

TenerAmente:

*ascoltare i bisogni delle famiglie fragili
e promuovere la resilienza assistita*

—
MANUALE OPERATIVO



UNIVERSITÀ
CATTOLICA
del Sacro Cuore



TenerAmente
Verso un'infanzia felice





TenerAmente:

ascoltare i bisogni delle famiglie fragili
e *promuovere* la resilienza assistita

—

MANUALE OPERATIVO



TenerAmente:

*ascoltare i bisogni delle famiglie fragili
e promuovere la resilienza assistita*

MANUALE OPERATIVO

A cura di —

Elena Garbelli (Project Manager, CESVI Fondazione - ETS)

Lylen Albani (Area Manager Italia, CESVI Fondazione - ETS)

Autori —

Luca Milani (*Professore Ordinario di Psicologia dello Sviluppo e dell'Educazione presso l'Università Cattolica del Sacro Cuore di Milano, Direttore CRIdée*)

Sarah Miragoli (*Professore Associato in Psicologia dello Sviluppo e dell'Educazione presso l'Università Cattolica del Sacro Cuore di Milano*)

Francesca Giordano (*Psicoterapeuta, Ricercatrice di Psicologia dello Sviluppo e dell'Educazione presso l'Università Cattolica del Sacro Cuore di Milano, membro Unità di Ricerca sulla Resilienza - RiRes*)

Alessandra Cipolla (*Psicologa clinica e dell'età evolutiva, membro Unità di Ricerca sulla Resilienza - RiRes*)

Vittoria Badino (*Ph.D Student in Psicologia dello Sviluppo e dell'Educazione presso l'Università Cattolica del Sacro Cuore di Milano, collaboratrice CRIdée*)

Martina Cattani (*Psicologa clinica e dell'età evolutiva, psicoterapeuta in formazione, collaboratrice CRIdée*)

Francesca Ranghetti (*Psicologa della famiglia e dei sistemi, psicoterapeuta in formazione, collaboratrice CRIdée*)

Progetto grafico, layout e illustrazioni —

Lorenzo Fantetti

Realizzato da —

CESVI Fondazione - ETS via Broseta 68/A – 24128 Bergamo, Italia

Questo manuale è disponibile online su: <https://www.cesvi.org>

Ringraziamenti —

Si ringraziano le equipe degli enti partner e i professionisti che hanno contribuito alla realizzazione del progetto. In particolare:

Emanuela Bussolati; Antonella Questa di Associazione LaQ Prod; Cooperativa sociale Generazioni FA; Cooperativa sociale AEPER; Ambito Territoriale di Bergamo; Comune di Bergamo; ASST Papa Giovanni XXIII; Cooperativa Sociale Orizzonte; Comune di Pescara; Associazione Ananke Onlus; Tribunale per i Minorenni-L'Aquila; Cooperativa Sociale Il Grillo Parlante; Comune di Napoli; Fondazione Giovanni Paolo II; Comune di Bari; Cooperativa Sociale Marianella Garçia, Comune di Catania, ASP Catania, Comune di Misterbianco.

CESVI —

CESVI Fondazione è un'organizzazione umanitaria laica e indipendente nata a Bergamo nel 1985. Da quasi quarant'anni porta il cuore, la generosità e l'operosità degli italiani nelle emergenze e nei luoghi più poveri del mondo attraverso progetti di lotta alla fame e alle grandi pandemie, per la tutela delle persone e dell'ambiente.

CESVI agisce fornendo strumenti e competenze affinché le popolazioni aiutate possano poi essere artefici del proprio futuro.

Premiata tre volte con l'Oscar di Bilancio per la trasparenza, è parte del network europeo Alliance 2015.

Centro di Ricerca sulle Dinamiche Evolutive ed Educative (CRIdée) —

Il Centro di Ricerca sulle Dinamiche Evolutive ed Educative, che ha sede presso il Dipartimento di Psicologia dell'Università Cattolica del Sacro Cuore di Milano, fin dal 1969, data di fondazione, ha promosso e promuove attività di ricerca e formazione nell'ambito della psicologia dello sviluppo e dell'educazione, privilegiando un approccio interdisciplinare e conservando un confronto costante con le nuove tematiche proposte dalla ricerca psicologica nazionale e internazionale nello studio dello sviluppo psicologico e dell'educazione.

Il CRIdée è diretto dal Prof. Luca Milani, Ordinario di Psicologia dello Sviluppo, presso la Facoltà di Psicologia dell'Università Cattolica del Sacro Cuore.

Unità di Ricerca sulla Resilienza (RiRes) —

L'Unità di Ricerca sulla Resilienza (RiRes), che ha sede presso il Dipartimento di Psicologia dell'Università Cattolica del Sacro Cuore di Milano, opera dal 2013 nell'ambito di progetti di ricerca, formazione e intervento sulle tematiche di resilienza, trauma psichico e benessere psico-sociale di minori, famiglie, comunità e professionisti che operano in contesti di disagio. La mission di RiRes è rilevare, promuovere e diffondere buone pratiche di resilienza che orientino la presa in carico di individui esposti a esperienze di avversità o eventi traumatici di diversa natura.

RiRes è diretta dalla Prof. Cristina Castelli, vice presidente del Bureau International Catholique de l'Enfance di Ginevra.



Indice

| | | | |
|---|----|--|-----|
| Introduzione | 8 | | |
| CAP. 1 IDENTIFICARE la propensione al maltrattamento | 13 | | |
| 1 Definizione e forme di maltrattamento e abuso ai danni dell'infanzia | 14 | | |
| 1.1 Le diverse forme di maltrattamento e abuso ai danni dell'infanzia | 14 | | |
| 1.2 Le conseguenze del maltrattamento e abuso ai danni dell'infanzia | 17 | | |
| 1.2.1 Le conseguenze del maltrattamento fisico | 17 | | |
| 1.2.2 Le conseguenze del maltrattamento psicologico | 18 | | |
| 1.2.3 Le conseguenze dell'abuso sessuale | 18 | | |
| 1.2.4 Le conseguenze della violenza assistita | 19 | | |
| 1.2.5 Le conseguenze della patologia delle cure | 20 | | |
| 1.3 Incidenza del maltrattamento e abuso ai danni dell'infanzia, in Italia | 20 | | |
| 2 Pensare per fattori di rischio e fattori di protezione | 21 | | |
| 2.1 Cosa vuol dire pensare per fattori di rischio e protezione? | 21 | | |
| 2.2 La cornice teorica: il modello <i>process-oriented</i> | 24 | | |
| 2.3 Fattori prossimali e fattori distali | 26 | | |
| 3 Aree di rischio e aree di prevenzione nella valutazione del pregiudizio familiare | 28 | | |
| 3.1 Il progetto TenerAmente | 28 | | |
| 3.1.1 Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS) | 29 | | |
| 3.1.2 Beck Depression Inventory – II (BDI-II) | 31 | | |
| 3.1.3 Parenting Stress Index-Short Form (PSI-SF) | 32 | | |
| 3.1.4 Parent Practice Questionnaire (PPQ) | 34 | | |
| 3.1.5 Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS) | 35 | | |
| 3.2 Il Protocollo Fattori di Rischio e Fattori di Protezione | 36 | | |
| 3.2.1 La struttura del Protocollo | 36 | | |
| 3.2.2 I possibili percorsi di intervento | 39 | | |
| 3.2.3 Conclusioni | 40 | | |
| Bibliografia | 42 | | |
| CAP. 2 PREVENIRE e RISPONDERE al fenomeno del maltrattamento | 51 | | |
| 1 Il paradigma della resilienza e la rivoluzione apportata nell'approccio alla presa in carico dell'infanzia vulnerabile | 52 | | |
| | | 2 Buone pratiche di intervento per promuovere resilienza in famiglie con figli della fascia 0-6 anni | 54 |
| | | 2.1 Fase iniziale: l'aggancio | 56 |
| | | 2.2 Percorsi di resilienza con le famiglie | 58 |
| | | 2.2.1 TI GUIDO: l'home visiting | 58 |
| | | 2.2.2 TI ASCOLTO: i servizi di ascolto individuale e di gruppo | 60 |
| | | 2.2.3 TI TRASMETTO CONOSCENZE E COMPETENZE: i cicli di formazione | 61 |
| | | 2.2.4 TI COINVOLGO: attività e percorsi laboratoriali | 62 |
| | | Bibliografia | 70 |
| | | CAP. 3 LA RETE INTERISTITUZIONALE: una sfida aperta | 73 |
| | | 1 Quale rete? Le figure professionali coinvolte nel lavoro con le famiglie a rischio | 74 |
| | | 1.1 Identificare una rete interistituzionale: il criterio delle critical lifetime developmental milestones | 74 |
| | | 1.2 La creazione della rete interistituzionale e le sue figure chiave. | 78 |
| | | 1.3 I fattori di rischio e di protezione nelle quattro fasi critiche (I, II, III, IV) e le figure professionali necessarie da coinvolgere | 79 |
| | | 2 L'imprescindibilità della rete interistituzionale | 88 |
| | | 3 Le funzioni della rete | 91 |
| | | 3.1 La rete come... Ponte | 92 |
| | | 3.2 La rete come... Contaminazione e la condivisione di un orizzonte comune | 93 |
| | | 3.3 La rete come... Ridefinizione del proprio ruolo professionale e delle proprie responsabilità | 95 |
| | | 4 I vantaggi della rete | 97 |
| | | 4.1 Rispondere alla complessità attraverso l'incontro ed il confronto con i colleghi | 97 |
| | | 4.2 Andare oltre alla frammentazione del percorso di presa in carico | 98 |
| | | 4.3 Identificazione precoce delle famiglie a rischio | 99 |
| | | 4.4 L'integrazione tra diversi punti di vista dei professionisti della rete | 100 |
| | | 4.5 Avere un linguaggio comune ed obiettivi condivisi | 101 |
| | | 4.6 Offrire una migliore qualità dell'intervento | 102 |
| | | 5 Le fatiche della rete | 103 |
| | | 5.1 I ritmi e il carico di lavoro eccessivi | 103 |
| | | 5.2 La fatica di condividere | 104 |
| | | 5.3 I grandi assenti | 104 |
| | | 6 <i>Lessons learned</i> raccolte nelle formazioni interistituzionali | 106 |
| | | Bibliografia | 109 |



Introduzione del Manuale

Il progetto **TenerAmente verso un’infanzia felice** nasce dall’esigenza di affrontare in maniera sistematica e strutturata il complesso fenomeno del maltrattamento e dell’abuso ai danni dell’infanzia.

L’obiettivo del progetto è quello di promuovere il benessere di bambini e delle loro famiglie offrendo strumenti concreti per la prevenzione, l’individuazione e la gestione del rischio di maltrattamento.

Il progetto si è svolto, grazie alla collaborazione dei partner territoriali, da maggio 2021 a ottobre 2024 e ha coinvolto cinque territori italiani: Bergamo, Pescara, Napoli, Bari e Catania-Misterbianco. Queste città, con le loro peculiarità socio-culturali, hanno rappresentato un terreno fertile per la sperimentazione e l’adattamento del modello teorico proposto, che è stato progressivamente affinato grazie all’esperienza diretta sul campo portata avanti dalle equipe degli enti partner e al costante dialogo con le famiglie e le comunità locali.

Il cuore del progetto è stato l’approccio multidisciplinare delle équipe operative, composte da psicologi, pedagogisti, assistenti sociali, educatori e altri professionisti del settore socio-educativo che hanno operato negli Spazi tEssere, luoghi dedicati ad accoglienza, ascolto e cura delle famiglie, attivati nell’ambito del progetto. In questi spazi sono state proposte attività volte a supportare le famiglie, in sinergia con i servizi territoriali dei diversi contesti di intervento. I percorsi proposti ai beneficiari del progetto sono stati costruiti a partire dai bisogni rilevati e specifici per ogni situazione familiare. Lo Spazio tEssere ha garantito sia uno spazio di orientamento ai servizi territoriali sia la presa in carico delle famiglie attraverso proposte di attività laboratoriali dedicate e/o consulenze psico-pedagogiche, o – laddove necessario – dei percorsi di home visiting. Dal 2021, sono stati coinvolti oltre 500 beneficiari tra bambini e loro adulti di riferimento.

Durante la prima annualità, il progetto ha previsto un percorso formativo, destinato a rafforzare la capacità degli operatori (oltre 200) nel riconoscere e intervenire precocemente sui segnali di maltrattamento e abuso infantile, utilizzando metodologie basate sul paradigma della resilienza assistita. In particolare, è stato sperimentato l’utilizzo di un protocollo ispirato alle aree di criticità individuate dal Child Abuse Potential Inventory (CAPI).

Il CAPI (Milner, 1986) strumento messo a disposizione dal partner tecnico Università Cattolica - è un questionario *self-report* ampiamente utilizzato come strumento di *screening* per la valutazione della propensione al maltrattamento infantile nei genitori (Milner, 1994; Milner & Crouch, 1999; Milner, Gold, Ayoub, & Jacewitz, 1984). La versione italiana del CAPI è stata validata dal team di ricerca del CRIdée – Centro di Ricerca sulle

Dinamiche Evolutive ed Educative (Miragoli, Camisasca, & Di Blasio, 2015; Miragoli et al., 2016). Il percorso formativo ha preso avvio con un modulo propedeutico online, seguito da incontri in presenza organizzati nelle diverse città italiane tra novembre 2021 e marzo 2022.

La formazione ha permesso ai partecipanti di esplorare e approfondire tematiche come l’elaborazione del trauma psichico, la rilevazione precoce dei fattori di rischio, e la costruzione di percorsi personalizzati di resilienza assistita. L’approccio utilizzato, basato su una metodologia esperienziale e partecipativa, ha favorito un coinvolgimento attivo degli operatori, stimolando la co-costruzione di significati e pratiche condivise all’interno delle loro rispettive realtà professionali.

La seconda annualità del progetto ha rafforzato ulteriormente questo percorso, con una serie di formazioni interistituzionali rivolte a professionisti dell’area sanitaria, sociale, educativa e giudiziaria dei servizi territoriali. I professionisti hanno partecipato a incontri articolati in tre moduli che hanno avuto l’obiettivo di approfondire strumenti di rilevazione e monitoraggio del rischio, favorire una riflessione del proprio ruolo professionale nella “rete” di presa in carico delle famiglie, e migliorare di migliorare significativamente le loro competenze nell’intervento e nella gestione dei casi di maltrattamento.

Il presente manuale raccoglie e sistematizza le buone pratiche e le conoscenze sviluppate durante questi anni di progetto. Esso si propone come una guida operativa per tutti i professionisti impegnati nella tutela dell’infanzia, fornendo un supporto concreto per l’applicazione del modello *resilience-informed* e per l’utilizzo dei protocolli e strumenti di valutazione. L’obiettivo è contribuire a costruire un sistema di intervento più integrato e consapevole, capace di individuare e rispondere in maniera efficace e tempestiva alle esigenze delle famiglie e dei bambini in situazioni di vulnerabilità.

Nel corso del progetto è stato utilizzato un modello teorico che ha guidato l’azione delle équipe degli enti partner e che si è dimostrato efficace nel favorire il benessere dei bambini e delle loro famiglie.

Questo modello è stato adattato alle specifiche esigenze dei diversi territori coinvolti, dimostrando una flessibilità e una capacità di rispondere alle sfide quotidiane che gli operatori si sono trovate a dover affrontare. Il risultato di questo intenso lavoro è stato la creazione di un approccio metodologico che non solo risponde alle esigenze contingenti, ma che mira a creare un impatto duraturo nelle comunità, rafforzando i legami sociali e promuovendo una cultura dell’infanzia centrata sulla ricerca del benessere e della cura reciproca.



Struttura del Manuale

La struttura del manuale riflette un percorso articolato in tre capitoli, ciascuno dei quali affronta un aspetto cruciale del maltrattamento all'infanzia: l'identificazione del rischio, la prevenzione e risposta al fenomeno, e l'importanza di una rete interistituzionale efficace.

Il primo capitolo, **IDENTIFICARE la propensione al maltrattamento**, offre una panoramica approfondita delle diverse forme di maltrattamento e abuso, delle loro conseguenze e dell'incidenza del fenomeno in Italia. Una particolare attenzione è dedicata alla comprensione dei fattori di rischio e di protezione, strumenti fondamentali per un intervento preventivo efficace e mirato.

Nel secondo capitolo, **PREVENIRE e RISPONDERE al fenomeno del maltrattamento**, viene illustrato innanzitutto il paradigma della resilienza, elemento cardine per promuovere il benessere nelle famiglie vulnerabili. Si propongono buone pratiche d'intervento che mirano a sostenere le famiglie nella fascia d'età 0-6 anni, con un focus su attività come l'home visiting, i servizi di ascolto e i percorsi formativi.

Qui vengono presentati gli strumenti e le metodologie sviluppati e sperimentati durante il progetto. Questa sezione è pensata per fornire ai professionisti del settore una serie di risorse concrete per il lavoro sul campo, come schede di osservazione, protocolli di intervento, e linee guida per la gestione dei casi. Gli esempi riportati offrono uno spaccato delle diverse esperienze maturate nei territori di Bergamo, Pescara, Napoli, Bari e Catania-Misterbianco, mostrando come il modello teorico e gli strumenti operativi siano stati applicati in contesti reali. I casi studio illustrano successi ottenuti e sfide incontrate, fornendo una base di conoscenze preziosa per chi si troverà a operare in situazioni simili. Viene inoltre dedicato uno spazio alla valutazione dell'impatto del progetto, con un'analisi dei risultati raggiunti e delle prospettive future.

Nel capitolo si introduce il paradigma della resilienza, elemento centrale per promuovere il benessere delle famiglie vulnerabili. Successivamente, sono proposte pratiche d'intervento mirate a sostenere le famiglie con bambini nella fascia d'età 0-6 anni, concentrandosi su attività come l'home visiting, i servizi di ascolto e i percorsi formativi.

Il terzo capitolo, **LA RETE INTERISTITUZIONALE: una sfida aperta**, sottolinea l'importanza di un lavoro sinergico tra le diverse figure professionali coinvolte nella protezione dei bambini. La creazione di una rete interistituzionale è presentata come un passaggio imprescindibile per garantire interventi integrati e tempestivi, capaci di rispondere alla complessità delle situazioni di rischio. Si affronta il tema della formazione continua degli operatori, sottolineando l'importanza di un aggiornamento costante delle competenze e di una riflessione critica sulle pratiche professionali. Gli strumenti presentati in questa parte sono stati testati nei diversi territori coinvolti nel progetto, dimostrando la loro efficacia e adattabilità a contesti differenti.

Ogni capitolo è corredato da strumenti e protocolli operativi specifici, che guidano il professionista nell'applicazione delle conoscenze teoriche alla pratica quotidiana. Il manuale si propone non solo come una risorsa informativa, ma come un supporto concreto per tutti coloro che sono impegnati nella tutela dell'infanzia e nel contrasto al maltrattamento.

Con l'auspicio che possa contribuire a costruire un futuro migliore per tutti i bambini, il progetto TenerAmente verso un'infanzia felice si pone al fianco delle famiglie, degli operatori e delle comunità con l'obiettivo di promuovere un'infanzia felice e serena.

NOTA BENE:

CESVI promuove una visione dei minorenni come persone titolari di propri diritti tra i quali anche quelli di essere rappresentati con una specifica attenzione al linguaggio di genere. Nel presente documento si è scelto di utilizzare termini sia maschili che femminili ove il richiamo alla differenza di genere avesse un significato di richiamo specifico e puntuale. Per favorire la leggibilità del documento, e ove la lettura di senso lo ha consentito, si sono utilizzati in alcuni casi termini quali "bambini", "ragazzi", "figli", "studenti" "educatori", "operatori", "esperti" (elenco non esaustivo) come maschili sovraestesi, cioè riferiti a entrambi i generi.



1

IDENTIFICARE
la propensione al maltrattamento



1 / Definizione e forme di maltrattamento e abuso ai danni dell'infanzia

Secondo quanto definito dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS, 2002; p. 86) quando si parla di maltrattamento e/o abuso ai danni dell'infanzia si intendono «*tutte le forme di cattivo trattamento fisico e/o affettivo, abuso sessuale, incuria o trattamento negligente nonché sfruttamento sessuale o di altro genere che provocano un danno reale o potenziale alla salute, alla sopravvivenza, allo sviluppo o alla dignità del bambino, nell'ambito di una relazione di responsabilità, fiducia o potere*». Viene, quindi, definito come maltrattante/abusante un qualsiasi evento, che ha luogo nell'ambito di una relazione di fiducia o responsabilità, che possa mettere a repentaglio la salute del minore. Questi eventi, soprattutto se ripetuti nel tempo e sperimentati all'interno delle relazioni primarie di cura (per esempio, da parte dei genitori, i quali dovrebbero garantire invece protezione e sicurezza), possono danneggiare gravemente lo sviluppo del minore (Van Der Kolk, 2005).

In questo primo paragrafo verrà approfondita la definizione di maltrattamento e abuso all'infanzia, andando innanzitutto ad approfondire le diverse forme che può assumere e quali conseguenze possono derivarne. In ultimo luogo, verranno riportati alcuni dati epidemiologici, in modo tale da poter illustrare l'incidenza di questo fenomeno in Italia.

1.1 / Le diverse forme di maltrattamento e abuso ai danni dell'infanzia

Negli anni si è consolidata un'ampia conoscenza scientifica sulle diverse forme di maltrattamento e abuso ai danni dell'infanzia. In questa prima parte è presentata la classificazione maggiormente nota e consolidata in letteratura (OMS, 2002), con lo scopo di fornire all'operatore, che lavora nell'ambito della tutela del minore, uno strumento orientativo e conoscitivo essenziale. Secondo l'OMS (2002) la violenza ai danni dell'infanzia può assumere le seguenti forme:

- **Maltrattamento fisico:** questa prima forma di maltrattamento è riconducibile all'utilizzo intenzionale della forza fisica nei confronti del minore, che causa (o che può potenzialmente causare) un danno per la sua salute, la sua sopravvivenza, il suo sviluppo o la sua dignità. Rientrano in questa tipologia di violenza le seguenti azioni maltrattanti: i morsi, gli schiaffi, i tentativi di strangolamento, gli spintoni, i pugni, i calci, le percosse, le scottature, le bruciature indotte, le lesioni, le fratture, gli avvelenamenti, le punizioni corporali a scopo correttivo, ecc. Non sempre gli esiti del maltrattamento fisico lasciano dei segni evidenti ed inequivocabili sul corpo del minore, talvolta, infatti, le lesioni possono essere ben nascoste e non facilmente identificabili (OMS, 2006).

Da un punto di vista classificatorio, la letteratura (Save The Children, 2018) propone di considerare le diverse azioni fisicamente maltrattanti in riferimento al danno che arrecano al minore, distinguendo in:

- di grado lieve: azioni che non richiedono la necessità di un ricovero ospedaliero (per esempio, nei casi di lividi, graffi, ecc.);
- di grado moderato: azioni che portano ad un ricovero ospedaliero (per esempio, nei casi di fratture, trauma cranico, ferite da taglio, ecc.);
- di grado grave: azioni che richiedono un ricovero in sala di rianimazione (per esempio, la *shaken baby syndrome* (Mian et al., 2015) che può provocare gravi lesioni neurologiche oppure, nel peggiore dei casi, la morte).

- **Maltrattamento psicologico:** fanno parte di questa tipologia di violenza tutti quei comportamenti che si traducono in pressioni psicologiche, ricatti affettivi, intimidazioni, minacce, discriminazioni, ma anche rifiuto e indifferenza, perpetrati in modo continuativo e agiti con l'obiettivo di umiliare, sminuire e svaloriare il minore (OMS, 2002). Il maltrattamento psicologico è sicuramente una delle forme più difficili da riconoscere, poiché le sue conseguenze appaiono meno evidenti e palesi rispetto ad altre forme di violenza. Nonostante sia difficile da riconoscere, si tratta di una manifestazione molto presente e che spesso si accompagna ad altre forme di maltrattamento e/o abuso (Di Blasio, 2000). In questa categoria rientra anche l'eventuale coinvolgimento attivo del minore nei processi di separazione ad alta conflittualità (Montecchi, 2002).

- **Abuso sessuale:** Il Cismai (2015, p.1) definisce l'abuso sessuale come il «*il coinvolgimento, intenzionale e interpersonale, di un minore in esperienze sessuali forzate o comunque inappropriate dal punto di vista dello stadio di sviluppo. Tali esperienze possono non comportare violenza esplicita o lesioni; possono avvenire senza contatto fisico e/o essere vissute come osservatori*». Questa definizione evidenzia, in primo luogo, la natura interpersonale e intenzionale dell'azione del perpetratore, sottolineando l'importanza della relazione fra minore vittima e adulto abusante. Nello specifico, la relazione fra minore e adulto può essere definita secondo tre tipologie (Giusti & Iacono, 2010; Di Iullo et al. 2017): interfamiliare (si tratta, in questo caso, di membri appartenenti al medesimo nucleo familiare), perifamiliare (il perpetratore è un adulto conosciuto dal minore e che frequenta i medesimi ambienti), extrafamiliare (perpetratore e minore provengono e frequentano ambienti diversi).

In letteratura, l'abuso sessuale può essere classificato in base alla fenomenologia dei comportamenti in (Panza, 2014; Leeb et al., 2008):

- senza contatto: in cui non si prevede il contatto corporeo di natura sessuale tra adulto e minore (per esempio, l'esibizionismo, l'esposizione del minore a materiale pornografico, le conversazioni a contenuto osceno, ecc.);
- con contatto: con l'intento di toccare, anche attraverso gli indumenti, il corpo del minore. Queste azioni non comportano una penetrazione e possono essere agite dal minore nei confronti dell'adulto o viceversa (per esempio, la manipolazione dei genitali coercitivo);
- con penetrazione: in cui si verifica un contatto di penetrazione genitale e/o anale.

- **Violenza assistita:** l'esposizione di un minore a una qualsiasi forma di violenza (fisica, verbale, psicologica, sessuale, economica e gli atti persecutori) in ambito familiare, perpetrata da un membro della famiglia nei confronti di un altro (per esempio, dal padre nei confronti della madre). Rientrano fra questi comportamenti anche quelli messi in atto da un individuo nei confronti di animali domestici, come l'abbandono o il maltrattamento (CISMAI, 2003; 2005). La violenza assistita rappresenta certamente un elemento di rischio predittivo per altre forme di violenza e ha la tendenza ad assumere una rapida *escalation* in quanto a danno e pericolosità, (nei casi più estremi si può arrivare anche all'omicidio dei figli e delle madri) (Di Iullo et al. 2017). L'esperienza di violenza assistita può essere diretta (nel momento in cui la violenza avviene all'interno del campo percettivo del minore) o indiretta (quando il minore viene indirettamente a conoscenza della violenza perpetrata verso altri significativi) (CISMAI, 2005; Di Pentima, Attili, & Toni 2021).

- **Patologia nella somministrazione della cura:** in questa categoria rientrano tutte quelle condizioni nelle quali i caregiver rispondono in modalità inopportuna e inadeguata ai bisogni del minore, i quali possono essere di tipo fisico, psicologico e affettivo, tenendo sempre in considerazione l'età dello stesso e la relativa fase di sviluppo. È possibile questa manifestazione di violenza in tre ulteriori forme (OMS, 2006):

- **Incuria o trascuratezza:** comprende tutti quelli atti che sono volti a omettere cure nei confronti del minore, sintomo di una mancata competenza nella gestione e del soddisfacimento, da parte del genitore, dei bisogni del minore. Non è sempre facilmente rilevabile o identificabile ed è una forma di maltrattamento spesso sottovalutata (Di Iullo et al., 2017).

- **Discuria:** s'intende l'approvvigionamento inappropriato di cure fisiche da parte del caregiver nei confronti del minore, non tenendone in considerazione l'età e le eventuali condizioni problematiche. Nel momento in cui il caregiver fornisce cure non appropriate all'età e alle caratteristiche del minore, può palesarsi una sorta di prescrizione di un ritmo di crescita precoce e può insorgere, da parte dell'adulto, l'aspettativa irrealistica che il minore possa adattarsi ai ritmi di acquisizione e apprendimento degli adulti (come, per esempio, il far coincidere il ritmo del sonno del bambino con le esigenze del genitore). Inoltre, i caregiver possono incorrere in una distorsione delle capacità del figlio e nell'assunzione di aspettative irrazionali, pretendendo dal minore il raggiungimento di prestazioni superiori alla norma (Di Iullo et al., 2017). La discuria può portare anche ad un anacronismo delle cure, ovvero all'ingaggio di un atteggiamento del caregiver non congruo allo stadio evolutivo del minore (un esempio, può essere il fornire vestiti non adatti oppure la somministrazione di diete non appropriate all'età) (Pisano, et al., 2022; Di Iullo et al. 2017).

- **Ipercuria:** come suggerisce il termine, l'ipercuria avviene nel momento in cui si palesa una eccessiva medicalizzazione e/o cura da parte del caregiver, tale da andare a cagionare il benessere psicofisico del minore. Fra i più studiati esempi di ipercuria è possibile identificare la Sindrome di

Munchhausen *by proxy*, il *medical shopping by proxy* e il *chemical abuse*. Il termine Sindrome di Munchhausen *by proxy* è stato introdotto da Meadow nel 1977, per indicare l'atteggiamento del caregiver che, inventando o procurando sintomi, disturbi e/o lesioni ai figli, va a sottoporli a esami medici, che possono risultare dannosi o letali. Si tratta del risultato di una forma di psicosi e, pertanto, possono essere presenti anche deliri, allucinazioni e distorsioni della realtà (Montecchi, 2011; Segatto, 2020). Per *chemical abuse* s'intende la somministrazione di eccessive dosi di farmaci o, più in generale, di sostanze chimiche, che possono rivelarsi estremamente dannosi per l'incolumità del minore. Il *medical shopping*, infine, è il continuo rivolgersi a pareri medici con il timore e la convinzione che il figlio sia affetto da una patologia grave, in realtà inesistente (Di Iullo et al. 2017; Montecchi, 2011).

1.2 / Le conseguenze del maltrattamento e abuso ai danni dell'infanzia

Il maltrattamento infantile, nelle sue diverse forme, contribuisce a una vasta gamma di conseguenze nocive sia a livello della salute fisica sia a livello della salute psichica del minore. Le conseguenze possono essere di diversa natura: fisiche, psicologiche, neuropsicologiche, psicosociali, traumatiche, somatiche e intergenerazionali.

Andando ad approfondire le conseguenze del maltrattamento, è possibile procedere con una distinzione per fascia d'età, poiché è stato osservato che esistono delle peculiarità specifiche relative alle varie fasi di sviluppo dell'individuo.

1.2.1 / Le conseguenze del maltrattamento fisico

Suddividendo le conseguenze in base alla fase evolutiva, per quanto riguarda il maltrattamento fisico è possibile identificare:

- in età prescolare, i bambini possono riportare difficoltà cognitive e bassi livelli di QI, un attaccamento evitante, eventuali difficoltà nell'attivazione dei comportamenti prosociali e, nei casi più estremi, la presenza di un disturbo post traumatico da stress (Di Blasio, 2000);

- in età scolare possono comparire i primi comportamenti aggressivi nei confronti di pari e adulti, e i primi disturbi della condotta (Keiley et al., 2001). In concomitanza con l'ingresso nella scuola, è stato rilevato nelle vittime uno scarso rendimento scolastico (Veltman & Browne, 2001). umore prevalentemente basso, depressione e ansia, dovute anche all'isolamento sociale (Johnson, Cohen, Kasem & Brook, 2002). Questi bambini fanno molta fatica ad assumere la prospettiva degli altri, nel *role-taking* e nell'attivazione di comportamenti prosociali. Anche in questo caso si può incorrere all'insorgere di un disturbo post traumatico da stress (Lau, Kim, Tsui, Cheung, Lau, & Yu, 2005);

- in adolescenza possono essere presenti comportamenti aggressivi e disturbi della condotta. Le difficoltà scolastiche non sono rare e il rendimento è tendenzialmente basso (Myers, 2011). Per quanto riguarda l'umore è

possibile che insorga una depressione, inoltre, può verificarsi isolamento sociale. Soprattutto per quanto riguarda i maschi, può essere presente un uso improprio di sostanze (Danielson et al., 2009);

— in età adulta le conseguenze possono riguardare lo sviluppo di una devianza e disturbi del comportamento (Shen, 2009), lo sviluppo di depressione o disturbi dell'umore (Afifi, Brownridge, Cox, & Sareen, 2006; Griffin & Amodeo, 2010), l'uso di sostanze, soprattutto nel caso di individui di sesso maschile (Schuck & Widom, 2001; Danielson et al., 2009) e anche in questo caso il possibile sviluppo di un disturbo post traumatico da stress (Dovran et al., 2016).

1.2.2 / Le conseguenze del maltrattamento psicologico

Per quanto concerne le conseguenze del maltrattamento psicologico, in letteratura è stato riscontrato che:

— in età prescolare tali effetti riguardano una generale difficoltà della crescita, con presenza di enuresi ed encopresi (con un eventuale ritardo nel controllo sfinterico), una bassa autostima e senso di inefficacia (Marshall, 2012);

— in età scolare si può riscontrare lo sviluppo di una sindrome depressiva e di bassa autostima (Courtney & Kushwaha, 2008; De La Vega et al., 2011), comportamenti aggressivi, disturbi della condotta e ritiro sociale (Kim, Tajima, Herrenkohl, & Huang, 2009; Shaffer, Yates, & Egeland, 2009);

— in adolescenza può causare depressione e bassa autostima (Courtney et al., 2008), quindi, la percezione di sé risulta distorta e tendenzialmente negativa. Le competenze sociali sono scarse, i disturbi della condotta e l'utilizzo di sostanze stupefacenti sono, invece, frequenti (Kim et al., 2009; Rosenkranz, Muller, & Henderson, 2012). Fra le conseguenze è possibile identificare anche la disregolazione emotiva e comportamentale (Tanaka, Wekerle, Schmuck, & Paglia-Boak, 2011);

— in età adulta si assiste spesso a un aumento anche della sintomatologia a livello fisico (Hager & Runtz, 2012).

1.2.3 / Le conseguenze dell'abuso sessuale

Per quanto riguarda l'abuso sessuale, la letteratura riporta che:

— in età prescolare le conseguenze riguardano principalmente difficoltà relazionali e comportamentali, insorgenza di comportamenti sessualizzati (osservabili specialmente nel gioco spontaneo) e l'insorgenza del disturbo post traumatico da stress (Beltran, 2009);

— in età scolare si possono rilevare disturbi della condotta e comportamenti oppositivi-provocatori e sessualizzati (Beltran, 2009; Keiley et al.,

2001); l'autostima è prevalentemente bassa ed è possibile che si sviluppino disturbi depressivo e da stress post traumatico (Beltran, 2009; Lau et al., 2005);

— in adolescenza possono insorgere delinquenza e disturbi della condotta (Mersky & Reynolds, 2007); è frequente anche l'utilizzo di sostanze, che in questo caso si verificano principalmente nelle femmine, e promiscuità sessuale (Danielson et al., 2009). Anche in questo caso, fra le conseguenze, è stata individuata la possibile insorgenza di un disturbo post traumatico da stress (Lau et al., 2005);

— in età adulta le conseguenze incidono prevalentemente sulle competenze sociali, che risultano scarse (Bonomi et al., 2008), con l'insorgenza di depressione, disturbi d'ansia generalizzata, uso di sostanze e bassa autostima (Danielson et al., 2009; Kendler, Kuhn, & Prescott, 2004; McLean & Gallop, 2003; Widom, Du Mont, & Czaja, 2007). Oltre al disturbo post traumatico da stress può emergere anche un disturbo dissociativo dell'identità (Wingenfeld et al., 2011).

1.2.4 / Le conseguenze della violenza assistita

Riferendosi alla violenza assistita, in letteratura è possibile identificare che:

— in età prescolare le conseguenze riguardano principalmente l'insorgenza di deficit nella crescita staturale-ponderale, ritardi nello sviluppo psico-motorio, deficit visivi, danni allo sviluppo neuro-cognitivo, autostima bassa e deficit nelle competenze empatiche (Save the Children, 2021);

— in età scolare è possibile riscontrare difficoltà nell'instaurare e mantenere relazioni sociali, impulsività, difficoltà nel mantenere costante la concentrazione, bassa autostima, deficit nelle competenze empatiche e comportamenti adultizzati (Drei, 2008; Malacrea, 2006);

— in adolescenza le conseguenze incidono principalmente sullo sviluppo di disturbi del sonno, disturbi alimentari, depressione, tendenze e/o pensieri suicidari, e interiorizzazione di modelli disfunzionali di genere, dati dall'identificazione con la figura di attaccamento prevalentemente dello stesso sesso (Buccoliero & Soavi, 2018; Luberti, 2006; Mitchell & Mazzeo, 2005; Moretti, Obsuth, Odgers, & Reebye, 2006);

— in età adulta si può verificare una interiorizzazione del modello relazionale in cui l'affettività è connessa alla sopraffazione di un partner nei confronti dell'altro, viene accettato e giustificato l'utilizzo dell'aggressività e della violenza all'interno della relazione di coppia ed è molto presente una disuguaglianza di genere nella coppia (Cigoli & Gennari, 2008; Save the children, 2021).

