

## DIPENDENZA, INSIUREZZA

Questo è un numero speciale, fatto in diretta, tra noi della redazione e voi lettori, composto con il materiale delle "Giornate di Medico e Bambino" (12 e 13 maggio 2000), un appuntamento annuale, felice, divertente. E tuttavia, assieme ai (tanti) convegni a cui ho partecipato negli ultimi mesi ha contribuito a produrre dentro di me un inusuale pessimismo che riguarda proprio l'efficacia della formazione continua.

Come Direttore di *Medico e Bambino*, sono infatti corresponsabile della pleora informazionale che colpisce (o arricchisce), arricchisce (o colpisce?) la pediatria italiana. Sono anche il responsabile (unico) della frase (infelice e, a suo tempo, strumentalizzata) secondo cui una parte non piccola dei pediatri di famiglia non sa l'A, il B e il C del loro mestiere. È una frase che non riesco a rimangiarmi del tutto, con una correzione. Non avrei dovuto dire, allora, "i pediatri di famiglia" ma, semplicemente "i pediatri". E avrei dovuto aggiungere, ma lo posso fare anche oggi: "non per colpa loro". Anche se (e questo lo dico per il rispetto profondo che sento di dovere dichiarare alla categoria) ognuno è responsabile di quello che gli accade.

L'ho fatta un po' lunga, e cerco di venire al sodo.

Quando io dico che una parte non piccola dei pediatri non sanno l'A, il B e il C del loro mestiere, non intendo dire che sono ignoranti; sanno in realtà molto, sanno forse troppo; ma spesso non posseggono, sui pochi argomenti che costituiscono veramente il pane e il sale del loro mestiere, la sicurezza, l'autorità, l'autonomia necessarie. Oggettivamente, come dimostrano ormai numerose ricerche, il comportamento effettivo dei medici, degli ospedali, delle comunità è molto lontano dal corrispondere alle "regole", che sono quelle della medicina basata sulle prove.

Ho spesso contrastato col mio amico e collega, professor Nordio, sul problema della sicurezza e del dubbio. Lui era convinto, con la sua ragione, che si dovesse seminare il dubbio, cioè il senso critico; io, con la mia ragione, che si dovesse seminare la sicurezza, cioè la "base sicura", necessaria anche al bambino per far fronte, con confidenza, alla vita, lasciando solo che poi crescesse, su questa base solida, qualche dubbio critico.

Resto, o ritorno a essere del mio pensiero iniziale. Lo scetticismo che ci affligge, l'enorme e indigeribile quantità di sapere che cerchiamo di ingurgitare e poi di vendere, non avendolo digerito, o avendolo digerito solo in parte, produce incertezza e indecisione. E l'unica cosa vera che il pediatra dovrebbe trasmettere ai suoi assistiti è la sua paterna sicurezza: la sicurezza di sapersi muovere, e dunque guidare i suoi assistiti, entro un ambito magari limitato, ma familiare, suo di lui; e anche la sicurezza dell'incertezza: intendo, l'esplicitazione, senza falsi pudori, di ciò che si sa e di ciò che non si sa, di ciò che è contenuto nel recinto delle sicurezze e di ciò che è al di fuori. Ebbene, il nostro sistema di insegnamento-apprendimento non ci consente di avere abbastanza sicurezza. L'eccesso delle fonti impedisce di seguire delle piste sicure. Il nostro stesso mestiere di divulgatori (di redattori di una rivista destinata ai pediatri) ci costringe, per non annoiare noi stessi, a cercare il nuovo, con tutte le incertezze che il nuovo contiene, a proposito di se stesso e del passato, sul quale getta spesso la sua ombra confondente, anziché la luminosità di un sapere che lo sappia interpretare e comprendere.

