



**CISMAI**

COORDINAMENTO ITALIANO DEI SERVIZI  
CONTRO IL MALTRATTAMENTO E L'ABUSO ALL'INFANZIA

# **LINEE GUIDA**

## **PER GLI INTERVENTI DI HOME VISITING**

**nella prevenzione del  
maltrattamento all'infanzia**

**13 novembre 2017**



# INTRODUZIONE

**Gloria Soavi**

---

**Presidente CISMAI**

Le dimensioni del maltrattamento sui bambini e sulle bambine sono oggi più chiare ed estremamente preoccupanti, purtroppo ci riportano a una realtà che non si può negare, anche se sono sempre attive le posizioni che tendono a minimizzarlo se non a negarlo. L'OMS Europa (2013) descrive una realtà allarmante: il maltrattamento riguarda 18 milioni di bambini.

Che la **prevenzione** sia necessaria e possibile come primo atto di contrasto nei confronti del maltrattamento lo dicono da anni le ricerche internazionali e le raccomandazioni dell'OMS, che già nel 2002 e nel 2006 affermava: “il maltrattamento sui minori può essere prevenuto”.

Per prevenire la violenza è necessario un **approccio preventivo sistemico interdisciplinare** che sviluppi azioni a più livelli.

Il Cismai da anni sottolinea questa necessità nei suoi congressi e si batte perché anche nel nostro paese si strutturino azioni coordinate su questo tema, sia perché ci sia un pensiero politico a livello centrale, sia perché siano valorizzate e messe a sistema le esperienze positive che sono presenti a livello locale e che costituiscono un prezioso esempio di buone prassi.

Il contrasto al maltrattamento è considerato una priorità nella maggior parte dei paesi europei e tuttavia solo alcuni di questi hanno destinato risorse adeguate alla sua prevenzione.

L'Italia fa parte purtroppo di quei paesi che non hanno investito risorse in maniera sistematica su questo aspetto, non attua un monitoraggio sistematico sulle situazioni, né possiede un sistema di raccolta dati a livello nazionale, come abbiamo sottolineato molte volte.

La prima ricerca epidemiologica in Italia (Cismai, 2015) oltre a individuare quasi **100.000** bambini e ragazzi in carico ai Servizi Sociali per maltrattamento, evidenzia un dato preoccupante: i Servizi intervengono soprattutto quando i bambini sono già cresciuti (**54 su 1000 tra gli 11 e i 17 anni**) confermando “quanto noto da tempo nel nostro Paese, dove emerge uno scarso **sviluppo dei servizi per la prevenzione precoce del maltrattamento**”.

Nel rapporto Europeo del 2013 si ribadisce che è **tempo di focalizzarsi sulla prevenzione**: e come i programmi di prevenzione debbano essere messi in atto adottando un approccio di salute pubblica e basato sulle evidenze esistenti. Il documento sottolinea inoltre l'efficacia dei programmi di prevenzione verificata nei paesi dove si sono investite risorse economiche e professionali. Per affrontare le complessità della tutela dei bambini e delle bambine nello sforzo di prevenire il maltrattamento è necessaria una pluralità di modelli di intervento, preferibilmente se sono stati già sperimentati con successo e riconosciuti dalla comunità scientifica, come indica l'OMS, che individua nel **sostegno delle genitorialità a rischio e nell'home visiting gli strumenti principe di prevenzione**.

La prevenzione va intesa, infatti, come un potenziamento dei fattori di protezione piuttosto che riduzione dei rischi, pertanto risulta necessario identificare tutti quei processi che possono incidere sull'incremento della resilienza non solo a livello individuale, ma anche a livello familiare e comunitario.

In questa direzione il Cismai attraverso una apposita Commissione scientifica che ha lavorato su questa tematica dal 2015 al 2017, ha avviato una riflessione più articolata sugli strumenti preventivi da mettere in campo, in particolare l'uso più appropriato dell'**home visiting**, che non è da intendere come visita domiciliare o interventi a domicilio, ma come un percorso preciso con regole e strumenti particolari. Il confronto con le indicazioni internazionali fornite dall'OMS e la valorizzazione delle esperienze dei nostri Centri ha portato alla stesura delle "**Linee Guida per gli interventi di Home Visiting, come strumento nella prevenzione del maltrattamento intrafamigliare all'infanzia**" che sono state approvate dall'assemblea dei soci nel maggio di quest'anno.

Concentrare l'attenzione sul rischio richiede un salto di qualità nel modo anzitutto di pensare il maltrattamento, **in senso preventivo** risalendo alla situazioni esistenziali dei genitori che possono far prevedere difficoltà nella gestione della responsabilità genitoriale e in conseguenza promuovere concretamente un'organizzazione della tutela integrata tra gli ambiti sociali e sanitari, in grado di intervenire con il sostegno adeguato là dove si prospettano le prime difficoltà.

La necessità di **azioni di sistema coordinate** (superando l'attuale frammentazione delle competenze che si occupano dell'infanzia) **e strutturate sulla prevenzione del maltrattamento** è sempre più evidente nel nostro paese; in questa direzione è stata presentata recentemente dall'On. Sandra Zampa una importante **proposta di legge (8 marzo 2017)** che ricomprende i passaggi fondamentali di una reale azione preventiva del maltrattamento in tutte le sue forme: da un monitoraggio costante del fenomeno alla costituzione di centri provinciali specializzati, ad azioni di prevenzione nelle scuole.

In particolare la proposta sottolinea opportunamente la necessità di istituire servizi socio-sanitari di cure domiciliari, ovvero servizi di consulenza pedagogica e psicologica domiciliare (home visiting), in favore di minori nella fascia di età compresa fra zero e

tre anni, rilevati dai sistemi locali di monitoraggio e segnalazione, e delle loro famiglie, in cui si ravvisa la presenza di un rischio di maltrattamento. Ci auspichiamo che questa legge veda la luce e allinei finalmente l'Italia ai paesi che hanno scelto di affrontare in modo sistematico, la prevenzione e il contrasto del maltrattamento dei bambini e degli adolescenti.

Ringrazio la Commissione Scientifica che ha curato la stesura del documento in particolare la sua Referente Maria Teresa Pedrocco Biancardi, Marianna Giordano, Francesca Imbimbo, Donata Bianchi e Andrea Bollini, il Consiglio Direttivo e tutti i soci che con i loro contributi competenti e appassionati l'hanno arricchito di osservazioni e integrazioni preziose.

Questo nuovo documento rappresenta un ulteriore traguardo per la nostra associazione nella direzione di fornire strumenti operativi per gestire con tempismo ed efficacia il contrasto al maltrattamento all'infanzia.

## **Filomena Albano**

---

### **Autorità Garante per l'Infanzia e l'Adolescenza**

Prevenire è meglio che curare. Ciò è vero sempre, ma lo è ancor di più quando si parla di maltrattamento ai danni dei bambini e dei ragazzi.