1.2.5 /

Le conseguenze della patologia delle cure

Le principali conseguenze, individuate in letteratura rispetto alle forme di patologia nella somministrazione della cura sono:

- in età prescolare, sono state individuate innanzi tutto una difficoltà nella crescita e la presenza di ritardi del linguaggio, problemi di attaccamento, difficoltà relazionali e ricerca di affetto negli adulti estranei;
- con l'ingresso nel mondo scolastico il rendimento risulta tendenzialmente basso (Petrenko et al., 2012), le competenze sociali scarse ed è possibile riscontrare depressione e bassa autostima (Chapple, 2005), comportamenti ostili, aggressivi e adultizzati (Kim & Cicchetti, 2003);
- in adolescenza possono comparire apatia, passività, svogliatezza, ostilità e comportamenti aggressivi (Mersky & Reynolds, 2007). Le competenze sociali rimangono scarse e si può verificare ritiro sociale;
- in età adulta, oltre alla presenza possibile di depressione e ritiro sociale, è possibile riscontrare anche l'utilizzo di sostanze stupefacenti, soprattutto per quanto riguarda il genere femminile (Widom et al., 2007).

1.3 /

Incidenza del maltrattamento e abuso ai danni dell'infanzia, in Italia

Secondo un'indagine realizzata dal Cismai e da Terre des Hommes Italia nel 2021, ogni 1.000 minori, 45 sono seguiti dai servizi sociali, per un totale di 401.766. Un dato interessante evidenzia che i minorenni stranieri in carico ai Servizi sono il triplo rispetto a quelli italiani (su 1.000 minorenni, 23 sono stranieri e 7 sono italiani).

Per quanto riguarda il genere, i maschi minorenni, in carico ai servizi sociali, sono di più rispetto alle femmine: in Italia, infatti, ogni 1.000 minorenni maschi 46 sono in carico ai Servizi, mentre le femmine sono 42 su 1.000.

Per quanto riguarda l'età, questa indagine ha rilevato che il 54% dei minori in carico ai servizi rientra in un range di età che va dagli 11 ai 17 anni, mentre solo il 27% appartiene alla fascia che va dagli 0 ai 5 anni. Questo dato conferma la complessità e la difficoltà nel rilevare eventuali vulnerabilità in età precoci.

Di tutti i minori che sono seguiti dai servizi sociali italiani, 77.493 (14,3%) hanno subito almeno una forma di maltrattamento. Dai dati riportati per quanto riguarda le diverse forme di violenza, illustrate nel paragrafo 1.1 di questo capitolo, è possibile rilevare come la patologia nella somministrazione della cura sia la principale, presente nel 40,7% dei minori maltrattati e presi in carico dai Servizi Sociali, seguita dalla violenza assistita (32,4%), dal maltrattamento psicologico (14,1%), dal maltrattamento fisico (9,6%) e, in ultimo, dall'abuso sessuale (3,5%): secondo questa indagine nel 40% dei casi in cui il bambino è in carico ai Servizi per maltrattamento, è vittima di più forme di abuso contemporaneamente. Inoltre, dai dati emerge come nella maggioranza dei casi il maltrattamento abbia origine all'interno della famiglia (91,4%).

Un altro dato rilevante è quello che mostra la prevalenza degli enti che agiscono nel momento della segnalazione di un potenziale maltrattamento: nel 42,6% le segnalazioni provengono dall'Autorità Giudiziaria, seguita dall'ambiente familiare (17,9%); un ruolo fondamentale sembra essere giocato dai luoghi in cui i bambini passano

il tempo libero (a titolo ricreativo, sportivo o culturale), poiché le segnalazioni che provengono da queste realtà rappresentano il 17,8% del totale; infine dalla scuola provengono il 16,1% delle segnalazioni.



2 / Pensare per fattori di rischio e fattori di protezione

2.1 /

Cosa vuol dire pensare per fattori di rischio e protezione?

La complessità di interazioni reciproche fra i fattori, che intervengono nell'esistenza del sistema familiare, rende inequivocabile come situazioni che, a prima vista, sembrano ad alto rischio, non necessariamente comportino degli esiti maladattivi (Milani, Miragoli, Grumi, & Di Blasio, 2020). Andando a ricercare i fattori che creano vulnerabilità nel nucleo familiare, gli elementi che ne aumentano il disagio e la fragilità e quei fattori che, invece, vanno a promuovere processi di protezione, mettendo in moto dinamiche di resilienza, è possibile identificare, valutare e stimare l'effettivo rischio e il suo possibile impatto sul sistema famiglia (Miragoli & Verrocchio, 2008). Rischio e resilienza si intersecano, e ciò fa sì che l'esito del percorso di crescita dipenda da come il genitore fronteggia le condizioni stressanti e/o fonti di fragilità e da come, eventualmente, riesce ad utilizzare le criticità per produrre un cambiamento positivo di accrescimento e/o di rafforzamento personale (Di Blasio, 2005).

Infatti, la presenza o meno di esiti maladattivi non dipende unicamente dall'esistenza di una unica condizione sfavorevole, bensì da come i meccanismi associati al rischio si combinano tra loro e con il contesto reale di appartenenza (Miragoli & Verrocchio, 2008). Per spiegare meglio questo concetto fondamentale, verrà presentata di seguito la metafora dell'albero di Sroufe (1997):

Osservando la **fig. 1** (alla pagina seguente) è possibile notare un albero, con un tronco e dei rami che si slanciano verso diverse direzioni. Se si decide di seguire la strada del ramo A, è possibile notare come il ramo parte già molto sottile e debole per poi terminare brevemente e morire. Questo ramo rappresenta quelle situazioni umane in cui si parte da una condizione originaria di fragilità, la quale non migliora e viene confermata anche nello sviluppo. Se si segue il ramo B si può osservare un ramo che parte forte e finisce altrettanto forte, sano e germogliato; questo ramo è rappresenta-

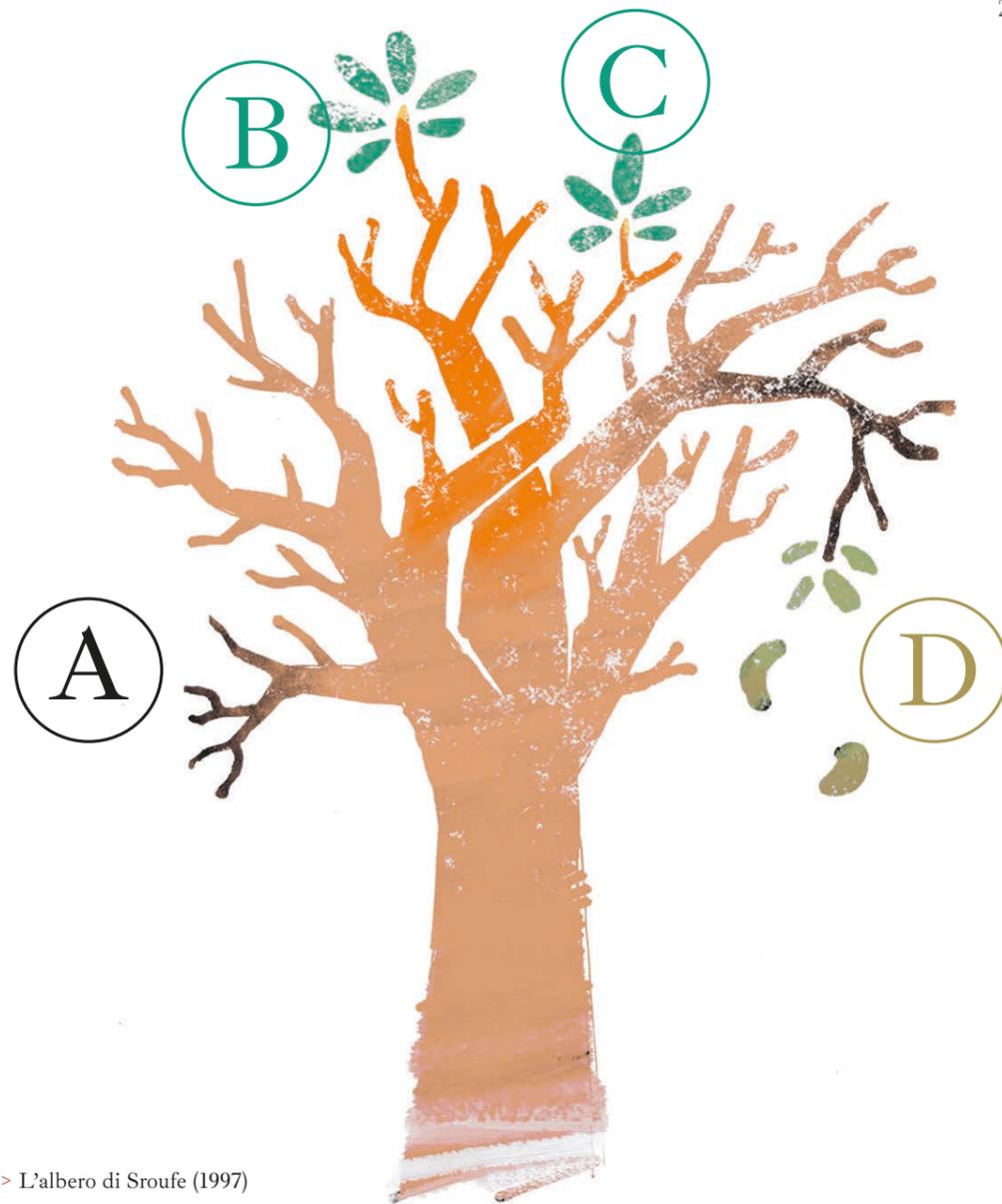


fig. 1 > L'albero di Sroufe (1997)

tivo di quelle situazioni in cui si parte da una condizione stabile e sana, che rimane omeostatica e invariata nel tempo. Se si segue il ramo C si può osservare, invece, un ramo che parte sottile e fragile, ma che si sviluppa in altezza, cresce e riesce a far germogliare delle foglie. Questo ramo è l'esemplificazione delle situazioni che partono da una condizione di vulnerabilità, ma che, utilizzando risorse individuali e ambientali, riescono a rinforzarsi e ad avere esiti di adattamento. Infine, il ramo D è un ramo che parte forte, spesso e sano, ma che, per via di intemperie, finisce per indebolirsi e per morire: quest'ultimo ramo indica le situazioni in cui la condizione di partenza è forte e favorevole, ma che con il tempo e con l'intervento di variabili interne o esterne, vanno a deteriorarsi (Sroufe, 1997).

A partire dalla metafora dell'albero di Sroufe (1997) è possibile comprendere meglio due concetti fondamentali, che stanno alla base della modalità di pensiero per fattori di rischio e fattori di protezione: l'equifinalità e la multifinalità, che stanno a indicare che le traiettorie di sviluppo non sono lineari e possono cambiare nel tempo. In particolare, il principio di multifinalità sostiene che da condizioni di partenza simili,

si possono generare esiti diversi; il principio di equifinalità, al contrario, riporta che da condizioni di partenza diverse o da funzionamenti iniziali opposti, si possono generare risultati simili.

Quando si prende in carico un minore e si analizza la sua situazione, sia in termini di fattori di rischio sia di fattori di protezione, è importante considerare non solo il nucleo familiare come contesto di vita e crescita, ma anche le altre relazioni e gli altri ambienti che influenzano il suo sviluppo. Infatti, quando si parla di fattori di rischio e fattori di protezione si parla principalmente di relazioni, sistemi e ambienti di vita oltre il contesto familiare. Secondo il modello ecologico ideato da Bronfenbrenner (1979) esistono quattro tipologie di sistemi concentrici, disposti in ordine gerarchico, i quali sono in interazione fra di loro attraverso le relazioni esistenti, che si distinguono in dirette e indirette. Viene riportata qui di seguito un'immagine esplicativa:

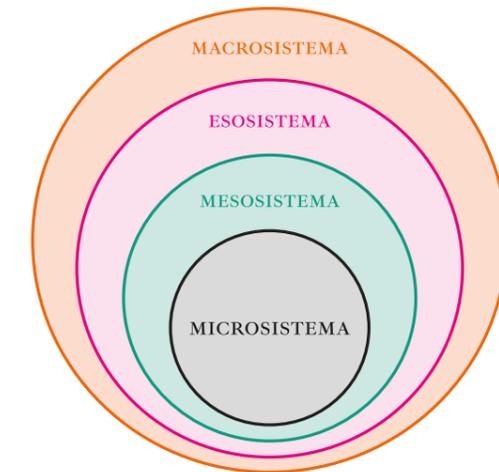


fig. 2 > Il modello ecologico di Bronfenbrenner (1979)

Il macrosistema, che rappresenta il cerchio contenitivo di tutti gli altri sistemi, è composto dalla cultura prevalente, le rappresentazioni sociali su un determinato fenomeno e dalle leggi e politiche. Subito dopo il macrosistema si colloca l'esosistema, che, per quanto riguarda l'ambito della tutela del minore, è costituito dalle istituzioni e dagli organismi che si occupano della protezione dell'infanzia (i Comuni, le Aziende Sanitarie e gli ospedali, ecc.). Il mesosistema è composto, invece, dalle risorse che sono presenti negli ambienti quotidiani in cui la famiglia è inserita (quindi la scuola, i servizi sociali, gli oratori, i servizi sanitari del territorio, i vicini di casa, gli enti sportivi, ecc.). Il microsistema, infine, è il sistema centrale, che è costituito da tutte quelle che possono essere considerate le proprietà peculiari del minore e della sua famiglia, e dalle loro risorse.

Secondo Bronfenbrenner (2002) il minore, pertanto, non è una "tabula rasa" modificata dall'ambiente, ma un essere dinamico in interazione reciproca con l'ambiente in cui vive; per questo motivo, secondo l'ecologia dello sviluppo umano, l'individuo si adatta progressivamente all'ambiente e viceversa. Il modello ecologico di Bronfenbrenner (1979) spiega in modo chiaro la necessità di adottare una visione sinergica e complessiva di tutti i sistemi implicati, che in modo diretto o indiretto influenzano lo sviluppo e il livello di benessere psicofisico dell'individuo. Quindi, nelle situazioni

di rischio potenziale o conclamato del minore di subire forme di maltrattamento e/o abuso, per una buona presa in carico, è necessario analizzare gli elementi che caratterizzano i diversi sistemi di vita del nucleo familiare, in modo tale da avere una visione complessiva sia dei fattori di rischio sia delle possibili risorse presenti nei diversi sistemi.

2.2 / La cornice teorica: il modello *process-oriented*

Il pensare per fattori di rischio e protezione ha portato alla realizzazione del Protocollo sui fattori di rischio e fattori protettivi nella valutazione delle competenze parentali, redatto da Di Blasio e collaboratori (2005), il quale verrà approfondito nell'ultima parte del capitolo. Questo protocollo si ispira all'approccio *process-oriented*, ideato da Cummings, David e Campbell (2000) per la psicopatologia dello sviluppo. Cummings e collaboratori (2000) sostengono che lo sviluppo umano è caratterizzato da influenze vicendevoli fra diversi fattori e contesti, in grado di determinare *pattern* (i.e. regolarità) che possono essere considerati adattivi o maladattivi. Il modello va oltre quelli che sono gli approcci semplicistici, basati solamente sull'analisi delle caratteristiche negative e disfunzionali, nel tentativo di fornire una spiegazione eziopatologica di un determinato fenomeno. Viene, invece, proposta una più completa analisi di tutti i processi che interagiscono fra di loro e che vanno ad aumentare il rischio e quelli che, invece, vanno a ridurlo. Si tratta di un approccio che tiene conto delle potenzialità e delle risorse residue del nucleo familiare, la cui influenza contrasta o riduce l'impatto dei fattori negativi, che mettono a rischio il minore di sviluppare maladattamento. Qui di seguito viene riportato il modello in modo tale da poterlo analizzare:

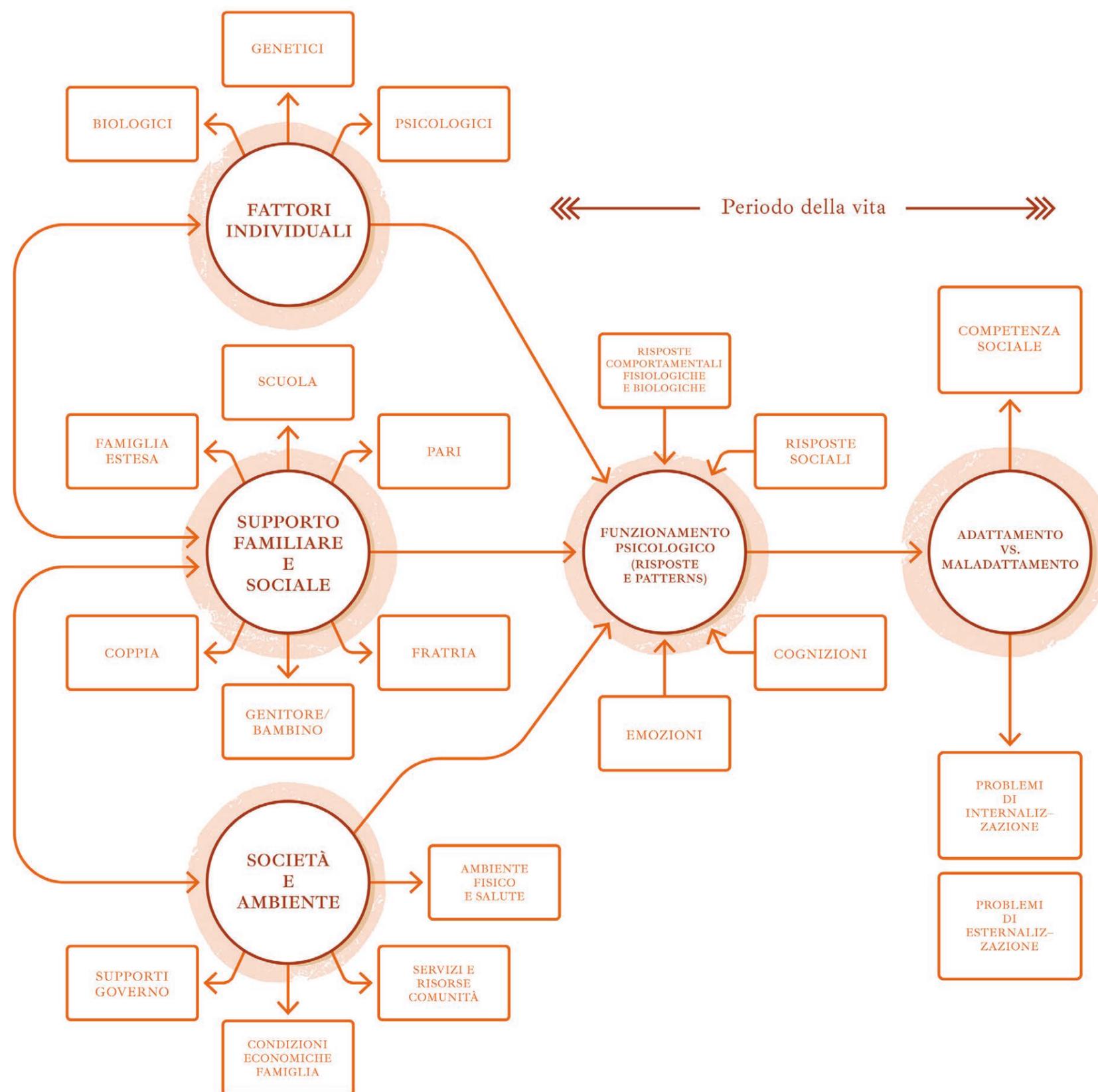


fig. 3 > Modello Process-Oriented (Cummings, Davies, Campbell 2000, adattato da Di Blasio, 2005; Milani et al., 2020 in Balvin & Christie, 2020).

La parte sinistra dello schema illustra il fondamentale contributo del corredo di fattori genetici, biologici e psicologici dell'individuo, la sua storia e/o le condizioni sociali o ambientali in cui vive. Questi fattori sono, a loro volta, in interazione con il funzionamento familiare e con l'apporto delle caratteristiche dell'ambiente e della società. Si tratta di elementi con potenziali effetti sul modo in cui gli individui svolgono il ruolo di genitori (Cummings, et al., 2000; Di Blasio, 2005).

Nella parte centrale è posizionato il funzionamento psicologico dei genitori. Il focus di questi fattori è relativo al «qui ed ora» dei processi e delle risposte individuali. Si tratta di un importante insieme di mediatori che agiscono fra i fattori del contesto e le possibili traiettorie adattive o maladattive. Le influenze dei fattori sono in continua transazione e, quindi, l'influenza di uno o più fattori non è lineare, ma occorre sempre considerare la dimensione del tempo, differenziando fra reazioni occasionali e ridondanze (Cummings, et al., 2000; Di Blasio, 2005).

Nella parte destra dello schema, è possibile identificare gli esiti eventuali: ovvero, la dimensione dell'adattamento o quella del maladattamento. Il primo è definito da una evidente prevalenza di fattori protettivi su quelli di rischio. Si tratta, quindi, di situazioni che vedono la presenza di genitori competenti, in grado di affrontare gli eventi negativi e/o stressanti, grazie alle risorse personali e a quelle ambientali. È importante precisare che la competenza genitoriale è un fattore sempre in mutamento, crescita e progressione, suscettibile alle variazioni delle relazioni, degli eventi e del tempo: pertanto, non può essere ricondotta a una variabile definibile a priori o a un dato acquisito (Pedrocco Biancardi, 2004). Infine, in basso è posta la dimensione temporale che connota le influenze fra tutti questi possibili fattori: il concetto di pluralismo evolutivo ci ricorda che le traiettorie di sviluppo non sono lineari, ma possono cambiare nel tempo (Cummings, et al., 2000; Di Blasio, 2005) come è stato spiegato anche attraverso la descrizione della metafora dell'albero (Sroufe, 1997).

2.3 / Fattori prossimali e fattori distali

Rimettendo in ordine i concetti presentati fino ad adesso, è possibile affermare quanto riportato da diversi studi presenti in letteratura: l'esclusiva considerazione dei fattori di rischio non è esaustiva nella spiegazione del maladattamento del minore, poiché la prospettiva secondo la quale ci sono delle cause dirette, prevedibili alle quali seguono conseguenze deterministiche è stata ampiamente disconfermata (Bastianoni & Bastianoni, 1993; Emiliani, 1995). Infatti, l'aver introdotto il concetto di resilienza nel panorama scientifico internazionale va a modificare sostanzialmente la classica concezione di rischio. La resilienza è definita in letteratura come un adattamento positivo, connotato da flessibilità, nonostante l'esistenza di condizioni avverse e stressanti (Luthar, 2003). La resilienza ha una natura dinamica, poiché dipende dall'azione dei fattori protettivi, i quali in relazione alla fase evolutiva, alla storia, alle caratteristiche peculiari di individui e ambiente agiscono per promuovere l'adattamento (Cummings et al., 2000). È fondamentale, a questo punto, introdurre il termine di risorse, intese come tutti quei fattori che vanno a rafforzare le competenze e le possibilità di adattamento dell'individuo e della famiglia (Di Blasio, 2005). L'identificazione precoce dei fattori di rischio e dei fattori di protezione, presenti nella famiglia, consente di andare a evidenziarne le risorse e le aree di vulnerabilità, per

consentire una più facile e precisa costruzione di un progetto ad hoc per il nucleo e i suoi membri (Di Blasio, 2005).

Non tutti i fattori di rischio esercitano una analoga influenza sui processi evolutivi individuali e familiari, per questo è importante distinguere quei fattori che svolgono un'influenza diretta sullo sviluppo da quelli che agiscono indirettamente. In questa prospettiva, Baldwin e colleghi (1990) introducono la differenza fra i fattori prossimali e i fattori distali di rischio. **Fattori di rischio distali:** sono quei fattori che vanno a identificare maggiormente il lato probabilistico del rischio e creano una condizione di vulnerabilità, aumentando le potenzialità del rischio. Questi fattori (per esempio, la povertà cronica, il basso livello di istruzione, la carenza di relazioni interpersonali e la sfiducia verso le norme sociali e le istituzioni) esercitano un'influenza indiretta, costituendo il terreno (l'humus) potenzialmente fertile per altri elementi dannosi, prossimi all'esperienza quotidiana. Questo sostrato di fragilità può essere sostanzialmente mitigato dalla presenza di fattori prossimali (di amplificazione del rischio) oppure mitigato nel caso in cui fossero presenti fattori prossimali di protezione. Pertanto, la mera presenza di fattori distali di rischio non crea, inevitabilmente, situazioni di pregiudizio o conseguenze dannose per il minore (Di Blasio, 2005);

- **fattori prossimali di amplificazione del rischio:** vengono definiti prossimali perché sono contigui alle esperienze relazionali quotidiane e riguardano caratteristiche dell'individuo o dell'ambiente di vita. Sono, dunque, quei fattori (per esempio, la devianza sociale dei genitori, l'abuso di sostanze, l'impulsività, la scarsa tolleranza alle frustrazioni, la gravidanza e la maternità non desiderata, i conflitti di coppia e la violenza domestica) che esercitano un'influenza diretta sulla traiettoria evolutiva degli individui e delle famiglie, e che sono in grado di esacerbare difficoltà e vulnerabilità pre-esistenti. L'influenza dei fattori prossimali di rischio agisce direttamente sul funzionamento del genitore e della famiglia, e può comportare la rottura dell'equilibrio familiare con conseguenti esiti dannosi per il benessere del bambino. Questi fattori hanno, inoltre, un potente effetto sulla funzionalità dei ruoli e delle relazioni, nonché su emozioni e comportamenti (Di Blasio, 2005);

- **fattori prossimali di riduzione del rischio:** la presenza di fattori prossimali di protezione può andare a contrastare l'effetto dei fattori distali e prossimali di amplificazione del rischio, poiché questi vanno a ridurre/mitigare il grado di vulnerabilità. Questi fattori hanno, pertanto, una valenza positiva e funzionale al benessere familiare e del minore: si tratta di elementi che attivano una processualità in termini di coping, una dinamica attiva di risorse che emergono o possono emergere, grazie a un intervento mirato degli operatori, facendo leva sulla costruzione e la forza di un desiderio di miglioramento, del ripristino della percezione di autoefficacia e dell'assunzione di responsabilità. Si tratta, dunque, di quelle risorse presenti nel quotidiano, che hanno il potere, soprattutto quando vengono potenziate all'interno dell'intervento, di mettere in atto un processo di resilienza che può modificare la traiettoria di sviluppo (Di Blasio, 2005; Milani, Miragoli, Grumi, & Di Blasio, 2020).



3 / Aree di rischio e aree di prevenzione nella valutazione del pregiudizio familiare

L'analisi delle aree di rischio e di protezione rappresenta un passo cruciale per comprendere il fenomeno del maltrattamento e dell'abuso all'infanzia. Infatti, la vulnerabilità e la complessità delle dinamiche familiari richiedono un'esplorazione approfondita delle variabili (individuali, relazionali e contestuali) che possono delineare situazioni di pregiudizio, ma anche delle possibili risorse interne e/o esterne al nucleo familiare. Questo paragrafo si propone da una parte di delineare le diverse sfaccettature di alcune aree di rischio, attraverso la presentazione del protocollo di valutazione CRIdée, utilizzato all'interno del progetto TenerAmente verso un'infanzia felice, dall'altra di descrivere un modello di presa in carico che possa contemplare non solo gli elementi di rischio, ma anche le eventuali risorse presenti attraverso il "Protocollo dei fattori di rischio e di protezione" (Di Blasio, 2005).

3.1 / Il progetto TenerAmente

Il protocollo di valutazione basato sul CAPI* (Child Abuse Potential Inventory; Milner, 1986; vers. It. Miragoli, Camisasca, & Di Blasio, 2015), utilizzato all'interno del progetto TenerAmente, è composto da cinque strumenti, ciascuno dei quali in grado di valutare importanti aree di rischio genitoriale nell'ambito del maltrattamento all'infanzia. In particolare, le cinque aree di rischio genitoriale e i relativi strumenti di misurazione sono (si veda **tabella 1**):

- la disregolazione emotiva, valutata attraverso la Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS; Gratz e Roemer, 2004; validazione italiana di Sighinolfi, Pala, Chiri, Marchetti, & Sica, 2010);
- la presenza di una sintomatologia depressiva, valutata attraverso il Beck Depression Inventory II (BDI II; Beck, Steer, & Brown, 1996; validazione italiana di Ghisi, Flebus, Montano, Sanavio, & Sica, 2006);
- lo stress genitoriale, valutato attraverso il Parenting Stress Index-Short Form (PSI-SF; Abidin, 1983; validazione italiana di Guarino, Di Blasio, D'Alessio, Camisasca, & Serantoni, 2008);

* Si tratta di un questionario ampiamente utilizzato nella letteratura internazionale per discriminare tra genitori a alto/basso rischio di perpetrare maltrattamento fisico sui figli. Si basa sulla quantificazione di alcuni fattori di rischio (stress genitoriale, disregolazione emotiva, rigidità educativa, problemi relazionali) in grado di delineare la propensione al maltrattamento da parte dei genitori.

- lo stile educativo genitoriale, valutato attraverso il Parenting Practice Questionnaire (PPQ; Robinson, Mandleco, Olsen, & Hart, 1995; traduzione italiana di Confalonieri & Giuliani, 2005);
- la mancanza di supporto sociale percepito, valutato attraverso la Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS; Zimet, Dahlem, Zimet, & Farley, 1988; validazione italiana di Prezza & Principato, 2002).

| Strumento | Riferimento bibliografico (versione italiana) |
|--|---|
| Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS) | Sighinolfi, C., Pala, A. N., Chiri, L. R., Marchetti, I., & Sica, C. (2010). Difficulties in emotion regulation scale (DERS): Traduzione e adattamento italiano. <i>Psicoterapia cognitiva e comportamentale</i> , 16(2), 141-170 |
| Beck Depression Inventory II (BDI II) | Ghisi, M., Flebus, G.B., Montano, A., Sanavio, E., & Sica, C. (2006). <i>Beck Depression Inventory-II. Manuale italiano</i> . Giunti Organizzazioni Speciali |
| Parenting Stress Index-Short Form (PSI-SF) | Guarino, A., Di Blasio, P., D'Alessio, M., Camisasca, E., & Serantoni, G. (2008). <i>Parenting Stress Index - Forma Breve</i> . Giunti Psychometrics |
| Parenting Practice Questionnaire (PPQ) | Confalonieri, E., & Giuliani, C. (2005). Parental child-rearing practices and psychological adjustment of pre-school and school children. <i>Eta Evolutiva</i> , 82, 67-73 |
| Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS) | Prezza, M., & Principato, M. C. (2002). La rete sociale e il sostegno sociale In: M. Prezza, & M. Santinello (Eds.) <i>Conoscere la comunità</i> (pp. 93-233). Il Mulino |

tabella 1 > Strumenti di valutazione delle aree di rischio genitoriale e relativi riferimenti bibliografici.

Nei paragrafi successivi segue la descrizione degli strumenti che compongono il protocollo di valutazione basato sul CAPI utilizzato dagli operatori all'interno del progetto TenerAmente verso un'infanzia felice e dei costrutti che questi indagano. L'obiettivo è di far emergere l'importanza dell'analisi delle variabili citate pocanzi nel contesto di prevenzione delle diverse forme di maltrattamento e abuso all'infanzia.

3.1.1 / Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS)

In letteratura la regolazione emotiva si definisce come un insieme di processi che consistono nell'attenuazione, intensificazione e/o mantenimento di una specifica emozione (Gross, 2007; Sighinolfi et al., 2010). L'individuo, infatti, è in costante interazione con l'ambiente esterno, che gli richiede peculiarmente differenti compiti, uno dei quali consiste proprio nella capacità di regolare le

proprie emozioni e la loro espressione: un *deficit* nella capacità di modulazione delle emozioni rappresenta la base per numerosi problemi psicologici, per difficoltà a livello relazionale, e, in generale, per il benessere dell'individuo (Gratz & Roemer, 2004; Gross, 2007).

La promozione di emozioni positive ed utili e la gestione di emozioni negative e dolorose sono due fondamentali aspetti nel campo della regolazione emotiva. Infatti, le emozioni hanno diverse funzioni interne (come adattare uno stile cognitivo a richieste contestuali, facilitare i processi decisionali, promuovere l'apprendimento, ecc.) e funzioni sociali (come fornire informazioni relative le intenzioni comportamenti; cfr. Miragoli, Milani, Di Blasio, & Camisasca, 2020). La natura funzionale delle emozioni, siano esse positive o negative, ci permette di comprendere quanto la mancata capacità di esperire, differenziare e rispondere ai vissuti emotivi risulti disadattiva, tanto quanto una scarsa capacità di regolazione e modulazione delle emozioni negative rilevanti (Sighinolfi et al., 2010). Deficit a livello di regolazione emotiva sono stati riscontrati in merito a numerose e differenti problematiche e disturbi psicologici, come la depressione e l'ansia, l'abuso di alcol, il Disturbo Borderline di Personalità, il Disturbo da Deficit di Attenzione e Iperattività, i disturbi del comportamento alimentare (bulimia e binge-eating) (Sighinolfi et al., 2010). Difficoltà a livello di regolazione emotiva sono associate anche a stili genitoriali inadeguati, caratterizzati da comportamenti aggressivi e a rischio di maltrattamento fisico nei confronti dei figli: in particolare, le interazioni quotidiane con i propri figli di genitori maltrattanti (o a rischio) sono altamente stressanti e caratterizzate da importanti affetti negativi, come depressione, rabbia ed ansia (Miragoli et al., 2020). La letteratura (Milner, 1993, 2003) suggerisce, infatti, che la disregolazione delle emozioni dei genitori può rappresentare un fattore in grado di influenzare i processi di percezione, interpretazione ed attribuzione del comportamento del bambino. Infatti, genitori maltrattanti (o a rischio), paragonati a genitori non maltrattanti, falliscono nella percezione e nell'interpretazione oggettiva dei comportamenti del bambino, attribuendogli intenzioni stabili, ostili e provocatorie: nei genitori maltrattanti (o a rischio), quindi, la disregolazione emotiva può rappresentare non solo l'incapacità a modulare le emozioni negative e stressanti, ma anche una strategia di coping nei confronti del distress emotivo nelle interazioni genitore-figlio (Miragoli et al., 2020).

La regolazione emotiva è, quindi, un aspetto fondamentale da considerare nella valutazione del rischio di maltrattamento infantile e la *Difficulties in Emotion Regulation Scale* (DERS; Gratz & Roemer, 2004; validazione italiana di Sighinolfi et al., 2010) rappresenta un utile strumento self report volto proprio a misurare le difficoltà, rilevanti clinicamente, nella regolazione delle emozioni negative.

In particolare, la versione italiana della DERS è composta da 33 item che si configurano in sottoscale che riflettono le dimensioni individuate in letteratura come significative:

— **1. la mancanza di accettazione della risposta emotiva** (6 item): la tendenza a provare emozioni negative in risposta ad una emozione negativa

primaria, oltre che le difficoltà individuale ad accettare l'emozione negativa provata;

— **2. la difficoltà a distrarsi dall'emozione negativa e nell'eseguire comportamenti alternativi** (5 item): la difficoltà nel completare il proprio lavoro o a concentrarsi quando si provano emozioni negative, a causa dell'*arousal* connesso e della conseguente tendenza a monopolizzare tutte le risorse attentive individuali. In particolare, un deficit a questo livello implica l'impossibilità a perseguire un comportamento volto ad un obiettivo: infatti, la capacità di distrarsi dall'emozione negativa è certamente un processo rilevante, in grado di favorire strategie di *coping* adattivo per la soluzione e l'accettazione dei problemi, costituendo di fatto un fattore di protezione dallo stress;

— **3. la mancanza di fiducia nelle proprie abilità di regolazione emotiva** (8 item): il livello di fiducia dell'individuo riguardo le capacità personali di gestire e modulare le proprie emozioni negative;

— **4. la difficoltà nel controllo dei comportamenti** (6 item): la difficoltà a mantenere il controllo sui propri comportamenti quando si provano emozioni negative;

— **5. la difficoltà nel riconoscimento dell'emozione esperita** (5 item): il grado in cui un individuo riconosce l'emozione che sta provando e sa etichettarla correttamente;

— **6. la ridotta autoconsapevolezza emotiva** (3 item): il grado di attenzione prestata al proprio stato emotivo.

3.1.2 /

Beck Depression Inventory - II (BDI-II)

Secondo la quinta edizione del Manuale Statistico Diagnostico dei Disturbi Mentali (DSM-5) dell'American Psychiatric Association (APA, 2013), la condizione depressiva è uno stato di sofferenza soggettiva che rimanda a specifiche modalità di funzionamento psichico, in cui convergono diversi sintomi: quelli emotivo-affettivi (per esempio, umore depresso, perdita di interesse e delle possibilità di piacere, sentimenti di impotenza e disperazione, colpa, vergogna, inutilità, indegnità ed inferiorità), i sintomi cognitivi (per esempio, pensieri a contenuto negativo su di sé, una visione negativa del mondo e della vita, aspettative negative sul futuro ed idee di suicidio), rallentamento psicomotorio e i sintomi neurovegetativi (per esempio, insonnia e riduzione dell'appetito) e, infine, i sintomi fisici (per esempio, dolori, astenia e disturbi gastrointestinali). La depressione è, quindi, classificata come un disturbo dell'umore, caratterizzato da diversi sintomi, in grado di compromettere significativamente il funzionamento generale dell'individuo che ne soffre, la sua vita sociale e lavorativa (APA, 2013). In particolare, i disturbi mentali si associano a difficoltà legate alle attività quotidiane, al lavoro, alle relazioni sociali e familiari (Verrocchio, 2012). La letteratura (Bailey et al., 2013; Vostanis et al., 2006) mostra che la psicopatologia depressiva del genitore si associa a diverse problematiche nell'ambito dell'esercizio della genitorialità, tra cui: la mancanza di fiducia nelle proprie competenze genitoriali, un elevato stress nell'esercizio della genitorialità, la manifestazione

di condotte maltrattamenti, trascuranti e/o abusanti (Barth, 2009; Black et al., 2001; Smith, 2004).

