2005.



- Brunod M., *Le organizzazioni nell'era postmoderna tra trasparenze e occultamenti*, «Spunti» n. 5, Studio APS, Milano 2002.
- Ceccatelli G., Meister C., *Adolescenti d'altrove*, Polistampa, Firenze 2004.
- Cismai, *Commissione scientifica sulla violenza assistita, Violenza assistita*, in «Il Raccordo. Bollettino del Coordinamento italiano dei servizi contro il maltrattamento e l'abuso all'infanzia», anno 3, n. 6., Milano 2000.
- Cismai, *Documento sui requisiti minimi degli interventi nei casi di violenza assistita da maltrattamento sulle madri*, «Prospettive Sociali e Sanitarie», Istituto per la Ricerca Sociale, aprile 2006; *Maltrattamento e abuso all'infanzia*, 8, FrancoAngeli, Milano, 2006.
- De Ambrogio U., *Valutare gli interventi e le politiche sociali*, Carocci, Milano 2003.
- Favaro G., Luatti L., *Il tempo dell'integrazione. I centri interculturali in Italia*, FrancoAngeli, Milano, 2008.
- Fonzi A., *Il gioco crudele. Studi e ricerche sui correlati psicologici del bullismo*, Giunti, Firenze 1999.
- Mitchell K. J., Finkelhor D., Wolak J., *Protecting youth online: Family use of filtering and blocking software*, in «Child Abuse & Neglect», 29, 2005, pp.753-765.
- Luberti R., *La violenza assistita*, in Coluccia A., Lorenzi L., Strambi M. (a cura di), *Infanzia mal-trattata*, FrancoAngeli, Milano 2002.
- Luberti R., Pedrocco Biancardi M.T., *La violenza assistita intrafamiliare. Percorsi di aiuto per bambini che vivono in famiglie violente*, FrancoAngeli, Milano 2005.
- Milanese F., Bares F., *Diritti tutela responsabilità*, Forum editrice Universitaria Udinese, Udine 2005.
- Miller A., *Il risveglio di Eva*, Cortina, Milano 2002.
- Moro M. R., *Bambini in cerca di aiuto. I consultori di psicoterapia transculturale*, UTET, Torino 2001.
- Moro M. R., *Bambini di qui venuti da altrove. Saggio di transcultura*, FrancoAngeli, Milano 2005.
- Olweus D., *Bullismo a scuola. Ragazzi oppressi, ragazzi che opprimono*, Giunti, Firenze 2001.
- Ponzio G., *Crimini e segreti. Maltrattamento e violenze alle donne nelle relazioni di coppia*, Baldini Castoldi e Dalai, Milano 2004.
- Silva C., *Pedagogia, intercultura, diritti umani*, Carocci, Roma 2008.
- Sironi F., *Persecutori e vittime*, Feltrinelli, Milano 2001.
- Wolak J., Finkelhor D., Mitchell K., Ybarra M., *Online «Predators» and their Victims: Myths, Realities and Implications for Prevention and Treatment*, in «American Psychologist», 63, 2008, pp. 111-128.



La tutela degli operatori che tutelano

Un segnale di fiducia
e speranza per i bambini

Il tema della tutela degli operatori che si occupano della segnalazione, della protezione e della cura dei bambini maltrattati è di grande interesse e attualità: merita, perciò, di essere sviluppato a partire da diversi punti di osservazione e di essere articolato nelle sue connessioni con gli esiti degli interventi di protezione sui minori, così da ottenere una visione più ampia e complessa.



Il secondo Congresso Cismai – intitolato *Infanzia violata: quale protezione?* – aveva già esplorato i diversi significati assunti dal termine protezione, onde evitare facili semplificazioni e aprire, piuttosto, degli interrogativi su quale tipo di protezione puntare e su quali fossero i suoi destinatari, analizzando i principali modelli dei sistemi di protezione esistenti nel nostro Paese, connessi con l'organizzazione dei servizi pubblici e privati.

Queste pagine riprendono il tema della tutela per dare un contributo innovativo e fare il punto della situazione e dell'evoluzione delle prassi di intervento e delle politiche socio-sanitarie ed educative nel contrasto alla violenza sui bambini in Italia, anche a partire dal tema della tutela degli operatori e dall'analisi delle varie e complesse problematiche che la sottendono e che con essa sono connesse.