A partire da questa consapevolezza, acquisito il dato per cui il maltrattamento sui minori costituisce una vera e propria questione di salute pubblica, l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha redatto nel 2006 un documento, tradotto in italiano nel 2009 con il titolo *“Prevenire il maltrattamento sui minori: indicazioni operative e strumenti di analisi”*, allo scopo di offrire alcune declinazioni pratiche per una adeguata strategia di prevenzione.

Malgrado sia trascorso più di un decennio, restano purtroppo ancora attuali le considerazioni lì proposte: «i gravi impatti a lungo termine sulla salute, il peso sulla società del maltrattamento sui minori e le sue implicazioni sui costi dei servizi sanitari non sono stati compresi», così come «non è stato compreso fino a che punto importanti strategie volte a prevenire le malattie e promuovere la salute pubblica, possano prevenire il maltrattamento»<sup>1</sup>.

Con le presenti Linee guida si tenta di percorrere la strada indicata a livello internazionale, offrendo un importante contributo per favorire l'attuazione di efficaci politiche preventive.

Lo strumento qui presentato – l'*home visiting* – rientra, fra quelli enucleati dall'OMS, nell'ambito delle strategie di tipo relazionale. Il punto appare dirimente: è infatti soprattutto nella relazione che si costruisce l'identità della persona e la prima relazione significativa è quella con i genitori. Facilitare l'instaurarsi di una relazione sana, consapevole, positiva tra genitori e figli è il miglior servizio che si possa offrire per garantire il benessere e una crescita serena dei più piccoli, all'interno del loro contesto di riferimento.

È il rafforzamento delle capacità genitoriali l'obiettivo precipuo che l'*home visiting* si pone. Esso può essere declinato secondo approcci e modalità diverse, con finalità di supporto generali o improntate a obiettivi peculiari, come proposto nel presente documento. È uno strumento che si inserisce nell'alveo delle politiche di sostegno alla genitorialità fragile, da più parti invocata e sovente poco sostenuta da progettualità concrete.

Le raccomandazioni contenute nel presente scritto costituiscono un sicuro punto di riferimento per la stesura di progetti e la pianificazione di interventi aventi, come *focus* specifico, la prevenzione del maltrattamento sui minori.

1 OMS, Prevenire il maltrattamento sui minori: indicazioni operative e strumenti di analisi, 2006, trad. it. 2009, p. VIII.

Tuttavia, questo non significa che venga messo in secondo piano il bisogno di sostegno e supporto dei neo-genitori, nell'affrontare i nuovi ritmi e le nuove esigenze di una quotidianità tutta da scoprire e imparare. Al contrario, proprio attraverso quel sostegno e quel supporto – offerto alla famiglia e da questa liberamente accettato – si potrà ottenere la costruzione di un clima familiare inattaccabile dai germi della violenza.

La specificità dell'approccio adottato è utile a prendere consapevolezza dei benefici, diretti e indiretti, che un accompagnamento continuativo e multidisciplinare è in grado di offrire, tanto in termini di sostegno immediato – attraverso un concreto aiuto nella gestione della nuova vita familiare e nella acquisizione di competenze genitoriali solide – quanto in termini di benefici duraturi nel tempo, quali sono quelli offerti da validi strumenti preventivi.

Una genitorialità forte, consapevole, capace di cura, è infatti la miglior garanzia per un'infanzia e un'adolescenza in cui il maltrattamento e la violenza non siano di casa.

**Sandra Zampa**

**Vicepresidente Bicamerale Infanzia**

Nel 2016, in Italia, 5383 minori sono stati vittima di violenza: 15 bambini ogni giorno subiscono maltrattamenti. Un dato che registra un incremento del 6% rispetto al 2015. Ogni anno, nel nostro paese, quasi 1000 bambini vengono abusati sessualmente. La grande parte di questi reati avviene tra le pareti domestiche. 1618 sono le bambine e i bambini che subiscono violenza in famiglia: abuso di mezzi di correzione, eccessi di disciplina, percosse. Violenze così gravi da costringere al ricorso del pronto soccorso dove scatta la denuncia degli operatori e il reato entra nelle statistiche. Ciò conferma che stiamo osservando solo la punta dell'iceberg e



che la vera portata del fenomeno della violenza sui minori resta ancora da individuare. La realtà è che non siamo in grado di dire quanti siano davvero i bambini vittima di questo fenomeno che si consuma spesso dentro le mura di casa. Così come non siamo in grado di valutare quante siano le madri e i padri, quante le coppie e le famiglie che non sono nella condizione, se lasciate da sole, di far fronte all'impegno costante che l'educazione e l'accudimento dei figli richiede. Accade però troppo spesso che sia la cronaca a rendere palpabile l'isolamento nel quale un numero elevato di famiglie vive, quasi separate dal resto della società che non ascolta, non vede e non si ferma nemmeno dinanzi ai segnali che un bambino invia con il suo corpo, con un disegno o con un comportamento non abituale rivelatori del disagio in cui vive. Famiglie alle quali solo parzialmente e ancora in modo non sufficiente la politica ha offerto possibilità, soluzioni, risposte. Rarissimi sono gli interventi che possono davvero incidere nella necessaria prevenzione dei danni da maltrattamento anche se sappiamo che gli interventi di cura non possono corrispondere alla sola risposta. La prevenzione resta il primo obiettivo a contrasto della violenza sui minori, così come l'OMS raccomanda e così come gli stessi operatori dei servizi mettono in evidenza. Non solo: è attraverso la prevenzione che si può meglio intervenire nel tessuto sociale del paese con minori costi e maggiori benefici.

Il dettagliato lavoro di analisi che il CISMAL ha compiuto nel presentare le linee guida sull'*home visiting* ci impone innanzitutto una rilettura delle condizioni di fragilità in cui molte famiglie italiane si trovano a vivere. Le raccomandazioni che il CISMAL elenca per una corretta applicazione dell'*home visiting* corrispondono alle indicazioni dell'OMS contenute nel documento "*Preventing child maltreatment: a guide to taking action and generating evidence*" del 2006 per la realizzazione di una possibile e concreta prevenzione del fenomeno della violenza familiare sui minori da realizzarsi attraverso una prassi di interventi che prendono avvio

nelle strutture sanitarie e proseguono presso le famiglie stesse con il loro diretto coinvolgimento. Allo stesso tempo questo documento sollecita una riflessione circa la necessità di recuperare politiche di welfare e buone prassi che possano aiutare a ristabilire un vero sentimento di fiducia tra istituzioni e cittadini, messo a dura prova anche dal lungo permanere della crisi.