Per queste ragioni, la presenza di sintomi depressivi nelle figure genitoriali deve essere presa in considerazione nell'analisi del rischio per il minore di subire maltrattamento. Il Beck Depression Inventory, seconda edizione (BDI-II; Beck et al., 1996; validazione italiana di Ghisi et al., 2006), è uno strumento self report composto da 21 item, volto a rilevare la presenza e la gravità dei sintomi depressivi (nelle componenti affettive, cognitive, motivazionali e psicomotorie) in adulti e adolescenti (dall'età di 13 anni), basandosi sui criteri per la diagnosi dei disturbi depressivi, elencati nella quarta versione del Manuale Statistico e Diagnostico dei Disturbi Mentali (DSM-IV) de l'American Psychiatric Association (1994):

- **1. sottoscala somatica-affettiva** (12 item): riguarda i sintomi somatici affettivi della depressione, come la perdita di piacere, il pianto, l'agitazione, la perdita di interessi, l'indecisione, la perdita di energia, i cambiamenti nel ritmo del sonno, l'irritabilità, la mancanza di appetito, di concentrazione, la fatica, la perdita interesse sessuale;
- **2. sottoscala cognitiva** (9 item): riguarda i sintomi cognitivi della depressione, come la tristezza, il pessimismo, il senso di fallimento, la presenza di sensi di colpa, i sentimenti di punizione, la bassa autostima, l'autocritica, le idee suicidarie, il senso di inutilità.

3.1.3 /

Parenting Stress Index-Short Form (PSI-SF)

Lo stress genitoriale viene definito da Abidin (1995) come il risultato della disparità, che ogni genitore percepisce, tra le richieste da parte dei figli e le proprie capacità di potervi rispondere in modo adeguato ed efficace. In particolare, l'autore evidenzia le tre dimensioni attraverso cui si delinea lo stress genitoriale: 1) il senso di incompetenza e il sentirsi inadeguati nell'adempimento del ruolo genitoriale; 2) la percezione di avere una relazione non funzionale e soddisfacente con il proprio figlio, che porta il genitore a percepire quest'ultimo come un elemento negativo; 3) l'incapacità di tollerare le frustrazioni che derivano dalla percezione del comportamento del figlio come difficile, incontrollabile ed ingestibile. In particolare, per quanto riguarda quest'ultima dimensione, il genitore percepisce di aver uno scarso controllo sul figlio, che viene vissuto come provocatorio e particolarmente esigente, quindi più "difficile" da gestire di quanto sia in realtà (Creasey & Reese, 1996; Francis & Wolfe, 2008).

Abidin (1995) sostiene che lo stress sperimentato da un genitore possa emergere in relazione alle:

- caratteristiche del genitore, come le caratteristiche di personalità e/o l'eventuale presenza di psicopatologie;
- caratteristiche del bambino, come i fattori temperamentali e/o gli elementi relazionali che interagiscono con la personalità del genitore e le sue competenze;

- variabili situazionali correlate con la genitorialità (come la perdita del lavoro o la morte di un parente stretto, ecc.), che possono rendere il compito genitoriale più difficile ed accentuare i problemi nelle interazioni familiari e caregiver-bambino.

Lo stress nel sistema genitoriale, durante i primi tre anni di vita del bambino, è specialmente critico in relazione allo sviluppo emotivo e comportamentale di quest'ultimo e allo sviluppo della relazione genitore-figlio (Bowlby 1969; Deater-Deckard & Petrill 2004; Rohner e Britner, 2002). Molti studi (Crouch & Behl, 2001; Crum & Moreland, 2017; Haskett et al., 2003; Rodriguez, Baker, Pu, & Tucker, 2017; Rodriguez, Silvia, & Gaskin, 2017; Tucker, Rodriguez, & Baker, 2017) hanno documentato una sostanziale relazione tra *parenting stress* e rischio di maltrattamento nei confronti dei minori: infatti, rispetto ai genitori non maltrattanti, i genitori maltrattanti (o a rischio) riportano significativi e più alti livelli di stress (Francis & Wolfe, 2008; Holden & Banez, 1996; Miragoli, Balzarotti, Camisasca, Di Blasio, 2018; Whipple & Webster-Stratton, 1991).

Data questa premessa, si comprende l'importanza di identificare precocemente i sistemi relazionali genitore-bambino connotati da forte stress e il *Parenting Stress Index* (PSI; Abidin, 1983; validazione italiana di Guarino et al., 2008) è uno strumento sviluppato da Abidin (1983) proprio in risposta a questo bisogno. La versione italiana è una forma breve costituita da 36 item, suddivisi in 3 sottoscale, ciascuna delle quali misura un aspetto specifico dello stress genitoriale:

- **1.** la sottoscala "**Distress genitoriale**" (12 item) definisce il livello di stress che un genitore sperimenta nel suo ruolo genitoriale, inteso come derivante da fattori personali direttamente collegati a tale ruolo. Le componenti di stress associate a questa sottoscala sono:
 - il ridotto senso di competenza genitoriale;
 - gli stress associati alle restrizioni poste su altri ruoli sociali;
 - il conflitto con l'altro genitore del bambino;
 - la mancanza di un supporto sociale e la presenza di depressione (elementi potenzialmente connessi ad una genitorialità non sempre adeguata);
- **2.** la sottoscala "**Interazione genitore-bambino disfunzionale**" (12 item) si focalizza sulla percezione delle interazioni con il figlio come non funzionali e soddisfacenti;
- **3.** la sottoscala "**Bambino difficile**" (12 item) analizza alcune delle caratteristiche fondamentali del comportamento del bambino, che lo rendono facile o difficile da gestire per i genitori. Queste caratteristiche hanno spesso origine dal temperamento, ma includono anche comportamenti di sfida, disobbedienza e comportamenti richiestivi (Breen & Barkley, 1988; Goldberg et al., 1990; Webster-Stratton, 1988).

3.1.4 /

Parent Practice Questionnaire (PPQ)

Con stile educativo ci si riferisce non solo all'insieme di pratiche che la figura genitoriale mette in atto per educare il figlio, ma anche al clima emotivo attraverso il quale il genitore interagisce con il figlio all'interno della relazione educativa (Durbin, Darling, Steinberg, & Brown, 1993). In particolare, Baumrind (1971) individua tre stili educativi, sulla base dei comportamenti adottati dai genitori nei confronti dei propri figli, considerando due diverse dimensioni: il livello di controllo e il livello di supporto. Il livello di controllo concerne le pressioni esercitate dai genitori per elicitare i comportamenti desiderati dei figli, mentre il livello di supporto si riferisce al sostegno e alla vicinanza mostrati dai genitori per soddisfare i bisogni dei figli. Dall'interazione di questi due aspetti emergono i seguenti stili educativi:

- **stile educativo autorevole (alto controllo e alto supporto genitoriale):** il genitore stabilisce delle regole, ma riconosce l'importanza di modularle attraverso un costante dialogo con il figlio. La violazione delle norme comporta punizioni adeguatamente motivate e giustificate dai genitori: l'obiettivo del genitore autorevole è di guidare i figli attraverso il dialogo, la razionalizzazione delle regole e la valorizzazione dell'autonomia, senza che però vengano erosi l'autorità e il ruolo genitoriale;
- **stile educativo autoritario (alto controllo e basso supporto genitoriale):** il genitore impone regole in modo intransigente, basandosi sul controllo esterno piuttosto che sull'insegnamento dell'autocontrollo e dell'autoregolazione. Gli obiettivi sono il rispetto acritico dell'autorità esterna, concepita come fonte di verità assoluta, e l'eliminazione di comportamenti indesiderati. Inoltre, la violazione delle norme comporta la punizione;
- **stile educativo permissivo (basso controllo e alto supporto genitoriale):** il genitore non impone le regole, ma si limita a soddisfare le richieste del figlio, escludendo ogni forma di controllo e disciplina. Il genitore permissivo tende ad accettare e approvare il comportamento del figlio senza cercare di capirne le origini o le radici, mostrando competenze non adeguate ed efficaci per controllare il comportamento dei figli. Infatti, il genitore permissivo non ha alcuna aspettativa significativa sui figli, considerando più importante concedere loro totale autonomia.

Gli stili educativi dei genitori lasciano un'impronta significativa sulla personalità dei figli, (Pellerin, 2005) e Baumrind (1966, 1996) sottolinea come la genitorialità autorevole sia comunemente intesa come il modello ottimale, mentre gli approcci permissivo ed autoritario siano spesso etichettati come strategie disfunzionali nell'educazione dei figli. In particolare, la genitorialità autoritaria sembra predisporre il minore ad un rischio più elevato di subire maltrattamento fisico, rispetto allo stile educativo permissivo o autorevole (Haskett et al., 1995; Margolin, 2003); mentre una genitorialità permissiva, caratterizzata da un basso livello di controllo, risulta essere maggiormente associata a forme di trascuratezza (Rodriguez, 2010).

Lo stile educativo è, quindi, un elemento da considerare nella valutazione del ri-

schio di maltrattamento. Per queste ragioni, partendo dalla teoria di Baumrind (1971), Robinson e collaboratori hanno sviluppato uno strumento self report, il *Parenting Practice Questionnaire* (PPQ; Robinson et al., 1995; traduzione italiana di Confalonieri & Giuliani, 2005) con lo scopo di ottenere uno strumento per valutare lo stile parentale. La versione italiana è composta da 40 item: 16 sono relativi allo stile genitoriale autorevole, 8 allo stile autoritario e 8 allo stile educativo di tipo permissivo.

3.1.5 /

Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS)

Il supporto sociale si configura come una forma d'aiuto per generare esperienze emotive positive, riducendo gli effetti negativi dello stress, aumentando l'autostima e il senso di controllo sull'ambiente (Pearlin, Lieberman, Menaghan, & Mullan, 1981). Può essere definito come una vera e propria risorsa, che agisce come meccanismo di coping fra eventi di vita stressanti e lo sviluppo di sintomi di natura fisica e/o psicologica (Busoni & Di Fabio, 2008). In questo modo, il supporto sociale diventa una forma di *coping assistance*, come definito da Thoits (1986). In altre parole, il supporto sociale aiuta le persone a far fronte agli eventi avversi e alle situazioni stressanti, modificando la situazione stessa, il significato attribuito e/o la reazione emotiva ad essa. Alcuni autori (Folgheraiter & Cappelletti, 2011; Serbati, 2016) evidenziano che nel campo del lavoro con le famiglie è importante distinguere tra:

- **il supporto sociale formale**, erogato da professionisti ed operatori sociali in contesti istituzionali, con l'obiettivo di sostituire o migliorare il supporto sociale delle famiglie;
- **il supporto sociale informale**, fornito nell'ambito di relazioni, rapporti ed attività non istituzionali, bensì della vita quotidiana.

Di Blasio (2005) sostiene che una rete di supporto (familiare ed amicale) è un fattore di protezione quando si qualifica in termini di fiducia, confidenza e supporto, permettendo la condivisione delle esperienze intime e delle emozioni; al contrario, la presenza di una rete puramente "strumentale", vuota e non basata su una dimensione affettiva e di scambio comunicativo, non rappresenta una risorsa, che può essere fonte di resilienza. Spesso, la ricchezza della rete interpersonale supportiva è correlata con buone competenze sociali nel genitore, permettendogli di fornire ai figli una testimonianza di relazioni interpersonali, anche non basate su legami di parentela, ma comunque caratterizzate da comunanza di interessi, solidarietà e possibilità di fiducia negli altri (Di Blasio, 2005). In letteratura lo strumento tradizionalmente usato per rilevare il supporto sociale come costruito multidimensionale è la *Multidimensional Scale of Perceived Social Support* (MSPSS; Zimet et al., 1988; validazione italiana di Prezza & Principato, 2012). Si tratta di uno strumento self report che permette di misurare la percezione soggettiva dell'adeguatezza del supporto sociale in relazione a tre aree rispettando la natura multidimensionale del costruito rispetto le aree che lo compongono e lo rendono tale: famiglia, amici, altri significativi. In par-

ticolare, la versione italiana dello strumento è formata da 12 item: 4 esplorano la dimensione “famiglia”, 4 quella relativa agli “amici”, e 4 misurano la dimensione “altri significativi”.

3.2 / Il Protocollo Fattori di Rischio e Fattori di Protezione

Il Protocollo dei Fattori di Rischio e Fattori di Protezione (Di Blasio, 2005) nasce direttamente dall’esperienza di clinica e di ricerca nell’area della prevenzione e della valutazione delle famiglie e dei minori, vittime di diverse forme di violenza e maltrattamento. La cornice teorica entro cui inserire questo strumento è il modello *process-oriented* di Cummings e colleghi (2000), descritto nel paragrafo 2.2 di questo capitolo.

Di Blasio (2005) sottolinea che la concezione di presa in carico di un nucleo familiare basata sui fattori di rischio e sui fattori di protezione permette di far emergere non solo gli aspetti che danneggiano la sicurezza del minore, ma anche le eventuali risorse che possono essere attivate per contrastare l’impatto dei fattori di rischio. La condizione della famiglia presa in carico deve essere, quindi, valutata su un *continuum* di gravità e di rischio, lasciandosi alle spalle una modalità di valutazione polarizzata, che porta invece ad una lettura semplicistica e superficiale della situazione. Pertanto, lo scopo principale dello strumento è aiutare i professionisti nel complesso processo di decisione ed intervento con famiglie a rischio e nella articolata valutazione di elementi individuali, familiari e contestuali che entrano in gioco nelle condizioni di pregiudizio.

3.2.1 / La struttura del Protocollo

Di Blasio (2005) descrive la struttura del Protocollo, che si presenta come una scheda che l’operatore può compilare per analizzare la situazione del nucleo familiare seguendo la concezione di presa in carico basata sui fattori di rischio e di protezione. In particolare, il Protocollo è formato da due dimensioni interconnesse: **la prima dimensione riguarda le aree di indagine** che normalmente sono **oggetto di interesse ed approfondimento da parte dei Servizi Sociali**. È previsto poi uno spazio in cui l’operatore deve inserire le informazioni biografiche dei singoli individui, quelle relative al nucleo familiare, non dimenticando di integrare anche gli elementi sociali e contestuali utili a comprendere il funzionamento della famiglia presa in carico. **La seconda dimensione è invece di tipo valutativo**: sono presenti tre tabelle, la prima per i fattori distali di rischio, la seconda per i fattori prossimali di rischio e infine la terza dedicata ai fattori prossimali di protezione, in cui l’operatore può segnare quali elementi sono presenti, assenti o probabilmente presenti in riferimento a ciascuna figura genitoriale. In questo modo è possibile avere una fotografia della situazione familiare per poter procedere con un intervento basato sui bisogni reali, potenziando le eventuali risorse nell’ottica di minimizzare l’impatto dei fattori di rischio e di preservare il benessere psico-fisico del minore. Riprendendo la teorizzazione proposta da Baldwin (1990) e descritta nel paragrafo 2.3 di questo capitolo, il Protocollo presenta **36 fattori** suddivisi in questo modo:

— **Il fattori distali di rischio**: povertà cronica, basso livello di istruzione, giovane età della madre, carenza delle relazioni interpersonali, carenza di reti e integrazione sociale, famiglia monoparentale, esperienza di rifiuto, violenza o abuso subiti in infanzia da parte dei genitori, sfiducia verso le norme sociali e le istituzioni, accettazione della violenza come pratica educativa da parte dei genitori, accettazione della pornografia infantile da parte dei genitori, scarse conoscenze e non interesse per lo sviluppo del bambino.

Di questi alcuni fattori sono definiti come aspecifici, in quanto presenti in quei nuclei familiari che soffrono per forme diffuse di disagio (psicologico e/o sociale), connotati da difficoltà esistenziali ed esperienze negative, pur non caratterizzando un rischio concreto se presenti da soli. Altri fattori (esperienze negative e di rifiuto subite in infanzia; accettazione della violenza come pratica educativa; accettazione della pornografia infantile) sono invece definiti come specifici, poiché il loro effetto, quando presenti, è altamente caratterizzante quelle situazioni familiari connotate da violenza, maltrattamenti e pregiudizio per i minori;

— **14 fattori prossimali di rischio**: psicopatologia dei genitori, devianza sociale dei genitori, abuso di sostanze dei genitori, debole o nulla capacità di assunzione di responsabilità, sindrome da risarcimento, distorsione delle capacità empatiche nei genitori, impulsività, scarsa tolleranza alle frustrazioni, ansia da separazione, gravidanza e maternità non desiderate, relazioni difficili con la famiglia d’origine, conflitti di coppia/violenza domestica, malattie fisiche alla nascita (nel bambino/a), temperamento difficile (del bambino/a);

— **Il fattori prossimali di protezione**: sentimenti di inadeguatezza per la dipendenza dai servizi, rielaborazione del rifiuto subito in infanzia, capacità empatiche, capacità di assunzione delle responsabilità, desiderio di migliorarsi, autonomia personale, buon livello di autostima, relazione attuale soddisfacente con un membro della famiglia d’origine, rete di supporto amicale o parentale, capacità di gestire i conflitti, temperamento facile.

L’utilizzo del Protocollo, inoltre, consente di approfondire i fattori di rischio e di protezione specifici di situazioni di pregiudizio, rispetto a **quattro aree**:

- relazioni di coppia e genitori;
- padre/madre;
- famiglie d’origine e rete sociale;
- figli.

La **tabella 2** (alla pagina seguente) mostra i fattori distali di rischio e i fattori prossimali di rischio e di protezione in relazione alle quattro aree di indagine appena citate.

| | Relazioni di coppia e genitori | Padre/madre | Famiglia di origine e rete sociale | Figli |
|-------------------------------|--|--|---|---|
| Fattori distali di rischio | <ul style="list-style-type: none"> Povertà cronica Basso livello di istruzione Famiglia monoparentale Accettazione della violenza come pratica educativa da parte dei genitori Accettazione della pornografia infantile da parte dei genitori | <ul style="list-style-type: none"> Giovane età della madre Esperienze di rifiuto, violenza o abuso subite in infanzia da parte dei genitori | <ul style="list-style-type: none"> Carenza di relazioni interpersonali Carenza di reti e integrazione sociale Sfiducia verso le norme sociali e le istituzioni | <ul style="list-style-type: none"> Scarse conoscenze e non interesse per lo sviluppo del bambino |
| Fattori prossimali di rischio | <ul style="list-style-type: none"> Gravidanza e maternità non desiderate Conflitti di coppia/violenza domestica | <ul style="list-style-type: none"> Psicopatologia dei genitori Devianza sociale dei genitori Abuso di sostanze dei genitori Debole o nulla capacità di assunzione di responsabilità Sindrome da risarcimento Distorsione delle capacità empatiche nei genitori Impulsività Scarsa tolleranza alle frustrazioni Ansia da separazione | <ul style="list-style-type: none"> Relazioni difficili con la famiglia d'origine | <ul style="list-style-type: none"> Malattie fisiche alla nascita (nel bambino/a) Temperamento difficile (del bambino/a) |
| Fattori di protezione | <ul style="list-style-type: none"> Sentimenti di inadeguatezza per la dipendenza dai servizi Capacità di gestire i conflitti | <ul style="list-style-type: none"> Rielaborazione del rifiuto e della violenza subiti in infanzia da parte dei genitori Capacità empatiche Capacità di assunzione delle responsabilità Desiderio di migliorarsi Autonomia personale Buon livello di autostima | <ul style="list-style-type: none"> Relazione attuale soddisfacente almeno con un elemento della famiglia di origine Rete di supporto parentale o amicale | <ul style="list-style-type: none"> Temperamento facile (del/la bambino/a) |

tabella 2 > Fattori e aree di indagine.

Adottando questa modalità di pensiero e di lavoro, si considerano quindi non solo le dinamiche di rischio (date da specifici elementi negativi), ma anche le possibili risorse interne ed esterne al nucleo familiare, che, se attivate, possono avviare un processo di resilienza proficuo. Pertanto, il rischio smette di essere letto solo come un evento negativo, ma inizia ad essere considerato un evento critico, ovvero un momento caratterizzato da incertezza, mancanza di equilibrio nelle relazioni che non è per forza predittivo di un esito negativo (Di Blasio, 2005).

3.2.2 /

I possibili percorsi di intervento

L'intento valutativo del Protocollo confluisce nella costruzione di un progetto *ad hoc* per la famiglia ed i suoi membri, con importanti potenzialità preventive, individuando precocemente possibili aree di rischio su cui intervenire.

Nello specifico, dalla valutazione del nucleo familiare fatta attraverso la compilazione del Protocollo, si possono configurare 3 diversi scenari (Di Blasio, 2005):

— **Prevalenza di fattori protettivi:** in questi casi gli operatori sono chiamati ad introdurre azioni di aiuto e sostegno al minore e alla famiglia, facendo leva sulle risorse presenti all'interno o all'esterno del nucleo familiare. Di Blasio (2005) evidenzia che situazioni appartenenti a questa tipologia di intervento possono riguardare famiglie in difficoltà economica oppure che hanno dovuto affrontare un evento traumatico improvviso, che momentaneamente ha messo in crisi l'equilibrio del nucleo familiare, in cui però sussistono risorse che possono essere utilizzate per sopperire alla carenza di competenze genitoriali adeguate. In particolare, si tratta di situazioni caratterizzate da genitori che si relazionano con i Servizi in modo positivo, perché consapevoli di avere bisogno di aiuto e supporto in quel particolare momento, e che sono in grado di assumersi delle responsabilità, manifestando il desiderio di poter migliorare la propria condizione familiare. I fattori prossimali di protezione presenti si configurano come elementi efficaci nel promuovere la resilienza e permettono agli operatori dei Servizi di lavorare con la famiglia in un clima di collaborazione, supporto e consenso.

— **Compresenza di fattori distali e prossimali di rischio, ma anche di fattori protettivi:** si tratta di nuclei familiari in cui i fattori di rischio (distali e prossimali) non sono compensati sufficientemente dai fattori di protezione, che non riescono a modularne l'impatto negativo. In questi casi, i Servizi hanno il compito di proteggere il minore, potenziare le risorse familiari, per far sì che riescano a modificare l'impatto negativo dei fattori di rischio, ed attuare un'azione di monitoraggio continuo del minore e della famiglia. Di Blasio (2005) sottolinea come rientrino in questa tipologia le famiglie a rischio, nelle quali per la coppia genitoriale risulta difficile attivare competenze genitoriali adeguate proprio in mancanza di risorse.

All'interno del processo valutativo, in primo luogo, il Servizio deve analizzare se il nucleo familiare sia in grado di accogliere il supporto predisposto in sede di progettazione di intervento, per comprendere se gli aiuti saranno ben utilizzati e potranno garantire effettivamente la sicurezza del minore, in termini di riduzione progressiva/eliminazione del rischio e, quindi, di creazione di condizioni adeguate per il suo sviluppo psico-fisico. In secondo luogo, il Servizio deve monitorare costantemente la situazione familiare, per valutare l'evoluzione del nucleo familiare durante il periodo di presa in carico, riponendo negli utenti aspettative realistiche, ma elevate, che possano diventare attivatrici di resilienza. Infine, è fondamentale ricordare che in questi casi i fattori di rischio non vanno dimenticati, solo perché sono presenti dei fattori di protezione, ma devono essere considerati, analizzati e ben definiti per attivare le giuste risorse compensative, al fine di poter spiegare in modo chiaro alla famiglia quali saranno gli interventi di cui loro hanno bisogno per riportare un equilibrio all'interno del nucleo.

— **Assenza di fattori protettivi:** in queste situazioni i Servizi sono chiamati a tutelare e proteggere il minore e a fare una attenta valutazione delle risorse della famiglia. Cirillo e Di Blasio (1989) evidenziano che in queste situazioni possono già essersi verificati episodi di maltrattamento e, quindi, la prima azione da compiere è quella di messa in sicurezza del minore, attivando nell'immediato interventi di protezione e tutela. In questi casi gli operatori dei Servizi si trovano di fronte a genitori che hanno messo in pericolo lo sviluppo psicofisico del minore: in primo luogo, quindi, è necessario valutare i danni a livello fisico e psicologico riportati dal minore; in secondo luogo, in assenza di risorse, il minore sarà molto probabilmente allontanato dal nucleo familiare di origine. Questo determina la necessità per il minore di un sostegno psicologico che lo aiuti ad elaborare il rapporto con i propri genitori e le esperienze negative vissute, altrimenti si corre il grave rischio di lasciare al minore incertezze e dubbi rispetto alla relazione con le figure genitoriali, che rimarrà connotata da ambivalenza, colpevolizzazione di sé stesso e rabbia, reazioni tipiche delle dinamiche relazionali maltrattanti ed abusanti.

3.2.3 /

Conclusioni

In conclusione, si può affermare che attraverso una riflessione approfondita sui fattori di rischio e di protezione, è possibile chiarire quali condizioni possono facilitare/predisporre al maltrattamento e all'abuso all'infanzia, fornendo una base essenziale per l'implementazione di strategie preventive e di intervento mirate. La comprensione delle aree di rischio e di protezione (in termini di risorse interne o esterne al nucleo familiare) si configura, pertanto, come un tassello fondamentale nella costruzione di un approccio attento alla salvaguardia del benessere dei minori. Infatti, la consapevolezza delle vulnerabilità e dei punti di forza, presenti nei nuclei familiari, consente di adottare misure puntuali (e non generiche) per rispondere a bisogni specifici.

Pensare per fattori di rischio e fattori di protezione nella prospettiva della tutela dell'infanzia non è solo una riflessione teorica, ma una chiamata all'azione. Attraverso strategie preventive ed interventi tempestivi, è possibile costruire un tessuto sociale in cui ogni minore abbia l'opportunità di crescere in un ambiente sano, sicuro e stimolante. Proprio in questa visione pratica, il lavoro degli operatori dei Servizi assume un ruolo cruciale nell'effettiva realizzazione di politiche di tutela dell'infanzia. La necessità di un approccio informato e consapevole si traduce nella crescente importanza delle conoscenze teoriche solide, che costituiscono il fondamento su cui gli operatori possono costruire interventi efficaci. In questo modo, si stimolano i professionisti ad affrontare con competenza le complesse sfide legate alla tutela dei diritti dei minori, contribuendo a costruire una società più consapevole e impegnata nella salvaguardia del benessere infantile.

/ Bibliografia

- Abidin, R. R. (1983). *Parenting Stress Index: Manual*. Administration Booklet, [and] Research Update.
- Abidin, R. R. (1990). Introduction to the special issue: The stresses of parenting. *Journal of clinical child psychology*, 19(4), 298-301. https://doi.org/10.1207/s15374424jccp1904_1
- Abidin, R. R. (1995). *Parenting stress index*. Psychological Assessment Resources, Inc. (3rd ed.). Odessa.
- Affi, T. O., Brownridge, D. A., Cox, B. J., & Sareen, J. (2006). Physical punishment, childhood abuse and psychiatric disorders. *Child abuse & neglect*, 30(10), 1093-1103. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2006.04.006>
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th tr.ed.)*.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)*.
- Baldwin, A. L., Baldwin, C., & Cole, R. E. (1990). Stress-resistant families and stress-resistant children. In J. E. Rolf, A. S. Masten, D. Cicchetti, K. H. Nuechterlein, & S. Weintraub (Eds.), *Risk and protective factors in the development of psychopathology* (pp. 257-280). Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/CBO9780511752872.016>
- Barth, R. P. (2009). Preventing child abuse and neglect with parent training: Evidence and opportunities. *The Future of children*, 95-118. <https://www.jstor.org/stable/27795049>
- Bastianoni, P., & Emiliani, F. (1993). *Una normale solitudine: percorsi teorici e strumenti operativi della comunità per i minori*. La Nuova Italia Scientifica.
- Baumrind, D. (1966). Effects of authoritative parental control on child behavior. *Child Development*, 37, 887-907. <https://doi.org/10.2307/1126611>
- Baumrind, D. 1971. Current Patterns of Parental Authority. *Developmental Psychology Monographs*, 4, 1-103. <https://doi.org/10.1037/h0030372>
- Baumrind, D. (1996). The discipline controversy revisited. *Family Relations*, 45, 405 - 414. <https://doi.org/10.2307/585170>
- Bailey, J. A., Hill, K. G., Guttmanova, K., Oesterle, S., Hawkins, J. D., Catalano, R. F., & McMahon, R. J. (2013). The association between parent early adult drug use disorder and later observed parenting practices and child behavior problems: testing alternate models. *Developmental psychology*, 49(5), 887-899. <https://doi.org/10.1037/a0029235>
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996). *Manual for the Beck Depression Inventory-Second Edition*. The Psychological Corporation.
- Beltran, N. P. (2009). Short-term psychological consequences of child sexual abuse. *Papeles del Psicólogo*, 30(2), 135-144.
- Black, D. A., Heyman, R. E., & Slep, A. M. S. (2001). Risk factors for child physical abuse. *Aggression and violent behavior*, 6(2-3), 121-188. [https://doi.org/10.1016/S1359-1789\(00\)00021-5](https://doi.org/10.1016/S1359-1789(00)00021-5)
- Bonomi, A. E., Cannon, E. A., Anderson, M. L., Rivara, F. P., & Thompson, R. S. (2008). Association between self-reported health and physical and/or sexual abuse experienced before age 18. *Child abuse & neglect*, 32(7), 693-701. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2007.10.004>
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss* (No. 79). Random House.
- Breen, M. J., & Barkley, R. A. (1988). Child psychopathology and parenting stress in girls and boys having attention deficit disorder with hyperactivity. *Journal of pediatric psychology*, 13(2), 265-280. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/13.2.265>
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development: Experiments by nature and design*. Harvard University Press.
- Bronfenbrenner, U. (2002). *Ecologia dello sviluppo umano*. Il Mulino.
- Buccoliero, E., & Soavi, G. (2018). Riconoscere le vittime. In E. Buccoliero, & G. Soavi, *Proteggere i bambini dalla violenza assistita (Vol. I)*. FrancoAngeli.
- Busoni, L., & Di Fabio, A. (2008). Misurare il supporto sociale percepito: Proprietà psicometriche della Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS) in un campione di studenti universitari. *Misurare il supporto sociale percepito*, 1000-1012. <https://doi.org/10.1400/113455>
- Chapple, C. L. (2005). Self-control, peer relations, and delinquency. *Justice Quarterly*, 22(1), 89-106. <https://doi.org/10.1080/0741882042000333654>
- Cigoli, V., & Gennari, M. (2008). Violenza di coppia e tenerezza dei legami. Metodologia dell'intervento clinico in caso di divorzio. *Terapia Familiare* 88, 27-58.
- Cirillo, S., & Di Blasio, P. (1989). *La famiglia maltrattante: diagnosi e terapia*. Raffaello Cortina Editore.
- CISMAI (2003). *Bambini che assistono alla violenza domestica*. III Congresso CISMAI, Firenze 11-13 dicembre 2003.
- CISMAI (2005). *Documento sui requisiti minimi degli interventi nei casi di violenza assistita da maltrattamento sulle madri*. Disponibile online: https://cismai.it/assets/uploads/2017/05/Opuscolo_ViolenzaAssistita_Bassa.pdf
- CISMAI (2015). Dichiarazione di consenso in tema di abuso sessuale. Disponibile online: <https://cismai.it/assets/uploads/2015/05/Dichiarazione-di-Consenso-2015.pdf>
- Confalonieri, E., & Giuliani, C. (2005). Parental child-rearing practices and psychological adjustment of pre-school and school children. *Eta Evolutiva*, 82, 67-73.
- Courtney, E.A., & Kushwaha, M., & J.G. (2008) Childhood Emotional Abuse and Risk for Hopelessness and Depressive Symptoms During Adolescence. *Journal of Emotional Abuse* 8(3), 281-298. <https://doi.org/10.1080/10926790802262572>
- Creasey, G., & Reese, M. (1996). Mothers' and fathers' perceptions of parenting hassles: Associations with psychological symptoms, nonparenting hassles, and child behavior problems. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 17(3), 393-406. [https://doi.org/10.1016/S0193-3973\(96\)90033-7](https://doi.org/10.1016/S0193-3973(96)90033-7)
- Crouch, J. L., & Behl, L. E. (2001). Relationships among parental beliefs in corporal punishment, reported stress, and physical child abuse potential. *Child abuse & neglect*, 25(3), 413-419. [https://doi.org/10.1016/S0145-2134\(00\)00256-8](https://doi.org/10.1016/S0145-2134(00)00256-8)
- Crum, K. I., & Moreland, A. D. (2017). Parental stress and children's social and behavioral outcomes: The role of abuse potential over time. *Journal of Child and Family Studies*, 26, 3067-3078. <https://doi.org/10.1007/s10826-017-0822-5>
- Cummings, E. M., Davies, P. T., & Campbell, S. B. (2000). *Developmental psychopa-*

- thology and family process: Theory, research, and clinical implications*. Guilford Press.
- Danielson, C.K., Amstadter, A.B., Dangelmaier, R.E., Resnick, H.S., Saunders, B.E., Kilpatrick, D.G. (2009). *Trauma-related risk factors for substance abuse among male versus female young adults*. *Addictive Behaviors*, 34(4), 395-399. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2008.11.009>
- Deater-Deckard, K., & Petrill, S. A. (2004). Parent-child dyadic mutuality and child behavior problems: An investigation of gene-environment processes. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 45(6), 1171-1179. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2004.00309.x>
- De La Vega, A., De La Osa, N., Ezpeleta, L., Granero, R., Domènech, J.M. (2011). Differential effects of psychological maltreatment on children of mothers exposed to intimate partner violence. *Child Abuse & Neglect*, 35(7), 524-531. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2011.03.006>
- Di Blasio, P. (2000). *Psicologia del bambino maltrattato*. Il Mulino.
- Di Blasio, P. (Ed.). (2005). *Tra rischio e protezione: la valutazione delle competenze parentali*. Unicopli.
- Di Iullo, T., Angelucci, P., Cacia, L., Di Gioia, A., Gasteratou, E., Malorni, N., Nicolussi, M., Sarno, L., & Soavi, G. (2017). *Maltrattamento e abuso all'infanzia-Indicazioni e raccomandazioni*. Consiglio Nazionale Ordine degli Psicologi (CNOP). Disponibile online: https://www.psy.it/wp-content/uploads/2019/07/Maltrattamento-e-abuso-allinfanzia.-Indicazioni-e-raccomandazioni_luglio.pdf
- Di Pentima, L., Attili, G., & Toni, A. (2021). L'impatto della violenza assistita sui minori: attaccamento, locus of control ed esiti psicopatologici. L'impatto della violenza assistita sui minori: attaccamento, locus of control ed esiti psicopatologici. *Maltrattamento e Abuso All'infanzia 2*, 83-107. <https://doi.org/10.3280/MAL2021-002006>
- Dovran, A., Winje, D., Øverland, S., Arefjord, K., Hansen, A., & Waage, L. (2016). Childhood maltreatment and adult mental health. *Nordic Journal of Psychiatry*, 70(2), 140-145. <https://doi.org/10.3109/08039488.2015.1062142>
- Drei N. (2008). *La violenza assistita: un maltrattamento "dimenticato" - Dati epidemiologici ed analisi del contesto*. Disponibile online: <https://www.perglialtri.it>
- Durbin, D. L., Darling, N., Steinberg, L., & Brown, B. B. (1993). Parenting style and peer group membership among European-American adolescents. *Journal of Research on Adolescence*, 3(1), 87-100. https://doi.org/10.1207/s15327795jra0301_5
- Emiliani, F. (1995). *Processi di crescita tra protezione e rischio. Contesti relazionali e processi di sviluppo*. Raffaello Cortina Editore.
- Folgheraiter, F., & Cappelletti, P. (Eds.). (2011). *Natural helpers: storie di utenti e familiari esperti*. Edizioni Erickson.
- Francis, K. J., & Wolfe, D. A. (2008). Cognitive and emotional differences between abusive and non-abusive fathers. *Child abuse & neglect*, 32(12), 1127-1137. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2008.05.007>
- Giusti, E., & Iacono, M. (2010). *Abusi e maltrattamenti. Psicologia della cura minorile* (Vol. 80). Sovera Edizioni.
- Ghisi, M., Flebus, G.B., Montano, A., Sanavio, E., & Sica, C. (2006). *Beck Depression Inventory-II. Manuale italiano*. Giunti Organizzazioni Speciali
- Gratz, K. L., & Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. *Journal of psychopathology and behavioral assessment*,