La difesa da alcuni pregiudizi culturali

Il primo, cruciale, aspetto da cui gli operatori devono essere difesi si riferisce a un atteggiamento culturale molto diffuso nella nostra società, radicato in alcuni pregiudizi che ne compromettono l'immagine sia privata, sia pubblica:

- il familismo amorale, che induce a interpretare come attacchi ai valori familiari tutte le iniziative di pensiero e di approccio tese a una loro corretta attuazione e alla difesa della famiglia in quanto tale e della sua immagine, a prescindere dal rispetto delle persone e dei loro diritti;
- una cultura (e una conseguente politica) dell'infanzia distratta, che sottovaluta il valore del bambino in quanto persona, e quindi gli operatori che se ne occupano;
- una cultura familiare che concepisce il figlio come possesso, quindi esente da qualunque intromissione nella sua cura, sfoci essa nell'ipercura o nell'incuria;
- il pregiudizio diffuso che chi si occupa della tutela dei bambini debba necessariamente essere annoverato nella schiera dei nemici degli adulti;
- complessivamente, una cultura familiare, basata sul principio così definito da Paulo Sergio Pinheiro nella sua relazione all'ONU (2006): la famiglia è considerata l'istituzione più privata di tutte le istituzioni private. Di conseguenza, chi se ne occupa è sospetto di intrusione e violazione della *privacy*;
- il ruolo ricoperto dai media nella squalificazione delle professioni di aiuto, così come di quelle generalizzate, diffuse anche da responsabili di governo, nei confronti degli operatori pubblici.



La tutela fisica e legale

L'altro nodo critico riguarda la tutela fisica e psicologica di coloro che sono deputati alla prima rilevazione di tutte quelle situazioni che, per le loro caratteristiche di rischio, possono rappresentare condizioni di esposizione al maltrattamento di minori, mai rilevate in precedenza.

Troviamo qui, in prima linea, una gamma di professionalità dell'area sanitaria, sociale, educativa, scolastica (pediatri, assistenti sociali, operatori della scuola, ecc.), che per il loro ruolo sono in contatto quotidiano sia con i bambini, sia con i loro genitori, i cui rapporti sono spesso improntati alla fiducia.

Essi sono chiamati a rispondere, nella maggior parte dei casi, a richieste spontanee di aiuto.

Si tratta di operatori che, in molti casi, manifestano difficoltà e resistenze nel riconoscere e segnalare il maltrattamento per il timore che la loro immagine professionale e/o istituzionale venga danneggiata, o venga meno il rapporto fiduciario che intrattengono con le famiglie e con il contesto di appartenenza. Inoltre, per chi opera in piccole comunità, si aggiunge anche la preoccupazione di poter diventare oggetto di ritorsioni o di atti intimidatori da parte di famiglie, che, soprattutto in territori dove esiste una microcriminalità diffusa o, peggio, una criminalità organizzata, si trovano a vivere in condizioni di marginalità o risultano coinvolte in attività illegali, nelle quali non è raro che si utilizzino anche i bambini, esposti a varie forme di violenza diretta e assistita.

Le difficoltà degli operatori

Sul versante opposto, si registrano da parte degli operatori le difficoltà:

- di segnalare situazioni che possono riguardare nuclei familiari di livello sociale e culturale medio/alto;
- di riconoscere come sospetti soggetti maltrattanti o abusanti, che godono di prestigio e di una immagine sociale positiva all'interno della comunità e nei confronti dei quali gli operatori stessi possono nutrire forme di sudditanza psicologica o di timore per non riuscire a dimostrare l'attendibilità dei sospetti di violenza;
- di essere attaccati personalmente e professionalmente.

Sono note alcune vicende che, in diversi territori italiani, hanno coinvolto soggetti che godevano di prestigio sociale e che, in seguito all'apertura di procedimenti giudiziari a loro carico per sospetti di abuso sessuale su minori, sono state difese dalla stampa e persino da comitati di cittadini, mentre, dall'altra parte, venivano attaccati i modelli di intervento dei servizi territoriali, l'attendi-



bilità degli stessi bambini autori delle rivelazioni e la competenza professionale degli operatori che avevano accolto la segnalazione. Bisogna inoltre sottolineare come anche all'interno delle Aziende sanitarie pubbliche e dei Comuni, gli operatori impegnati nell'area dell'assistenza psicologica e della cura dei minori siano spesso invitati alla cautela nelle segnalazioni all'Autorità giudiziaria, per evitare di esporre le Aziende e gli Enti stessi a cause di risarcimento e al rischio di affrontare costosi contenziosi legali.