Nessun bambino va lasciato indietro, nessuna fragilità abbandonata a se stessa: dobbiamo tornare a condividere con la società italiana l'imperativo etico che ci impedisce di proseguire da soli trascurando chi vive in condizioni di bisogno e di precarietà. Questo non solo corrisponde al senso di giustizia e di equità, ma rappresenta la sola strada possibile per costruire un futuro su fondamenta più solide.

Il nostro obiettivo deve essere quello di affermare il superiore interesse del minore. Per fare questo dobbiamo poter valutare, con certezza, le condizioni in cui il minore si trova. Ossia se la sua famiglia sia o non sia in grado di accudirlo e crescerlo. Dobbiamo poter intervenire prima che la violenza si manifesti: se possibile curando l'intero nucleo familiare. E ove ciò non sia utile dobbiamo essere pronti a mettere in atto ogni azione possibile a tutela della salute del bambino e della sua integrità psichica.

Prevenire, questo è l'obiettivo dell'*home visiting*. Le linee guida redatte dal CISMAL mettono bene in evidenza che una seria azione di prevenzione dei maltrattamenti sui minori si realizza a partire dall'analisi attenta dei dati di cui gli operatori socio sanitari entrano in possesso al momento del parto, dall'osservazione e dall'ascolto dei bisogni, anche di quelli non esplicitati per paura, per convenzione sociale, per pudore, per vergogna. Prosegue a casa della famiglia grazie all'intervento di personale altamente qualificato, capace di guidare, accogliere, comprendere e in grado di offrire soluzioni. L'*home visiting*, se applicato correttamente, è un sofisticato strumento per il quale occorrono risorse economi-

che adeguate, risorse umane qualificate, capacità di fare rete con le strutture pubbliche e le realtà associative che già operano nei territori. E ancora, così come opportunamente sottolineato dal CI-SMAI, è di fondamentale importanza la formazione degli operatori che entreranno in contatto con la famiglia perché siano preparati a far sì che le madri e i padri in fragilità si sentano in grado di ripercorrere le eventuali esperienze della propria esistenza che li hanno resi soggetti vulnerabili loro stessi esponendoli al rischio di perpetrare, con i propri figli, comportamenti subiti e mai affrontati in modo adeguato. Si tratta di un impegno delicato che presuppone l'esistenza delle condizioni di fiducia necessarie: una fiducia che si costruisce, e in alcuni casi si dovrà ricostruire, con il concorso di tanti. Infine non va trascurato il fondamentale lavoro di valutazione dell'efficacia degli interventi che prevede il monitoraggio nel tempo del miglioramento delle condizioni del bambino, della madre, della famiglia. I dati raccolti costituiranno un patrimonio fondamentale per arrivare ad estendere questo strumento su tutto il territorio nazionale e ci consentirà di conoscere da vicino le condizioni reali di tante famiglie italiane. Uno strumento di intervento e di analisi allo stesso tempo che sarà tanto più efficace quanto la sua applicazione sarà scrupolosa e che potrà rappresentare una risorsa per la tutela dei diritti delle bambine e dei bambini, delle famiglie e della società nel suo complesso. E che permetterà di riallacciare quel legame con la società che oggi appare allentato e in alcuni casi interrotto.

Non posso tralasciare di ricordare la necessità di definire una governance nazionale con l'obiettivo di coordinare le politiche e valutare l'impatto delle normative sui minori. Una governance che riguardi tutte le politiche da quelle fiscali a quelle scolastiche fino a quelle più specifiche. La necessità di realizzare quanto previsto nel Piano nazionale Infanzia entro il 2019 sia attraverso risorse certe e dedicate sia con un coordinamento della pianificazione e dell'applicazione delle politiche riguardanti i diritti dei minori che

coinvolga le Regioni. Così com'è necessario restituire agli assistenti sociali gli strumenti per un'azione concreta di prevenzione e di contrasto alla violenza e ai maltrattamenti dei minori di età. Dobbiamo superare la marcata disomogeneità del nostro territorio nazionale a garanzia dei diritti di tutti i minori, dal nord a sud. Dobbiamo rigenerare la cultura del diritto dei minori come soggetto a pieno titolo. È urgente l'affermazione di una nuova cultura capace di superare limiti imposti dal pregiudizio o dal preconcetto che impediscono di accettare che se è vero che la violenza può nascere in condizioni di precarietà e che la povertà è un elemento che può innescare meccanismi di esasperazione, è altrettanto vero che violenza e abusi non si fermano davanti alle porte dei ceti sociali ritenuti meno a rischio.

È solo attraverso un investimento sul futuro dei più piccoli che garantiremo a tutti un futuro migliore.

**Gianmario Gazzi**

---

**Presidente Consiglio Nazionale  
Ordine Assistenti sociali**

### **La “prevenzione” deve essere d’insieme**

Il lavoro di questi anni del CISMAI è prezioso principalmente per due motivi: perché costruisce e diffonde strumenti indispensabili per tutti i professionisti e gli operatori coinvolti nel drammatico fenomeno del maltrattamento e l'abuso e contemporaneamente indica buone pratiche e opzioni organizzative e politiche per la prevenzione e lo sviluppo dei servizi all'infanzia.

Attraverso questo documento – *“Linee guida per gli interventi di home visiting come strumento nella prevenzione del maltrattamento familiare all’infanzia”* – si evidenzia come sia possibile prevenire il rischio, anche solo potenziale, di maltrattamento o

trascuratezza, attraverso un intervento integrato e precoce rivolto ai genitori.

Non si può nascondere che attualmente nel nostro Paese la situazione è molto difficile sia per i servizi pubblici che privati convenzionati. Le ristrettezze di bilancio e la difficoltà legata al turn over spesso comprime tutti i soggetti sulle urgenze e poco tempo si può dedicare a veri e propri piani strutturali di prevenzione.

In questo senso quello descritto in queste linee guida è importante per l'ottica di prospettiva che traspare evidente. Un piano di Home visiting che intercetti tutte le situazioni sin dall'inizio, non solo quelle potenzialmente a rischio, permetterebbe certamente una maggiore capacità di tutela di tutti i bambini. In particolare svilupperebbe quella competenza diffusa, della comunità, che permette ai nostri bambini di godere di un contesto maggiormente protettivo.

Spesso si pensa a questi strumenti per le sole situazioni problematiche o particolarmente a rischio, ma in realtà – così come dimostrato nella letteratura e nella ricerca di Servizio sociale – la realizzazione di reti e piani diffusi di supporto alla genitorialità aumenta il benessere dei genitori e dei bambini fornendo un supporto concreto, occasioni di confronto o anche solo la sicurezza di non essere soli in un passaggio cruciale del ciclo vitale, per i neogenitori, o comunque in una fase di riorganizzazione dell'assetto familiare anche se non si è alla prima esperienza.