- 26, 41-54. <https://doi.org/10.1023/B:JOBA.0000007455.08539.94>
- Griffin, M. L., & Amodeo, M. (2010). Predicting long-term outcomes for women physically abused in childhood: Contribution of abuse severity versus family environment. *Child Abuse & Neglect*, 34(10), 724-733. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2010.03.005>
- Gross, J. J. (2007). *Handbook of emotion regulation*. The Guilford Press.
- Guarino, A., Di Blasio, P., D'Alessio, M., Camisasca, E., & Serantoni, G. (2008). *Parenting Stress Index - Forma Breve*. Giunti Organizzazioni Speciali.
- Goldberg, S., Moms, P., Simmons, R. J., Fowler, R. S., & Levison, H. (1990). Chronic illness in infancy and parenting stress: A comparison of three groups of parents. *Journal of Pediatric Psychology*, 15, 347-358. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/15.3.347>
- Hager, A.D., & Runtz, M.G. (2012). Physical and psychological maltreatment in childhood and later health problems in women: An exploratory investigation of the roles of perceived stress and coping strategies. *Child Abuse & Neglect*, 36(5), pp. 393-403. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2012.02.002>
- Haskett, M. E., Scott, S. S., Grant, R., Ward, C. S., & Robinson, C. (2003). Child-related cognitions and affective functioning of physically abusive and comparison parents. *Child Abuse & Neglect*, 27(6), 663-686. [https://doi.org/10.1016/S0145-2134\(03\)00103-0](https://doi.org/10.1016/S0145-2134(03)00103-0)
- Holden, E. W., & Banez, G. A. (1996). Child abuse potential and parenting stress within maltreating families. *Journal of Family Violence*, 11, 1-12. <https://doi.org/10.1007/BF02333337>
- Johnson, J.G., Cohen, P., Kasen, S., & Brook, J.S. (2002). Childhood adversities associated with risk for eating disorders or weight problems during adolescence or early adulthood. *American Journal of Psychiatry*, 159(3), 394-400. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.159.3.394>
- Keiley, M. K., Howe, T. R., Dodge, K. A., Bates, J. E., & Pettit, G. S. (2001). The timing of child physical maltreatment: A cross-domain growth analysis of impact on adolescent externalizing and internalizing problems. *Development and psychopathology*, 13(4), 891-912. <https://doi.org/10.1017/S0954579401004084>
- Kendler, K. S., Kuhn, J. W., & Prescott, C. A. (2004). Childhood sexual abuse, stressful life events and risk for major depression in women. *Psychological medicine*, 34(8), 1475-1482. <https://doi.org/10.1017/S003329170400265X>
- Kim, J., & Cicchetti, D. (2003). Social self-efficacy and behavior problems in maltreated and nonmaltreated children. *Journal of clinical child and adolescent psychology*, 32(1), 106-117. https://doi.org/10.1207/S15374424JCCP3201_10
- Kim, M. J., Tajima, E. A., Herrenkohl, T. I., & Huang, B. (2009). Early Child Maltreatment, Runaway Youths, and Risk of Delinquency and Victimization in Adolescence: A Mediation Model. *Social Work Research*, 33(1), 19-28. <https://doi.org/10.1093/swr/33.1.19>
- Lau, J.F.Y., Kim, J.H., Tsui, H.Y., Cheung, A., Lau, M., Yu, A. (2005). The relationship between physical maltreatment and substance use among adolescents: A survey of 95,788 adolescents in Hong Kong. *Journal of Adolescent Health*, 37(2), 110-119. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2004.08.005>
- Leeb, R. T. et al (2008). *Child maltreatment surveillance: Uniform definitions for public health and recommended data elements*. Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Injury Prevention and Control.
- Luberti, R. (2006). *Violenza assistita: un maltrattamento dimenticato*. Caratteristiche

- del fenomeno e conseguenze. In D. Bianca, & E. Moretti (Eds.), *Vite in bilico. Indagine retrospettiva su maltrattamenti e abusi in età infantile. Questioni e Documenti. Quaderni del Centro nazionale di documentazione e analisi per l'infanzia e l'adolescenza: Quaderno 40*. Istituto degli Innocenti di Firenze.
- Luthar, S. S. (2003). *Resilience and vulnerability*, Cambridge University Press.
- Malacrea, M. (2006). Caratteristiche, dinamiche ed effetti della violenza su bambini e bambine. In D. Bianchi, & E. Moretti, *Vite in bilico: Indagine retrospettiva su maltrattamenti e abusi in età infantile. Centro nazionale Documentazione e Analisi sull'Infanzia e l'Adolescenza: Quaderno 40*. Istituto degli Innocenti di Firenze.
- Margolin, G., Gordis, E. B., Medina, A. M., & Oliver, P. H. (2003). The co-occurrence of husband-to-wife aggression, family-of-origin aggression, and child abuse potential in a community sample. *Journal of Interpersonal Violence, 18*, 413 - 440. <https://doi.org/10.1177/0886260502250835>
- Marshall, N. A. (2012). A clinician's guide to recognizing and reporting parental psychological maltreatment of children. *Professional Psychology: Research and Practice, 43*(2), 73-79. <https://doi.org/10.1037/a0026677>
- McLean, L. M., & Gallop, R. (2003). Implications of childhood sexual abuse for adult borderline personality disorder and complex posttraumatic stress disorder. *American Journal of Psychiatry, 160*(2), 369-371. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.160.2.369>
- Meadow R. (1977). Münchhausen by proxy: the hinterland of child abuse. *Lancet* 2, 343-345. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(77\)91497-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(77)91497-0)
- Mersky, J. P., & Reynolds, A. J. (2007). Child maltreatment and violent delinquency: Disentangling main effects and subgroup effects. *Child maltreatment, 12*(3), 246-258. <https://doi.org/10.1177/1077559507301842>
- Mian, M., Shah, J., Dalpiaz, A., Schwamb, R., Miao, Y., Warren, K., & Khan, S. (2015). Shaken baby syndrome: a review. *Fetal and pediatric pathology, 34*(3), 169-175. <https://doi.org/10.3109/15513815.2014.999394>
- Milani, L., Miragoli, S., Grumi, S., Di Blasio, P. (2020). A Multi-method Assessment of Risk and Protective Factors in Family Violence: Comparing Italian and Migrant Families. In D. J. C. Nikola Balvin (Ed.) *Children and Peace: from Research to Action* (pp. 3-24). Springer.
- Milner, J. (1986). The Child Abuse Potential Inventory Manual, DeKalb, IL: Psytec Inc
- Milner, J. S. (1993). Social information processing and physical child abuse. *Clinical Psychology Review, 13*(3), 275-294.
- Milner, J. S. (2003). Social information processing in high-risk and physically abusive parents. *Child Abuse & Neglect, 27*(1), 7-20. [https://doi.org/10.1016/S0145-2134\(02\)00506-9](https://doi.org/10.1016/S0145-2134(02)00506-9)
- Miragoli, S., Camisasca, E., & Blasio, P. D. (2015). Validation of the child abuse potential inventory in Italy: A preliminary study. *SAGE Open, 5*(3), 2158244015597044.
- Miragoli, S., Balzarotti, S., Camisasca, E., & Di Blasio, P. (2018). Parents' perception of child behavior, parenting stress, and child abuse potential: Individual and partner influences. *Child abuse & neglect, 84*, 146-156. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2018.07.034>
- Miragoli, S., Milani, L., Di Blasio, P., & Camisasca, E. (2020). Difficulties in emotion regulation in child abuse potential: Gender differences in parents. *Child Abuse & Neglect, 106*, 104529. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2020.104529>
- Miragoli S., & Verrocchio M.C. (2008) Traiettorie di rischio: studi e ricerche su fattori

- di rischio e di protezione. *Maltrattamento e Abuso all'infanzia, 10*(3), 1-27. <https://doi.org/10.1400/113421>
- Montecchi F., (2002). *Maltrattamenti e abusi sui bambini. Prevenzione e individuazione precoce*. Franco Angeli.
- Montecchi, F. (2011). *Dal bambino minaccioso al bambino minacciato: gli abusi e la violenza in famiglia: prevenzione, rilevamento e trattamento*. Franco Angeli.
- Moretti, M., Obsuth, I., Odgers, C., & Reebye, P. (2006). Exposure to Maternal vs. Paternal Partner Violence, PTSD, and Aggression in Adolescent Girls and Boys. *Aggressive Behavior 32*, 385-395. <https://doi.org/10.1002/ab.20137>
- Myers, J. E. (Ed.). (2011). *Child maltreatment: A collection of readings*. Sage Publications.
- Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) (2002). *World Report on Violence and Health*. Disponibile online: <https://www.salute.gov.it>
- Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) (2006). *Preventing Child Maltreatment: a guide to taking action and generative evidence*. Disponibile online: www.cismai.org/Search.aspx?W=prevenzione&np=2
- Panza, C. (2014). L'abuso sessuale: qualche appunto per il pediatra delle cure primarie. *Quaderni acp, 22*(2), 70-73.
- Pearlin, L. I., Menaghan, E. G., Lieberman, M. A., & Mullan, J. T. (1981). The stress process. *Journal of Health and Social behavior 22*(4), 337-356. <https://doi.org/10.2307/2136676>
- Pellerin, L. A. (2005). Applying Baumrind's parenting typology to high schools: Toward a middle-range theory of authoritative socialization. *Social Science Research, 34*(2), 283-303. <https://doi.org/10.1016/j.ssresearch.2004.02.003>
- Petrenko, C. L., Friend, A., Garrido, E. F., Taussig, H. N., & Culhane, S. E. (2012). Does subtype matter? Assessing the effects of maltreatment on functioning in preadolescent youth in out-of-home care. *Child Abuse & Neglect, 36*(9), 633-644. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2012.07.001>
- Pedrocco Biancardi, M.T. (2004). Prevenzione del disagio e dell'abuso all'infanzia. In Bianchi D. (Ed.), *La prevenzione del disagio nell'infanzia e nell'adolescenza, Centro di documentazione e analisi per l'infanzia e l'adolescenza* (pp.3-23) [Atti e approfondimenti]. Seminario nazionale Firenze 24 settembre 2002.
- Pisano, L., Al Jamal, O., Sanna, M., Concas, L., Cherchi, G., Boi, A., Ariu, M., Mascia, P., Marras, G., Urrai, I., & Galimi, D. (2022). Il Bilancio di Salute Digitale: valutazione pediatrica dell'esposizione alle nuove tecnologie. *Il medico pediatra, 31*(3), 10-14. <https://doi.org/10.36179/2611-5212-2022-11>
- Prezza, M., & Principato, M. C. (2002). La rete sociale e il sostegno sociale In: M. Prezza, & M. Santinello (Eds.) *Conoscere la comunità* (pp. 93-233). Il Mulino.
- Robinson, C. C., Mandlco, B., Olsen, S. F., & Hart, C. H. (1995). Authoritative, authoritarian, and permissive parenting practices: Development of a new measure. *Psychological Reports, 77*, 819-830. <https://doi.org/10.2466/pr0.1995.77.3.819>
- Rodriguez, C. M. (2010). Parent-child aggression: Association with child abuse potential and parenting styles. *Violence and Victims, 25*(6), 728-741. <https://doi.org/10.1891/0886-6708.25.6.728>
- Rodriguez, C. M., Baker, L. R., Pu, D. F., & Tucker, M. C. (2017). Predicting parent-child aggression risk in mothers and fathers: Role of emotion regulation and frustration tolerance. *Journal of child and family studies, 26*, 2529-2538. <https://doi.org/10.1007/s10826-017-0764-y>

- Rodriguez, C. M., Silvia, P. J., Gaskin, R. E., & Gaskin, R. E. (2017). Predicting maternal and parent-child aggression risk: Longitudinal multimethod investigation using social information processing theory. *Psychology of Violence. Advance online publication*. <http://dx.doi.org/10.1037/vio0000115>
- Rohner, R. P., & Britner, P. A. (2002). Worldwide mental health correlates of parental acceptance-rejection: Review of cross-cultural and intracultural evidence. *Cross-cultural research, 36*(1), 16-47. <https://doi.org/10.1177/106939710203600102>
- Rosenkranz, S.E., Muller, R.T., Henderson, J.L. (2012). Psychological maltreatment in relation to substance use problem severity among youth. *Child Abuse & Neglect, 36*(5), 438-448. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2012.01.005>
- Save the Children. (2018). *Le diverse forme dell'abuso all'infanzia: una pocket guide delle definizioni, gli obblighi e le responsabilità*. Italia Linee Guida CSP.
- Save the children (2021). *Cos'è la violenza assistita e quali conseguenze sui bambini*. Disponibile online: <https://www.savethechildren.it/blog-notizie/cos-e-la-violenza-assistita-e-quali-le-conseguenze-sui-bambini>
- Schuck, A. M., & Widom, C. S. (2001). Childhood victimization and alcohol symptoms in females: causal inferences and hypothesized mediators. *Child abuse & neglect, 25*(8), 1069-1092. [https://doi.org/10.1016/S0145-2134\(01\)00257-5](https://doi.org/10.1016/S0145-2134(01)00257-5)
- Segatto, B., & Dal Ben, A. (2020). *Decisioni difficili. Bambini, famiglie e servizi sociali*. FrancoAngeli.
- Serbati, S. (2016). Il supporto sociale informale: esperienze e prospettive in PIPPI-Programma di Intervento Per Prevenire l'Istituzionalizzazione. *Rivista italiana di educazione familiare, 95*-116.
- Shaffer, A., Yates, T.M., Egeland, B.R. (2009). The relation of emotional maltreatment to early adolescent competence: Developmental processes in a prospective study. *Child Abuse & Neglect, 33*(1), 36-44. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2008.12.005>
- Shen, A. C. T. (2009). Long-term effects of interparental violence and child physical maltreatment experiences on PTSD and behavior problems: A national survey of Taiwanese college students. *Child abuse & neglect, 33*(3), 148-160. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2008.07.006>
- Sighinolfi, C., Pala, A. N., Chiri, L. R., Marchetti, I., & Sica, C. (2010). Difficulties in emotion regulation scale (DERS): Traduzione e adattamento italiano. *Psicoterapia cognitiva e comportamentale, 16*(2), 141-170.
- Smith, M. (2004). Parental mental health: disruptions to parenting and outcomes for children. *Child & Family Social Work, 9*(1), 3-11. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2206.2004.00312.x>
- Sroufe, L. A. (1997). Psychopathology as an outcome of development. *Development and psychopathology, 9*(2), 251-268. <https://doi.org/10.1017/S0954579497002046>
- Tanaka, M., Wekerle, C., Schmuck, M.L., Paglia-Boak, A. (2011). The linkages among childhood maltreatment, adolescent mental health, and self-compassion in child welfare adolescents. *Child Abuse & Neglect, 35*(10), 887-898. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2011.07.003>
- Terres des Hommes & Cismai (2021). *II Indagine Nazionale sul Maltrattamento dei Bambini e degli Adolescenti in Italia: Risultati e Prospettive*. Disponibile online: <https://terredeshommes.it/comunicati/maltrattamento-dellinfanzia-dati-della-seconda-indagine-nazionale-terre-des-hommes-cismai/>
- Thoits, P. A. (1986). Social support as coping assistance. *Journal of consulting and clinical*

- psychology, 54*(4), 416-423. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0022-006X.54.4.416>
- Tucker, M. C., Rodriguez, C. M., & Baker, L. R. (2017). Personal and couple level risk factors: Maternal and paternal parent-child aggression risk. *Child abuse & neglect, 69*, 213-222. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2017.04.030>
- van Der Kolk, B.A., (2005), Developmental Trauma Disorder. Towards a rational diagnosis for children with complex trauma Histories. *Psychiatric Annals, 35*(5), 401-409.
- Veltman, M. W. M., & Browne, K. D. (2001). Three Decades of Child Maltreatment Research: Implications for the School Years. *Trauma, Violence, & Abuse, 2*(3), 215-239. <https://doi.org/10.1177/1524838001002003002>
- Verrocchio, M. C. (2012). Psicopatologia dei genitori e maltrattamento. *Maltrattamento e abuso all'infanzia, 14*(2), 61-86. <https://doi.org/10.3280/MAL2012-002004>
- Vostanis, P., Graves, A., Meltzer, H., Goodman, R., Jenkins, R., & Brugha, T. (2006). Relationship between parental psychopathology, parenting strategies and child mental health: findings from the GB national study. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology, 41*, 509-514. <https://doi.org/10.1007/s00127-006-0061-3>
- Widom, C. S., Du Mont, K., & Czaja, S. J. (2007). A prospective investigation of major depressive disorder and comorbidity in abused and neglected children grown up. *Archives of general psychiatry, 64*(1), 49-56. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.64.1.49>
- Wingenfeld, K., Schaffrath, C., Rullkoetter, N., Mensebach, C., Schlosser, N., Beblo, T., Driessen, M., & Meyer, B. (2011). Associations of childhood trauma, trauma in adulthood and previous-year stress with psychopathology in patients with major depression and borderline personality disorder. *Child abuse & neglect, 35*(8), 647-654. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2011.04.003>
- Webster-Stratton, C. (1988). Mothers' and fathers' perceptions of child deviance: roles of parent and child behaviors and parent adjustment. *Journal of consulting and clinical psychology, 56*(6), 909-915. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.56.6.909>
- Whipple, E. E., & Webster-Stratton, C. (1991). The role of parental stress in physically abusive families. *Child abuse & neglect, 15*(3), 279-291. [https://doi.org/10.1016/0145-2134\(91\)90072-L](https://doi.org/10.1016/0145-2134(91)90072-L)
- Zimet, G. D., Dahlem N. W., Zimet, S. G., & Farley, G. K. (1988). The Multidimensional Scale of Perceived Social Support. *Journal of Personality Assessment, 52*(1), 30-41. https://doi.org/10.1207/s15327752jpa5201_2



PREVENIRE e RISPONDERE
al fenomeno del maltrattamento



1 / Il paradigma della resilienza e la rivoluzione apportata nell'approccio alla presa in carico dell'infanzia vulnerabile

«Quando un granello di sabbia entra in un'ostrica ferendola, l'animale risponde a questa aggressione secernendo una sostanza che si deposita attorno al granello, e lo arrotonda a poco a poco. Il granello spigoloso viene dunque modellato e trasformato, finché non arriva ad assumere la nuova forma di una perla preziosa»

Boris Cyrulnik

La letteratura presenta numerose e differenti definizioni del costrutto di resilienza che, a partire da specifici interessi ed approcci, evidenziano tratti e peculiarità del costrutto. Fondamenta comune ai diversi approcci, è il principio secondo cui il costrutto di resilienza analizza e delinea processi trasformativi che l'essere umano mette in atto quando esposto a situazioni di avversità e rischio. La vita, infatti, si fa via via costellata da piccole e grandi sfide, che spesso irrompono in maniera improvvisa, piccoli e grandi granelli di sabbia che travolgono l'essere umano, alterandone così le proprie certezze e stabilità. Questi granelli, ruvidi e spigolosi, possono dare origine a ferite profonde, che appaiono a volte impossibili da rimarginare. A fronte di tali ferite, però, può accadere che la rotta si inverta e che la sofferenza ed il dolore lascino piano piano posto alla speranza, in un processo di vera e propria rinascita e ricostruzione. A partire da ciò, la resilienza viene definita come la capacità umana di affrontare, superare, e addirittura essere rafforzati dalle avversità della vita, riuscendo ad utilizzare in maniera funzionale e consapevole le proprie risorse, ed a trasformare così i propri granelli di sabbia in "perle preziose", dal valore unico e inestimabile.

La natura della resilienza non è conferibile alle sole caratteristiche interne o di DNA insite nell'essere umano, ma è il frutto di un processo di evoluzione e trasformazione, che ha origine dall'incontro con esperienze di vita che mettono alla prova la tenuta dell'individuo. Dunque, il processo di resilienza è di matrice dinamica ed evolutiva, e necessita di essere accompagnato e stimolato da relazioni consapevoli, capaci di sostenere il bambino e la famiglia in difficoltà, facendone emergere le risorse.

Il processo di resilienza è caratterizzato da due fasi specifiche:

- **Fase di resistenza:** inizialmente, quando il granello di sabbia penetra nell'ostrica, esso causa una ferita profonda e dolorosa. Il mollusco, dal corpo a tegumento molle, cerca dapprima di contrastare con tutte le sue forze il granello, così spigoloso ed irritante, con vani tentativi di espulsione e resistenza. Allo stesso modo, le esperienze di vita avverse irrompono nella vita dell'essere umano in maniera improvvisa, "granelli inevitabili ed ineliminabili" che portano con sé forte dolore. In un primo momento, di fronte a tale dolore, l'essere umano reagisce opponendosi ad esso con tutte le sue forze, adottando

strategie di evitamento ("se non ci penso, forse non esiste"), di negazione ("in realtà non è mai successo") o di rassegnazione ("non cambierà nulla, tutto è finito per me"). Questa fase è una fase di conservazione, ovvero di **resistenza alla distruzione**, in cui l'essere umano cerca di proteggersi dal dolore a cui è stato esposto. Si tratta di una prima fase fondamentale e necessaria, funzionale alla sopravvivenza stessa dell'individuo esposto ad un evento traumatico, che gli consente di non soccombere di fronte al dolore elicitato.

- **Fase di resilienza:** proprio di fronte al dolore, l'ostrica ad un certo punto produce una sostanza particolare, che poco a poco smussa la spigolosità del granello e lo arrotonda, agendo su di esso una forza trasformativa. Tale processo trasformativo ha alla base un agito consapevole da parte del mollusco, non più passivo di fronte al granello, ma attivo e dinamico. Proprio come l'ostrica, anche l'essere umano attiva le proprie risorse per affrontare la sofferenza generata dall'esperienza vissuta, integrando la ferita da essa generata nella propria vita, ad un livello profondo di consapevolezza. Tale integrazione porta con sé un vero e proprio processo trasformativo, che pone il soggetto al centro di esso: **da vittima passiva l'individuo diventa così di nuovo attore e inventore della propria storia e della propria vita, agendo su di essa con ritrovata dinamicità e successo.**

La resilienza si configura così come un processo di trasformazione, crescita, apertura a nuovi orizzonti e a nuove fasi della vita, in cui la cicatrice provocata dal granello di sabbia è ancora presente nella mente dell'individuo, ma integrata nel profondo di nuovi capitoli di vita possibili.

Il processo trasformativo messo in atto dall'ostrica, dal granello di sabbia in perla, porta alla riflessione circa la differenza fondamentale che la distingue dall'essere umano: infatti, mentre il mollusco agisce il processo trasformativo in maniera autonoma ed individuale, l'essere umano ha bisogno di un "altro", una relazione d'aiuto capace di sostenerlo e supportarlo nel processo di trasformazione e rinascita.

Il prof. Michael Ungar (2011), esperto studioso del costrutto di resilienza da un punto di vista socio-ecologico, introduce un aspetto fondamentale che caratterizza il processo di resilienza nell'essere umano, ovvero la **dimensione sociale**, ponendo l'attenzione su come la resilienza non sia un fenomeno individuale, ma anzi un fenomeno prettamente di natura sociale e collettiva.

Michale Ungar definisce infatti la resilienza come «la capacità delle singole persone, delle famiglie e delle comunità di navigare verso le risorse psicologiche, sociali, culturali e fisiche che sostengono il loro benessere e la loro capacità di negoziare a livello individuale e collettivo affinché queste risorse siano rese disponibili, vissute e condivise in modalità ritenute significative dal proprio contesto culturale di appartenenza» (Ungar, 2008, p. 225).

Questa definizione pone in evidenza la necessità, per operatori e professionisti della relazione d'aiuto che lavorano a contatto con l'utenza vulnerabile, di mettere in campo azioni specifiche, integrate e condivise, capaci di leggere la realtà attraverso delle lenti che valorizzino la persona e rendano ad essa disponibili le risorse per affrontare e superare le avversità. **Compito del "tutore di resilienza" è quindi quello di accompagnare il bambino e la famiglia nel processo di trasformazione, aiutandoli ad attrezzarsi di quelle risorse interne ed esterne che consentiranno loro di far fronte alle avversità della vita.** Diversi autori riconoscono la figura del "tutore di resilienza" come fattore protettivo fondamentale per attivare processi di rinascita nei bambini e nelle famiglie in situazioni di stress e rischio (Masten, 2001; Wekerle, 2013; Wekerle et al., 2012).



2 / Buone pratiche di intervento per promuovere resilienza in famiglie con figli della fascia 0-6 anni

L'Indice Regionale sul Maltrattamento all'Infanzia (2020) invita a riflettere sulla definizione di una strategia di prevenzione del maltrattamento all'infanzia orientata allo sviluppo di percorsi e processi di resilienza. Agire in ottica di prevenzione implica un cambiamento di paradigma orientato al superamento del concetto di vulnerabilità, andando oltre le fragilità o carenze dei contesti in cui vivono, e alla promozione di azioni volte a far emergere e sostenere le risorse che i bambini e gli adulti hanno a disposizione. È dunque necessario definire una strategia strutturale che concepisca le azioni di prevenzione e risposta al fenomeno del maltrattamento all'infanzia, non solo in termini “difensivi”, ma anche di tipo propositivo e costruttivo.

L'approccio della resilienza assistita invita ad agire in questa direzione, andando a rafforzare i fattori protettivi propri della famiglia attraverso l'emersione e la valorizzazione dei punti di forza e delle capacità del singolo genitore e del nucleo nel suo complesso. Il paragrafo precedente mette in luce la natura processuale della resilienza, e il ruolo fondamentale che le relazioni d'aiuto possono assumere nell'attivare, guidare e accompagnare l'utente a rischio nel processo di resilienza. Talvolta le risorse che favoriscono la resilienza sono già intrinsecamente presenti nell'individuo, seppur in maniera latente. Per questo motivo, risulta cruciale che gli operatori siano in grado di identificarle e attivarle affinché l'utente possa riconoscerle e impiegarle per affrontare e migliorare la propria condizione di vita. Da qui nasce l'idea dell'operatore come tutore di resilienza, capace di identificare rischi e sfide presenti nel nucleo familiare, e, al contempo, di promuovere e mobilitare le risorse interne ed esterne dell'utente che possano supportarla nell'affrontare tali sfide.

Il protocollo CAPI, illustrato nel CAPITOLO 1, fornisce all'operatore indicazioni importanti su quali siano gli indicatori di rischio associati alla propensione al maltrattamento da parte del caregiver, e quali le aree di prevenzione da rafforzare per contrastare il rischio e prevenire l'insorgenza di comportamenti maltrattanti. Rischio e protezione vengono così concepiti come gli “ingredienti” del processo di resilienza su cui è possibile intervenire per guidare e supportare i propri utenti, andando a promuovere e rafforzare i fattori di protezione e ridurre o limitare, ove possibile, i fattori di rischio. A partire da questi presupposti, nell'ambito del progetto TenerAmente, è stata prevista la costruzione da parte degli operatori di percorsi di resilienza specifici per ciascun nucleo familiare, mirati a contrastare gli indicatori di rischio emersi dal protocollo CAPI, e a rafforzare le relative aree di prevenzione. Di seguito sono riportate le diverse fasi del percorso di presa in carico delle famiglie messe a punto nell'ambito del progetto.



fig. 4 > Indicatori di rischio e aree di prevenzione del Child Abuse Potential Inventory (CAPI).

2.1 / Fase iniziale: l'aggancio

I bambini e i nuclei vengono riferiti ai servizi erogati dal progetto dai servizi sociali territoriali, le ASL e altre agenzie del territorio o pervengono per accesso spontaneo attraverso lo sportello di ascolto dello Spazio tEssere. Nel caso degli invii da altri servizi, i criteri di accesso dei bambini e dei nuclei ai percorsi di accompagnamento si sono basati su fattori di rischio sul piano socio economico, psicologico, emotivo ed educativo che determinano la vulnerabilità del bambino, della sua famiglia e sono definiti con una procedura, concordata con i servizi e le agenzie del territorio dopo una presentazione ai servizi delle proposte erogate dal progetto TenerAmente.

Ciascuna persona - ciascuna tessera, adulto o bambino - ha bisogno di sentirsi accolta, presa in carico e valorizzata, per accrescere le proprie competenze e il proprio valore personale e contribuire a creare qualcosa di più grande di sé stessa, proprio come in un mosaico ciascun tassello ha il proprio specifico e insostituibile ruolo e serve a dar forma e colore, unito agli altri, all'opera intera.

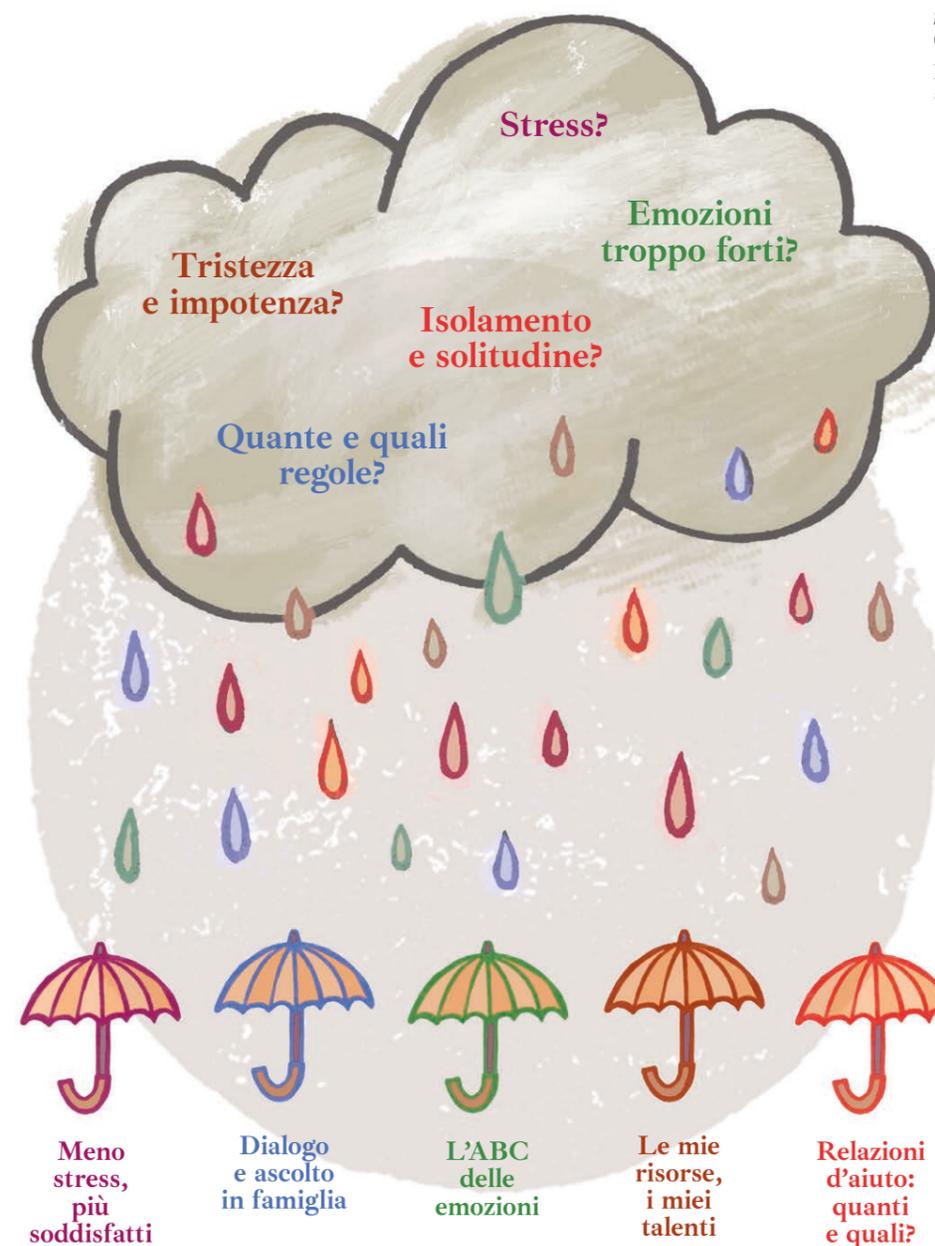
Lo Spazio tEssere, si è configurato come luogo centrale di progettazione, coordinamento ed erogazione dei servizi dedicati alle famiglie nell'ambito del progetto TenerAmente. Lo Spazio tEssere si fonda sul principio che ciascuna persona - ciascuna tessera, adulto o bambino - ha bisogno di sentirsi accolta, presa in carico e valorizzata, per accrescere le proprie competenze e il proprio valore personale e contribuire a creare qualcosa di più grande di sé stessa, proprio come in un mosaico ciascun tassello ha il proprio specifico e insostituibile ruolo e serve a dar forma e colore, unito agli altri, all'opera intera.

Nell'ambito del progetto, lo Spazio tEssere ha assunto una prima funzione di sentinella, ospitando lo screening iniziale che è stato condotto con ciascun nucleo familiare mediante il protocollo CAPI per la valutazione della propensione al maltrattamento e l'individuazione precoce dei fattori di rischio individuali, relazionali e di contesto. Una volta giunti al servizio, i genitori sono stati guidati da un team di 2 operatori – uno psicologo e un educatore/assistente sociale - nella compilazione del protocollo CAPI, funzionale all'identificazione degli indicatori di rischio e delle aree di prevenzione presenti all'interno del nucleo familiare. Parte del percorso formativo di cui hanno beneficiato gli operatori dello Spazio tEssere ha riguardato la somministrazione del protocollo e la capacità di leggere e interpretare i risultati ottenuti e, a partire da questi, la progettazione di percorsi di resilienza mirati alla riduzione del rischio e al rafforzamento dei fattori di protezione specifici di ciascun nucleo. Elemento fondamentale nel processo è la costruzione di un setting accogliente, in cui il genitore non si senta giudicato, ma piuttosto supportato nel riuscire a identificare e a dare un nome alle sfide che caratterizzano il proprio agire quotidiano come individuo, partner e caregiver.

Pertanto, la presa in carico delle famiglie si è configurata come un percorso di resilienza co-costruito insieme all'utenza sulla base dei risultati del protocollo di assessment. Per poter far questo, un passaggio fondamentale è stata la condivisione dei

risultati emersi. A tal fine, è stata ideata un'infografica che illustra in maniera semplice e diretta il significato degli indicatori di rischio e delle aree di prevenzione su cui verte la valutazione dal CAPI (vedi fig. 5). In particolare, vengono presentate ai genitori le aree di rischio risultate presenti nel proprio funzionamento, in termini di sfide da affrontare, e le relative aree di prevenzione in termini di strategie da mettere in atto per affrontarle. La condivisione di obiettivi e finalità della presa in carico, a partire dalla lettura condivisa dei risultati emersi, ha permesso una maggior consapevolezza e ingaggio da parte del genitore, che è stato coinvolto in maniera attiva sin dalla fase iniziale di definizione del percorso di resilienza, attivando così vissuti di agency e responsabilizzazione.

fig. 5 > Rappresentazione grafica degli indicatori del CAPI in versione illustrata, per facilitare la comprensione all'utenza.



2.2 / Percorsi di resilienza con le famiglie

Lo Spazio tEssere si è configurato come luogo di **ascolto e accompagnamento** in cui le singole famiglie sono state accolte, comprese nei loro bisogni individuali e accompagnate in percorsi di resilienza mirati e condivisi. Pur nella specificità dei percorsi progettati per ciascun nucleo, sono emerse delle azioni comuni, che si sono rivelate buone pratiche nel supporto e nella promozione di processi resilienti all'interno di nuclei famigliari a rischio con figli della fascia di età 0-6. Tali buone pratiche hanno identificato la relazione d'aiuto da parte dell'operatore tutore di resilienza in termini di guida, ascolto, trasmissione di conoscenze e competenze e coinvolgimento dei nuclei famigliari. Di seguito vengono presentate le attività implementate, suddivise per obiettivo specifico della relazione d'aiuto che vanno a conseguire (di guida, ascolto, trasmissione di conoscenze e competenze e coinvolgimento). L'immagine associata all'obiettivo, vuole enfatizzare la specificità del supporto offerto dal tutore di resilienza, nell'ambito dell'attività illustrata.

2.2.1 /

TI GUIDO: l'home visiting



L'home visiting è un intervento educativo presso il domicilio finalizzato alla riduzione dei fattori di rischio di maltrattamento e trascuratezza dei minori quali conflittualità di coppia, disfunzionalità educativa, carenze nella capacità di gestione e cura dei figli, nella gestione della quotidianità. Le figure genitoriali vengono agganciate attraverso la richiesta di aiuto da parte del genitore o durante altre tipologie di attività. L'home visiting è risultato un valido strumento da offrire a genitori che si trovano a vivere un momento di particolare difficoltà, per mettere in atto un miglioramento delle capacità genitoriali, accompagnarli e sostenerli nelle tappe evolutive cruciali del ciclo familiare.

Le aree principali su cui si è lavorato attraverso l'home visiting sono:

- **1. Educazione all'economia domestica e familiare** con una figura educativa, nel caso di genitori che hanno difficoltà nella gestione delle risorse economiche e nella gestione della cura e dell'igiene della casa. Inoltre sono proposti dei colloqui sugli stati d'animo e vissuti del genitore. Consiste in un supporto psico-educativo con figura educativa di riferimento.
- **2. Supporto alle routine.** In cui sono state reimpostate le routine famigliari finalizzate alla salvaguardia del bambino e alla riduzione dei pericoli domestici.

- **3. Imparare a giocare con il proprio figlio.** Sono stati creati dei momenti dedicati esclusivamente al gioco con i figli, a volte in un parco, altre volte su un tappeto nel soggiorno di casa. Il genitore è stato invitato a divertirsi e a rimanere nel qui e ora del momento, lasciando le preoccupazioni fuori dalla stanza. Il genitore è stato invitato a non badare al disordine e utilizzare il momento del riordino al racconto di quanto vissuto con i bambini. In alcuni genitori è emersa la soddisfazione di essersi realmente divertito con i propri figli come non succedeva da tempo.