Inoltre, non di rado, gli operatori sono frenati dal timore di incorrere in responsabilità civili o penali inesistenti o, al contrario, ignorano o sottostimano tali responsabilità. Ugualmente ignorano o sottostimano la tutela che l'ordinamento può e, in certi casi, deve offrire a loro. Nei piccoli centri, dove sono assenti i servizi socio-sanitari, sia a livello comunale sia di Aziende ASL, le funzioni di tutela vengono persino svolte da funzionari amministrativi privi di competenza specifica nell'ambito della protezione dei minori, con conseguenti danni nell'assunzione delle decisioni e nelle modalità di esercizio della tutela.

È comune esperienza alla maggior parte degli operatori socio-sanitari del settore del maltrattamento l'essere stati oggetto di minacce o l'aver subito intimidazioni. In alcuni casi, tali atteggiamenti sfociano nella violenza vera e propria, tanto che alcuni operatori sono stati anche assassinati nell'esercizio del loro lavoro.

Troppi casi per troppo pochi operatori

L'insufficienza, anche numerica, delle figure professionali dedicate alla tutela dei minori è rafforzata dall'esiguità del numero degli operatori, specie del settore psicosociale, di cui soffre il nostro Paese.

Giova ricordare che alcuni recenti studi sulle professioni sociali mostrano che gli assistenti sociali italiani, che lavorano nei servizi pubblici e privati, sono 37.000: ciò vale a dire che l'Italia ha 60 assistenti sociali ogni 100 mila abitanti, contro una media europea di 75 assistenti sociali ogni 100 mila. Sono dati che testimoniano come anche il sistema di prevenzione e protezione dei bambini, che costituisce una fascia importante in questo settore, sia gestito da un numero del tutto insufficiente di operatori.

Anche questo rende i pochi operatori più vulnerabili nella gestione, spesso solitaria, di tantissimi casi. Contemporaneamente, in un momento di scarse risorse finanziarie, sta prendendo piede la logica per cui si attivano interventi di sostegno educativo (domiciliare o no) solo se il bambino è segnalato all'autorità giudiziaria minorile.



Lo spazio di autonomia, sperimentazione e creativo dell'operatore si riduce, quindi, a quello di mero contabile dei casi ed i servizi risultano depotenziati nella loro capacità di costruire un percorso progressivo di valutazione e di sostegno, nel contesto di una relazione volontaria tra famiglia e operatrice/operatore. Tali meccanismi contribuiscono a ridurre lo spazio per politiche, interventi e programmi di tipo preventivo e di promozione del benessere, per ricondurre i servizi per bambini e famiglie in un ambito solo assistenzialistico e riparativo.

Il mutamento degli scenari operativi

Accanto a questo, gli scenari continuano a cambiare e non sempre in meglio, soprattutto per quanto riguarda gli assetti organizzativi e amministrativi del sistema dei servizi (modifica del titolo V della Costituzione, regionalizzazione, tagli alle risorse finanziarie e professionali, frammentazione delle competenze) e del sistema giudiziario.

La trasformazione del Tribunale per i minorenni – che si ritira in una posizione di «terzietà», facendosi garante più del processo che del minore – lascia spesso da soli gli operatori (e i servizi); il conflitto si traduce in un contenzioso estremizzato tra il bambino e la sua famiglia, in cui gli avvocati occupano un ruolo massiccio, mentre gli operatori non hanno più né posto né ruolo, se non quello, scomodo e stretto, di meri esecutori-controllori.

Anche la presenza della figura dell'avvocato, ormai così forte e ineludibile, costituisce per gli operatori una nuova sfida, con la quale occorre confrontarsi.