È assolutamente auspicabile che, anche grazie a queste Linee guida, si possa rilanciare la necessità di un sistema integrato di prevenzione territoriale che coinvolga i professionisti, i servizi socio-sanitari, le istituzioni competenti e soprattutto le comunità (cittadini, risorse volontarie e di terzo settore, vicinato). Si deve lavorare tutti assieme con l'obiettivo di rendere possibile un supporto qualificato e attento di tutte le situazioni, comprendere i supporti necessari e utili per tutte le diverse situazioni e prioritariamente per quelle più a rischio: l'home visiting rappresenta il

dispositivo privilegiato per svolgere un'azione di assessment e di monitoraggio, suggerendo anche l'opportunità di ulteriori risorse, secondo progetti personalizzati e specifici.

Strutturare dei piani locali di Home visiting, ad esempio, potrebbe essere uno specifico capitolo dei piani sociali e sanitari territoriali che destinino risorse, non solo economiche, all'accompagnamento e il supporto dei neo-genitori e non solo. Come dichiarato nelle prime righe *“Il focus di questo documento è, quindi, la prevenzione efficace della violenza sui bambini e ragazzi”*; questo obiettivo si può raggiungere solo se accanto all'intervento professionale e dei servizi si strutturano azioni culturali e di sensibilizzazione del territorio e si realizzano quelle reti di empowerment comunitario che il servizio sociale professione deve oggi, ancor più che in passato, sostenere e accompagnare.

---

**Andrea Bollini**

**Past president CISMAI**

### **Le nuove strategie della prevenzione del maltrattamento**

Sono 2,2 miliardi i bambini e i ragazzi nel mondo e circa 1 miliardo è vittima di una forma di violenza fisica, psicologica o sessuale. In Italia sono quasi 10 milioni e i casi stimati di maltrattamento sono circa 900.000 (indagine 2015 dell'Autorità Garante Nazionale Infanzia, Cismai e Terre des Hommes). Il costo del maltrattamento all'infanzia è di circa 13 miliardi l'anno per il nostro Paese (indagine 2014 svolta da Università Bocconi, Cismai e Terre des Hommes).

L'uscita di queste linee guida sull'Home Visiting, ovvero uno degli strumenti più efficaci di prevenzione dimostrati con la metodologia evidence based in diversi stati del mondo, può davvero costituire un significativo punto di partenza per il cambiamento

culturale e di sistema in Italia: intervenire prima che la violenza si verifichi e farlo il più precocemente possibile devono diventare, infatti, le priorità di ogni scelta politica e organizzativa dei servizi. Per ovvie ragioni: la prevenzione costa meno allo Stato, garantisce i diritti umani e i diritti dei bambini, può effettivamente preservare la salute e la sopravvivenza di milioni di bambini.

A fronte di questi numeri le agenzie internazionali, l'OMS, l'ISPCAN, le Nazioni Unite, sono impegnate a promuovere a livello mondiale una nuova strategia di prevenzione per mettere fine alla violenza sui bambini.

La campagna INSPIRE, lanciata dall'OMS nel 2016, in partenariato con diverse organizzazioni internazionali, ha proposto un pacchetto di sette strategie per porre fine alla violenza sui bambini e sui ragazzi nel mondo, sintetizzate nella seguente tabella:

Strategia	Approccio	Settore
Implementazione e rafforzamento delle leggi	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Leggi di messa al bando delle punizioni violente dei bambini da parte di genitori, insegnanti e altri caregivers</li> <li>- Leggi per la criminalizzazione della violenza sessuale e dello sfruttamento dei bambini</li> <li>- Leggi di prevenzione dell'abuso di alcool</li> <li>- Leggi che limitino la disponibilità di armi da fuoco e altre armi ai ragazzi</li> </ul>	Giustizia
Norme e valori	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Cambiare il consenso rispetto a norme sociali e di genere restrittive e pericolose</li> <li>- Programmi di mobilitazione della comunità</li> <li>- Azioni immediate di risposta per fermare la violenza verbale e/o fisica</li> </ul>	Salute, Istruzione, Politiche sociali
Ambienti sicuri	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ridurre la violenza nei posti "caldi" segnalati</li> <li>- Interrompere la diffusione della violenza</li> <li>- Migliorare l'ambiente costruito</li> </ul>	Interni, Sviluppo
Supporto genitoriale e ai caregiver	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Attraverso visite domiciliari</li> <li>- Con i gruppi in setting comunitari</li> <li>- Attraverso programmi globali</li> </ul>	Politiche sociali, Salute
Reddito e miglioramento economico	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Trasferimenti monetari</li> <li>- Gruppi di risparmio e microcredito integrati con formazione all'uguaglianza di genere</li> <li>- Microfinanza integrata con formazione alle norme di genere</li> </ul>	Finanze, Lavoro

Strategia	Approccio	Settore
Servizi di risposta e supporto	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Approcci terapeutici e counselling</li> <li>- Screening integrato con interventi</li> <li>- Programmi di trattamento per giovani offender entrati nel sistema della giustizia penali</li> <li>- Interventi di presa in carico in collaborazione con i servizi sociali</li> </ul>	Salute, Giustizia, Politiche sociali
Educazione e life skills	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Incrementare le iscrizioni nei servizi prescolastici (asili nido), scuole dell'infanzia, primaria e secondaria</li> <li>- Stabilire un ambiente scolastico sicuro e abilitante</li> <li>- Migliorare la conoscenza dei bambini sull'abuso sessuale e su come proteggere loro stessi</li> <li>- Formazione alle competenze sociali e di vita</li> <li>- Programmi di prevenzione della violenza sul partner in età adolescenziale</li> </ul>	Istruzione

Le strategie di INSPIRE costituiscono da sole un possibile programma nazionale per la prevenzione della violenza all'infanzia, di cui il nostro Paese deve ancora dotarsi in risposta alla raccomandazione OMS del 2002. Su queste il Cismai ha da tempo iniziato a lavorare (e la pubblicazione delle Linee Guida ne sono la dimostrazione) e continuerà ad operare affinché il cambiamento culturale del nostro Paese in tema di violenza all'infanzia possa diventare più profondo e diffuso.

**Donata Bianchi**

**Membro Commissione Cismai**

Il percorso che ha portato alla redazione delle presenti linee guida parte dalla ricerca di nuovi strumenti e punti di riferimento per il lavoro di prevenzione del maltrattamento infantile, una prospettiva di intervento che sfida l'attuale condizione delle risorse pubbliche per le prestazioni e i servizi sociali e sanitari, nonché l'attuale organizzazione dei servizi, che in condizioni di risorse scarse e



domande di aiuto crescenti tendono a ridurre la prevenzione ad un'area di azione residuale.