- **4. Mediazione delle pratiche educative** di genitori eccessivamente rigidi e lavoro sulla connessione emotiva madre-bambino, in particolare nel momento del sonno, sottolineando l'importanza del contatto fisico in questo momento.

- **5. Promozione della comunicazione madre bambino**, in cui ci si è focalizzati sullo stile comunicativo adottato dal genitore nei confronti del bambino (tono di voce, la scelta delle parole, il posizionamento e la postura nel momento in cui si parla con il bambino). Successivamente sono state definite delle regole di base che possono agevolare la comunicazione e il clima familiare (per esempio limitare l'uso del telefono, rimettere a posto la cameretta e i giochi ecc.)

Il compito dell'educatore è stato quello di

- osservare le interazioni tra madre e bambino;
- individuare i punti di maggiore difficoltà su cui intervenire;
- evidenziare esigenze del bambino ed aiutare i genitori a riconoscerle;
- dare indicazioni su aspetti dello sviluppo e bisogni del bambino;
- supportare le neo-mamme rientrate a casa dopo il parto;
- attivare incontri di rete tra tutte le figure coinvolte nel nucleo familiare (maestre pediatre, assistenti sociali ecc.);
- accompagnare i genitori nelle scelte/ tappe dei propri figli (es. iscrizione a scuola, visite mediche specifiche, ecc.).

Nell'home visiting, ricorda che:

- Gli obiettivi devono essere concordati con il nucleo all'inizio del percorso affinché risultino chiari, condivisi, e realizzabili nei tempi del progetto.
- Spesso la richiesta esplicita dei genitori parte da una difficoltà pratica nella gestione quotidiana del bambino (togliere il pannolino, attività da proporre, gestione capricci) che poi si allarga in maniera più generale verso l'acquisizione di abilità affettivo-relazionali spendibili in vari ambiti e momenti della vita della diade genitori-figli.

2.2.2 / TI ASCOLTO: i servizi di ascolto individuale e di gruppo



Nella presa in carico delle famiglie risulta fondamentale l'ascolto di bisogni e fatiche che il nucleo avverte come soverchianti. Laddove l'equipe lo ha ritenuto necessario, dopo una prima fase di accoglienza e ascolto dei bisogni della famiglia, sono stati proposti nell'ambito del progetto TenerAmente diversi servizi di ascolto rivolti ai singoli caregiver e a gruppi di genitori.

ASCOLTO INDIVIDUALE:

— **consulenze psico-pedagogiche**, finalizzate a supportare il singolo genitore e la coppia – o gli adulti di riferimento del bambino (nonni, zii..) in situazioni di particolare vulnerabilità e che richiedevano un supporto specialistico della persona adulta coinvolta nell'intento di approfondire alcune situazioni specifiche che avrebbero potuto poi avere conseguenze nella relazione con i propri figli.

— **Lo sportello di psicoterapia d'emergenza**, che si è configurato come un intervento di emergenza, breve e specifico attivabile in presenza di una sintomatologia traumatica che necessita un intervento immediato. L'obiettivo è quello di contenere il trauma nell'attesa dell'inserimento del beneficiario all'interno della rete di assistenza territoriale specialistica, che spesso ha dei tempi molto lenti di attivazione o dei costi proibitivi rispetto alle possibilità delle persone che ne necessitano.

ASCOLTO DEL GRUPPO:

— **Il caffè solidale**. È uno spazio di confronto dedicato interamente ai genitori, con la presenza della pedagoga, in cui vengono offerti caffè e biscotti. Ai genitori viene data la possibilità di lasciare il bambino alle educatrici del servizio. Si sono svolti cicli di 3 incontri con cadenza settimanale della durata di un'ora e mezzo ciascuno. Si è rivelato uno spazio funzionale per permettere ai genitori di raccontarsi, di esprimere i propri dubbi e le proprie fatiche legate alla genitorialità e, nel contempo, di identificare le proprie risorse, individuando nuove strategie che migliorino il proprio rapporto genitore-figlio. Sono stati attivati anche confronti tra i genitori che si consigliano, si confrontano, si supportano e creano gruppo. Lo spazio ha consentito di promuovere l'*empowerment* genitoriale e la creazione di una rete di supporto tra genitori, basata sul confronto e sul supporto reciproco.

2.2.3 / TI TRASMETTO CONOSCENZE E COMPETENZE: i cicli di formazione



Parte della fragilità identificata nelle famiglie riguarda la mancanza di informazioni e conoscenze in merito al ruolo genitoriale. Pertanto, sono stati proposti dei **cicli di formazione** sulla promozione di una genitorialità positiva e consapevole finalizzati a rafforzare le competenze genitoriali al fine di costruire maggiore soddisfazione nella relazione genitore-bambino. Questi incontri sono stati tenuti dalle equipe stesse che al proprio interno presentano professionisti competenti per la conduzione di alcuni dei momenti formativi. Laddove necessario, sono stati invitati esperti esterni per questioni specifiche quali nutrizionisti, pediatri...

I laboratori, svolti in setting di gruppo, si sono configurati come **uno spazio di condivisione, apprendimento e confronto**, mediato dall'operatore, volti a contrastare il vissuto di solitudine del singolo genitore, a promuoverne il vissuto di autoefficacia e a stimolare il desiderio di crescere e migliorarsi nel proprio ruolo di caregiver. In particolare, attraverso questi percorsi formativi i genitori hanno potuto:

- familiarizzare con **pratiche educative** positive ed innovative;
- rafforzare la propria capacità di riconoscere e gestire le **emozioni** vissute e agite nei confronti dei figli;
- confrontarsi tra di loro sulle eventuali **rigidità** educative, condizioni di **stress e frustrazione** che possono degenerare in comportamenti maltrattanti.

Esemplificativo è stato l'utilizzo del poster "Genitori non si nasce... si diventa" elaborato dalla rete territoriale di Bergamo che siede al tavolo dedicato al maltrattamento infantile all'interno del tavolo Servizi Minori e Famiglia dell'Ambito Territoriale di Bergamo. Il poster è stato stampato in diverse copie distribuito a tutti i servizi territoriali quali consultori, studi di pediatri, scuole dell'infanzia.

2.2.4 /

TI COINVOLGO: attività e percorsi laboratoriali



Lo Spazio tEssere si è configurato come luogo in cui fare emergere i talenti e le capacità di ciascun membro del nucleo familiare, in cui poter ricucire i legami sociali ed affettivi, a volte compromessi dal trauma, dalla violenza e dal conflitto, grazie alla possibilità di attivare spazi di lavoro condivisi e relazioni capaci di portare nuovi sguardi e nuove opportunità per ri-nascere.

Di seguito, vengono illustrate alcune delle attività psico-educative condotte all'interno degli Spazi tEssere delle città di Bari, Bergamo, Catania-Misterbianco, Napoli, Pescara, nel desiderio di condividere buone pratiche di lavoro e orientare l'azione di operatori impegnati nel lavoro con famiglie a rischio di maltrattamento.

In particolare, per ciascuna area di rischio rilevata dallo strumento CAPI sono state proposte tre tipologie di attività - attività con i genitori, attività da proporre alla diade genitore-bambino, e attività con i bambini - finalizzate a promuovere ed attivare nel nucleo le risorse necessarie per contrastare i comportamenti di rischio presenti.

— 1. Distress < VS > Soddisfazione nella relazione genitore-bambino

Attività con i genitori:

Raccontami lo stress

OBIETTIVO: condividere situazioni di vita quotidiana stressanti e faticose attraverso la narrazione scritta, esplorando soluzioni alternative possibili.

TARGET DI ETÀ DEI FIGLI/BAMBINI: 0-6 anni.

MATERIALI (se necessari): fogli bianchi e penne.

SETTING: stanza grande.

DESCRIZIONE: i genitori vengono accolti all'interno di una sala grande. Dopo un momento introduttivo, si chiede a ciascun genitore di riflettere su un momento/evento stressante relativo alle dinamiche quotidiane nella relazione con i propri figli e di provare quindi a costruire una narrazione, scrivendola su di un foglio. Una volta terminata la narrazione, qualora presenti entrambi i genitori della coppia, si chiede loro di mettere a confronto la visione materna/paterna e di condividere emozioni e stati d'animo, provando quindi ad immaginare possibili soluzioni alternative. Allo stesso modo, per i genitori che se la sentono, i racconti vengono condivisi all'interno del gruppo allargato, promuovendo il confronto, il rispecchiamento, l'esplorazione di soluzioni alternative e la capacità di problem solving nei genitori coinvolti.

Attività con genitori e bambini:

Yoga

OBIETTIVO: armonizzare corpo e mente e lavorare sull'equilibrio dell'energia, al fine di alleviare lo stress genitoriale. Inoltre, viene proposto come momento di condivisione con la mamma affinché il bambino possa esprimersi più serenamente ispirandosi a lei e imitandola.

TARGET DI ETÀ DEI FIGLI/BAMBINI: laboratorio dedicato a genitori e bambini nella fascia 2-6.

MATERIALI (se necessari): tappetini per yoga, musica, schede con animali.

SETTING: spazio ampio dedicato alle attività laboratoriali. Incontri a cadenza settimanale per 3-5 mesi.

DESCRIZIONE: si avvia l'attività con la lettura di storie, i cui protagonisti sono diversi animali. La narrazione viene accompagnata da musica dolce ed immagini (schede) di animali in differenti posizioni. Si accompagnano genitori e bambini nel processo di immedesimazione nei personaggi delle storie e nelle posizioni degli animali proposte, guidandoli in questo modo ad assumere posizioni yoga allo scopo di sviluppare respirazione, forza, resistenza, equilibrio, concentrazione e consapevolezza di sé. L'attività viene svolta con il nucleo familiare/diade genitore-bambino al fine di agevolare la connessione ed il contatto emotivo e fare esperienze di momenti positivi nella relazione con il proprio bambino.

Attività con i bambini:

Il massaggio con le piume

OBIETTIVI: imparare ad ascoltarsi e ad ascoltare, a prendersi cura dell'altro, e ritrovare e condividere momenti di calma, promuovendo atti di gentilezza.

TARGET DI ETÀ DEI BAMBINI: 3-6 anni.

MATERIALI: piume, cassa bluetooth, musica rilassante.

SETTING: stanza ampia, tappetone ampio per attività motoria.

DESCRIZIONE: I bambini vengono disposti a coppie e prima di iniziare l'attività vengono mostrate e fatte toccare le piume, al fine di accompagnare i bambini a fare esperienza dell'oggetto ed a conoscerlo. Successivamente, viene selezionata una coppia di bambini attraverso la quale viene mostrata l'attività al gruppo. A questo punto si decidono i ruoli nella coppia: un bambino si stende a pancia in su e l'altro si inginocchia accanto, lateralmente. Quando inizia la musica il bambino posizionato in ginocchio inizia ad accarezzare il bimbo steso con la piuma a partire dal viso fino ad arrivare ai piedi. Quando termina la musica si invertono i ruoli.

NB: anziché la piuma è possibile utilizzare una pallina, una macchinina, un foulard, un peluche.

— 2. Rigidità educativa < VS > Flessibilità educativa e sintonizzazione

Attività con i genitori:

La fotografia di famiglia

OBIETTIVO: ricostruire nella comunità educante di genitori il proprio vissuto da educando per mettere a fuoco il modello pedagogico che fa parte del proprio bagaglio.

TARGET DI ETÀ DEI FIGLI/BAMBINI: 0-6

MATERIALI (se necessari): una fotografia di famiglia scelta e portata dai genitori partecipanti.

SETTING: ampio spazio, sedie disposte a cerchio.

DESCRIZIONE: viene chiesto a ciascun genitore di portare all'incontro una fotografia della sua famiglia di origine, per lui o lei significativa. Dopo un momento introduttivo, si chiede a ciascun genitore di produrre un racconto condiviso col gruppo su che bambino era il genitore di oggi, e che genitori ha avuto a sua volta. Il gruppo si fa "contenitore" delle storie e delle riflessioni portate, e "specchio" accogliente.

L'attività può essere ampliata e portata avanti in un incontro successivo, con l'attività *"Cosa porto del mio genitore e cosa porto di nuovo"*. I genitori vengono invitati a riflettere sugli elementi della propria genitorialità oggi: *"Quali sono gli elementi della mia genitorialità?"*, con uno sguardo relativo alle caratteristiche dei propri genitori che portano con sé e che ritrovano nel proprio essere genitori, e alle caratteristiche proprie che vorrebbero sviluppare nella propria genitorialità. Si propongono ai genitori diversi materiali (stoffe, fili, cartoncini, pennarelli colorati) e si propone loro, a partire dagli elementi individuati, di realizzare collage materici che possano rievocare tali elementi. Infine, si chiede loro di scrivere accanto al collage parole che siano evocative delle caratteristiche individuate.

Attività con genitori e bambini:

Momenti per la diade

OBIETTIVO: comprendere le richieste/ bisogni del bambino e ritrovare e condividere momenti di gioco in cui sviluppare momenti di sintonizzazione, promuovendo la flessibilità nel genitore.

TARGET DI ETÀ DEI FIGLI/BAMBINI: 2-6 anni.

MATERIALI (se necessari): libri, tappeti, cuscini, pittura, plastilina, colori, cartelloni, farina, acqua.

SETTING: spazio ampio, differenti giochi, colori, fogli, tappetini, cuscini, musica, tavolini e sedioline adatte alle età dei bambini;

DESCRIZIONE: accompagnare i genitori a riconoscere i bisogni specifici del proprio bambino ad a sintonizzarsi con essi, individuando attività che possano essere proposte al proprio bambino. La stanza offre diverse

possibilità e ciascun genitore è chiamato, con il supporto dell'educatore, a connettersi con le esigenze specifiche del proprio bambino per individuare l'attività più adatta. È possibile dedicare il tempo a disposizione ad attività corporee, al gioco simbolico, leggere insieme libri illustrati e tattili, disegnare e/o dipingere, sperimentarsi con la plastilina e/o con farina e acqua, senza paura di sporcarsi.

NB: si consiglia di stabilire un tempo di gioco (almeno un'ora), fornendo ai partecipanti le regole/indicazioni necessarie da rispettare, da fornire all'inizio dell'attività.

Attività con i bambini:

Lo scettro della parola

OBIETTIVO: promuovere nei bambini l'ascolto reciproco ed il rispetto per i compagni.

TARGET DI ETÀ DEI FIGLI/BAMBINI: 3-6 anni.

MATERIALI (se necessari): cannuce, bastoncini di legno, colori, pittura, colla, materiali decorativi.

SETTING: ampio spazio.

DESCRIZIONE: costruzione, insieme ai bambini, di uno "scettro magico" con materiali di riciclo. A ciascun bambino viene dato un piccolo ruolo, in modo che tutti i partecipanti siano coinvolti e partecipi. Una volta costruito lo scettro, ne viene spiegata la funzione ai bambini: si tratta di uno scettro magico che dà diritto di parola a chi lo detiene. Si dispongono quindi i bambini in cerchio ed il conduttore fa loro delle semplici domande relative ad abitudini, gusti, preferenze (...). Per poter prendere parola è necessario avere lo scettro, che i bambini si passano l'un l'altro circolarmente o per alzata di mano. Mentre il bambino detentore dello scettro parla tutti gli altri bambini vengono invitati a stare in ascolto.

— 3. Impulsività < VS > Competenza emotiva

Attività con i genitori:

Educazione positiva

OBIETTIVO: promuovere l'alfabetizzazione emotiva nel genitore, favorendo la capacità di entrare in contatto con il proprio mondo emotivo, e con le sensazioni corporee ad esso connesse, per trovare delle strategie di gestione efficaci.

TARGET DI ETÀ DEI FIGLI/BAMBINI: genitori di bambini nella fascia 0-6 anni.

MATERIALI (se necessari): fogli bianchi grandi e colori.

SETTING: ampio spazio dedicato alle attività laboratoriali.

DESCRIZIONE: si crea uno o più gruppi di lavoro a seconda della numerosità del gruppo di genitori. I genitori, dopo un momento introduttivo, vengono invitati a pensare a momenti di stress, frustrazione e

rabbia che vivono nella loro quotidianità soprattutto nella relazione con i propri bambini. Una volta individuata la fatica viene chiesto a ciascun genitore di disegnare su un grande foglio bianco la sagoma del proprio corpo (se possibile a grandezza naturale), individuando, all'interno della sagoma, i punti del corpo in cui il genitore percepisce maggiormente l'emozione della rabbia, e le sensazioni/stati emotivi negativi ad essa connessi. Il genitore viene quindi invitato a colorare tale area del corpo (una o più) con il colore per lei/lui significativo. Infine, i genitori vengono invitati a condividere la situazione individuata e la propria riflessione relativa all'emozione della rabbia, avviando con il gruppo una discussione sul tema, che possa offrire una diversa chiave di lettura delle situazioni e nuove strategie comportamentali positive a lungo termine per affrontare le sfide quotidiane in maniera costruttiva, mai violenta e attenta ai bisogni affettivi e psicologici dei figli.

Attività con genitori e bambini:

Il barattolo della calma

OBIETTIVO: stabilire un contatto emotivo genitore-bambino sereno, che possa aiutare il bambino ad esprimere meglio la propria emotività e lo stato d'animo. L'attività si propone di agevolare il recupero della calma dinnanzi ad eventuali stati di agitazione nel bambino, e vuole essere occasione per il bambino di sperimentazione insieme ai genitori di strategie efficaci e alternative per gestire stati di agitazione e rabbia.

TARGET DI ETÀ DEI FIGLI/BAMBINI: dai 3 anni in su.

MATERIALI (se necessari): barattolo di vetro, colla trasparente, acqua, colorante alimentare, tempere/acquerelli, brillantini/glitter colorati.

SETTING: tavolo con sedie.

DESCRIZIONE: L'attività prende avvio introducendo il tema della rabbia, di cosa la provoca e delle sue conseguenze sia negli adulti che nei bambini. Quindi, viene proposta una strategia per la gestione dei momenti di rabbia, attraverso la costruzione co-partecipata del barattolino della calma. Indicazioni per la costruzione: si versa dell'acqua all'interno di un barattolo (lasciando uno spazio in alto per consentire di agitare il suo contenuto). Quindi si mettono i glitter, mescolando bene in modo che i glitter si disperdano nell'acqua. Al composto si unisce qualche goccia di colorante alimentare oppure tempere/acquerelli. Infine, si avvita il coperchio sul barattolo. Nel momento in cui si chiude il barattolo, lo si capovolge, mostrando al bimbo l'effetto che i brillantini colorati hanno a contatto con la colla: essi tendono a rimanere su e poi scendono piano piano, creando un effetto rilassante e calmante.

Attività con i bambini:

Esplorando le emozioni: il mio palloncino

OBIETTIVO: esplorare il mondo emotivo del bambino, aiutandolo ad alfabetizzare le proprie emozioni e le emozioni degli altri, ed infine tro-

vare strategie per gestire l'emotività.

TARGET DI ETÀ DEI FIGLI/BAMBINI: dai 3 anni in su

MATERIALI (se necessari): palloncini colorati, fili di lana colorati per annodare palloncini, pennarelli, farina.

SETTING: tavolo di appoggio con sedie, spazio ampio per lavoro di gruppo.

DESCRIZIONE: riempire i palloncini colorati con della farina finché non arrivano ad assumere una consistenza morbida tale da poterli maneggiare. Una volta riempiti, legare l'estremità con fili di lana colorati e tagliarli in maniera arruffata per creare i capelli. Con un pennarello disegnare le faccine e le espressioni del volto (sorridente, triste, imbronciata, timida, con le lacrime, impaurita) così da aiutare i bambini a definire stati d'animo ed emozioni, dando a ciascuna di esse un nome ed una connotazione visiva. Una volta terminata la fase di alfabetizzazione delle emozioni, il conduttore guida il gruppo nel pensiero circa le modalità e i comportamenti che è possibile adottare per far fronte a ciascuna emozione individuata (esempio: di fronte ad un palloncino che mostra tristezza è possibile abbracciarlo). Una volta preso contatto con il mondo emotivo, i bambini vengono invitati a raccontare come si sentono in quel momento, attraverso la scelta di uno o più dei personaggi creati. Tutti i bambini sono accompagnati al racconto di sé e all'ascolto dell'altro.

— 4. Infelicità e solitudine < VS > **Genitorialità consapevole**

Attività con i genitori:

Cosa posso fare?

OBIETTIVO: condividere uno status di reciprocità, per arrivare a maggiore consapevolezza e conseguente assunzione di responsabilità e spostare il Locus of Control del genitore ricanalizzando il senso di attenzione su di sé, sulla capacità di essere agente di cambiamento per sé e per la propria famiglia. Tale lavoro permette inoltre di scalfire la solitudine legata all'impotenza.

TARGET DI ETÀ DEI FIGLI/BAMBINI: 0-6 anni.

MATERIALI (se necessari): fogli e penne.

SETTING: spazio ampio, sedie con appoggio per scrivere (oppure tavolo).

DESCRIZIONE: introdurre l'attività con un momento di riflessione relativo al senso di impotenza e solitudine che a volte i genitori sentono. Dare a ciascun genitore un foglio ed una penna. Introdurre alcune "frasi incomplete" o narrare alcune storie in cui si chiede ai genitori di completare, fare proposte e narrare le possibilità per agire il cambiamento, rispondendo alla domanda "Cosa posso fare?". Invitare i genitori a scrivere l'idea individuata e, quindi, avviare un momento di condivisione di idee e discussione tra genitori.

Attività con genitori e bambini:**Percorso psicomotorio in coppia, ispirato al libro di Eric Carl**
“Papà, mi prendi la luna, per favore?”

OBIETTIVI: favorire l'ascolto reciproco genitore-bambino e promuovere processi di cooperazione, negoziazione e fiducia per costruire una relazione positiva e stabile.

TARGET DI ETÀ DEI FIGLI/BAMBINI: 2 - 6 anni.

MATERIALI: pouf cuscino da terra, materassini morbidi spessi, kit psicomotricità.

SETTING: spazio ampio, tappeto per attività motoria.

DESCRIZIONE: l'attività prevede un coinvolgimento fisico che tiene conto delle difficoltà e delle potenzialità sia del bambino che dell'adulto e che, per la sua riuscita, obbliga entrambi ad ascoltarsi adattando tempi e movimenti. Risulta utile precisare che non è prevista, come per i giochi competitivi, una vittoria finale individuale, ma si tratta di una vittoria condivisa. Dopo aver letto insieme il libro *“Papà, mi prendi la luna, per favore?”*, si costruisce un percorso psicomotorio da svolgersi in coppia: papà e bambino vengono legati insieme dal polso con un foulard. Questo obbliga alla vicinanza fisica e ad un ascolto dei bisogni e dei tempi dell'altro. Il percorso prevede il passeggio su un materasso utile a creare instabilità, lo slalom con i coni, il passaggio sotto ad un tunnel, i salti nei cerchi a piedi uniti (i cerchi vengono disposti in modo parallelo affinché ognuno abbia il proprio cerchio su cui saltare). A fine percorso il papà per “prendere la luna”, simboleggiata da un piccolo pouf cuscino da terra, posta in alto su uno scaffale, deve prendere il proprio figlio sulle spalle. Solo così il percorso può essere completato ed il bambino può ottenere la “luna” tanto desiderata.

NB: anziché il pouf da terra è possibile utilizzare una palla o altri oggetti a seconda delle disponibilità. Inoltre, il percorso tiene conto delle possibilità fisiche di entrambi i partecipanti quindi l'operatore dovrà essere attento e in ascolto dei bisogni individuali e adeguare il percorso in base a questi.

Attività con i bambini:***Il corpo in movimento***

OBIETTIVO: Migliorare lo sviluppo motorio espressivo nel bambino e accrescere competenze tecniche e sociali.

ETÀ DEI FIGLI/BAMBINI: 0-6 anni.

MATERIALI (se necessari): musica, eventuali strumenti per creare coreografie (esempio: nastri).

SETTING: ampio spazio che permetta il libero movimento dei bambini.

DESCRIZIONE: Se possibile, avviare un percorso laboratoriale a lungo termine, con durata di almeno 3 mesi. Avvio del laboratorio con un primo momento di rilassamento. Utilizzo della danza ritmica come strumento per promuovere benessere psicofisico e potenziamento della rete sociale dei bambini e delle loro famiglie. I bambini hanno l'opportunità

di sperimentare le proprie abilità e veder crescere le proprie competenze motorie. Se possibile, creare una piccola coreografia che può essere presentata alle famiglie con un saggio di fine corso.

— 5. Difficoltà relazionali < VS > Supporto sociale**Attività con i genitori:*****Mappe delle risorse***

OBIETTIVO: accompagnare i genitori a identificare risorse formali ed informali relazionali nel territorio e favorirne l'accesso.

TARGET DI ETÀ DEI FIGLI/BAMBINI: 0-6 anni.

MATERIALI (se necessari): fogli, penne, pennarelli.

SETTING: ampio spazio, cerchio di sedie.

DESCRIZIONE: L'attività prende avvio con un momento introduttivo relativo al potere del territorio come risorsa, presentando alcune delle risorse possibili e disponibili. Distribuire a ciascun genitore un foglio bianco ed una penna/pennarelli e chiedere di pensare alle persone, associazioni, servizi territoriali che ruotano attorno a sé o che è possibile attivare per rispondere ai propri bisogni di cura, supporto o svago. Quindi, chiedere a ciascun partecipante di disegnare un simbolo che rappresenta il sé nel centro del foglio e, quindi, realizzare intorno al simbolo di sé una mappa che rappresenti le risorse attive / che si possono attivare per rispondere ai propri bisogni. Quindi, dedicare un momento finale alla condivisione.

NB: Si consiglia di accompagnare e supportare i genitori, con colloqui individuali successivi al laboratorio, nell'attivazione di eventuali risorse individuate.

Attività con genitori e bambini:***Celebriamo insieme!***

OBIETTIVO: creare momenti di aggregazione per le famiglie, promuovendo la capacità del genitore di affidarsi e favorendo la nascita di nuove relazioni.

TARGET DI ETÀ DEI FIGLI/BAMBINI: 0-6 anni.

MATERIALI (se necessari): differenti materiali a seconda del laboratorio target.

SETTING: ampio spazio dedicato alle attività laboratoriali, parco nel periodo primaverile.

DESCRIZIONE: creare dei momenti laboratoriali per “celebrare” determinate occasioni, come la Pasqua, l'arrivo della primavera, il Natale, la festa della mamma e del papà (ecc...) volti a coinvolgere genitori e bambini e ad aiutarli a costruire nuove relazioni.

NB: si consiglia di terminare l'attività con un piccolo rinfresco, momento in cui genitori e bambini hanno l'occasione di conoscersi meglio e scambiare contatti e informazioni.

Attività con i bambini:***Giochi di squadra***

OBIETTIVI: promuovere la collaborazione tra i bambini ed il senso di gruppo, favorendo l'ascolto empatico, l'aiuto ed il sostegno reciproco.

TARGET DI ETÀ DEI BAMBINI: 3-6 anni

MATERIALI (se necessari): kit psicomotorio, palla, palloncini, secchielli, bicchieri

SETTING: ampio spazio o se possibile spazio esterno.

DESCRIZIONE: Proposta di attività motorie a coppie, in micro-gruppi e macro-gruppi tese a sollecitare, attraverso la competizione a squadre, l'unione tra i componenti del gruppo. Alcuni esempi: pallamano, palla avvelenata, calcio, rivisitazioni di giochi conosciuti come la pallavolo con foulard e palloncini (quest'ultima attività si svolge dividendo il gruppo in minimo due squadre, le quali poi si andranno a sfidare come nella pallavolo tradizionale. In ogni squadra i componenti vengono divisi ulteriormente in coppie. A ciascuna coppia viene consegnato un foulard che viene mantenuto dai quattro lembi. Ciascuna squadra dovrà cercare di segnare punti nel campo avversario senza toccare mai il palloncino con le mani ma facendolo volare con il foulard.

/ **Bibliografia**

- Bauer, J. *Urlo di mamma*. Nord-sud edizioni.
- Laviguer, S., Coutu, S. & Dubeau, D. (2010). *Kit sostenere la genitorialità. Strumenti per rinforzare le competenze educative*. Edizione italiana a cura di Paola Milani, Sara Serbati e Marco Ius. I materiali Erikson.
- Marcoli, A. (1996). *Il bambino arrabbiato. Favole per capire le rabbie infantili*. Ed Mondadori.
- Moreau, L. (2012). *A che pensi?* Orecchio Acerbo.
- Houdart, E. (2016). *Mia madre*. Logos.
- Petite, A. (2020). *La mamma è come una casa*. Topopittori.
- Paolini, A. (2018). *S'alza il vento*. Logos.
- Pixar (2009). *Parzialmente nuvoloso*. cortometraggio Disney Pixar.
- Romanelli, D. (2021). *Ci sono mamme*. Matilda Editrice.
- Fayolle, M. (2021). *I figli*. Gallucci.
- Hughes, E. (2012). *Selvaggia*. Settenove.
- Rosen, M. & Oxenbury, H. (2015). *A caccia dell'orso*. Mondadori.
- Snel, E. (2015). *Calmo e attento come una ranocchia. Esercizi di mindfulness per bambini (e genitori)*. RED.
- Snel, E. (2018). *Calmo e attento come una ranocchia. L'album delle mie attività*. RED.
- Waddell, M. & Benson, P. (2015). *Tre piccoli gufi*. Mondadori.
- Witek, J. (2012). *Tra le braccia di papà. C'è posto solo per me*. Gallucci.



**LA RETE INTERISTITUZIONALE:
una sfida aperta**



1 / Quale rete? Le figure professionali coinvolte nel lavoro con le famiglie a rischio

1.1 / Identificare una rete interistituzionale: il criterio delle critical lifetime developmental milestones

Nel lavoro di identificazione di una efficace rete interistituzionale con i professionisti, coinvolti nei diversi territori che hanno partecipato al progetto TenerAmente verso un'infanzia felice, il criterio proposto ed utilizzato si rifà all'individuazione di specifici momenti critici nel corso della vita, determinanti per lo sviluppo di Esperienze Sfavorevoli Infantili o ESI (*Adverse Childhood Experiences*; Felitti et al., 1998).

Secondo la definizione di Felitti e colleghi (1998), il concetto di ESI racchiude l'insieme di situazioni, vissute nel corso dell'età evolutiva, considerabili come possibili deviazioni atipiche nel percorso di crescita dell'individuo, il cui impatto negativo può comportare stress precoce ed effetti sull'adattamento del minore e sul suo sviluppo nel lungo termine, con conseguenze sia individuali (psicologiche, biologiche e comportamentali) sia relazionali (Felitti & Anda, 2010). Le ESI comprendono diverse manifestazioni di vittimizzazione relazionale, tra cui principalmente le **forme di maltrattamento agite direttamente dai genitori nei confronti dei figli** (in termini di maltrattamento fisico e psicologico, abuso sessuale, trascuratezza e violenza assistita), ma anche condizioni indirette, che connotano stili di parenting fragili ed inadeguati, situazioni familiari insicure e pregiudizievoli per il benessere dei figli: fra queste, le dipendenze da sostanze, le malattie psichiatriche, i comportamenti devianti ed antisociali di uno o entrambi i genitori e la detenzione in carcere.

Partendo da questa prospettiva, è possibile delineare **quattro tappe decisive**, nel corso dello sviluppo, **per l'insorgenza di esperienze sfavorevoli e negative**, tali da poter condurre a forme di **parenting problematico**, proprio a partire dalle peculiari caratteristiche di rischio che le connotano (Giordano & Cipolla, 2023):

- 1. il periodo perinatale (*perinatal period*),
- 2. il periodo post-partum (*post-partum period*),
- 3. l'ingresso alla scuola dell'infanzia (*kindergarten entry*),
- 4. le prime relazioni affettive in adolescenza (*early dating*).

Conoscere le caratteristiche di rischio di questi snodi evolutivi permette di assumere una specifica cornice teorica e metodologica nell'attenzione professionale alle dinamiche familiari, al loro sviluppo e alla prevenzione di forme di maltrattamento e abuso all'infanzia e del maltrattamento.

In primo luogo, l'eziologia per l'insorgenza di ESI può essere rintracciata nelle primissime epoche di vita relative il **periodo perinatale e della gravidanza**, momento delicato per i genitori ed il feto, in cui la vulnerabilità si delinea a partire dai

complessi cambiamenti psicofisici e relazionali, che in essa avvengono. Il periodo perinatale, infatti, si caratterizza per la presenza di alcuni specifici fattori di stress e di rischio (fisici, psicologici, sociali ed economici). Fra questi è importante sottolineare i cambiamenti psicofisici tipici della gravidanza, l'utilizzo di sostanze da parte dei genitori, il disagio sociale e la mancanza di supporto; elementi tali da intaccare le competenze parentali ed accuditive dei genitori, capaci di rinforzare processi di genitorialità orientati verso il maltrattamento psicologico e la trascuratezza (Jaudes, Ekwo, & Van Voorhis, 1995; Elster & McAnarney, 1980; Overpeck et al., 1998; Olds, 2008; Forray & Foster, 2015).

Nella fase prenatale, dunque, subentrano non solo fattori di rischio di natura psicofisica, sociale ed economica, ma anche relazionale. Gli studi individuano, proprio in questa fase di vita della donna, uno dei principali precursori di successive esperienze negative per i minori: per esempio, la violenza in una relazione affettiva di coppia, anche nota come *Intimate Partner Violence* (IPV) (Martin et al., 2007), può sfociare in danni anche al feto e, se cronica, in future forme di violenza assistita. La violenza all'interno della coppia si presenta spesso nei confronti di donne in età riproduttiva (Chisholm, Bullock, & Ferguson 2017; Breiding et al. 2014), e di cui, spesso, le vittime sono proprio donne in stato di gravidanza (Eikemo et al., 2023; Román-Gálvez, et al., 2021a). Dati globali segnalano che il 2.1% delle donne dichiara di aver subito violenza da parte del partner durante la gravidanza: la violenza psicologica è risultata essere la più diffusa (1.8%), seguita dalla violenza fisica (0.6%) e dalla violenza sessuale (0.1%) (Eikemo et al., 2023). Quando sono stati segnalati più tipi di IPV combinati, la prevalenza di qualsiasi tipo di IPV sale al 25,0% (Román-Gálvez, et al., 2021b). Come suggerito da un recente review della letteratura (Agarwal et al., 2023) il fenomeno di IPV rappresenta una situazione critica non solo per le madri, ma anche per il feto, con conseguenze sulla salute intrauterina: nascita pretermine, basso peso alla nascita e morte da trauma fisico. Anche nel lungo termine, la violenza di genere nei confronti di donne gravide presenta degli impatti sullo sviluppo del bambino ed è associata a problematiche comportamentali ed emotive, a ritardi cognitivi, nello sviluppo fisico e nelle competenze psicosociali. Le possibili conseguenze a lungo termine sulla salute del bambino possono essere ricondotte a diversi fattori, tra cui l'impatto dello stress e del trauma sullo sviluppo cerebrale in fase di crescita, le interferenze nella relazione genitore-figlio e l'esposizione alla violenza e all'instabilità persistente nell'ambiente domestico. Inoltre, i minori che sono stati esposti alla violenza tra partner (IPV) durante la gravidanza possono presentare un rischio maggiore di subire violenza e traumi successivi contribuendo ulteriormente alle conseguenze a lungo termine sulla salute psicofisica (Agarwal et al., 2023; Ferdos & Rahman, 2017).

Il secondo momento critico del **post-partum** rappresenta una fase delicata per l'assestamento e la ridefinizione del sé e dell'identità relazionale delle puerpere, caratterizzata da cambiamenti ormonali, recupero fisico dal parto ed aumentate richieste di cura del neonato (Choi et al., 2019). In questa fase è possibile riscontrare una varietà di sintomi nelle donne, più o meno rilevanti e duraturi, in linea con vissuti altamente stressogeni, finanche di stampo post-traumatico (Di Blasio, Camisasca, Miragoli, Ionio, & Milani, 2017; Dekel et al., 2020), anche a fronte di situazioni familiari a basso rischio e di gravidanze e parti con decorso regolare (Di Blasio et al., 2015a, 2015b). La letteratura evidenzia come un'alta percentuale di donne (tra

il 40% ed il 60%) faccia esperienza di *maternity blues*, uno dei principali fattori di rischio per lo sviluppo di depressione post-partum, oltre a disturbi legati alla sfera dell'ansia e del sonno (Di Blasio, Camisasca, & Miragoli, 2018; O'Hara & Swain, 2009; Mundt, Reck, Reining, & Stehle, 2009). Lo sviluppo di un legame sano con il neonato rappresenta un processo psicologico centrale per la madre nel periodo post-partum e pone le basi per lo sviluppo del legame di attaccamento (Lehnig et al., 2019). Difficoltà nella creazione di un legame affettivo con il neonato aumentano fra donne con sintomatologie della sfera depressiva e post-traumatica (Lehnig et al., 2019) e possono portare a sentimenti negativi di frustrazione ed ostilità, con risposte comportamentali aggressive e/o di rifiuto del neonato, aprendo la strada ad un impoverimento dell'adeguatezza del parenting e a forme di maltrattamento infantile (Brockington, 2004). Sindromi e disturbi post-partum, a carattere persistente, possono infatti influenzare negativamente lo sviluppo ed il mantenimento di una buona relazione caregiver-bambino, aumentando la possibilità di insorgenza di stress genitoriale e fatiche nell'interazione con il neonato, elementi di alto rischio per lo sviluppo di comportamenti trascuranti/maltrattanti da parte delle madri (Choi et al., 2017; 2019; Di Blasio & Ionio, 2014; Camisasca et al., 2017; Di Blasio, Camisasca, & Miragoli, 2018). Inoltre, un aumentato rischio per lo sviluppo di stili di parenting maltrattanti sorge dalla presenza di esperienze traumatiche nella storia infantile della donna: le donne vittime di maltrattamenti durante l'infanzia/adolescenza sono a rischio di sviluppare risposte ripetitive, depressive e/o disadattative nel periodo perinatale e/o postnatale. A cascata, il rischio conseguente è quello di stili di parenting problematici, che possono evolvere in maltrattamenti, forme di trascuratezza e/o abusi (Choi et al., 2010). Le conseguenze a lungo termine per il minore, esposto agli effetti depressivi/traumatici materni, durante il periodo critico dello sviluppo neonatale, possono predisporre a interazioni negative nella futura vita sociale ed aumentare significativamente la vulnerabilità a problemi emotivi/comportamentali (Choi et al., 2019).