Competenze e formazione degli operatori

Che ruolo svolgono l'acquisizione di competenze professionali specialistiche e la formazione nell'offrire forme di tutela agli operatori? Quali sono e come devono essere organizzati i percorsi formativi per offrire strumenti di comprensione e lettura a un fenomeno così complesso, come il maltrattamento, con tutto il bagaglio emotivo che l'incontro con il trauma reale implica a livello soggettivo?

Fino a qualche anno fa, nei percorsi formativi di base di molte professioni d'aiuto non era previsto alcun approfondimento che riguardasse le tematiche del maltrattamento o dell'abuso sessuale e, anche nel mondo accademico-universitario, le nuove teorie sul trauma e sui suoi effetti sono relativamente recenti e tuttora oggetto di controversie scientifiche.



Inoltre, quali sono i criteri di valutazione di un percorso formativo e dei suoi esiti?

In questi ultimi anni, molte regioni ed enti locali hanno promosso iniziative di formazione e aggiornamento per gli operatori dei servizi dedicati alla tutela e alla cura dell'infanzia, insieme a una offerta formativa privata ed estremamente variegata da parte di centri specialistici e associazioni.

La formazione professionale in Italia è affidata alla competenza regionale, ma, così come in altri ambiti che riguardano l'area dei servizi socio-assistenziali, vi è una forte disomogeneità territoriale, che solo di recente si sta cercando di colmare attraverso l'emana-zione di linee di indirizzo.

Le macroaree formative

Il Documento di indirizzo per la formazione in materia di abuso e maltrattamento dell'infanzia – approvato nel 2001 dall'Osservatorio nazionale per l'infanzia e l'adolescenza e dal Comitato di coordinamento per la tutela dei minori dallo sfruttamento e dall'abuso sessuale – ha tracciato alcune linee guida per l'organizzazione della formazione del personale della Pubblica amministrazione, individuando alcune grandi aree:

- informazione, sensibilizzazione e formazione di base;
 - formazione specialistica multi o mono-professionale;
 - formazione per l'introduzione di nuove figure professionali (come è avvenuto in Emilia Romagna con l'introduzione dell'esperto giuridico nella tutela dei minori e delle loro famiglie).
- Anche il Cismai, nella *Dichiarazione di consenso in tema di abuso sessuale all'infanzia* (2001) – si veda il capitolo *Orientamenti del professionista* –, raccomandava quanto segue:

Quanto ai criteri di acquisizione e di esercizio delle competenze professionali di chi opera nell'area dell'abuso sessuale ai minori..., è auspicabile che tutti i professionisti di area medica e psicosociale che operano nel campo della cura e della tutela del minore, come pure quelli che svolgono funzioni di consulenti giudiziari, abbiano acquisito competenze e tecniche specifiche nel campo dell'età evolutiva, delle dinamiche individuali e familiari e delle peculiarità dell'abuso sessuale.

Certamente molto è stato fatto in questi anni per introdurre una visione diversa, più complessa e articolata sul tema della tutela e della cura delle bambine e dei bambini esposti a situazioni di violenza diretta e indiretta; moltissimi operatori sono stati trasformati nel loro modo di vedere e di individuare il rischio e sono nati ovunque gruppi di lavoro multidisciplinari, con una specifica



attenzione ai percorsi di protezione all'infanzia nelle sue varie articolazioni. Tuttavia, molto resta ancora da fare nei servizi sociali e, soprattutto, nelle scuole, nella medicina del territorio, nei servizi sanitari, nei pronto soccorso.

La conoscenza dei diritti e dei doveri

La tutela degli operatori è sicuramente maggiore quando essi conoscono i diritti e i doveri inerenti la loro professionalità. Anche il rapporto con l'avvocatura, spesso difficile, ma ormai ineludibile, ne verrebbe facilitato. Le competenze giuridiche dovrebbero far parte del bagaglio professionale degli operatori, insieme a una maggiore consapevolezza relativamente al fatto che, ormai, il minore è soggetto di diritti (cfr. Convenzione ONU). Viceversa, quest'ultimo concetto non è ancora completamente radicato nella nostra società, mentre è ancora scarsa l'attenzione delle sedi formative psicosociali per gli aspetti giuridici in genere, in conseguenza della tradizionale frattura tra cultura giuridica e cultura delle professioni di aiuto.