La ricerca e l'agire sul campo hanno confermato che nell'esperienza, sia individuale sia comunitaria, la prevenzione è un processo ricorsivo, che richiede la continuità nel tempo, l'esercizio continuo delle funzioni di rilevazione e di valutazione, nonché la consapevolezza e del limite professionale e di operare in condizioni complesse caratterizzate da continua incertezza.

Il tempo, la consapevolezza del limite e l'incertezza mi sembrano tre elementi chiave sui quali vorrei soffermarmi brevemente.

La rilevazione di una condizione di rischio è l'esercizio preliminare a qualsiasi progetto di home visiting. Il rischio è però un elemento dinamico di cui l'operatore deve osservare l'evoluzione nel corso del tempo. I tempi dell'osservazione, tuttavia, spesso non coincidono con i tempi di crescita del bambino. Accade quindi che tra l'osservazione del rischio e il concreto avvio dell'intervento trascorrono settimane se non mesi, un periodo di tempo durante il quale prosegue, e può cronicizzarsi, l'esposizione del bambino al rischio e ai suoi effetti. La dinamicità della condizione richiederebbe poi un'azione sia tempestiva sia continuativa nel tempo, quest'ultimo un requisito non scontato perché nella stragrande maggioranza dei casi l'home visiting è uno strumento ancorato a progetti temporanei o condizionati a conferme annuali, che non favoriscono la tenuta del setting e, spesso, neanche la stabilità delle figure di riferimento, soggette a turnover come nella maggior parte dei lavori precari. Inoltre, il tempo dato dall'organizzazione all'intervento dell'operatore non corrisponde sempre a quello necessario al bambino e alla sua famiglia. Le interruzioni premature dei progetti di aiuto possono addirittura avere effetti iatrogeni gravi causando il peggioramento di una situazione. L'home visiting dovrebbe quindi essere un servizio stabile e un'opportunità di cui i nuclei familiari possano beneficiare anche più volte nel corso del tempo.

La consapevolezza del limite. Lo strumento dell'home visiting , nonché la cornice culturale e la metodologia di lavoro ad esso sottese, si esplicano in un perimetro tracciato da molteplici limiti: il limite ontologico dell'agire sociale e di cura, che si devono esercitare secondo regole e procedure esplicite e condivise al fine di essere comunicabili, monitorabili e valutabili; il limite spaziale del setting, che non è più il luogo di lavoro dell'operatore bensì diventa quello della casa del bambino e della sua famiglia; il limite posto dal soggetto che deve restare al centro dell'intervento, ovvero sia il bambino il cui benessere deve essere la priorità e ciò pone il limite di dover accettare anche impossibilità di cambiamento da parte del genitore , e quindi l'esigenza di agire - nel rispetto del limite/vincolo del superiore interesse del bambino- attraverso scelte che possono spingere verso l'allontanamento del bambino dall'ambiente familiare. In matematica il concetto di limite è connesso a quello di migliore approssimazione, una condizione condivisa anche in ambito sociale quando un progetto sociale o educativo volto al cambiamento trova il suo limite e la sua ragion d'essere all'interno di una realtà che permette solo avvicinamenti gradualmente e per approssimazione agli obiettivi prefissati.

Eccoci infine al terzo concetto, quello di incertezza, un concetto forse abusato, tuttavia sempre straordinariamente utile per delimitare i contorni degli interventi di prevenzione, tutela, protezione e cura che si fondano su processi di cambiamento e riguardano bambini e adolescenti ovvero sia soggetti in crescita. L'incertezza è l'effetto inevitabile dell'intervento in una fase di transizione, come quella nella quale una relazione parentale e una filiale cominciano a plasmarsi nella realtà - se l'home visiting ha inizio precocemente- oppure allorché si agisce per innescare meccanismi di cambiamento in una dinamica relazionale già strutturata . Inoltre, l'incertezza sugli esiti, collegata ai singoli e al nucleo, è oggi poi sempre più esposta all'impatto di una incertezza sociale che rende ancor più vulnerabili sia coloro che lo sono per storie indivi-

duali, sia il lavoro psicosociale. Rischi crescenti di impoverimento strutturale o temporaneo determinati dalla difficoltà di trovare lavoro e dalla precarizzazione dello stesso, instabilità reddituale, fragilizzazione dei supporti di prossimità sono problematiche importanti che hanno un impatto sugli interventi di prevenzione e di cura. L'aumento del peso dei fattori di rischio di natura economica e socioeconomica rispetto all'insorgenza delle condizioni di maltrattamento sui bambini, richiede un ampliamento dello sguardo e della complessità degli interventi a sostegno dei nuclei familiari fragili. In questa prospettiva, pare pertanto un'opportunità di grande rilevanza quella offerta dalla nuova misura di contrasto alla povertà, ovvero il Reddito di inclusione (R.E.I.), che prevede l'erogazione del contributo economico affiancata da una valutazione complessiva sulle condizioni del nucleo familiare e dei suoi membri, con la predisposizione di un progetto socio educativo di aiuto finalizzato a rafforzare anche le competenze accuditive delle figure parentali. Il lavoro di riflessione sviluppato dal CISMAL potrà quindi essere offerto quale contributo all'analisi delle condizioni di rischio e alla definizione dei progetti di aiuto.

La consapevolezza dell'incertezza: tempo per osservare, condividere, riflettere.



# LINEE GUIDA PER GLI INTERVENTI DI HOME VISITING COME STRUMENTO NELLA PREVENZIONE DEL MALTRATTAMENTO FAMILIARE ALL'INFANZIA

Commissione per lo studio della prevenzione  
del maltrattamento familiare all'infanzia

<b>1. PREMESSA E INTENTI</b>	_____	pag 20
<b>2. AMBITO DI INTERVENTO E DEFINIZIONI</b>	_____	21
<b>3. LO STRUMENTO: HOME VISITING (HV)</b>	_____	23
<b>4. L'INTERVENTO DI PREVENZIONE ATTRAVERSO L'HV</b>	_____	26
<b>5. LA RETE</b>	_____	29
<b>6. LA FORMAZIONE</b>	_____	30
<b>7. LA VALUTAZIONE DI EFFICACIA</b>	_____	32

**Bibliografia di approfondimento**  
reperibile sul sito [www.cismai.org](http://www.cismai.org)

# 1

---

## PREMESSA E INTENTI

Questo documento intende enucleare i principali requisiti di qualità degli interventi di prevenzione del maltrattamento attraverso lo specifico strumento **dell'home visiting, così come viene declinato** nel documento dell'OMS (2006) *Preventing child maltreatment: a guide to taking action and generating evidence*<sup>1</sup>, che contiene un radicale spostamento del focus di osservazione da cui trarre iniziative per una prevenzione realistica ed efficace del maltrattamento all'infanzia. L'OMS, infatti, pone l'attenzione sulla precocità della rilevazione prendendo in esame il periodo precedente e immediatamente successivo alla nascita del figlio. I servizi, sociosanitari (consultorio) e ospedalieri, con cui la gestante viene a contatto possono rilevare precocemente segnali di disagio e attivare interventi di sostegno preventivo a difficoltà di cura e gestione della genitorialità, che rappresentano fattori di rischio rispetto all'instaurarsi di condotte inadeguate e maltrattanti sulla prole.