La terza tappa fondamentale è rappresentata dall'**inserimento del minore nella scuola dell'infanzia** (*kindergarten entry*). Si tratta di una transizione significativa per i bambini in età prescolare (Eckert et al., 2008), soprattutto considerando che esperienze scolastiche precoci di successo hanno importanti implicazioni per l'adattamento e il successo scolastico futuro (La Paro et al., 2003; Rimm-Kaufman & Pianta, 2000; Welchons & McIntyre, 2017). Questa transizione è caratterizzata da molteplici cambiamenti, con nuove sfide cognitive, comportamentali e sociali (Rickmeyer, Lebigier-Vogel, & Leuzinger-Bohleber, 2017). Ad esempio, nell'ambiente scolastico della scuola dell'infanzia, i bambini affrontano maggiori richieste disciplinari, con aspettative più esplicite e maggiore tempo dedicato alle prime attività didattiche. Anche le interazioni sociali si modificano, rispetto ai contesti precedenti: in particolare, la natura delle interazioni con le figure adulte cambia, poiché i minori si trovano di fronte a rapporti più numerosi tra insegnanti e bambini, rispetto sia all'asilo nido sia all'ambiente domestico che hanno vissuto precedentemente. Questi cambiamenti portano a nuove aspettative per i bambini, ad esempio, essere in grado di seguire nuove routine ed agire in modo più indipendente (Rimm-Kaufman & Pianta, 2000). Una sfida importante è rappresentata dalla presenza di ansia per le prime quotidiane separazioni, sia della madre verso il figlio che viceversa (Cronk et

al., 2004). Le modalità con cui i caregiver esprimono le proprie emozioni, accompagnano e supportano quelle dei figli nel corso della prima infanzia hanno effetti, nel breve e nel lungo termine, sulle competenze sociali che i bambini mostrano (Champion et al., 2003; Eisenberg et al., 2001; Spinrad et al., 2007; Kochanska & Aksan, 2004). Inoltre, difficoltà a livello di regolazione emotiva sono associate anche a stili parentali inadeguati, caratterizzati da comportamenti aggressivi e a rischio di maltrattamento fisico nei confronti dei figli (Miragoli et al., 2020). Studi che investigano l'effetto dell'ansia da separazione materna sul bambino hanno rilevato correlazioni tra ansia materna e capacità del bambino di separarsi da lei, così come collegamenti tra l'ansia da separazione materna e l'adattamento generale del bambino (Hock et al., 1989; Hsu, 2004). Madri con livelli elevati di ansia da separazione sono state osservate comportarsi in modi che diminuiscono l'autonomia dei figli in tenera età, optando per rimanere a casa per prendersi cura dei loro neonati durante il primo anno di vita (Hock & DeMeis, 1990; McBride & Belsky, 1988). Esperienze di stress, nella gestione dell'inserimento del proprio figlio alla scuola dell'infanzia, possono aprire la strada a complicazioni nella qualità della relazione genitore-figlio: infatti, un elevato livello di distress dei genitori, la presenza di problematiche del bambino e le interazioni disfunzionali tra genitori e figli possono portare ad aumentare una genitorialità di tipo autoritario (Abidin, 1990). Questa tipologia di parenting ha, inoltre, un effetto diretto sul comportamento del bambino con un aumento delle problematiche (Deater-Deckard & Scarr, 1996). In questo senso, è importante sottolineare che i genitori maltrattanti (o a rischio) riportano significativi e più alti livelli di stress dei non maltrattanti e dei non a rischio (Miragoli et al., 2016; 2018).

Infine, in adolescenza, è possibile riscontrare la quarta fase a rischio per l'insorgenza di Esperienze Sfavorevoli Infantili: l'avvio delle **prime relazioni sentimentali** può rappresentare un momento di vulnerabilità per lo sviluppo di traiettorie maladattive nei termini di *adolescent dating aggression*, ovvero per forme di violenza di genere nei confronti della partner in età adolescenziale (Cucci et al., 2020). La cosiddetta *dating violence* è definita come la violenza agita da una persona all'interno di una relazione romantica o intima con la vittima (U.S. Department of Justice, 2017) ed include forme di violenza fisica, psicologica, emotiva e sessuale, oltre a molestie, stalking, minacce nei confronti della partner attuale o della ex partner (Choi, Mayes, & Stover, 2018). Gli studi rilevano che circa il 20% delle ragazze ed il 10% dei ragazzi, in adolescenza, riportano forme di violenza nelle relazioni sentimentali, con una associazione significativa tra questi fenomeni e le successive forme di *intimate partner violence* (IPV) in età adulta (Manchikanti Gómez, 2011; Ghandour, Kub, & Williams, 2008). L'adolescenza è un periodo dello sviluppo caratterizzato da una rapida crescita fisica, dal raggiungimento della maturazione riproduttiva e dall'evolvere delle aspettative psicosociali (Dahl, 2004). Matura al contempo la ricerca di relazioni all'esterno dei legami familiari, di autonomia e esplorazione delle relazioni affettive (Collins, 2003): le prime relazioni sentimentali giocano un ruolo non trascurabile nello sviluppo stesso dell'adolescente, fornendo importanti fondamenta per le relazioni romantiche future (Wekerle & Wolfe, 1999). L'adolescenza rappresenta, quindi, un momento di particolare tumulto fisico ed emotivo, in cui aumenta la vulnerabilità nei confronti di comportamenti a rischio e di esposizione a situazioni di pericolo, anche all'interno delle relazioni sentimentali, che possono promuovere il radicarsi di pattern relazionali caratterizzati da violenza di genere.

1.2 / La creazione della rete interistituzionale e le sue figure chiave

Alla luce di queste considerazioni, il lavoro con professionisti multidisciplinari dei diversi territori coinvolti ha previsto l'apertura di riflessioni sulla **necessità di una rete interistituzionale che sappia rispondere, nelle sue sfaccettature, ai bisogni relativi alle quattro fasi critiche** per l'insorgenza di stili di parenting inadeguati e maltrattanti/trascuranti, e, quindi, alle risposte professionali capaci di agire **prevenzione, rilevamento precoce e resilienza**. Costruire una rete interistituzionale significa, infatti, avere consapevolezza e poter discutere, a livello interdisciplinare, delle sfide e dei rischi che queste tappe evolutive possono comportare in termini di emergenza di esperienze sfavorevoli infantili legate a genitorialità maltrattanti, riuscendo così ad individuare le **figure chiave** da coinvolgere nel delicato lavoro di sinergia fra operatori ed operatrici (sociali, sanitari, educativi, psicologici, ecc.), che si avvicinano, nella pratica lavorativa, alla famiglia, alle sue dinamiche e ai suoi bisogni.

Per creare una rete operativa intorno al bambino ed alla famiglia è necessario uno sguardo sinergico ai bisogni evolutivi, capace di congiungere, senza annullarle, le specificità di ciascun professionista: il risultato è qualcosa che va oltre la somma delle singole parti, ma che permette, nel lavoro di prevenzione e presa in carico, di agevolare i passaggi fra operatori e servizi, aumentando l'efficacia e la competenza delle potenziali risposte alle necessità della famiglia.

Quale tipo di professionista o servizio può rispondere a quel fattore di rischio? Di quali competenze necessita in termini formativi? Come condividere un linguaggio che parli della e alla famiglia fra disciplinarietà ed istituzioni differenti? Questi interrogativi hanno rappresentato un filo conduttore condiviso fra i diversi territori coinvolti nel progetto TenerAmente, e hanno aperto ad un dialogo costruttivo e critico rispetto ai gap e alle necessità di servizi, enti ed istituzioni, spesso parcellizzati nei rispettivi segmenti di intervento.

Emergono così delle vere e proprie *figure chiave*. Rispetto agli elementi di rischio e ai fattori di protezione, evidenziati nelle quattro fasi critiche, sono stati individuati **specifici attori fondamentali per una rete multidisciplinare integrata**, che possono eventualmente promuovere recupero del danno e resilienza, rispondendo ai bisogni dell'utenza.

Il dialogo necessario a rispondere al quesito "Quale rete?" è partito proprio dall'intercettazione di quelli che possono essere gli **specifici fattori di rischio e di protezione** in ciascuna delle quattro fasi evolutive. I professionisti coinvolti nel percorso formativo hanno portato, unito e sinergicamente intrecciato il proprio contributo in questo senso, creando visioni multisfaccettate e, quindi, arricchite delle principali dinamiche maladattive e delle risposte preventive per ogni fase critica.

Tracciando un filo rosso tra i contributi dei territori coinvolti, ecco cosa è emerso.

1.3 / I fattori di rischio e di protezione nelle quattro fasi critiche (I, II, III e IV) e le figure professionali necessarie da coinvolgere

I · PERIODO DELLA GRAVIDANZA E PERINATALE

Fattori di rischio:

giovane età della madre, gravidanze non desiderate, assenza di educazione sessuale, sanitaria e all'affettività, relazioni di coppia instabili, separazione o divorzio, solitudine e mancanza di una rete sociale, fatica nel chiedere aiuto, abuso di sostanze, disturbi del comportamento alimentare, trasformazione del corpo della donna, segni fisici o psicologici di violenza domestica, gravidanza frutto di una violenza sessuale.

Fattori di protezione:

progettazione sociale verso la nascita, educazione alla gravidanza e al parto, presenza di una rete familiare, amicale e sociale, presenza di centri antiviolenza, centri di aiuto alla vita, buona e supportiva relazione con il/la partner, messa in sicurezza in situazioni di pregiudizio, sostegno e accompagnamento della donna.



— **Le figure sanitarie ed ospedaliere: ginecologi, ostetriche ed infermieri:** I fattori di rischio specifici rilevati nel periodo della gravidanza segnalano l'impatto di aspetti medico-sanitari sul benessere della donna e della futura genitorialità della coppia. In un lavoro professionale capace di **attuare prevenzione e rinforzare le risorse**, le figure mediche/sanitarie che, per prime, inevitabilmente intercettano la famiglia e la donna, nel delicato momento della gravidanza, possono svolgere un vero e proprio **ruolo di sentinella**. È il caso del ginecologo, che già nei momenti di raccolta anamnestica con la donna può rilevare segnali e/o indicatori di malessere psicologico e/o fisico, di situazioni psichiatriche che possono comportare danni alla donna e al feto, o ancora di fattori di rischio interni a relazioni maltrattanti con il partner. Anche figure come infermieri ed ostetriche dei servizi pubblici, preposti all'accompagnamento durante il parto, possono rilevare situazioni potenzialmente a rischio per la donna ed il feto. Nell'ottica di un gap formativo rilevato nel corso del progetto TenerAmente dalle reti di professionisti coinvolti nelle formazioni, emerge come spunto necessario per le figure medico-sanitarie citate l'adozione di **una cornice metodologica capace di ragionare per fattori di rischio e di protezione: in grado, quindi, di in-**

LEGENDA ICONE:

Figure professionali di area sociale



Figure professionali di area sanitaria



Figure professionali di area educativa



Figure professionali di area giudiziaria



travedere segni e/o segnali indicatori di pregiudizio, cercando così di agganciare l'utenza e, tramite un linguaggio condiviso con la rete, **allargare la presa in carico multidisciplinare**. Le figure medico-sanitarie possono così, nelle primissime fasi di consulenza, avere **un'attenzione speciale** verso i fattori di rischio (potenziale o conclamato): utilizzando principi professionali di **ascolto attivo ed empatico**, questi professionisti possono così favorire la possibilità per l'utente di percepirsi come principale «attore» della propria vita, accompagnando la donna nell'identificazione dei principali fattori di rischio e di protezione che la riguardano, impostando le successive fasi di presa in carico in una modalità che renda la futura madre protagonista e coinvolta in prima persona, seppur sostenuta e «vista» nelle sue difficoltà.



— Le Forze dell'ordine:

A cascata vengono identificati gli operatori delle Forze dell'ordine: alla luce di segni di violenza domestica o di gravidanze frutto di violenze sessuali, il professionista sanitario può accogliere il vissuto della donna **attivando attori interistituzionali preposti proprio alla pubblica sicurezza**. Denunciare e riuscire a chiedere aiuto sono elementi spesso identificati come fragilità, in situazioni a rischio durante la gravidanza: da qui, l'identificazione di un **bisogno di aggancio ed accompagnamento verso i ponti della rete**, capaci di rispondere anche all'eventuale **necessità di messa in sicurezza della donna e del futuro bambino**. Spesso difficili da coinvolgere in reti interistituzionali, le Forze dell'ordine risultano fondamentali invece in questa ed in tutte le fasi critiche per l'insorgenza di forme di maltrattamento. Il loro ruolo istituzionale può arricchirsi così di un **linguaggio condiviso** e di **strumenti di resilienza**, per accompagnare genitori e figli nei momenti di denuncia, indagini, ascolto che li riguardano, in un'ottica sensibile verso le vulnerabilità delle famiglie e dei genitori a rischio.



— Operatrici sociali & assistenti sociali:

Nel contesto dei Centri di aiuto alla vita e dei Consultori, le figure professionali educative e di assistenza sociale ricoprono un ruolo chiave nell'accompagnare le donne (soprattutto se giovanissime), inserite in contesti relazionali conflittuali o in reti relazionali scarse, a **rinforzare le proprie risorse e a progettare l'arrivo del bambino ed i cambiamenti identitari concomitanti**. Il passaggio dall'essere donna all'essere anche madre può comportare, infatti, fatiche complesse (sociali, lavorative e psicologiche), in particolare in utenti che riportano isolamento sociale e scarso supporto sociale.

II · PERIODO POST-PARTUM



Fattori di rischio:

non accettazione di sé e/o del bambino; baby blues e/o depressione post-partum, malattie croniche o disabilità alla nascita del bambino, parto traumatico, abuso di sostanze o disturbi psichiatrici; violenza ostetrica; violenza domestica.



Fattori di protezione:

supporto alla genitorialità e all'allattamento, educazione sociosanitaria sui temi dell'allattamento, puericultura, contraccezione, progetti di home visiting, presenza di una rete di supporto informale (famiglia allargata, gruppi di neo-madri, parrocchie), presenza di centri antiviolenza, inserimento in comunità madre-bambino, lavoro di rete dei servizi coinvolti e del pediatra curante.



— Pediatri e ginecologhe, sanitari del Pronto Soccorso:

Il coinvolgimento in rete di sanitari del Pronto Soccorso e dei reparti / studi pediatrici risulta fondamentale anche in questa fase: nella pratica quotidiana di lavoro con i pazienti essi possono, infatti, trovarsi nella condizione di poter **rilevare segnali precoci delle diverse forme di maltrattamento**. È stata sottolineata l'importanza del tempo di azione di questi professionisti, nella sfida operativa di coniugare risposte celeri ad eventuali situazioni di emergenza (sanitaria ed organica) e risposte accoglienti nei confronti delle fragilità genitoriali, volte alla creazione di una relazione di fiducia e di un valido aggancio relazionale. La rete riconosce, in questo dualismo di intervento operativo, una complessità del lavoro delle figure sanitarie: per il ruolo di «sentinella» che caratterizza i professionisti medico-sanitari, importante risulta porre attenzione ai segnali di rischio che i nuclei familiari possono portare, evitando risposte sanitarie «evacuative», basate, quindi, solo sull'erogazione della prestazione sanitaria.

Ad esempio, **caratteristiche difficili del neonato** (in termini di problemi medici o sindromi, temperamenti difficili, fatiche nell'addormentamento o nell'allattamento) rappresentano un tema impattante sullo stress genitoriale (cfr. capitolo 1): pediatri e medici possono in questo senso fornire un primo spazio di informazione e conoscenza sulla condizione del bambino, sui suoi ritmi e sintomi, sostenendo così i genitori verso **nuove competenze**, nell'ottica della **costruzione di una relazione adeguata con il figlio**, responsiva e sensibile, che, a cascata, possa mantenere salvaguardate le dinamiche del **benessere individuale e della coppia**. Anche vissuti e sintomi depressivi nella puerpera rappresentano un fattore di rischio, che ben può essere attenzionato e riconosciuto dal pediatra curante: in quanto attore di una rete, svolge così il ruolo chiave di sentinella, potendo fornire alla donna i contatti per una valutazione specialistica o per un servizio come il Consultorio, che la possa aiutare nel momento di fragilità.



— Puericultrici ed ostetriche:

Nel rinforzo delle risorse, fondamentale risulta il ruolo medico-sanitario di queste figure, in grado di fornire un supporto professionale ed accompa-

gnare i neogenitori verso un'educazione approfondita ai temi della natalità, del puerperio e dei primi mesi di vita del bambino. Sin dalla costituzione della coppia genitoriale e della genitorialità, vi possono essere **accorgimenti ed indicazioni utili da fornire**, rispetto a tematiche della sfera sessuale e contraccettiva, dell'allattamento al seno o artificiale, dei ritmi di sonno del neonato, ecc. In effetti, il disorientamento e le fatiche richiesti dalla nascita di un figlio possono mettere in seria difficoltà i neogenitori: in particolare, in presenza di contesti di isolamento sociale, di famiglie mononucleari e di scarse risorse economiche, arrivando ad esacerbare **forme di stress genitoriale** che rappresentano un forte **predittore per forme di maltrattamento all'infanzia o stili di parenting inadeguati**.



— **Psicologi e psicoterapeuti:**

Il post-partum si configura spesso come un momento estremamente delicato per la donna, che può trovare accoglienza da parte di una figura psicologica in grado di aiutarla ad elaborare la complessità dei vissuti emotivi. Le sfide della genitorialità comportano una messa in discussione del precedente equilibrio della coppia, delineando momenti di stress che possono sollecitare risposte maladattive e disfunzionali ai bisogni del neonato. Emerge, quindi, la necessità di spazi di supporto psicologico pronti a rilevare i primi segnali di difficoltà nella relazione caregiver-bambino, fornendo non solo momenti psicoeducativi sulla genitorialità, ma anche un rispecchiamento delle legittime fatiche di un così delicato periodo della vita.

In questa prospettiva, diviene fondamentale la **presenza anche dei Centri Antiviolenza**, all'interno della rete interistituzionale territoriale, in quanto servizio specializzato e capace di rispondere ai primi segnali di pericolo di vittimizzazione per la donna.



— **Reti informali (famiglia allargata, gruppi per neogenitori, parrocchie):**

Laddove la solitudine e l'isolamento sociale rappresentano importanti fattori di rischio, l'importanza di avere in rete associazioni informali di aggregazione si configura come una risorsa mitigatrice imprescindibile. La società moderna ha visto il forte **passaggio dalla famiglia allargata a quella mononucleare**, e spesso, per chi non ha nel territorio una rete di supporto familiare e/o sociale, non è facile trovare sostegno ed aiuto nelle sfide di ogni giorno, soprattutto nella gestione di un neonato e nel necessario tempo da ritagliare per sé. I luoghi di incontro e confronto, come le parrocchie, i gruppi di parola, i gruppi informali formati da puerpere e nati a partire dagli incontri di corsi pre-parto, rappresentano certamente contesti in cui poter rinforzare le proprie risorse, dove condividere preoccupazioni e fatiche, ma anche momenti di leggerezza informali. Tutti i territori riconoscono in questi luoghi, e negli operatori che li compongono, le fondamentali caratteristiche dei processi di resilienza utili nel lavoro di prevenzione con famiglie a rischio.

III · INGRESSO ALLA SCUOLA DELL'INFANZIA

Fattori di rischio:

povertà economica, disinformazione pedagogica ed educativa, senso di inadeguatezza dei genitori, mancanza di stimoli e isolamento, carenza di pari opportunità, ansia da separazione, sfiducia nell'istituzione scolastica, assenza della figura paterna, coinvolgimento del padre in azioni criminose, abbandono scolastico, stili educativi violenti o permissivi, temperamento difficile del bambino o presenza di malattie, disturbi neuroevolutivi e sindromi.



Fattori di protezione:

rete sociale e relazione come fonti di stabilità, confronto con le insegnanti, supporto dalla famiglia allargata, aggancio ai servizi territoriali e a reti informali, acquisizione di una ricchezza in termini di strumenti e competenze educativi, buona autostima ed autonomia, fiducia verso le istituzioni.



— **L'assistente sociale:**

Difficoltà socioeconomiche e problematiche lavorative possono rappresentare un elemento di stress e di ostacolo nel periodo di inserimento del bambino alla scuola dell'infanzia. I territori sottolineano così l'importanza di **azioni e progetti psicosociali** con la famiglia, che possano **prevenire l'abbandono scolastico**, favorendo un lavoro di presa in carico, in sinergia con la scuola e le sue figure educative, che lavorino sull'**empowerment del genitore**: una risorsa concepita non solo in termini di rinforzo positivo, ma anche come una concreta proposta di corsi di formazione e/o spazi ludici genitore-bambino, in grado di aiutare i genitori a scoprire nuovi talenti e competenze.

In quest'ottica, fondamentale il ruolo del servizio sociale: nel lavoro di regia con le figure scolastiche e i rappresentanti delle agenzie educative, l'assistente sociale promuove uno sguardo attento ai fattori di rischio, elaborando **progetti di rete** in cui la famiglia viene accompagnata attraverso le fragilità sociali, economiche e relazionali. Lo scopo è, quindi, molteplice: in effetti, l'assistente sociale può aiutare i genitori non solo a sviluppare nuove competenze e consapevolezza sullo sviluppo del figlio, ma anche ad assumere un ruolo da protagonista rispetto alla vita della famiglia, coadiuvando così anche una presa in carico che possa fornire risposte a difficoltà lavorative e socioeconomiche (in termini di corsi di formazione professionale, incentivi economici e bonus). Vengono così messe al centro le risorse dei genitori, favorendo un **dialogo ed un percorso concreto di miglioramento, volti alla progettualità dei genitori (da un punto di vita personale, lavorativo e familiare)**.



— **Insegnanti, presidi e figure educative legate al contesto scolastico:**

Insegnanti ed educatori sono protagonisti della rete in questo periodo critico: a stretto contatto con la quotidianità del bambino e della sua famiglia, possono rilevare precocemente fattori di rischio per il benessere delle relazioni e della crescita, agendo in prima persona nell'accompagnare caregiver e figli nel passaggio evolutivo dell'inserimento a scuola: lavorando quindi sul confronto e sul rinforzo di nuove conoscenze sul versante educativo,

possono creare un sostegno capace di promuovere fiducia verso professionisti ed istituzioni che entrano a pieno titolo nella vita di tutti i giorni del minore. Le insegnanti sono così **promotrici di benessere e adattamento**, ma anche **sentinelle per situazioni familiari a rischio**: nella rete, possono formulare invii preziosi per intervenire precocemente su fatiche sociali, psicologiche o evolutive dei membri della famiglia, avendo la possibilità di scorgere i segni e gli effetti di stili parentali inadeguati.



— **Reti informali (associazioni extra-scolastiche, parrocchie):**

La presenza sul territorio, e quindi nella rete interistituzionale, di rappresentanti delle reti informali di aggregazione per le famiglie, rappresenta un polo fondamentale per la promozione del benessere familiare: nella condivisione con altri genitori, i caregiver possono confrontarsi con nuovi modi di affrontare le fatiche quotidiane, conoscere stimoli e modelli che contrastino con i propri vissuti di inadeguatezza e, insieme con i figli, scoprire realtà sociali che possono rinforzare una rete allargata, andando a **scardinare l'isolamento sociale**. Le associazioni informali e la scuola dell'infanzia possono, in questo momento decisivo, agire sinergicamente per fornire alla famiglia luoghi di aggregazione ed attività che siano in continuità con una presa in carico istituzionale.



— **Le Forze dell'ordine:**

In questa fase critica, le Forze dell'ordine possono assumere un ruolo chiave nel fornire alla rete (insegnanti, educatori, ecc.) un **punto di riferimento istituzionale rispetto a situazioni familiari a rischio conclamato**. Il lavoro sinergico con la Polizia apre alla possibilità di confronti nei casi in cui si renda necessario procedere con una segnalazione, agli organi competenti, di situazioni di pregiudizio per i minori (in caso di maltrattamenti, abusi, situazioni di violenza domestica, trascuratezza, ecc.). I territori rimarcano quanto fondamentale possa essere, nella rete, la collaborazione con esponenti delle Forze dell'ordine sensibili verso le complessità della famiglia a rischio.



— **Pediatri:**

Nel contatto medico con la famiglia, i pediatri di base rappresentano una figura chiave per la rilevazione precoce di problematiche, pregiudizi e rischi. Le reti interistituzionali riconoscono l'**imprescindibilità delle figure pediatriche**, che possono fornire uno sguardo continuativo rispetto alla salute e alla crescita del minore, coltivando relazioni di fiducia con i genitori dei propri piccoli pazienti. Spiccano, come elementi di rischio, le situazioni in cui il minore soffre di patologie organiche o neuroevolutive, che possono essere rilevate dal pediatra curante. Anche temperamenti particolarmente difficili o oppositivi del bambino possono scardinare la qualità e l'equilibrio delle modalità di parenting: la rete interistituzionale auspica così un'attenzione sensibile del pediatra curante in queste situazioni, per agganciare il nucleo familiare ed eventualmente suggerire invii e collaborazioni con altri specialisti, fornendo una presa in carico completa, che possa rispondere ai bisogni del bambino e alle difficoltà dei genitori.

IV · PRIME RELAZIONI SENTIMENTALI IN ADOLESCENZA

Fattori di rischio:

devianza sociale o sfida alle regole, reati, essere autore o vittima di bullismo, cyberbullismo e/o porn revenge, ritiro sociale e solitudine, conflitti verso i genitori, paura e definizione dell'identità di genere, dipendenze da sostanze o comportamentali, disturbi neuropsichiatrici, psicopatologia dei genitori, autonomia nei campi scolastico e lavorativo, timore del fallimento, nuclei familiari disgregati, violenza assistita, disagio abitativo, identità etnica e famiglie migranti.



Fattori di protezione:

conoscenza delle dinamiche e delle sfide adolescenziali, famiglia allargata supportiva, spazi di ascolto, centri di aggregazione e parrocchie, servizi sociali, sport, reti informali e gruppo dei pari, rete scolastica, alternanza scuola-lavoro, supporto psicologico e/o neuropsichiatrico.



— **Le figure giuridiche: curatori speciali e avvocati:**

L'adolescenza si configura come un momento evolutivo critico per lo sviluppo dell'adulto del domani. In sinergia con le Forze dell'ordine e gli istituti scolastici, le figure giuridiche che affiancano le famiglie a rischio possono rinforzare **relazioni positive e promotrici di resilienza**: attraverso il proprio mandato professionale, avvocati e curatori possono sostenere genitori e figli nella comprensione di quanto sta accadendo sul versante giudiziario, fornendo al contempo **modelli adulti sicuri, contenitivi e capaci di aiutare una nuova interiorizzazione di limiti e regole**. La presenza di una figura giuridica, attenta alle fatiche del minore e del nucleo familiare, può rappresentare una risorsa della rete, aiutando concretamente l'adolescente nella risposta al procedimento che lo riguarda, in un'ottica di **ridefinizione dei propri obiettivi di crescita, delle proprie risorse e delle proprie responsabilità**, in un dialogo nuovo con i genitori, che ridefinisca e recuperi i ruoli. Forte è la necessità di accompagnare gli adolescenti all'adozione di **atteggiamenti di responsabilità e serietà**, di rispetto verso l'altra persona ed il suo corpo; il lavoro delle figure giuridiche può così vertere sull'**ascolto del minore** e sull'**alleanza con una rete unita**, che sappia fornire, in queste situazioni a tratti caotiche, una **risposta univoca**.



— **Psicologi e psicoterapeuti:**

Gli elementi di conflittualità tra genitori e figli e di definizione identitaria (personale e di genere) sono al centro delle sfide adolescenziali. In contesti familiari caratterizzati da violenza domestica e/o separazioni conflittuali, il figlio adolescente vive relazioni inadeguate, che spesso forniscono modelli relazionali reiterati nel contesto dei pari. Psicologi scolastici o promotori di **attività di educazione psicoaffettiva** possono fornire accoglienza e riconoscimento di queste difficoltà, andando a promuovere un ascolto specialistico ed un lavoro di elaborazione in cui l'adolescente possa sperimentare una relazione accogliente e supportiva.



— **Figure sanitarie: dal medico di base agli specialisti:**

Fattori di rischio come dipendenze da sostanze e disturbi neuropsichiatrici e comportamentali in adolescenza, ma anche la presenza di psicopatologia dei genitori, giocano un ruolo altamente debilitante sul funzionamento di legami familiari sicuri e stabili. Elementi fonte di rischio, come sintomatologie a carattere neuropsichiatrico e/o addiction, possono essere rilevati, valutati e trovare risposte di intervento grazie all'attenzione sensibile dei medici curanti. Il medico di base della rete interistituzionale può così creare momenti in cui attenzionare le difficoltà di adolescenti e/o genitori, fornendo un supporto attivo nel passaggio a valutazioni specialistiche e/o nel confronto con i servizi territoriali, in un'ottica di risposta sinergica alle fragilità familiari.



— **Insegnanti e tutor professionali:**

Nel contesto scolastico o della formazione professionale, le figure dei docenti e tutor possono fornire differenti modalità di rinforzo delle risorse degli adolescenti. Adottando un'attenzione alle dinamiche alla base della violenza di genere, gli insegnanti possono stimolare ragazzi verso modalità relazionali fra pari basate sul rispetto e sull'ascolto reciproco, ponendo al centro l'unicità di ciascuno ed il lavoro in gruppo con i coetanei. Rappresentando dei **modelli quotidiani dei ruoli adulti**, sia nei contesti scolastici sia all'interno delle prime esperienze lavorative, questi professionisti hanno, da una parte, la potenzialità di **rilevare dinamiche a rischio**, e, dall'altra, di **fornire una guida per ragazzi nella ricerca dei propri interessi, capacità ed inclinazioni, rinforzandone l'autostima e la capacità di progettualità**.



— **Le Forze dell'ordine:**

I fattori di rischio legati alla commissione di reati rappresentano un elemento su cui proprio le Forze dell'ordine, in sinergia con una rete attenta alle dinamiche adolescenziali, possono intervenire in termini preventivi. La loro presenza è estremamente preziosa in **momenti di divulgativi e educativi per ragazzi**, su temi come il bullismo e il cyberbullismo, la violenza di genere e i reati legati alla *adolescent dating aggression*. Il loro contributo viene rilevato come fondamentale anche qualora entrino in **contatto con minori vittime e/o autori di reato**: nel solco di un modello di riferimento, come quello dei Principi P.E.A.R.L.S. (affrontati nel capitolo 2 del presente Manuale) le Forze dell'ordine possono fungere da figura chiave per il dialogo con altri attori della rete, su quanto la famiglia in contesti di pregiudizio sta affrontando.



— **Reti informali (associazioni extra-scolastiche, sportive, parrocchie):**

I servizi e le associazioni educative ed aggregative informali possono fornire **esperienze valorizzanti** e in grado di **aumentare l'autostima** per gli adolescenti. In un'ottica attenta ai fattori di rischio e di protezione, allenatori, animatori e educatori possono porsi come tutori di resilienza nella fase di transizione dell'adolescenza, fornendo non solo un ruolo-guida per ragazzi, ma anche, in sinergia con la famiglia e le sue difficoltà, accompagnando

l'adolescente nella **scoperta delle proprie risorse e dei propri talenti personali**, in contesti gruppali. Si tratta di contesti quotidiani in cui potersi **sperimentare in relazioni positive**, mettendo in gioco le proprie inclinazioni e scoprendosi nei rapporti con compagni e tutor: esperienze privilegiate che possono rispondere a fragilità familiari e/o contesti domestici isolati e poco stimolanti per gli adolescenti. Viene citata anche la **peer-education**, sotto la guida conduttrice di una figura adulta preposta, come momento di importante condivisione sui temi del bullismo, dell'educazione affettiva e sessuale.

* **NOTA BENE:**



— Trasversalmente alle varie fasi critiche, emerge, fra i vari territori, il consenso rispetto al ruolo dell'**assistente sociale** come **custode della cabina di regia della rete**: le sue conoscenze rispetto ai servizi attivi sul territorio favorisce, infatti, un efficace coordinamento della rete, attiva sulla specifica famiglia, formulando connessioni professionali e prese in carico multifaccettate, nel solco di un linguaggio condiviso sul tema della resilienza e del rinforzo delle risorse, che il nucleo porta in sé. L'assistente sociale, di primo o secondo livello, può così rappresentare il *case-manager* della rete attiva sul **nucleo familiare fragile**.



— Nel lavoro con famiglie in condizioni di fragilità è fondamentale porre una particolare attenzione ai nuclei di origine **straniera**: le famiglie immigrate ed i figli, di prima o seconda generazione, possono affrontare fatiche consistenti nell'inserimento in una rete sociale solida. Le difficoltà linguistiche, culturali e identitarie rappresentano dei fattori di rischio in ciascuna delle quattro fasi critiche per l'insorgenza di Esperienze Sfavorevoli Infantili. La rete interistituzionale può consolidare una risposta a 360° a questi nuclei avendo in sé le **figure professionali di mediazione culturale**: con un **approccio transculturale**, attento ai fenomeni migratori e alle complessità che lo "scontro" fra culture (di origine e del paese di arrivo) può comportare in genitori e figli, mediatrici e mediatori culturali rappresentano una figura chiave. L'utenza può sentirsi più accolta, compresa ed accompagnata nel lavoro di coping sulle sfide evolutive e familiari, attraverso canali comprensivi, che possano portare alla comprensione delle peculiarità e alla ricerca delle risorse da attivare e rinforzare.



2 / L'imprescindibilità della rete interistituzionale

*«Fare rete»; unendo le conoscenze e le competenze con un approccio multidisciplinare, è il compito principale affidato all'Osservatorio ed è fondamentale per creare le condizioni di prevenzione e di protezione – e, dunque, di benessere – dei bambini e delle bambine, dei ragazzi e delle ragazze, fornendo strumenti adeguati all'età che consentano di svolgere un ruolo consapevole anche nell'aiutarci e nell'aiutarsi a prevenire e far emergere il fenomeno, per costruire insieme, nessuno escluso, una società sempre più libera da ogni forma di violenza nei confronti delle persone più vulnerabili.»**

L'articolo 19 della Convenzione Onu sui diritti dell'infanzia e dell'adolescenza dispone che gli Stati firmatari della convenzione adottino «ogni misura legislativa, amministrativa, sociale ed educativa per tutelare il fanciullo contro ogni forma di violenza, di oltraggio o di brutalità fisiche o mentali, di abbandono o di negligenza, di maltrattamenti o di sfruttamento, compresa la violenza sessuale» (Convenzione ONU sui diritti dell'infanzia e dell'adolescenza, 1989). Tale assunto pone la necessità di coinvolgere, formare e informare tutte le agenzie e i presidi che entrano in contatto con il bambino e con la famiglia a diversi livelli, al fine di lavorare per creare una reale cultura della tutela dell'infanzia, co-definita e co-costruita con i diversi attori e supportata e alimentata dalle istituzioni che ne sono alla base. Da qui, l'idea di rete rappresenta un'opportunità per essere parte di tale cultura e per costruire in maniera integrata e coesa un sistema di prevenzione e risposta al fenomeno del maltrattamento all'infanzia.

Nell'ambito dei professionisti dell'aiuto per "lavoro di rete" si intende un'azione integrata verso un obiettivo condiviso da parte dei vari interlocutori che intervengono nella storia del minore e del nucleo familiare. Folgheraiter lo considera un meta-lavoro, ovvero un lavoro sul lavoro, «un intenzionale (finalizzato) investimento di energia rivolto verso una rete di fronteggiamento (coping network) pre-esistente (al limite anche potenziale) affinché essa possa agire meglio sul piano della reticolazione (della quantità, dell'efficacia e della pariteticità delle interazioni) e possa esprimere una migliore capacità di azione comune rispetto al compito» (1999, pp. 26-27). Si tratta quindi di un lavoro che i professionisti dei diversi servizi sono chiamati a compiere per migliorare l'efficacia dell'intervento e promuovere una presa in carico ingrata e continuativa (Haggerty, Reid, Freeman, Starfield, Adair & McKendry, 2003). Tale riflessione assume una rilevanza particolare nei casi in cui la complessità, intrinseca al fenomeno del maltrattamento all'infanzia, richiede un grande lavoro di integrazione e scambio tra i diversi attori (Palareti, Berti & Emiliani, 2012).

* Ilaria Antonini, Capo del Dipartimento per le politiche della famiglia (Piano nazionale di prevenzione e contrasto dell'abuso e dello sfruttamento sessuale dei minori 2022-2023 - Osservatorio per il contrasto della pedofilia e della pornografia minorile. Pp. 5 – Istituto degli Innocenti).