Alla carenza di percorsi offerti dagli enti pubblici, si deve aggiungere che, con l'avanzare di un mercato del lavoro sempre più precario e privo di tutele, persino la formazione professionale specialistica è diventata un obiettivo difficile e costoso da raggiungere per molti operatori: ciò vale soprattutto per alcune figure professionali, come per esempio gli educatori delle comunità residenziali per minori, che, in diverse parti del nostro Paese, hanno contratti a tempo, spesso sottoutilizzati nelle loro mansioni e vivono la loro condizione con forti sentimenti di frustrazione, pur dovendo gestire quotidianamente la protezione dei bambini collocati in comunità, con tutto il carico emotivo che questa funzione comporta.

La tutela emotiva

Un altro spunto di riflessione concerne il tema della tutela emotiva degli operatori, che – per citare Luigi Cancrini (2006) –, nell'ambito di una formazione che dura tutta la vita, dovrebbe permeare anche il percorso formativo, centrandolo «sul riconoscimento, sul controllo e sulla utilizzazione delle reazioni controtransferali e dei movimenti difensivi (dell'operatore) che eventualmente le nascondono».

Formare operatori di diverse professionalità, capaci di raccogliere ed elaborare segnali di malessere da parte di bambini e bambine significa migliorarne le capacità, non solo cognitive, ma anche emotive, relazionali e comunicative; il problema non è, quindi, solo di conoscere il fenomeno del maltrattamento, di avere sviluppato competenze sul piano cognitivo, ma anche quello di riconoscerlo e atti-



vare risorse che consentano di contrastare quei movimenti difensivi, che il contatto con l'esperienza traumatica suscita in ognuno di noi.

Le reazioni emotive

Judith Lewis Herman, che così bene ha descritto le caratteristiche del controtransfert traumatico (Herman, 1992), ci avverte sui rischi per la salute psichica implicati dall'impegno lavorativo con soggetti traumatizzati. Citando la Herman, le più frequenti reazioni emotive esperibili dall'operatore sono:

- *l'identificazione emotiva con la vittima*, con tutto il carico di dolore e sofferenza che questo comporta;
- *i sentimenti di impotenza, di incompetenza e di sfiducia*, che talvolta lo pervadono e che dipendono dall'entrare in contatto con un mondo reale e psichico malevolo e persecutorio, minando profondamente il senso di continuità, di fiducia nei confronti del mondo esterno;
- *l'assunzione di un ruolo salvifico*, di una modalità onnipotente di organizzare l'intervento, uscendo dai confini del nostro ruolo, non padroneggiando più la situazione;
- *l'identificazione con l'aggressore*, con la tendenza a minimizzare, negando la realtà degli eventi traumatici e della storia della vittima, fino a farci sopraffare da emozioni di repulsione e disgusto, soprattutto nelle situazioni di trauma sessuale.

La sensazione di sopraffazione

Le complesse dinamiche emotive in gioco tra la posizione della vittima e quella del persecutore possono dare all'operatore la sensazione di vivere una esperienza di sopraffazione esattamente isomorfa a quella delle vittime, che sarebbero chiamati a proteggere e curare.

La consapevolezza del fenomeno, la capacità di rilevazione, le segnalazioni continuano tutte a crescere e con esse si moltiplicano gli interventi di protezione e il numero dei bambini da tutelare. Le risorse penosamente inadeguate ai numeri rendono già di per sé difficile il lavoro di prima protezione.

A ciò va aggiunta l'insufficiente diffusione di un modello che concepisca l'intervento come un processo che ha nella valutazione della recuperabilità delle famiglie il suo passaggio centrale su cui fondare un lavoro di modificazione, quando possibile, delle cause del maltrattamento. La prima protezione si cristallizza, si cronizza, quale unica protezione, e i bambini protetti sono «ibernati» nella loro condizione di bambini maltrattati, senza poter accedere a un senso della storia delle relazioni interne alle loro famiglie e del funzionamento dei loro genitori che li liberi dalla qualità «on-



tologica» della loro esperienza. Con loro, anche gli operatori sono ibernati e cronicizzati in una protezione senza trasformazione e senza ricostruzione di senso che diventa, a un livello profondo, uno dei fattori più subdoli e nefasti di frustrazione e *burn out*, perché assai spesso costituisce la delusione delle motivazioni e dei valori che hanno spinto tanti verso un mestiere tanto difficile e poco remunerativo.