---

1 Tradotto in italiano nel 2009 a cura del CISMAI con il patrocinio della Provincia, del Comune, dell'Università di Ferrara e della Regione Emilia-Romagna [www.cismai.org](http://www.cismai.org)

## 2

---

# AMBITO DI INTERVENTO E DEFINIZIONI

Il focus di questo documento è, quindi, la **prevenzione efficace della violenza sui bambini e ragazzi**, ovvero di ogni forma di: maltrattamento fisico ed emotivo, abuso sessuale, abbandono e atteggiamento negligente nei confronti del bambino, nonché ogni forma di sfruttamento commerciale o di altro tipo (OMS, 2006).

La maggior parte dei maltrattamenti subiti dai soggetti infradi-ciotenni avviene nel contesto domestico.

Il maltrattamento familiare non è facilmente rilevabile, specie nei primi anni di vita dei figli, in quanto la famiglia non si riconosce maltrattante. Inoltre non sempre e non tutti gli educatori e gli insegnanti sono in grado di interpretare i comportamenti disfunzionali dei bambini come conseguenze del maltrattamento familiare. E, anche se intuiscono o sospettano, non sempre sono disponibili o in grado di segnalare; talvolta addirittura si rivolgono direttamente ai genitori creando situazioni confuse e di potenziale aumento del rischio per il bambino.

*La prevenzione è l'insieme di interventi multi settoriali centrati su un approccio di salute pubblica che mirano alla riduzione dei fattori di rischio attraverso un supporto ai genitori fornito da visite domiciliari, programmi di sostegno alla genitorialità e interventi più a monte nella catena causale che comprendono programmi finalizzati a combattere le situazioni di degrado, le disuguaglianze sociali e di genere, le norme sociali sulla violenza, le abitudini alle punizioni corporali e la disponibilità di alcolici, e richiedono investimenti sul lungo termine (OMS 2013).*

## 2.1 LA VALUTAZIONE DEL RISCHIO

È opportuno effettuare una competente e precoce diagnosi dei **genitori** per poi attivare percorsi di sostegno: ciò ha valore preventivo, in quanto interviene a impedire la messa in atto di condotte nocive allo sviluppo del bambino, vale a dire alla produzione del danno. Intervenire a danno conclamato non assicura sempre la possibilità di guarigione e ripristino del benessere dei diversi componenti della famiglia.

## 2.2 QUALE RISCHIO PREVENIRE: LA GENITORIALITÀ FRAGILE

La letteratura internazionale e nazionale, le ricerche e l'esperienza clinica hanno evidenziato come il maltrattamento sia sempre connesso a una disfunzionalità genitoriale dovuta a molteplici fattori che creano una “anomalia del rapporto” fra genitori e figli e può esitare in comportamenti dannosi per l'evoluzione dei bambini e delle bambine. Il rischio è che in una coppia un componente o entrambi siano portatori di conseguenze da Esperienze Sfavorevoli Infantili o comunque provati, nel corso dell'età evolutiva, da fattori distali disturbanti.

## 2.3 COME ARRIVARE ALL'INDIVIDUAZIONE DEL RISCHIO

Il percorso indicato dall' OMS prevede lo **screening** di possibili segnali predittivi di genitorialità fragile, insicura, incapace di affrontare in modo adeguato le responsabilità proprie della maternità/paternità, come:

- povertà cronica,
- basso livello di istruzione,
- parti in età adolescenziale,



- carenza di relazioni interpersonali,
- carenza di reti e di integrazione sociale,
- esperienze di rifiuto, violenza, abuso subite nell'infanzia,
- accettazione della violenza e punizioni come pratiche educative,
- accettazione della pornografia infantile,
- scarse conoscenze e disinteresse per lo sviluppo del bambino,
- condizione di monogenitorialità.

**In assenza di uno screening sistematico su tutta la popolazione**, la rilevazione precoce dei fattori di rischio può avvenire attraverso la costruzione di **reti osservative** nei luoghi del percorso pre- e neo natale:

- consultori familiari,
- percorsi parto,
- reparti ospedalieri di ostetricia, di neonatalità e pediatria,
- reparti di Pronto Soccorso.

### 3

## LO STRUMENTO: HOME VISITING (HV)

I contenuti e i metodi dell'HV secondo i criteri presentati dall'OMS (2006) **prevedono un'azione sistematica centrata sul sostegno precoce al/ai genitore/i e al loro disagio**, soprattutto quello connesso agli intrecci traumatici generati dall'esperienza parentale con le esperienze sfavorevoli subite nella loro infanzia.

Si tratta di organizzare visite domiciliari - costruendo un'alleanza con i genitori - nei primi mesi di vita del bambino da parte di personale che inizialmente può anche essere sanitario, possibilmente la stessa

assistente sanitaria conosciuta in ospedale, per poi **essere sostituita da un operatore professionale preparato specificamente per questo servizio.**

L'home visiting è uno strumento operativo per accompagnare e sostenere la genitorialità fragile attraverso la costruzione di una relazione di aiuto.

Le ricerche evidenziano come i programmi di HV riducono i rischi di maltrattamento e promuovono le risorse genitoriali.

**La progettazione di un programma di HV deve tener presente che:**

Si tratta di un progetto innovativo, che potrebbe trovare inizialmente difficoltà nella sua applicazione,

- non solo da parte dell'utenza, specie in una cultura familiare come quella italiana, ancora molto restia ad aprirsi all'accoglienza in casa di persone estranee;
- la diffidenza nei confronti della novità potrebbe riguardare anche i professionisti e i servizi impegnati per la ridefinizione delle funzioni e delle relazioni che propone.

### **3.1. TARGET**

**Il progetto non è applicabile a qualsiasi situazione.**

La scelta delle famiglie a cui proporre l'HV è circoscritta a coloro che sono in ***situazioni di rischio ma sono anche portatrici di risorse.*** Non tutte le giovani neomamme o i loro partner sono disposti a condividere le loro storie, spesso rimosse o caratterizzate da esperienze così traumatiche da essere considerate indicibili dalle vittime, che si possono nascondere dietro la diffidenza, il sospetto che la proposta di aiuto nasconda una volontà intrusiva e giudicante, la presunzione di autosufficienza orgogliosa e scostante.