Nel presente paragrafo si vuole portare all'attenzione del lettore quanto emerso durante i follow up di formazione interistituzionale all'interno del progetto TenerAmente verso un'infanzia felice nelle città di Bari, Bergamo, Catania-Misterbianco, Napoli, Pescara - in cui i diversi attori della rete sono stati invitati a riflettere sul valore stesso della rete, sulle opportunità intrinseche e sulle fatiche che spesso si incontrano. All'interno del paragrafo verranno riportati i contributi di professionisti coinvolti nel progetto, al fine di poter analizzare gli spunti emersi e costruire direttrici di pensiero.

«Una famiglia in difficoltà ha estrema necessità di una rete, sia per la specificità del ruolo, sia perché se l'operatore si sente solo non riesce a fornire il supporto necessario. La rete è indispensabile perché non ci si può aiutare da soli e si ha bisogno di tante professionalità dalle competenze differenti per supportare differenti necessità delle famiglie.» (Educatrice)

Durante i momenti formativi è emerso con forza il sentimento di solitudine percepito da operatori che lavorano con le famiglie vulnerabili. Si tratta di una solitudine percepita e vissuta a livello interprofessionale a fronte delle problematiche portate dalle famiglie in carico. In maniera simmetrica, la grande esigenza che emerge è la possibilità di sentirsi parte di un'equipe multiprofessionale, integrata, in cui poter mettere insieme i differenti sguardi e le differenti specificità, e che possa al tempo stesso essere protettiva del lavoro di ognuno.

«La relazione tra i professionisti dell'aiuto è fondamentale, così da potersi capire vicendevolmente, ma anche essere capiti da dall'utenza, come una squadra. Il lavoro con l'infanzia vulnerabile, infatti impone all'operatore di aprirsi all'incontro con la rete, di integrare il proprio punto di vista con lo sguardo di altri operatori che entrano in contatto con il bambino e con la famiglia nelle varie fasi che caratterizzano il ciclo di vita familiare, per aprirsi a nuove prospettive e nuove opportunità da offrire loro, che siano concrete, integrate ed efficaci.» (Medico e psicoterapeuta)

In particolare, l'equipe multidisciplinare si fa specchio per l'utenza, contenitore capace di costruire e restituire significati. L'assenza di comunicazione, chiarezza e allineamento all'interno dell'equipe rischia di essere non solo confusiva e disorientante per gli operatori, ma anche per le famiglie utenti, con il rischio di fornire loro messaggi poco coerenti e poco coordinati. Da qui, l'esigenza non solo di comunicazione e confronto tra gli operatori, ma di vera e proprio co-costruzione dell'intervento. Tale lavoro coordinato risulta efficace non solo in ottica di intervento ma anche e soprattutto in ottica preventiva, per costruire modelli efficaci, innovativi e capaci abbracciare i differenti sguardi e le differenti competenze.

«Ciascuna delle persone che compone la rete me la sono immaginata come un nodo, dei potenziali recettori di situazioni varie quindi tutte potenzialmente in grado di recepire e analizzare, ciascuno con le sue competenze e il suo ruolo, per poi trasmetterle agli altri, dividerle e aiutarci a vicenda.» (Assistente sociale riabilitazione psichiatrica)

Uno sguardo armonizzato e interprofessionale diventa opportunità per gli operatori di assumere, come più volte anticipato, il ruolo di "sentinella", rilevando situazioni di criticità e avendo così gli strumenti per poterle riconoscere e segnalare ad altri operatori,

attraverso un linguaggio comune ed una modalità di lavoro univoca ed integrata. In questo modo ciascun componente della rete assume un ruolo essenziale, nodo fondamentale che permette all'intero sistema di funzionare in maniera integrata ed armonica. Per fare ciò è necessario un vero e proprio cambio di sguardo rispetto al sé dell'operatore e al proprio ruolo professionale, una destrutturazione per ricostruire un approccio ed un metodo capace di ampliare il punto di vista e la complessità. Alcune ricerche raccontano, infatti, come in ambito sociale ed educativo, una collaborazione "reale", ovvero con ricadute significative sull'agire dei professionisti, comporti necessariamente un processo di continuo aggiustamento delle proprie prospettive di significato (Bateson, 1972; Mezirow, 1991) e, quindi, di vera e propria ri-significazione del proprio ruolo professionale e del proprio modello di lavoro.

«Adottare uno sguardo interistituzionale significa rivedere la mia pratica lavorativa. Noi lavoriamo in un settore in cui abbiamo sempre a che fare con la complessità, e spesso tendiamo, per sicurezza, a costruirci delle certezze, degli schemi. Con questa formazione, invece, sto prendendo in considerazione il fatto che la contaminazione è importante, sono importanti le sfumature, non i colori primari. Tale contaminazione è importante anche e soprattutto nei rapporti e nelle collaborazioni con colleghi di altri servizi. È un lavoro faticoso, ma fare da soli non è in realtà un buon approccio, e sforzarsi di promuovere collaborazioni e connessioni è fondamentale per mettere in campo interventi realmente efficaci.» (Coordinatrice Assistente Sociale)

Il lavoro di rete si fa così "incontro" attraverso il quale si esaminano non solo le prassi lavorative, ma anche le ragioni, le rappresentazioni e le premesse che ne sono alla base, per essere occasione di reale condivisione e co-costruzione fra diversi professionisti. In questo modo si creano le condizioni per permettere ai diversi operatori di esercitare efficacemente e con maggiore consapevolezza anche le funzioni più strettamente tecniche legate alla specificità del proprio ruolo. Lavorare in rete, per operatori di servizi ed istituzioni differenti, significa quindi «ingaggiarsi in pratiche di confronto e di co-costruzione di un medesimo progetto» (Ceppi, 2018 p. 5), in cui la condivisione di linguaggi, la co-costruzione di nuovi significati e la negoziazione di nuove strategie di lavoro ha l'opportunità di innescare, in maniera parallela e speculare rispetto a quanto accade nel lavoro con le famiglie (coinvolte e partecipi nel processo di presa in carico) un processo di supporto, comprensione, evoluzione e crescita (Ceppi, ibid.).



3 / Le funzioni della Rete



«È idilliaco pensare che il livello di formazione di educatrici e assistenti sociali possa essere lo stesso di altri professionisti e c'è rammarico a vedere che a parlare di tutela e di prevenzione del maltrattamento siamo sempre noi, sempre facce note. Il bambino arrabbiato è il bambino che dice "Ma dove siete stati fino ad adesso?!" ed alcuni bambini lo dicono proprio. Noto bambini in età scolare che guardano con stupore il nostro lavoro, e scoprono luoghi e attività a loro sconosciute. Spero che questi bambini possano, nel futuro, essere molto meno arrabbiati e che possano incontrare una rete di supporto a livello precoce, che possa offrire loro occasioni di crescita sana.» (Educatrice Centro Diurno Bambini)

Il lavoro di rete si pone come pilastro imprescindibile per la tutela del bambino e per prevenire eventuali situazioni abusive e di maltrattamento. Spesso, infatti, si interviene quando la situazione è ormai esasperata e conclamata, trovandosi di fronte a quella rabbia di chi avrebbe potuto essere supportato e aiutato prima. Ecco allora che si pone la necessità di trasformare la rabbia dei bambini in richiamo, sollecitazione nei confronti di tutti gli attori della rete, che hanno l'opportunità di incontrare le famiglie nelle diverse fasi del ciclo di vita ed intercettare in maniera precoce eventuali segnali di disagio per supportare la famiglia e promuovere così il benessere dei bambini.

La rete assume così la funzione di contenitore, capace di accogliere, comprendere e guidare le famiglie nel processo di cambiamento.

Di seguito alcune funzioni principali della rete individuate dagli operatori coinvolti nella formazione interistituzionale all'interno del progetto TenerAmente.

3.1 / La rete come... Ponte



«Rete significa per me essere ponte, essere connessione possibile, tra entità, soggetti, organizzazioni, che appartengono al pubblico, al privato sociale, al terzo settore o alle associazioni... il ponte è la rete, ed oggi compaiono dei ponti, ci sono mandati istituzionali che ne prevedono la costruzione.» (Coordinatrice Comunità di accoglienza e Coordinatrice di rete istituzionale antiviolenza)

Il lavoro di rete si costituisce via via come occasione di connessione, scambio e co-costruzione tra organi differenti. È lo scambio stesso, in questo senso, che diviene protagonista, nell'occasione di essere da ponte per la diffusione di conoscenze, esperienze e buone pratiche di lavoro condivise. Tale necessità appare sempre più presente anche a livello istituzionale. Infatti, il *Piano nazionale di prevenzione e contrasto dell'abuso e dello sfruttamento sessuale delle persone di minore età*, predisposto dall'Osservatorio e parte integrante del Piano di azione e di interventi per la tutela dei diritti e lo sviluppo dei soggetti in età evolutiva, si caratterizza per il processo partecipativo nel quale sono stati impegnati tutti i componenti dell'Osservatorio, in un lavoro di compartecipazione e co-costruzione. Il Piano costituisce lo strumento che individua gli obiettivi e le azioni che le istituzioni e la società civile sono chiamate a realizzare per rendere efficaci e concrete la prevenzione e il contrasto del fenomeno del maltrattamento. In particolare, con specifico riferimento alla *«protezione di bambini e bambine, ragazze e ragazze dal rischio di abusi e maltrattamenti»* il 5° Piano d'azione sottolinea come improrogabile e fondamentale il potenziamento della rete dei servizi, al fine di intercettare precocemente le situazioni di rischio, di consentire una presa in carico veloce e tempestiva, di accompagnare e sostenere le famiglie coinvolte nel processo di rinascita e di sviluppo positivo delle proprie risorse (Osservatorio per il contrasto della pedofilia e della pornografia minorile. Piano nazionale di prevenzione e contrasto dell'abuso e dello sfruttamento sessuale dei minori 2022-2023 – Istituto degli innocenti). Da qui, l'evidenza circa la necessità di lavorare per il potenziamento della rete di servizi che possa essere realmente capace di prevenire, intercettare e, quindi, contrastare il fenomeno del maltrattamento all'infanzia. Tale lavoro di potenziamento non può prescindere dalla necessità di coinvolgere le reti informali, che si fanno occasione imprescindibile per la famiglia di entrare in contatto con altre famiglie, territorio, operatori, e servizi, risorse protettive fondamentali a contrasto della fragilità e dell'emarginazione. Infatti, famiglie che si trovano a vivere la genitorialità in contesti di solitudine rischiano spesso di non essere "viste", intercettate; ecco allora che le reti informali (famiglia allargata, gruppi di neo-madri, par-

rocchie, associazioni sportive ecc...) assumono in questo caso il ruolo di "ponte" tra famiglia ed istituzioni, per avvicinare genitori e bambini al territorio, raccogliendone parallelamente i bisogni e rinforzandone le risorse, individuali e relazionali.

Di fronte alla complessità del fenomeno del maltrattamento all'infanzia, il "Rapporto su violenza e salute" (WHO, 2002) e "Prevenire il maltrattamento sui minori" (WHO, 2006), al fine di agire in ottica di comprensione, prevenzione e contrasto, suggeriscono l'adozione di una prospettiva "ecologica" ispirata al modello di Bronfenbrenner (1979, 2010) (Malacrea, 2010). Tale modello prende in considerazione diverse aree, che interagiscono nell'eziologia, nella prevenzione e nella cura del danno: il **Macrosistema**, prende in considerazione la cultura prevalente, le leggi e politiche per l'infanzia, e le rappresentazioni sociali sul fenomeno veicolate dai mass media; l'**Esosistema**, che riguarda le istituzioni e gli organismi per la tutela dell'infanzia - AA.GG., FF.OO., i Comuni, le ASL, e le Strutture ospedaliere; il **Mesosistema**, che lavora sulle risorse presenti nell'ambiente di vita - servizi sociali, scuola, servizi educativi infanzia, servizi sanitari del territorio e dell'ospedale, volontariato, vicinato, e tempo libero; ed infine, il **Microsistema**, che studia le caratteristiche e risorse del bambino e della famiglia. Tale modello richiama ad assumere una prospettiva orientata ad un sistema di cura piuttosto che a singoli e "frammentati" interventi di cura (WHO, 2002, 2006), suggerendo in questo modo che le azioni d'intervento - sia a livello preventivo che di cura - debbano essere strutturate in senso globale, sinergico e a più livelli, per garantire risultati efficaci e adeguate modalità protettive per le persone coinvolte (Braglioni & Pedroni, 2013). Prevenire il maltrattamento significa quindi agire come sistema, come "PONTE" capace di connettere informazioni e co-costruire risposte sinergiche.

3.2 / La rete come... Contaminazione e la condivisione di un orizzonte comune



«La connessione non è sufficiente se non c'è un orizzonte comune di linguaggi, visioni, presupposti teorici. Dentro questa connessione c'è una grande sfida: bisogna contaminarsi, a livello di saperi e conoscenze. Mischiarsi significa condividere sguardi, letture, modalità di intervento: quando si riesce a fare, se ne vede la potenza.» (Coordinatrice Comunità di accoglienza e Coordinatrice di rete istituzionale antiviolenza)

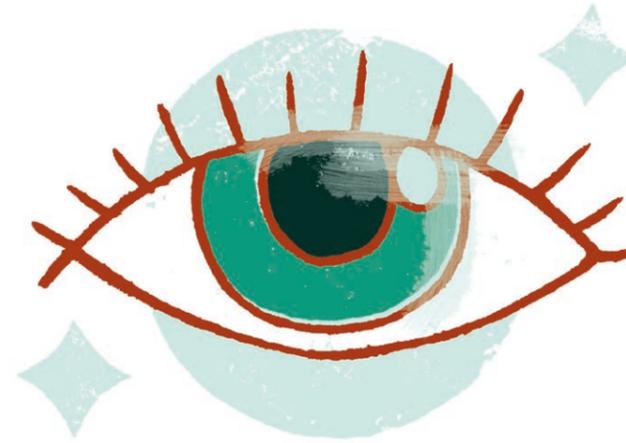
La contaminazione porta con sé l'opportunità di creare qualcosa di nuovo. Partendo dall'immagine della tavolozza con colori differenti, è proprio grazie alla contaminazione dei colori, che l'opera d'arte prende vita e può trasformarsi in messaggio. Da qui, la rete diviene opportunità di contaminazione e nuova riflessione, per creare orizzonti di pensiero comune. La necessità che sembra delinearsi è proprio quella di avere un linguaggio comune, che possa fornire ad operatori differenti cornici di lettura simili, che possano quindi essere arricchite dalla specificità e professionalità di ogni attore della rete. Si pone quindi la necessità di uno sguardo, una visione che possa fornire la base comune da cui partire e sui cui poter edificare un lavoro realmente integrato. La rete rappresenta così l'opportunità di creare uno sguardo condiviso, che non si limita alla somma delle parti, ma che è capace di dare significato ai fenomeni incontrati e fornire risposte mirate e di senso. Da qui, il lavoro di rete diviene opportunità di oltrepassare preconcetti e pregiudizi, spesso ancorati alla formazione specifica dei vari professionisti, per costruire una matrice di lavoro orientata a rispondere ai bisogni specifici dell'utenza.

«A volte, la nostra formazione è un ostacolo... spesso satura di pregiudizi, spesso ciò che ci portiamo dietro assume il "primo piano" mettendo in secondo piano quello che ci troviamo davanti. La formazione orientata alla resilienza mi ha permesso di rileggere e rivedere diversi aspetti, per creare una lettura nuova e condivisa. Ciò che deve accompagnare il mio ruolo è il dare, non tanto quello che mi sembra più giusto, ma quello che è necessario in quel momento. Riuscire ad andare al di là delle certezze, a tenere a mente che non è mai troppo tardi per cambiare le cose, soprattutto nei confronti di un bambino "più difficile": non diamo per scontato che quello che gli stiamo dando è esattamente quello di cui ha bisogno... la diversità è qui, nel provare a pensare che ci possa essere altro, senza dare per scontato nulla, ciascuno di noi con i propri mezzi e la propria professionalità.» (Assistente sociale)

A volte la formazione specifica, base solida per la lettura della realtà, può risultare, in un approccio più ampio, impedimento alla lettura del bisogno più allargato. Da qui, il lavoro di rete si fa occasione di ascolto, osservazione e analisi del bisogno dell'utenza, per co-costruire una risposta integrata. Nel lavoro con gli operatori coinvolti nel progetto TenerAmente, una cornice di lavoro comune, orientata alla resilienza, ha permesso di costruire un orizzonte comune nel quale potersi riconoscere, un vocabolario a partire dal quale poter dialogare, con la possibilità di intercettare bisogni specifici e costruire risposte adeguate.

«L'incontro con altri operatori della rete all'interno del progetto TenerAmente ha rappresentato per me un dono... un dono ricevuto e donato. La conoscenza acquisita non è qualcosa che ho ricevuto solo per me stessa, ma che è pronto per essere donato agli altri. Abbiamo avuto modo di condividere sguardi e punti di vista con altri professionisti, riuscendo a definire orizzonti comuni. Tale lavoro è fondamentale per fare davvero prevenzione.» (Docente scuola dell'infanzia)

3.3 / La rete come... Ridefinizione del proprio ruolo professionale e delle proprie responsabilità



«L'essere coinvolta nel lavoro di rete e nella formazione interistituzionale ha significato per me un cambiamento di sguardo. Oggi, è cambiato il mio sguardo nei confronti dei bambini e delle famiglie. A volte anche notare un zainetto sporco, un piatto che non è stato lavato evidenziano una mancanza di cura, o un disegno del bambino, è fondamentale. Oggi sento di avere uno sguardo capace di osservare dettagli che prima non avrei notato. Oggi il mio è uno sguardo più attento e consapevole.» (Docente scuola dell'infanzia)

«Oggi sento di essere in contatto con nuove sfumature del mio lavoro, nuovi colori che appaiono più visibili e più chiari. Sento il mio essere in prima linea nel poter intercettare situazioni di rischio, offrendo alle famiglie uno sguardo capace di agganciarle. Sento di non essere sola nel fare questo, ma circondata da una rete di professionisti capaci di supportarmi.» (Pediatra Azienda Ospedaliera)

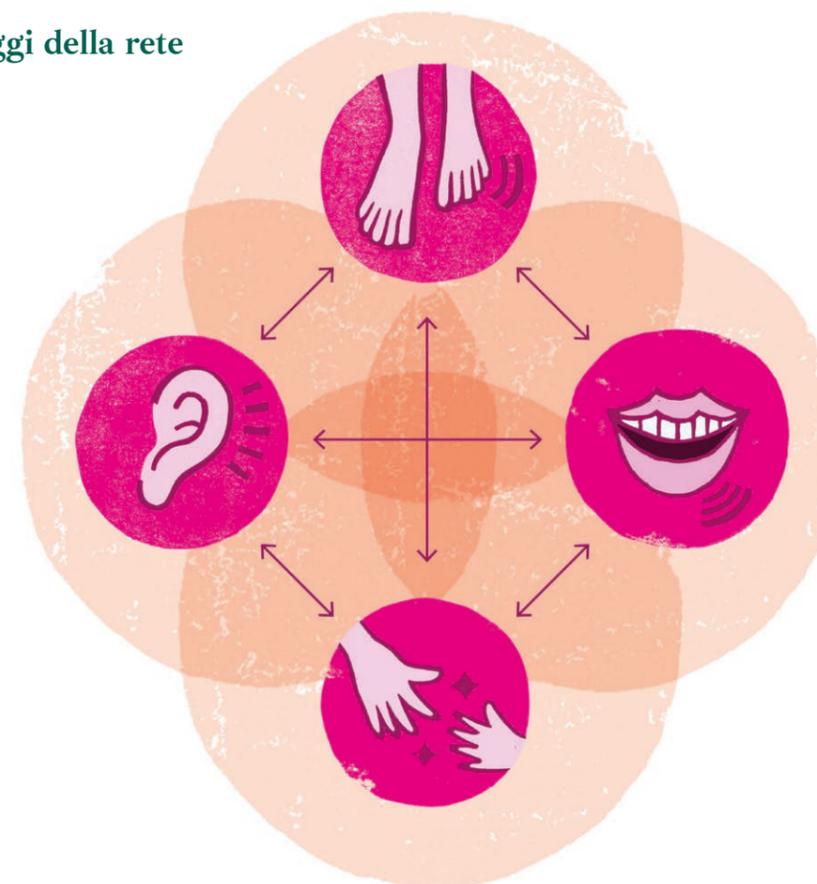
«Attraverso questa formazione mi è stata concessa la possibilità di guardarmi allo specchio. Guardarmi allo specchio mi pone in una condizione di riflessione, di ripensamento delle procedure e di analisi delle mie conoscenze. Per me questa formazione è un evento privilegiato, un modo per guardarmi dentro, per osservare il mio background esperienziale: tutto questo mette noi professionisti in una condizione di unire le nostre conoscenze e ci induce al rinforzo della professionalità. Riflettere criticamente sulle conoscenze permette di costruire l'azione futura in maniera maggiormente consapevole ed integrata.» (Assistente Sociale)

I professionisti coinvolti nella formazione interistituzionale hanno evidenziato l'opportunità di fare luce sul proprio ruolo professionale di attori all'interno della rete. L'azione di prevenzione e contrasto del fenomeno del maltrattamento non coinvolge solo i professionisti della tutela minori o della clinica psicologica e psicoterapica, ma anche e soprattutto tutti gli operatori che incontrano i bambini e le famiglie in tutti i contesti di vita, dalla scuola, all'ospedale, al servizio pubblico, e che hanno la responsabilità di leggere le situazioni, promuovere le risorse disponibili ed intercettare eventuali situazioni di disagio: la scuola, luogo in cui ogni bambino o adolescente ha l'op-

portunità di crescere, in un ambiente sano e rispettoso dei propri diritti, dove sentirsi sicuro e protetto da situazioni di rischio e dove poter ricevere l'aiuto appropriato in caso di bisogno; il sistema sanitario, luogo di cura del corpo e della mente, in cui poter trovare spazio di accoglienza, comprensione e ascolto; il sistema giuridico, garante della giustizia e della protezione. Per adempiere pienamente a questo mandato, è necessario che la scuola, il servizio sanitario e le forze dell'ordine si impegnino a garantire la tutela dei minori incontrati e l'ascolto ed il supporto alle famiglie. Da qui, la necessità di individuare delle procedure interne a ciascuna istituzione, capaci di intercettare e rispondere ad eventuali casi di abuso o maltrattamento incontrati. Si configura, quindi, l'assoluta necessità di formare tutti gli attori della rete al proprio ruolo di sentinella, affinché possano agire in maniera consapevole ed integrata. Formare la rete significa accompagnare gli operatori ad assumere nuove lenti attraverso le quali leggere le situazioni che si trovano davanti; significa arricchire la lettura con uno sguardo capace di intercettare eventuali situazioni di fragilità in maniera precoce.



4 / I vantaggi della rete



«Attorno ad ogni famiglia ruotano varie figure professionali che portano diverse prospettive, tutti però con un obiettivo comune. Non si può comporre un puzzle senza avere tutti i pezzi a disposizione.» (Educatrice Homevisiting)

Di seguito vengono presentati i vantaggi di un lavoro interistituzionale di rete, a partire dalle riflessioni emerse in occasione delle formazioni interistituzionali nei territori di Bari, Bergamo, Catania, Napoli, e Pescara all'interno del progetto TenerAmente.

4.1 / Rispondere alla complessità attraverso l'incontro ed il confronto con i colleghi

«La rete consente un approccio multidisciplinare, fondamentale per affrontare tematiche complesse e delicate, intrinseche all'infanzia e alla tutela.» (Docente scuola infanzia)

Il lavoro di rete assume carattere multidisciplinare, in cui operatori dei diversi servizi hanno l'opportunità di collaborare insieme, adottando uno sguardo condiviso. Tale approccio permette, secondo la letteratura, di migliorare l'efficacia dell'intervento, garantendo inoltre una continuità assistenziale (Haggerty, Reid, Freeman, Starfield, Adair & McKendry, 2003). L'adozione di un approccio multidisciplinare si fa quindi occasione imprescindibile soprattutto a fronte di casi complessi, che richiedono la messa in campo di risorse condivise ed una integrazione di sguardi tra i diversi nodi

della rete. In questo scambio, ogni sguardo assume un valore unico, capace di offrire nuove prospettive e di portare opportunità di riflessione innovative e non esplorate.

«Tutti noi dobbiamo trovare la forza per lavorare in équipe, portando dentro quell'oggetto elementi di novità, ciascuno a partire dalla propria esperienza, che magari possono sembrare distonici, ma che possono essere occasioni per maneggiare in modo nuovo situazioni complesse.» (Assistente sociale)

Tale lavoro di integrazione permette di contrastare il sentimento di solitudine, frustrazione ed isolamento che spesso caratterizza i professionisti che operano a contrasto del maltrattamento all'infanzia, accompagnandoli a vedersi parte integrante di un complesso più ampio di lavoro e prospettive. Tale apertura di sguardo permette di sentire il proprio operato in sinergia con il lavoro dei colleghi, alimentando il sentimento di condivisione della responsabilità, appartenenza, ed inclusione, e, dunque, la percezione del proprio valore professionale. Infatti, affrontare il maltrattamento/abuso richiede l'adozione di una cornice tutelante rivolta sì alle famiglie e bambini coinvolti, che possa essere di sostegno alle loro necessità evolutive, ma necessaria anche ai professionisti che lavorano con le famiglie, al fine di supportare e qualificare interventi complessi ed i risvolti emotivi ad essi connessi, intrinsecamente connessi con lavoro con la violenza e la sofferenza (Braglioni & Pedroni, 2013)

«Attraverso l'esperienza della formazione interistituzionale sento di non essere più sola, ma a contatto con realtà diverse. Lavorando nel privato sociale siamo coloro che si sporcano le mani, essendo di fatto a contatto diretto con l'utenza e con tutte le problematiche ad esso connessa. Essere parte della rete mi fa sentire protetta e ascoltata. Sento che il mio operato ha un valore più ampio.» (Assistente Sociale)

Infine, il lavoro di rete permette, a fronte della complessità, di definire confini e competenze individuando le differenti professionalità coinvolte e gli specifici ambiti e ruoli ricoperti.

«Attraverso l'incontro con i colleghi ho acquisito una nuova consapevolezza nello stile di lavoro, mettendo a fuoco quello che posso chiedere agli altri attori della rete... prima lo facevo andando un po' a tentoni, a sensazioni, mentre la formazione mi ha permesso di avere maggiore consapevolezza delle differenti professionalità e competenze.» (Pediatra)

4.2 / Andare oltre alla frammentazione del percorso di presa in carico

«Nel mio lavoro quotidiano a volte mi accorgo che dietro alla richiesta di una famiglia ci può essere altro, ma sono chiamata ad intervenire su un solo aspetto, quello di mia competenza, ed il resto è di competenza di altri professionisti. Se, però, io vado avanti con il mio lavoro e di pari passo non si va avanti anche con il resto del lavoro, se non ci si parla, se non ci si spiega che lavoro si sta facendo nei vari contesti, le strade non si incrociano mai.» (Educatrice e pedagoga)

Le famiglie che si trovano in condizioni di rischio spesso portano con sé un caratte-

re multiproblematico, dove la complessità rischia spesso di venire trattata in modo frammentato, dove il sintomo e le criticità vengono parcellizzati tra le expertise dei vari professionisti della cura, con il rischio di riflettere alla famiglia stessa un'immagine di sé come segmentata, parcellizzata e, spesso, manchevole di un'osservazione circa le risorse presenti. A fronte di ciò, la costruzione di una rete diventa occasione di ricomposizione, una ricomposizione di sguardi tra gli operatori che si fa occasione di rispecchiamento per il nucleo familiare stesso, al fine di restituire un'immagine unica e coerente, capace di dare senso e di contrastare il caos familiare vissuto. Tale occasione di senso e di ricomposizione lascia così spazio anche alla possibilità di individuare risorse interne ed esterne alle famiglie, fattori imprescindibili per la costruzione di percorsi di prevenzione e rinascita.

«Il lavoro di rete è un vero e proprio lavoro di ricomposizione, che si fa specchio delle necessità delle famiglie, dove è fondamentale ricomporre il quadro con i fattori di rischio ed i fattori di protezione. In questo quadro, servono inevitabilmente tutti i pezzi per creare un'immagine di senso.» (Referente progetto TenerAmente e Referente del Tutoring Familiare)

4.3 / Identificazione precoce delle famiglie a rischio

«Capiamo che è molto importante essere qua e fare rete, perché quello che osserviamo è proprio la necessità del lavoro di rete precoce: se penso ad alcuni casi gravi in cui il maltrattamento è emerso in adolescenza, con conseguenti prese in carico specialistiche per problematiche e comportamenti molto forti ed ormai cristallizzati... se ai tempi si fosse fatto un lavoro di identificazione precoce ed interventi preventivi, oggi forse la situazione di questi adolescenti sarebbe diversa.» (Referente Servizio Assistenza Educativa Scolastica)

In che modo la rete può fare prevenzione?

Il lavoro di prevenzione riguarda tutti gli attori che si occupano di infanzia. Coinvolge le reti informali, i servizi di base, a bassa soglia di accesso, che abbracciano e si rivolgono alla generalità della popolazione, ma, soprattutto, richiede l'impegno di tutti gli operatori che, a qualsiasi titolo, interagiscono con i bambini e le famiglie nelle diverse fasi di sviluppo del ciclo di vita familiare: i pediatri di comunità, gli operatori degli asili nido e di tutti i servizi per la prima infanzia, gli insegnanti, gli operatori del tempo libero (associazionismo, sport, catechismo, ecc.) (Giordano, 2002), le forze dell'ordine. Questa prospettiva, dove l'impegno del mondo adulto a tutela dell'infanzia abbraccia tutti coloro che entrano in contatto con i bambini e le famiglie, fa emergere come, accanto allo studio e allo sviluppo di competenze tecniche specifiche di ciascuna professionalità per promuovere e sostenere il benessere nell'ambito delle proprie azioni e dei propri obiettivi, si renda essenziale che ogni attore della rete sviluppi competenze trasversali di tipo relazionale al fine di poter costruire relazioni significative con i bambini, con le loro famiglie e con altri operatori della rete stessa (Giordano, 2002). Da qui, si rende necessario promuovere una «cultura della prevenzione del maltrattamento all'infanzia» (Giordano, 2022 p. 181), ovvero avviare un processo che coinvolge sia i singoli professionisti, sia i servizi nella

loro dimensione valoriale e organizzativa, che le reti informali, in un'ottica interdisciplinare e interistituzionale coinvolgendo i diversi sistemi che circondano i bambini e le famiglie: familiare, sociale, sanitario, educativo, scolastico, giudiziario, mass media (Bianchi, 2011). In questo modo è possibile realmente identificare a livello precoce e rispondere ai bisogni delle famiglie più vulnerabili. Si apre così la dimensione di comunità educante, dove collaborazione, partecipazione attiva e co-costruzione diventano gli snodi chiave sui quali erigere un cambiamento organizzativo, didattico (Bielli, Giunti, Lotti, Mazza & Orlandini, 2022) e sociale in grado di mettere al centro il bambino e la famiglia, e promuoverne le risorse, proprio a partire da offerte e occasioni del territorio. Dal punto di vista delle *culture professionali* questo implica la necessità sia di individuare criteri e azioni specifiche orientate alla prevenzione del maltrattamento, sia a costruire e ridefinire le funzioni dei professionisti e dei servizi coinvolti (Giordano, 2002) in una prospettiva multiprofessionale e interistituzionale. Per fare ciò, si rende necessario coinvolgere la dimensione organizzativa (Olivetti Manoukian, 1998; Bertotti, 1999), al fine di attivare connessioni capaci di rispondere ai bisogni delle famiglie. In quest'ottica, risorsa fondamentale sono le reti informali, capaci di intercettare e coinvolgere le famiglie in difficoltà ed essere ponte per il lavoro con altri servizi. Tali contesti sono occasioni per le famiglie di entrare in contatto con altre famiglie, con le risorse del territorio, con gruppi che possono essere di sostegno al nucleo in difficoltà, opportunità per la creazione di nuovi legami con cui condividere fatiche e preoccupazioni, ma anche attraverso cui costruire nuove risorse e opportunità. A fronte di ciò, la necessità è quella di lavorare in sinergia con le reti informali e coinvolgerle all'interno del lavoro di rete, al fine di co-costruire la trama dell'intervento e raggiungere le famiglie in maniera sinergica e integrata.

4.4 / L'integrazione tra diversi punti di vista dei professionisti della rete

«Il lavoro di rete esprime la possibilità di osservare lo stesso elemento da punti di vista diversi. Durante la formazione è nato un confronto più aperto e basato sulla disponibilità di provare a mettersi nei panni degli altri operatori all'interno di una rete interistituzionale, ma anche all'interno del gruppo di lavoro perché ognuno porta la propria biografia professionale, il proprio punto di vista aiutando ad aprirsi a nuove idee e nuove sfumature anche nella difficoltà di portare avanti incontri multidisciplinari. C'è molta autoreferenzialità tra professionisti che porta ad una frammentazione dell'intervento. Vi è quindi la necessità di lavorare in modo più olistico, sistemico, perché l'intervento è per la famiglia.» (Assistente Sociale)

Nel lavoro di contrasto alla violenza all'infanzia, diverse e molteplici sono le figure professionali che si incontrano, tra cui assistenti sociali, forze dell'ordine, psicologi, giudici, pubblici ministeri, giudici tutelari, avvocati, medici legali, pediatri, ginecologi (ecc...). Tali figure professionali appartengono a diversi, e spesso tra loro lontani, sistemi di riferimento: quello del sostegno, quello della giustizia, quello del controllo, e quello della cura (Abbruzzese, 2002). Tutti questi professionisti, però, ruotano attorno allo stesso nucleo familiare, con il comune obiettivo di tutela e cura del minore. Se dunque ognuno degli attori coinvolti incontra il minore e la sua famiglia in differenti contesti, l'azione singola, parcellizzata, può realmente essere efficace

senza che vi sia un'integrazione fra tutti gli attori che intervengono? Oppure, al contrario, si corre il rischio che una mancata integrazione tra professionisti comporti una disintegrazione del minore e della famiglia oggetto dell'intervento? Con questa provocazione Abbruzzese (2002) pone luce su come la rete sia occasione per integrare i differenti punti di vista di tutti i professionisti che ruotano attorno al nucleo familiare, per co-costruire processi di prevenzione ed intervento efficaci.

A fronte di un impegno orientato alla performance, all'efficacia e alla specializzazione professionale, emerge la necessità di aprire la propria professionalità all'incontro con altri professionisti e operatori, per integrare le differenti prospettive e condividere obiettivi che orientino il lavoro di tutti, lavorando quindi non solo sulla tipologia specifica di intervento messa in atto, e la sua efficacia, ma sul processo che sta alla base di qualsiasi tipo di intervento, in un'ottica sistemica ed integrata (Abbruzzese, 2002).

In particolare, la letteratura propone due modelli di integrazione: se da un lato si propone un livello intrasistemico, ovvero fra i soggetti che appartengono allo stesso ambito di intervento, dall'altro si lavora per un'integrazione intersistemica, in cui è necessario che il flusso di informazioni vada oltre il proprio sistema di riferimento per incontrarne un altro (Abbruzzese, 2002). È proprio a questo livello di integrazione che è possibile realmente "dare forma al puzzle" per costruire un'immagine univoca, ovvero un intervento capace di rispondere alla complessità. Per fare ciò è essenziale un lavoro di negoziazione e progettazione interno alla rete, che possa definire le specificità ed i contributi dei diversi attori (Costantino, 1997) per creare un clima di collaborazione e fiducia reciproca, che possa essere riferimento e motore per un rapporto di fiducia con l'utenza stessa.

«Il bambino si rende conto se giudici, psicologi, poliziotti, assistenti sociali si fidano l'uno dell'altro e solo così, a sua volta, si fiderà.» (Abbruzzese, 2002, p. 256)

4.5 / Avere un linguaggio comune ed obiettivi condivisi

«Lavorare in rete significa creare un linguaggio comune, al fine di condividere prassi e modalità operative e conoscere altre prospettive di lavoro, per contaminarsi a vicenda e co-definire una progettualità condivisa che porta a condurre interventi più efficaci e rapidi.» (Psicologa e Psicoterapeuta)

Il lavoro di rete, se utilizzato come spazio di elaborazione condivisa piuttosto che come mero trasferimento di contenuti, si fa occasione per diffondere un linguaggio comune tra le diverse organizzazioni e i diversi operatori, base comune tra i differenti sguardi. In questo senso, fondamentali sono le occasioni di formazione comune (Costantino, 1997) che permettono di costruire codici condivisi di interpretazione della realtà e, da qui, direttrici di lavoro univoche e coordinate.

«Lavorare in rete è opportunità di agire una comunicazione ed una procedura unitaria, per riuscire a prevenire o intervenire in maniera ottimale ed integrata e mettere in pratica un intervento efficace.» (Assistente Sociale)

Si pone quindi la necessità di aprire ad un sistema di apprendimento trasversale e congiunto, attraverso la creazione di un linguaggio comune che agevoli l'integrazione tra le differenti professionalità. Condividere il linguaggio, infatti, significa poter avere uno scambio comprensibile, ma anche poter integrare le differenti prospettive lavorative, condividendo obiettivi e strategie condivise. Tale opportunità permette una maggiore rapidità di comunicazione, che porta ad interventi mirati e veloci, ma si fa anche occasione per intervenire precocemente in situazioni a rischio. In questo senso, si apre all'imprescindibilità della formazione, come occasione di co-costruzione del linguaggio comune e di condivisione di obiettivi.