Sappiamo che, per la sicurezza dell'equilibrio emotivo e per la protezione dei bambini di cui ci facciamo carico, oltre alla chiarezza del contesto, del mandato istituzionale, degli obiettivi, delle regole e dei confini del nostro intervento, è necessaria una rete ed un gruppo di lavoro stabile, al fine di garantire un adeguato sostegno e la possibilità di elaborare un pensiero all'interno di un confronto multidisciplinare. Allora il gruppo di lavoro può diventare uno spazio per accedere a un pensiero creativo e resiliente: uno spazio per il benessere degli operatori può servire come antidoto alla solitudine, come possibilità di pensare e condividere e, persino, come spazio di cura per il sé professionale.

La rete dei servizi come fattore di tutela

È allora possibile che:

- almeno una parte del malessere che ci pervade come operatori sia attribuibile a una disfunzione del sistema organizzativo e dei servizi a cui apparteniamo?
- le metodologie dell'intervento non siano condivise dal nostro gruppo di lavoro?
- non ci sia un gruppo di lavoro, che ci troviamo a operare in contesti in cui non è stata attivata nessuna risorsa specifica per la protezione e la cura dei bambini vittime di maltrattamento?
- il nostro disagio sia dovuto alla difficoltà di coordinare i tempi e le priorità dell'intervento, soprattutto quando ci troviamo a lavorare al di fuori di reti istituzionalizzate e stabilizzate?

Alcuni indicatori per valutare i servizi

Un indicatore interessante da analizzare potrebbe essere fornito dall'immagine di sé trasmessa dai servizi per la tutela e la cura dei minori in questi anni nel nostro Paese, anche alla luce dell'introduzione di nuove norme e, quindi, di un diverso modo di percepire il fenomeno del maltrattamento all'infanzia.

Forse si dovrebbe cominciare a riflettere seriamente sulla rappresentazione di noi stessi come operatori e sulla rappresentazione che i nostri utenti hanno dei servizi di tutela, facendo un serio esame della realtà, della nostra identità, delle nostre capacità e del



nostro bagaglio culturale e tecnico, per valorizzarlo, perfezionarlo ed essere più competenti, approfondendo ed evidenziando maggiormente l'approccio culturale e tecnico che gli operatori hanno maturato in questi anni sulla protezione all'infanzia.

Il gruppo di lavoro: una risorsa scarsa, ma rinnovabile

La condivisione del carico emotivo, lo scambio delle conoscenze, la convergenza di diversi saperi professionali sono stati da sempre ritenuti condizioni necessarie per un intervento di qualità e per evitare di costruire con gli utenti rapporti sbilanciati, esponendo se stessi e le famiglie a *escalation* di conflittualità.

Il gruppo di lavoro può, dunque, costituire una garanzia per gli operatori di poter articolare e modulare gli interventi, di utilizzare diversi formati, di svolgere funzioni diversificate, di complessificare i livelli dell'intervento, implementando la possibilità di migliorare gli effetti dei propri interventi per la tutela e la cura dei bambini traumatizzati e dei loro legami disfunzionali.

Tuttavia, sul piano della programmazione istituzionale e organizzativa dei servizi sociosanitari, questa esigenza si configura come contraddittoria: solitamente, al livello delle linee di indirizzo generale essa viene riconosciuta come necessaria, ma poi, sul piano del riconoscimento formale, sono poche le esperienze strutturate e stabilizzate di *équipe* specialistiche con personale dedicato. Analoga ambiguità è da riscontrare nell'enorme difformità che esiste a livello nazionale, rispetto alla integrazione dei servizi sociali e sanitari e alla definizione di linee guida.

Per un'organizzazione interistituzionale dei servizi

Le differenti forme organizzative dei servizi esistenti sul territorio hanno una forte influenza sull'emersione del fenomeno e sul modo di gestire la presa in carico dei casi. La risposta di aiuto da parte del sistema dei servizi e delle istituzioni di tutela influenza la capacità di resilienza di un bambino e la gravità degli effetti del trauma: è quindi fondamentale che sia predisposta una risposta coerente e tempestiva da parte di operatori formati all'ascolto e disposti a stare dalla parte delle piccole vittime.