***Può anche accadere che genitori maltrattanti chiedano aiuto*** e sorga in loro una disponibilità al cambiamento. Una volta verificata la reale volontà di modificare i comportamenti maltrattanti e di accet-

tare un programma di recupero delle competenze genitoriali, potrebbe essere possibile adottare il metodo OMS anche in queste situazioni, naturalmente con una valutazione attenta rispetto alla qualità e alla gravità del maltrattamento e un monitoraggio rigoroso che consenta di verificare concretamente l'interruzione delle condotte maltrattanti e i progressi di benessere del figlio e di tutto il nucleo.

***Un altro target è quello della genitorialità complicata da disabilità o disturbi dello sviluppo dei figli***, come autismo, ADHD, ritardo cognitivo, DSA, problemi dello sviluppo motorio: tali condizioni possono trovare i genitori impreparati o incapaci di mettere in pratica le indicazioni dei sanitari. Il sostegno al nucleo da parte di personale specializzato può alleggerire il clima complessivo, rendendo più efficace, con il valore terapeutico del buon-trattamento, la terapia formalizzata prescritta (Malacrea 2004).

### **3.2. IN UN PROGETTO DI RETE**

L' inserimento dell'HV in un lavoro di rete più ampio **rappresenta un elemento di appropriatezza**: non solo nella fase di rilevazione dei fattori di rischio e prima valutazione, ma in un progetto in cui, oltre l'intervento domiciliare, siano prevedibili altre opportunità. Si considera particolarmente utile la possibilità di connettere più dispositivi: quali sostegno psicologico, gruppi di incontro, monitoraggio del servizio sociale, ecc. L'assenza di una reale offerta di rete pregiudica spesso l'efficacia dell'HV perché la prevenzione del mal-trattamento richiede un lavoro complesso e multidimensionale.

## 4

---

# L'INTERVENTO DI PREVENZIONE ATTRAVERSO L'HV

## 4.1 RILEVAZIONE/ PRIMA VALUTAZIONE DEI FATTORI DI RISCHIO

Quando al servizio territoriale di base arriva da parte del Pronto Soccorso, del Consultorio o di un presidio ospedaliero la segnalazione della presenza di una madre/coppia a rischio per segnali individuati dagli operatori socio-sanitari che si occupano della gravidanza e del puerperio, **deve attivarsi un'équipe multi professionale**. L'équipe di base analizza e valuta tutti gli elementi esposti nella segnalazione, approfondendo in particolar modo l'intreccio tra fattori di rischio e di protezione, in modo da poter formulare una prognosi minimamente documentata di modificabilità. In caso positivo, l'équipe stabilirà i primi tratti del progetto a partire dalla scelta di un operatore domiciliare.

### RACCOMANDAZIONI

- **Si raccomanda** che l'équipe sia composta almeno da assistente sociale, educatore professionale, psicologo esperto dell'età evolutiva e/o della famiglia: si auspica che l'équipe sia stabile, affiatata e coesa rispetto all'approccio scientifico che mette il bambino e la sua relazione con l'adulto di riferimento al centro e al primo posto nel riconoscimento dei diritti alla cura. Questa équipe deve poter contare su figure professionali che integrino altre competenze nei casi in cui la situazione richieda approfondimenti in campo psichiatrico, neuropsichiatrico e medico.

- **Si raccomanda**, per la costituzione dell'équipe, la scelta dei soggetti da coinvolgere: preferibilmente già esperti e preparati, selezionati tra il personale già in organico, dovranno partecipare a una riunione plenaria con i Direttori dei rispettivi reparti di appartenenza per essere bene informati sulla natura, lo stile, la finalità del progetto. Anzitutto il personale in attività presso i vari reparti che si occupano della maternità prima e dopo il parto, nonché personale educativo che afferisce alla tutela territoriale.
- Si raccomanda l'uso di strumenti standardizzati di valutazione iniziale relativi ai fattori di rischio, al modello di legame di attaccamento e pregresse esperienze sfavorevoli infantili.

## 4.2 PROGETTO DI INTERVENTO

All'inizio dell'intervento, che si svolge a casa delle famiglie, viene presentato, spiegato e discusso un metodo di sostegno che prevede un certo numero di ore di visita, una frequenza settimanale, una durata minima e massima e un codice condiviso di comportamento; tutto questo viene sintetizzato in un contratto sottoscritto dalle parti.

Dovranno inoltre essere valutati e concordati il tempo e la cadenza di incontri tra genitori/e e operatore, già prima della nascita o, se il rischio è emerso più avanti, senza la presenza del bambino, con lo scopo di dare significato, riflettere insieme e valutare le attività svolte e il percorso effettuato nel periodo in questione.

In caso vengano prese decisioni o segnalate difficoltà, al termine dell'incontro verrà firmato da entrambe le parti un breve verbale, che sarà condiviso successivamente con l'équipe multiprofessionale.

Infine, non deve essere esclusa la possibilità che gli interventi di HV possano esitare nella decisione di un allontanamento definitivo del bambino dal contesto familiare (per esempio nei casi di maltrattamento grave al figlio e/o di violenza domestica consolidata e cronica, per i quali l'intervento di H.V. è inappropriato): in queste situazioni l'intervento potrebbe tuttavia accompagnare i genitori ad

accettare un momentaneo allontanamento come scelta consapevole in vista di una modificazione dei comportamenti pericolosi per un rientro in condizioni di sicurezza.

## RACCOMANDAZIONI

- **Si raccomanda** l'attenzione alla dimensione temporale: il tempo è rilevante nella estensione (minimo 6 mesi), nella frequenza (almeno 2 volte a settimana), nell'intensità (almeno 2 ore ogni volta).
- **Si raccomanda** l'attenzione allo sviluppo di una relazione con i genitori, in particolare fra la madre e l'operatrice, basata sulla condivisione, il supporto, l'osservazione perché il *fare* nell'HV si realizza nella condivisione, non nell'insegnamento né nella sostituzione, proponendo ai genitori opportunità e punti di vista nello sviluppo della relazione con i figli, nell'accudimento fisico ed emotivo, nella gestione domestica, nell'organizzazione delle routine, nel fronteggiare le ordinarie difficoltà, nell'integrazione sociale, nella mediazione relazionale dei genitori tra loro, con le famiglie d'origine, con i servizi.
- **Si raccomanda** che la scelta degli operatori preveda la possibilità di evitare *turn over* troppo frequenti, per non sottoporre la famiglia o la madre in difficoltà alla fatica di adattarsi ripetutamente a sostituzioni.
- **Si raccomanda** di riportare in équipe ogni situazione di maltrattamenti diretti sul bambino di cui l'operatrice sia testimone, sia riferito da uno dei datori di cure o da terzi al fine di assumere i necessari provvedimenti di tutela e protezione del bambino.
- **Si raccomanda** altresì di riportare in équipe per valutare gli opportuni interventi di segnalazione e protezione, anche ogni evento di violenza domestica sulla madre di cui l'operatrice può essere stata testimone diretta o riferiti dalla madre stessa o da terzi.