«La formazione interistituzionale mi ha permesso di dare una direzione al mio lavoro in una comunione di intenti, dove ognuno fa la sua parte.» (Assistente Sociale)

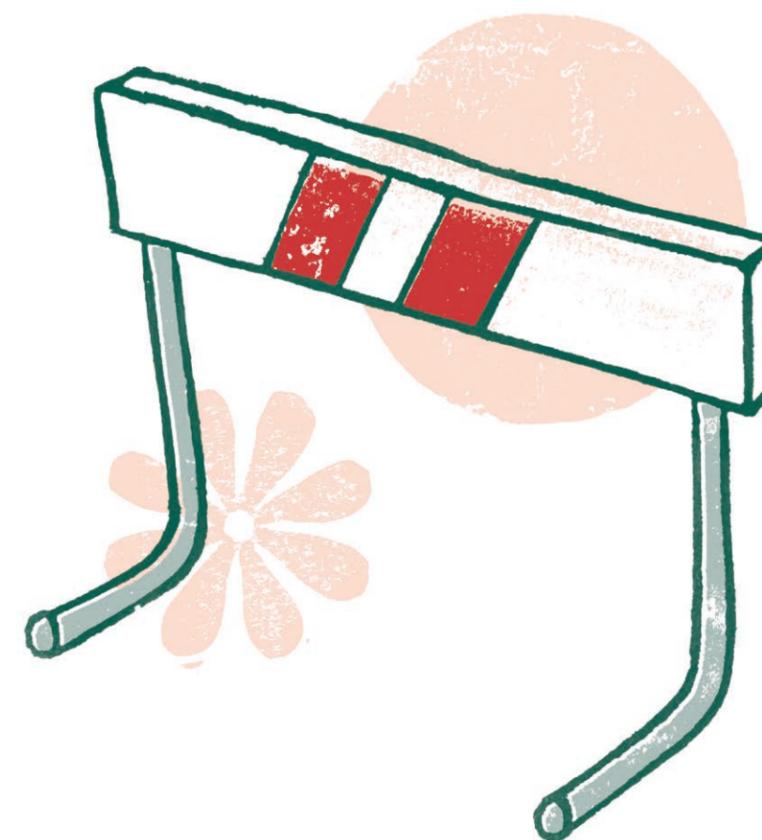
In occasione delle formazioni interistituzionali all'interno del progetto TenerAmente i differenti professionisti hanno sperimentato la possibilità di condividere esperienze e punti di vista, trovare nomi comuni per riferirsi all'oggetto di lavoro, per contaminare le proprie idee e sviluppare nuove prospettive di collaborazione e di intervento.

4.6 / Offrire una migliore qualità dell'intervento

«Il lavoro di rete migliora la qualità degli interventi perché ciascun professionista ha una visione differente e le singole professionalità consentono un ventaglio di possibilità di problem solving maggiore nella risoluzione del problema e questo favorisce la qualità finale dell'intervento che si va a svolgere.» (Assistente Sociale)

L'esigenza di garantire appropriatezza ed efficacia del lavoro con le famiglie richiama alla necessità di assumere una prospettiva professionale integrata tra diverse discipline e servizi (Braglioni & Pedroni, 2013). La rete istituzionale si fa così elemento fondamentale non solo per l'operatore ma anche, e soprattutto, per l'assistito, agevolando la messa in campo di strategie efficaci ed integrate di prevenzione ed intervento. Si da quindi spazio a più opportunità e occasioni di risposte adeguate alle famiglie. In questo modo, la multi-professionalità e diversità di servizi e attività è occasione di presa in carico globale e tempestiva, con nuove collaborazioni e sinergie possibili. In tale lavoro, risulta essenziale coinvolgere le reti informali, occasioni per la creazione di progetti coordinati e realmente ancorati al territorio e alle opportunità di cui è portatore. Inoltre, il tema della tempestività è un aspetto fondamentale; spesso, infatti, viene richiesta una rete che funzioni, che sia fluida e che sia in grado di dare risposte nel breve tempo perché, in certi casi, proprio per l'interesse del minore e della famiglia, è fondamentale agire in modo tempestivo ed in tempi brevi. Soprattutto nel lavoro con bambini della fascia 0-6 anni, avere una rete fluida multidisciplinare e interistituzionale significa poter dare risposte efficaci in breve tempo.

* 5 / Le fatiche della rete



5.1 / I ritmi e il carico di lavoro eccessivi

«Sono uscita entusiasta dalla formazione interistituzionale poi, però, mi sono trovata a dovermi scontrare con la realtà. Mi sono sentita sopraffatta dagli impegni quotidiani, il telefono che squilla continuamente e non hai il tempo da dedicare al pensiero. Non c'è tempo per pensare di fare un lavoro diverso che possa fare riferimento anche ad altri aspetti teorici. Ci si scontra con colleghi che non hanno gli stessi obiettivi e valori, ci si scontra con le famiglie ancorate a pensieri e idee diverse dalle nostre e difficili da scardinare. La sensazione è quella di una lotta continua.» (Assistente sociale istituto di riabilitazione)

La complessità intrinseca nell'attività dei professionisti che operano a contrasto del maltrattamento e abuso all'infanzia porta con sé un carico di lavoro gravoso, che a volte rischia di sopraffare. All'interno del follow up interistituzionale, alcuni operatori, se da un lato riportano l'entusiasmo connesso al lavoro di rete a seguito del primo momento formativo, dall'altro raccontano lo scontro con una realtà totalizzante, che ingloba nella quotidianità delle richieste e rischia di tagliare le opportunità di scambio. Spesso, a fronte di richieste impellenti che necessitano di risposte urgenti, diventa difficile poter dedicare tempo al pensiero, allo scambio, e si finisce per agire in maniera automatica. La sensazione è quella di una "lotta continua", in cui la realtà travolgente sembra soverchiare possibilità di confronto e dialogo.

«Ognuno di noi ha appreso dei pezzi ma c'è bisogno di molta strada per metterli insieme perché presi da burocrazia e altro è difficile creare una rete a maglie strette.» (Coordinatrice centro ludico prima infanzia)

5.2 / La fatica di condividere

«Sono uscita dalla formazione molto carica, è stato molto interessante. Poi, però, c'è stata la ricaduta, avrei voluto fare un workshop con i colleghi, ma non è stato possibile per limitazioni personali, temporali, di impegni professionali che sono sopraggiunti... mi sono trovata a dare solo delle piccole gocce.» (Coordinatrice spazio mamme-bambini)

Ulteriore elemento emerso in fase di follow up è la fatica di trovare il tempo e l'occasione per condividere i contenuti, le riflessioni e gli apprendimenti all'interno delle equipe di lavoro. Molti partecipanti, infatti, raccontano l'entusiasmo relativo alla formazione interistituzionale ma, accanto ad esso, la frustrazione per non aver avuto l'opportunità di condividere i contenuti emersi con i colleghi all'interno delle equipe. Questo, purtroppo, porta con sé un inesorabile rallentamento del processo di cambiamento. La difficoltà di dedicare spazio di apprendimento e condivisione di informazioni narra della fatica di dedicare tempo al pensiero, contaminando così la possibilità di effettiva evoluzione e crescita nel modello di prevenzione e presa in carico.

5.3 / I grandi assenti

«Purtroppo, in questa rete, ci troviamo di fronte ad assenze importanti, come la scuola, la neuropsichiatria, la questura, la pediatria e i rappresentanti delle reti informali. Parliamo tra di noi, ma non basta. È necessario allargare la rete.» (Assistente Sociale)

In alcune realtà implicate nel progetto TenerAmente è emersa la difficoltà nel coinvolgimento di alcune istituzioni, tra cui la scuola, l'agenzia sanitaria e le forze dell'ordine, ma anche rappresentanti delle reti informali, trame essenziali all'interno del territorio. La fatica di coinvolgere tutte le istituzioni che ruotano attorno al minore e alla sua famiglia è sintomo della parcellizzazione che, purtroppo, ancora oggi costella il mondo della tutela all'infanzia, in cui ciascuna professionalità lavora spesso in maniera autonoma e poco integrata. Perché la rete funzioni e perché si possa davvero parlare di approccio integrato è essenziale che partecipino ai tavoli di lavoro tutte le agenzie ed organizzazioni (formali e informali) che incontrano il bambino e la sua famiglia: la scuola, dove il bambino ha l'occasione di incontrare figure di riferimento che hanno il dovere di intercettare in maniera precoce eventuali segnali di disagio; il sistema sanitario, in particolar modo ginecologi e pediatri, che hanno l'opportunità di incontrare e accompagnare le famiglie nei primi anni di vita del bambino; le forze dell'ordine, deputate alla tutela e alla sicurezza; le reti informali (famiglia allargata, gruppi di parola, parrocchie/organizzazioni religiose, associazioni sportive e culturali), possibilità per genitori e bambini di incontro, scambio, accoglienza e condivisione, e occasione di assumere il ruolo "ponte" tra la famiglia e i servizi. Solo coinvolgendo tutti gli attori è davvero possibile mettere in campo interventi integrati

e realmente capaci di intercettare precocemente eventuali segnali di disagio, e agire quindi in ottica preventiva.

Da qui, si pone la necessità di prendersi cura della rete interistituzionale, svolgendo una funzione di "manutenzione" e "cura" della rete stessa, attraverso la creazione di occasioni di incontro tra le diverse agenzie e la co-costruzione di strumenti e linguaggi condivisi.

«Penso sia importante importare gli sguardi di ciascuno e prendersi cura di ciascuno di essi. Non dare per scontato ciò che l'altro fa o ciò che l'altro è. Il tema della rete è anche essere in ascolto, togliendo la parte di aspettative e preconcezioni. Rete significa offrire l'opportunità di esserci e stare in un ascolto attivo, anche delle parti, in modo da poter trovare delle risorse in più, dei nuovi sguardi, da cui nascono nuove risorse e nuovi spunti, con risultati più efficaci. Inoltre, insieme, alcuni ostacoli difficili si possono superare.» (Assistente Sociale Rete Famiglie Affidatarie)



6 / *Lessons learned* raccolte nelle formazioni interistituzionali

Il percorso formativo condotto con le equipe multidisciplinari dei diversi territori coinvolte nel progetto TenerAmente verso un'infanzia felice, ha portato alla definizione di **4 linee guida per la costruzione e il consolidamento di un'équipe multidisciplinare a prevenzione e contrasto del fenomeno del maltrattamento e violenza all'infanzia:**

- **Costruire e/o consolidare in ciascun territorio una rete interdisciplinare di professionisti che, nel loro operato, intercettano, supportano e/o intervengono con famiglie con minori della fascia 0-6 in condizioni di vulnerabilità.** In particolare, è necessario favorire occasioni di scambio, comunicazione e conoscenza tra i professionisti che nutrano le relazioni tra loro in termini di rete, favoriscano la costruzione di una relazione di fiducia reciproca, informino sui servizi e i progetti in atto nel territorio e consentano di aprire spazi di ragionamento e riflessione condivisa nell'ottica di un **intervento in sinergia**. Le 4 macro aree di professionisti identificati come attori fondamentali della rete interistituzionale per la prevenzione e il contrasto al fenomeno del maltrattamento di minori della fascia 0-6 sono:

- **AREA SOCIALE** > Assistente sociale; mediatrici culturali; reti di supporto informale e centri di aggregazione extra-scolastica (associazionismo, sport, parrocchie ecc).

- **AREA SANITARIA** > Pediatri; ginecologi; medici di base; ostetriche e puericultrici; psicologi e psicoterapeuti; infermieri; operatori sanitari del Pronto Soccorso.

- **AREA GIURIDICA** > Forze dell'ordine; avvocati; curatori speciali; giudici e pubblici ministeri.

- **AREA EDUCATIVA** > Insegnanti, presidi e figure educative legate al contesto scolastico ed educativo della prima infanzia; educatori professionali e pedagogisti.

- **Offrire agli attori della rete momenti di formazione e riflessione sull'agire professionale in tema di rilevamento precoce e prevenzione e del fenomeno del maltrattamento, per creare un linguaggio comune e permettere la definizione di obiettivi condivisi.**

In particolare, risulta fondamentale:

- Fornire ai diversi professionisti basi teoriche solide e condividere buone prassi, procedure, strumenti e protocolli operativi già esistenti che facilitino la costruzione di un **approccio condiviso** e consentano di agire in rete in maniera efficace.

- Acquisire un **linguaggio comune** in tema di maltrattamento per agevolare la comunicazione tra i diversi attori.

- Costruire una consapevolezza nuova che permette di **attivare risorse** prima non pensate, sia della famiglia che come servizio proposto alla famiglia.

- Inserire nei **corsi di studio ordinari** delle diverse categorie professionali approfondimenti in tema di maltrattamento e abuso all'infanzia, e sua prevenzione.

- **Promuovere e rafforzare la collaborazione tra gli attori della rete e favorire la costruzione di una responsabilità condivisa tra tutti i membri**, partendo dal presupposto che la risposta alla complessità di questa utenza è possibile nell'incontro e nel confronto tra i professionisti e nell'integrazione dei diversi punti di vista. Per fare questo è necessario:

- Creare una **mappatura dei servizi formali e informali del territorio** in base al target di età a cui sono rivolti i servizi.

- Costruire **osservatori territoriali** che consentano un'analisi attenta dei bisogni del territorio e una lettura consapevole e condivisa dei dati, con una particolare attenzione al fenomeno del maltrattamento nella prima infanzia.

- **Ingaggiare e attivare** i professionisti di ciascuna categoria professionale, specialmente quelli che si sono rivelate più restii ad aderire alle iniziative interdisciplinari (n.d.r. "i grandi assenti" illustrati nel paragrafo precedente).

- Favorire la costruzione di una **rete dinamica**, che risulti aperta all'inclusione di figure professionali specifiche e specializzate su bisogni o fenomeni del momento storico.

- Contattare e **coinvolgere gli Ordini e le Categorie professionali** affinché possano facilitare la diffusione di linee guida, informazioni, dettagli sui mandati professionali e condividere iniziative promosse nel territorio inerenti alla tematica.

- Valorizzare iniziative e **momenti di scambi informali e convivialità** che offrano opportunità di conoscenza e interazione tra i diversi professionisti della rete.

- Promuovere la **collaborazione fra servizi pubblici e del privato sociale** e favorire la costruzione di progettualità comuni.

- **Sistematizzare e ufficializzare la rete mediante il coinvolgimento dei vertici istituzionali e la redazione di documenti ufficiali che offrano un mandato chiaro alle differenti categorie professionali.**

In particolare, è emersa l'importanza di:

- Mandati istituzionali per **distribuire fondi e ruoli** e per effettuare verifiche e monitoraggi.

- Partire dalle **linee guida regionali** già esistenti, sistematizzarle e renderle maggiormente fruibili.
- Creare **protocolli condivisi** per la definizione dei compiti e dei ruoli di ciascun membro del sistema nelle distinte fasi di intervento, al fine di ridurre lo spreco di risorse ed energie e offrire a ciascun attore della rete una visione nitida sul proprio mandato.
- **Istituire momenti formali dedicati alla rete**, tra cui riunioni periodiche di un tavolo tecnico e operativo per la verifica e il monitoraggio delle attività della rete.

/ Bibliografia

- Abbruzzese, S. (2002). Fidarsi è bene. *La prevenzione del Disagio in Infanzia e nell'adolescenza. Le politiche e i servizi di promozione e tutela, l'ascolto del minore e il lavoro di rete Atti e approfondimenti del seminario nazionale*. (a cura di Bianchi, D.). Istituto degli Innocenti.
- Abidin, R. R. (1990). *Parenting Stress Index* [Database record]. APA PsycTests. Doi: 10.1037/t02445-000
- Agarwal, S., Prasad, R., Mantri, S., Chandrakar, R., Gupta, S., Babhulkar, V., Srivastav, S., Jaiswal, A., & Wanjari, M. B. (2023). A Comprehensive Review of Intimate Partner Violence During Pregnancy and Its Adverse Effects on Maternal and Fetal Health. *Cureus, 15*(5), e39262. Doi: 10.7759/cureus.39262
- Bateson, G. (1972). Steps to an ecology of mind: Collected essays in anthropology, psychiatry, evolution, and epistemology. University of Chicago Press.
- Bertotti, T. (1999). Bambini maltrattati e organizzazione dei servizi. *Maltrattamento ed abuso all'infanzia, 1*(3): 69-88.
- Bianchi, D. (a cura di) (2011). *Ascoltare il minore*. Roma, Carocci Ed.
- Bielli, O., Giunti, C., Lotti, P., Mazza, C., Orlandini, L., (2022). Costruire comunità educanti: il ruolo della leadership nel processo di istituzionalizzazione del Service Learning. *IUL Research, 3*(5): 123-139. <https://doi.org/10.57568/iulres.v3i5.293>
- Braglioni, M., Pedroni, M. (a cura di) (2013). *Linee di indirizzo regionali per l'accoglienza e la cura di bambini e adolescenti vittime di maltrattamento/abuso*, Regione Emilia-Romagna. Disponibile online: https://www.minori.gov.it/sites/default/files/linee_di_indirizzo_maltrattamento_abuso.pdf
- Breiding, M. J., Smith, S. G., Basile, K. C., Walters, M. L., Chen, J., & Merrick, M. T. (2014). Prevalence and characteristics of sexual violence, stalking, and intimate partner violence victimization—National Intimate Partner and Sexual Violence Survey, United States, 2011. *MMWR Surveill Summ, 63*(8), 1-18. Disponibile online: <https://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/ss6308a1.htm>
- Brockington, I. (2004). Postpartum psychiatric disorders. *Lancet, 10*, 363:303–10. Doi: 10.1016/S0140-6736(03)15390-1
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development: Experiments by nature and design*. Harvard University Press.
- Bronfenbrenner, U. (2010). *Rendere Umani gli Esseri Umani. Bioecologia dello sviluppo*. Trento, Erickson Ed.
- Caffo, E., Guaraldi, G. P., Magnani, G. & Tassi, R. (1982). Prevention of child abuse and neglect through early diagnosis of serious disturbances in the mother-child relationship in Italy. *Child abuse & neglect, 6*(4), 453-463.
- Camisasca, E., Procaccia, R., Miragoli, S., Valtolina, G. G., & Di Blasio, P. (2017). Maternal mind-mindedness as a linking mechanism between childbirth-related posttraumatic stress symptoms and parenting stress. *Health Care for Women International*,

- 38:6, 593-612. doi: 10.1080/07399332.2017.1296840
- Ceppi, I. (2018). Il lavoro di rete come costruito dialogico: La funzione di ricomposizione nella progettualità della Comunità socio-terapeutica per adolescenti. Tesi di Bachelor. Dipartimento economia aziendale, sanità e sociale, Scuola universitaria professionale della Svizzera italiana.
- Champion, C., Cumberland-Li, A., Eisenberg, N., Fabes, R., & Gershoff, E. (2003). The relation of parental emotionality and related dispositional traits to parental expression of emotion and children's social functioning. *Motivation and Emotion, 27*(1), 27-56. doi: 10.1023/A:1023674308969
- Chisholm, C. A., Bullock, L., & Ferguson II, J. E. J. (2017). Intimate partner violence and pregnancy: epidemiology and impact. *American journal of obstetrics and gynecology, 217*(2), 141-144. Doi: 10.1016/j.ajog.2017.05.042
- Choi, H., Yamashita, T., Wada, Y., Narumoto, J., Nanri, H., Fujimori, A., Yamamoto, H., Nishizawa, S., Masaki, D., & Fukui, K. (2010). Factors associated with postpartum depression and abusive behavior in mothers with infants. *Psychiatry and clinical neurosciences, 64*(2), 120-127. Doi: 10.1111/j.1440-1819.2010.02063.x
- Choi, K. W., Houts, R., Arseneault, L., Pariante, C., Sikkema, K. J., & Moffitt, T. E. (2019). Maternal depression in the intergenerational transmission of childhood maltreatment and its sequelae: Testing postpartum effects in a longitudinal birth cohort. *Development and psychopathology, 31*(1), 143-156.
- Choi, K. W., Sikkema, K. J., Vythilingum, B., Geerts, L., Faure, S. C., Watt, M. H.,... Stein, D. J. (2017). Maternal childhood trauma, postpartum depression, and infant outcomes: Avoidant affective processing as a potential mechanism. *Journal of Affective Disorders, 211*, 107-115
- Choi, M. J., Mayes, L. C., & Stover, C. S. (2018). The moderating role of attachment on the association between childhood maltreatment and adolescent dating violence. *Children and Youth Services Review, 94*, 679-688. doi: 10.1016/j.chilyouth.2018.09.011
- Collins, W. A. (2003). More than Myth: The Developmental Significance of Romantic Relationships During Adolescence. *Journal of Research on Adolescence, 13*(1), 1-24. Doi: 10.1111/1532-7795.1301001
- Convenzione ONU sui diritti dell'infanzia e dell'adolescenza, 1989.
- Costantino, D. (1997). Il consultorio familiare e la rete dei servizi territoriali. *Consultori familiari oggi, 5*.
- Cronk, N. J., Slutske, W. S., Madden, P. A. F., Bucholz, K. K., & Heath, A. C. (2004). Risk for Separation Anxiety Disorder Among Girls: Paternal Absence, Socioeconomic Disadvantage, and Genetic Vulnerability. *Journal of Abnormal Psychology, 113*(2), 237-247. Doi: 10.1037/0021-843X.113.2.237
- Cucci, G., O'Leary, K. D., Olivari, M. G., & Confalonieri, E. (2020). Prevalence, gender and age differences of dating aggression among Italian adolescents. *Europe's Journal of Psychology, 16*(4), 659-675. Doi: 10.5964/ejop.v16i4.1822
- Dahl R. E. (2004). Adolescent brain development: a period of vulnerabilities and opportunities. Keynote address. *Annals of the New York Academy of Sciences, 1021*, 1-22. Doi: 10.1196/annals.1308.001
- Deater-Deckard, K., & Scarr, S. (1996). Parenting stress among dual-earner mothers and fathers: Are there gender differences?. *Journal of family psychology, 10*(1), 45. Doi: 10.1037/0893-3200.10.1.45
- Dekel, S., Ein-Dor, T., Dishy, G. A. et al. Beyond postpartum depression: posttrauma-

- tic stress-depressive response following childbirth. *Archives of Womens' Mental Health, 23*, 557-564 (2020). Doi: 10.1007/s00737-019-01006-x
- Dettling, A. C., Gunnar, M. R., & Donzella, B. (1999). Cortisol levels of young children in full-day childcare centers: Relations with age and temperament. *Psycho-neuroendocrinology, 24*, 519-536. doi: 10.1016/S0306-4530(99)00009-8
- Dettling, A. C., Parker, S. W., Lane, S., Sebanc, A., & Gunnar, M. R. (2000). Quality of care and temperament determine changes in cortisol concentrations over the day for young children in childcare. *Psychoneuroendocrinology, 25*(8), 819-836. doi: 10.1016/S0306-4530(00)00028-7
- Di Blasio, P. (2015). Focus monotematico: esposizione alla violenza e disturbi peri-natali. *Maltrattamento e abuso all'infanzia, 2*, 7-10. doi: 10.3280/MAL2015-002001
- Di Blasio, P. & Ionio, C., (2014). Post-traumatic stress symptoms after childbirth and early mother-child interactions: an exploratory study. *Journal of reproductive & infant psychology, 32*(2), 163-181. doi: 10.1080/02646838.2013.841880
- Di Blasio, P., Camisasca, E., Caravita, S. C. S., Ionio, C., Milani, L., & Valtolina, G. G. (2015a). The effects of expressive writing on postpartum depression and posttraumatic stress symptoms. *Psychological Reports, 117*(3), 856-882. <http://dx.doi.org/10.2466/02.13.PR0.117c29z3>
- Di Blasio, P., Camisasca, E., Miragoli, S., Ionio, C. & Milani, L. (2017). Does Maternal Parenting Stress Mediate the Association Between Postpartum PTS Symptoms and Children's Internalizing and Externalizing Problems? A Longitudinal Perspective. *Child Youth Care Forum, 46*, 685-701 (2017). Doi: 10.1007/s10566-017-9400-7
- Di Blasio, P., Miragoli, S., Camisasca, E., Di Vita, A. M., Pizzo, R., & Pipitone, L. (2015b). Emotional distress following childbirth: An intervention to buffer depressive and PTSD symptoms. *Europe's Journal of Psychology, 11*(2), 214-232, <http://dx.doi.org/10.5964/ejop.v11i2.779>
- Eckert, T. L., McIntyre, L. L., DiGennaro, F. D., Arbolino, L., Begeny, J., & Perry, L. J. (2008). Researching the transition to kindergarten for typically developing children: A literature review of current processes, practices, and programs. In D. H. Molina (Ed.), *School psychology: 21st century issues and challenges* (pp. 235-252). Hauppauge, NY: Nova Science Publishers.
- Eikemo, R., Barimani, M., Elvin-Nowak, Y., Eriksson, J., Vikström, A., Nyman, V., ... & Jonas, W. (2023). Intimate partner violence during pregnancy—Prevalence and associations with women's health: A cross-sectional study. *Sexual & Reproductive Healthcare, 36*, 100843. Doi: 10.1016/j.srhc.2023.100843
- Eisenberg, N., Cumberland, A., Spinrad, T.L., Fabes, R. A., Shepard, S. A., Reiser, M., Murphy, B. C., Losoya, S. H., & Guthrie, I. K. (2001). The relations of regulation and emotionality to children's externalizing and internalizing problem behavior. *Child Development, 72*(4), 1112-34. doi: 10.1111/1467-8624.00337
- Elster, A. B., & McAnarney, E. R. (1980). Medical and Psychosocial Risks of Pregnancy and Childbearing during Adolescence. *Pediatric Annals, 9*, 89-94. doi: PMID: 7360514
- Felitti, V. J., Anda, R. F. (2010). *The Relationship of Adverse Childhood Experiences to Adult Health, Well-being, Social Function, and Health Care. In: The Effects of Early Life Trauma on Health and Disease: the Hidden Epidemic.* (a cura di Lanius, R., Vermetten, E., & Pain, C.). Cambridge University Press.
- Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards,

- V., Koss, M. P., & Marks, J. S. (1998). Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults: The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *American Journal of Preventive Medicine*, *14*(4), 245–258. doi: 10.1016/S0749-3797(98)00017-8
- Ferdos, J., & Rahman, M. M. (2017). Maternal experience of intimate partner violence and low birth weight of children: A hospital-based study in Bangladesh. *PloS one*, *12*(10), e0187138. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0187138>
- Folgheraiter, F. (1999). L'operatore sociale al tempo del welfare mix. *Animazione sociale*, *8*/9, 18-28.
- Forray, A., & Foster, D. (2015). Substance Use in the Perinatal Period. *Current Psychiatry Reports*, *17*(11), 1-11. doi: 10.1007/s11920-015-0626-5
- Ghandour, R. M., Kub, J. E. & Williams, J. R. (2008). Female perpetration of violence in heterosexual intimate relationships: adolescence through adulthood. *Trauma, violence & abuse*, *9*(4), 227–249. doi: 10.1177/1524838008324418
- Giordano, F. & Cipolla, A. (2023). Building a coordinated response to prevent and respond to Adverse Childhood Experiences (ACEs) in Europe: The Tutor of Resilience program. *Maltrattamento e Abuso all'Infanzia*, *25*(1), 33-64. DOI: 10.3280/MAL2023-001004
- Giordano, M. (2002). I servizi territoriali e la prevenzione del maltrattamento e dell'abuso all'infanzia: aspetti organizzativi, risorse e nodi problematici. *La prevenzione del Disagio in Infanzia e nell'adolescenza. Le politiche e i servizi di promozione e tutela, l'ascolto del minore e il lavoro di rete Atti e approfondimenti del seminario nazionale.* (a cura di Bianchi, D.). Istituto degli Innocenti.
- Gunnar, M. R., & Donzella, B. (2002). Social regulation of the cortisol levels in early human development. *Psychoneuroendocrinology*, *27*, 199–220. doi: 10.1016/s0306-4530(01)00045-2
- Haggerty, J.L., Reid, R.J., Freeman, G.K., Starfield, B.H., Adair, C.E., McKendry, R. (2003). Continuity of care: A multidisciplinary review. *British Medical Journal*, *327*, 1219-1221.
- Hock, E., & DeMeis, D. K. (1990). Depression in mothers of infants: The role of maternal employment. *Developmental Psychology*, *26*(2), 285–291. Doi: 10.1037/0012-1649.26.2.285
- Hock, E., & Lutz, W. J. (1998). Psychological meaning of separation anxiety in mothers and fathers. *Journal of Family Psychology*, *12*(1), 41–55. Doi: 10.1037/0893-3200.12.1.41
- Hsu, H. C. (2004). Antecedents and consequences of separation anxiety in first-time mothers: Infant, mother, and social-contextual characteristics. *Infant Behavior & Development*, *27*(2), 113–133. Doi: 10.1016/j.infbeh.2003.09.005
- Jaudes, P. K., Ekwo, E., & Van Voorhis, J. (1995). Association of drug abuse and child abuse. *Child Abuse and Neglect*, *19*(9), 1065-1975. doi: 10.1016/0145-2134(95)00068-j
- Kochanska, G., & Aksan, N. (2004). Development of Mutual Responsiveness Between Parents and Their Young Children. *Child Development*, *75*(6), 1657-1676. doi: 10.1111/j.1467-8624.2004.00808.x
- La Paro, K. M., Kraft-Sayre, M., & Pianta, R. C. (2003). Preschool to Kindergarten Transition Activities: Involvement and Satisfaction of Families and Teachers. *Journal of Research in Childhood Education*, *17*(2), 147–158. Doi: /10.1080/02568540309595006
- Lebiger-Vogel, J., Leuzinger-Bohleber, M. & Rickmeyer, C. (2017). Transition to Kindergarten: Negative Associations between the Emotional Availability in Mother-Child

- Relationships and Elevated Cortisol Levels in Children with an Immigrant Background. *Frontiers in Psychology*, *8*, 425. doi:10.3389/fpsyg.2017.00425
- Malacrea M. (2010), *Abuso all'infanzia: una terapia per piccoli pazienti molto difficili*, Esperienze traumatiche di vita in età evolutiva, a cura di Simonetta, Franco Angeli Editore, Milano.
- Manchikanti Gómez, A. (2011). Testing the cycle of violence hypothesis: child abuse and adolescent dating violence as predictors of intimate partner violence in young adulthood. *Youth & Society*, *43*(1), 171-192.
- Martin S. L., Macy R. J., Sullivan K., & Magee M. L., (2007). Pregnancy-associated violent deaths. The role of Intimate Partner Violence. *Trauma, Violence, and Abuse*, *8*(2), 135-148. doi :10.1177/1524838007301223
- McBride, S., & Belsky, J. (1988). Characteristics, determinants, and consequences of maternal separation anxiety. *Developmental Psychology*, *24*(3), 407.
- Mezirow, J. (1991). Transformative dimensions of adult learning. Jossey-Bass, 350 Sansome Street, San Francisco, CA 94104-1310.
- Miragoli, S., Balzarotti, S., Camisasca, E., & Di Blasio, P. (2018). Parents' perception of child behavior, parenting stress, and child abuse potential: Individual and partner influences. *Child abuse & neglect*, *84*, 146-156. Doi: 10.1016/j.chiabu.2018.07.034
- Miragoli, S., Camisasca, E., Di Blasio, P., Milani, L., Ionio, C., Gizzi, N., Cammarella A., & Malagoli Togliatti, M. (2016). Child abuse potential inventory in Italy: A comparative study of abusive and nonabusive parents, *Journal of Child Custody*, *13*:4, 289-306. doi: 10.1080/15379418.2016.1250145
- Miragoli, S., Milani, L., Di Blasio, P., Camisasca, E. (2020). Difficulties in emotion regulation in child abuse potential: Gender differences in parents. *Child Abuse and Neglect*, *106*, 104529. Doi: 10.1016/j.chiabu.2020.104529
- Mundt, C., Reck, C. K., Reining, K. & Stehle, E. (2009). Maternity blues as a predictor of DSM-IV depression and anxiety disorders in the first three months postpartum. *Journal of Affective Disorders*, *113*(1-2), 77-87. doi: 10.1016/j.jad.2008.05.003
- O'Hara, M. W., & Swain, A. M. (2009) Rates and risk of postpartum depression: a meta-analysis. *International Review of Psychiatry*, *8*(1), 37-54. doi: 10.3109/09540269609037816
- Olds, D. L. (2008). Preventing Child Maltreatment and Crime with Prenatal and Infancy Support of Parents: The Nurse-Family Partnership. *Journal of Scandinavian Studies in Criminology and Crime Prevention*, *9*(S1), 2-24. doi: 10.1080/14043850802450096
- Olivetti Manoukian, F. (1998) *Produrre servizi*, Bologna, Il Mulino.
- Osservatorio per il contrasto della pedofilia e della pornografia minorile (2022-2023). Piano nazionale di prevenzione e contrasto dell'abuso e dello sfruttamento sessuale dei minori 2022-2023. Istituto degli innocenti. Disponibile online: <https://famiglia.governo.it/media/2847/piano-nazionale-di-prevenzione-e-contrasto-dellabuso-e-dello-sfruttamento-sessuale-dei-minori.pdf>
- Overpeck, M. D., Brenner, R. A., Trumble, A. C., Trifiletti, L. B., & Berendes, H. W. (1998). Risk Factors for Infant Homicide in the United States. *New England Journal of Medicine*, *339*, 1211-1216. doi: 10.1056/NEJM199810223391706
- Palareti L., Berti C., Emiliani F. (2012). Comunità residenziali e lavoro di rete nella prospettiva ecologica dello sviluppo. *Psicologia Clinico dello Sviluppo*, a. XVI, n. 1, 69-93.
- Rickmeyer, C., Lebiger-Vogel, J., & Leuzinger-Bohleber, M. (2017). Transition to Kindergarten: Negative Associations between the Emotional Availability in Mother-Child

- Relationships and Elevated Cortisol Levels in Children with an Immigrant Background. *Frontiers in psychology*, 8, 425. Doi: 10.3389/fpsyg.2017.00425
- Rimm-Kaufman, S. E., & Pianta, R. C. (2000). An Ecological Perspective on the Transition to Kindergarten: A Theoretical Framework to Guide Empirical Research. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 21, 491-511. doi: 10.1016/S0193-3973(00)00051-4
- Román-Gálvez, R. M., Martín-Peláez, S., Fernández-Félix, B. M., Zamora, J., Khan, K.S., Bueno-Cavanillas, A. (2021b) Worldwide Prevalence of Intimate Partner Violence in Pregnancy. A Systematic Review and Meta-Analysis. *Front. Public Health* 9:738459. doi: 10.3389/fpubh.2021.738459
- Román-Gálvez, R. M., Martín-Peláez, S., Martínez-Galiano, J. M., Khan, K. S. (2021a). Prevalence of Intimate Partner Violence in Pregnancy: An Umbrella Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 18(2): 707. Doi: 10.3390/ijerph18020707
- Spinrad, T.L., Eisenberg, N., Gaertner, B., Popp, T., Smith, C.L., Kupfer, A., Greving, K., Liew, J., & Hofer, C. (2007). Relations of maternal socialization and toddlers' effortful control to children's adjustment and social competence. *Developmental Psychology*, 43(5), 1170-1186. doi: 10.1037/0012-1649.43.5.1170
- U.S. Department of Justice (2017). *Office on Violence Against Women*. Disponibile online: <https://www.justice.gov/ovw>
- Wekerle, C., & Wolfe, D. A. (1999). Dating violence in mid-adolescence: Theory, significance, and emerging prevention initiatives. *Clinical Psychology Review*, 19(4), 435-456. Doi: 10.1016/S0272-7358(98)00091-9
- Welchons, L. W., McIntyre, L. L. (2017). The Transition to Kindergarten: Predicting Socio-Behavioral Outcomes for Children With and Without Disabilities. *Early Childhood Education Journal*, 45, 83-93. Doi: 10.1007/s10643-015-0757-7
- World Health Organisation (2002) World Report on Violence and Health, Geneva, WHO. in https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/42495/9241545615_eng.pdf?sequence=1. La versione in lingua italiana del documento: Rapporto sullo stato della salute nel mondo, 2002, in www.salute.gov.it
- World Health Organisation (2006) "Preventing Child Maltreatment: a guide to taking action and generative evidence" in <http://www.who.int/whr/2006/en/index.htm>. La versione in lingua italiana del documento "Prevenire il maltrattamento sui minori: indicazioni operative e strumenti di analisi", a cura dell'Assessorato alla Sanità e Politiche socio-sanitarie del Comune di Ferrara, 2006. Disponibile online: https://cismai.it/assets/uploads/2009/05/OMS_ISPCAN_Prevenire_il_maltrattamento5c5a.pdf



TenerAmente:

*ascoltare i bisogni delle famiglie fragili
e promuovere la resilienza assistita*

—

MANUALE OPERATIVO

Per informazioni:
CESVI Fondazione - ETS
Via Broseta 68/A 24128 - Bergamo
Tel. 035 2058058 – Email: cesvi@cesvi.org
www.cesvi.org