In Sicilia, per esempio, non ci si è ancora dotati di linee guida regionali sul fenomeno e sono poche le esperienze di protocolli di intesa interistituzionali. Esistono alcune esperienze, come quella della ASP di Palermo, che sin dal 1999 ha istituito i Gruppi operativi interistituzionali contro l'abuso e il maltrattamento dei minori (GOIAM), il Progetto telefono donna e il Centro armonia (Progetto di cura sui soggetti adulti vittime di traumi da maltrattamento e abuso).



La nascita di una rete antiviolenza istituzionalizzata – di cui fanno parte anche le Aree di emergenza dei principali Presidi ospedalieri cittadini, con personale specializzato e con procedure condivise – ha avuto come esito un considerevole aumento delle segnalazioni e degli interventi di valutazione e di trattamento a favore delle vittime di maltrattamento, abuso e violenza domestica e assistita. Anche la costituzione di tavoli interistituzionali finalizzati alla condivisione di buone prassi e a migliorare la collaborazione nei percorsi giudiziari ha contribuito a tutelare maggiormente le vittime, così come gli operatori.

Nonostante il percorso sia stato lungo e caratterizzato da momenti anche molto critici, all'interno di queste équipes è diventato più facile – anche grazie a esperienze formative condivise – trovare accordi sulle linee d'intervento, condividere decisioni (talvolta anche molto dolorose), verificare come il livello di motivazione e di soddisfazione degli operatori sia aumentato. Queste positive esperienze di rete esistono oggi in tante realtà del Paese e meritano di essere consolidate, affinché possano diventare sistemi e infrastrutture di tutela.

Conclusioni

La storia dei servizi sulla tutela in Italia è stata cumulativa, si è caratterizzata per una continua ricerca e miglioramento, e si è arricchita di un'integrazione sempre più proficua fra professionalità diverse, fra linguaggi e culture diverse, per trovare risposte sempre più articolate ed efficaci alla tutela dei bambini: si tratta, infatti, di una tutela non solo fisica, ma anche psicologica, volta ad assicurare complessivamente il benessere:

- è aumentata e si è arricchita la competenza a riconoscere il rischio e il danno, a intervenire, a riparare;
- è nata una specializzazione sui problemi, che non contempla più l'operatore unico dei primi anni, ma persone che hanno approfondito tematiche, strumenti, tecniche per affrontare meglio situazioni complesse;
- si è creata una cultura dei servizi, anche e soprattutto grazie al nostro lavoro, al confronto – a volte anche duro e non privo di errori, come in tutte le discipline nuove – e a un percorso avviato dal basso, che ha saputo affrontare sempre meglio la complessità delle situazioni sul campo;
- tutto ciò ha dato vita ad un sistema legislativo che sostiene l'operatività dei servizi, insieme a una cultura e ad un'attenzione sempre maggiori nei confronti dell'infanzia e dei suoi diritti.



La tutela dei bambini è un valore ancora perseguibile, perché viviamo in una società che trasmette, da questo punto di vista, segnali contraddittori.

Si tratta di una società dove esiste un forte divario fra i principi che sono sanciti dalle legislazioni internazionali e la realtà che ci circonda. È fondamentale non perdere di vista e far riappropriare maggiormente gli operatori e i professionisti della propria identità professionale, legata alle funzioni di aiuto e cura, all'interno della tutela come passaggio fondamentale per il cambiamento. La promozione del cambiamento caratterizza al meglio le professioni di tutela, anche se spesso ci se ne dimentica, assorbiti dalle emergenze, dalle difficoltà, dai disagi in cui si è costretti a lavorare.

Per molti bambini, l'incontro con i servizi può rappresentare l'ultima o l'unica occasione per vivere meglio e per trasformare la propria vita ed i legami affettivi più importanti; per la famiglia che maltratta può costituire la liberazione da una morsa che l'attanaglia e non consente altre forme di relazione; per la società nel suo complesso, può essere un segnale di fiducia e di apertura alla speranza e di aumento del benessere collettivo.

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

- Cancrini L., *L'oceano borderline*, Cortina, Milano 2006.
- Herman J. L., *Guarire dal trauma*, Magi, Roma 2005.