## 4.3 MONITORAGGIO E SUPERVISIONE

La programmazione deve prevedere da subito la formazione dell'équipe multiprofessionale che mensilmente verificherà, sulla scorta delle relazioni degli operatori e dei loro protocolli osservativi, l'andamento del progetto.

Si deve prevedere da subito una figura di supervisore stabile che mensilmente ascolti le difficoltà emerse dalla pratica e verifichi l'applicazione corretta delle regole stabilite.

### RACCOMANDAZIONI

- **Si raccomanda** che l'operatore tenga aggiornato il protocollo di osservazione o eventuali altri strumenti concordati con la rete.
- **Si raccomanda** che i tempi e le modalità di incontro delle équipe di base e allargate sulle varie situazioni siano decisi in base alle necessità e alle disponibilità, concordate con la rete.
- **Si raccomanda** di strutturare strumenti della valutazione di efficacia e follow up da gestire nell'ambito dell'équipe.

## 5 LA RETE

---

Il progetto deve essere impostato fin da subito sul principio e la pratica dell'integrazione sociale e sanitaria, i cui responsabili devono confrontarsi, discutere, esercitarsi nel dialogo per acquisire linguaggi e punti di vista comuni. La riuscita dell'intervento si fonda sul coinvolgimento e la condivisione del progetto con: servizio tutela minori, consultorio familiare, percorso nascita, anestesia, ostetricia, neonatalità, pediatria.

## RACCOMANDAZIONI

- **Si raccomanda** di organizzare un evento formativo in cui tutte le figure coinvolgibili nel progetto si confrontino per far emergere dissidenze, perplessità, punti oscuri, elementi di positività o problematicità del progetto nelle sue finalità.
- **Si raccomanda** di formulare una prima bozza di progetto dettagliato, comprensivo di preventivo, da sottoporre alle autorità competenti non solo riguardo ai costi economici, ma anche alla tempistica, alle risorse umane necessarie, alla specificità della loro preparazione personale di base e alle competenze integrative necessarie per lo svolgimento del progetto.
- **Si raccomanda** di curare con la massima attenzione la qualità delle relazioni tra i diversi servizi e professionisti, le diverse competenze, le diverse responsabilità per evitare che fraintendimenti, rigidità professionali, pregiudizi personali o di settore, assurde tentazioni di competitività possano minare un'attività mirata proprio a eliminare o almeno ridurre queste tensioni nell'utenza.

## 6

---

### LA FORMAZIONE

La formazione alla prevenzione del maltrattamento infantile attraverso l'HV in epoca pre e perinatale deve prevedere un'articolazione specifica a seconda del livello in cui gli operatori devono agire.

In ogni livello si auspica che la formazione sia non solo nozionistica, ma accompagnata da esempi concreti, da esperienze vissute, da momenti in cui con esercizi di *problem solving*, di simulate, di giochi di ruolo, i soggetti possano misurarsi sulla loro fluidità relazionale e sulla capacità di gestire situazioni nuove



## 6.1 IL PRIMO LIVELLO

*Destinatari:* tutti gli operatori, per implementare le capacità di rilevazione e di segnalazione.

### RACCOMANDAZIONI

- **Si raccomanda** che la formazione sia finalizzata a rafforzare la capacità di individuare i segnali di sofferenza relazionale e le fragilità della gestante e del nucleo.

## 6.2 IL SECONDO LIVELLO

*Destinatari:* il personale dei servizi di tutela territoriale, a cui afferiscono le segnalazioni delle situazioni a rischio.

### RACCOMANDAZIONI

- **Si raccomanda** che la formazione sia finalizzata a mettere in grado l'équipe multiprofessionale (psico-socio-sanitaria) di effettuare una valutazione dell'incrocio tra i fattori di rischio e di protezione distali e prossimali, oltre che una prognosi di recuperabilità (la capacità della madre di chiedere aiuto, la partecipazione consapevole del padre e l'impegno ad accogliere in casa l'operatore con fiducia, oltre che di seguirne le indicazioni).

## 6.3 IL TERZO LIVELLO

*Destinatari:* gli operatori domiciliari, che entrano nelle case a supporto delle madri e delle famiglie.

### RACCOMANDAZIONI

- **Si raccomanda** che la formazione sia finalizzata a rafforzare gli operatori nella capacità di sostenere senza sostituirsi, di correggere senza giudicare, di accettare tempi adeguati per instaurare la relazione di fiducia e situazioni di frustrazione rispetto all'i-

dea di aiuto attivo, di salvaguardare gli aspetti di autorevolezza professionale in una quotidianità apparentemente priva di setting. Inoltre sembra importante la capacità di mantenersi vigili rispetto alla tutela del minore, senza affrettare i tempi e senza interrompere la buona relazione con l'utente

- **Si raccomanda** di garantire la supervisione a tutti gli operatori del progetto come condizione imprescindibile per la correttezza, la tenuta e l'efficacia dell'intervento domiciliare, in tempi e modi diversi, ma secondo una calendarizzazione conosciuta, condivisa e rigorosamente osservata.

## 7 --- LA VALUTAZIONE DI EFFICACIA

La valutazione di efficacia - durante e alla fine dell'intervento, oltre che in follow-up - deve riguardare tutti gli operatori coinvolti.

In particolare è indispensabile che l'operatore domiciliare sia fornito di appositi protocolli osservativi della relazione genitoriale e del benessere del bambino (adeguatezza delle cure, responsività reciproca, interventi educativi, salute psicofisica della madre, sviluppo psicofisico del bambino, qualità dell'atmosfera familiare) per registrare determinati comportamenti e valutare la loro modifica nel tempo.

Sarebbe auspicabile il coinvolgimento di istituti universitari o di ricerca pubblici o privati al fine di individuare strumenti di valutazione di efficacia confrontabili.



Commissione Scientifica:  
Maria Teresa Pedrocco Biancardi, Marianna Giordano,  
Francesca Imbimbo, Donata Bianchi, Andrea Bollini

Impaginazione e stampa:  
FoeHN - Torino

**COORDINAMENTO ITALIANO SERVIZI CONTRO  
IL MALTRATTAMENTO E L'ABUSO ALL'INFANZIA**

Associazione di Promozione Sociale (APS) - Partner nazionale ISPCAN

Presidenza e Segreteria Nazionale: Corso Stati Uniti, 11h - 10128 Torino

Tel 011 5069037 Fax 011 0704125 - [segreteria@cismai.org](mailto:segreteria@cismai.org) - [presidenza@cismai.org](mailto:presidenza@cismai.org)

[www.cismai.org](http://www.cismai.org)



**CISMAI**

COORDINAMENTO ITALIANO DEI SERVIZI

CONTRO IL MALTRATTAMENTO E L'ABUSO ALL'INFANZIA