Io credo di conoscere abbastanza bene il livello di sapere, me-

diamente alto, ma anche il livello di incertezze, ancora più alto, su cui si attesta la parte migliore della pediatria italiana: quella che intasa le linee di *Pediatria-on-line*, che legge, che scrive, che partecipa, che si impegna. Una parte di loro giura *in verba magistris* (e si turba quando il *magister* cambia opinione); l'altra parte non sa se ascoltare quel *magister* o quell'altro; nessuno, se non fa un lavoro collettivo, di revisione critica, basata su dati (e non sulle opinioni altrui, che diventano spesso bandiere ideologiche) ma anche confermata, giorno per giorno, sulla propria esperienza (la certezza messa a confronto col dubbio), può più essere sicuro di quello che fa.

Oltre all'eccesso di informazione, ci sono altre cause di insicurezza. Una, che tanti anni fa molti di noi avevano teorizzato come possibile fonte di rinnovamento, è l'informazione di massa, ovvero l'educazione sanitaria che trasforma le opportunità in doveri (la vaccinazione, la prevenzione, l'allattamento materno, la fecondazione artificiale, la lettura ad alta voce, il fluoro e lo spazzolino da denti, il controllo del polso periferico, della pressione arteriosa e dell'indice di massa corporea); che esagera le pur straordinarie potenzialità della medicina trasformandole in onnipotenza; che converte degli slogan (la medicina non deve curare la malattia ma la salute, la salute è eguale alla felicità, la donna ha diritto alla maternità, il bambino ha diritto a non so più che cosa) in verità rivelate. È ovvio che una persona normale non si senta all'altezza delle aspettative.

Un'altra causa è l'illimitatezza dell'informazione possibile.

Medline, e più casualmente *Pediatria-on-line*, permettono a ciascuno di sapere tutto su tutto, di avere su tutto una pronta consulenza gratuita ad alto livello. Questa è una buona cosa, ma è anche una forma di dipendenza. E, per me, devo dire che il partecipare al Forum di *Pediatria-on-line*, più ancora che dirigere *Medico e Bambino* o partecipare a simposi, elitari o democratici, produce insicurezza, anche dentro di me: proprio perché il livello di sicurezza al quale oggi un medico sembra essere tenuto è troppo alto per essere raggiungibile (se non con l'alta specialità che, per altro verso, se non è moderata dalla elasticità mentale e dalla umanità, fa più male che bene).

Il grado di sicurezza in cui sentiamo il bisogno di vivere è incommensurabilmente superiore a quello in cui si viveva una volta. Ieri, infezioni, malformazioni, Down, meningiti, morte, erano dietro alla porta.

Eppure le vaccinazioni non avevano, allora, neppure un posticino nell'immaginario popolare; e nemmeno in quello dei pediatri. Eppure, paradossalmente, la scomparsa di quelle realtà, e la loro trasformazione in fantasmi del passato, hanno generato insicurezza. La scomparsa della meningite ha prodotto l'abuso degli antibiotici (diventato regola di accettabile pediatria nel giro di pochissimi anni). La scomparsa della patologia grave ha portato alla moltiplicazione degli Ospedali e della Ospedalizzazione. La possibilità di curare l'asma efficacemente ha condotto a indicazioni esagerate, non percorribili e non difendibili, di prevenzione e di terapia.

L'abuso dell'infanzia, sessuale, lavorativo, fisico, psicologico, era infinitamente maggiore dell'attuale. Quando, da bambino, andavo al cinema, una volta sì e due no, uno mi metteva la mano nella patta: ma io stringevo le gambe, e neanche l'ho mai raccontato a casa: avevo 10 anni, non sapevo cosa volesse dire il sesso, ma lo capivo abbastanza per capire che erano fatti miei. Adesso il Telefono Azzurro diffonde la paura dell'a-

buso, che quasi sempre, come dice l'editoriale successivo, nasce in famiglia.

E chi ha generato questi bisogni di invulnerabilità, di infallibilità, di sicurezza, di possibilità, anzi di dovere di prevenzione (anche dove questa possibilità è indimostrabile), se non noi stessi? Perché l'altra faccia di tutte queste tre cose è la dipendenza, per il paziente, che dipende dalla medicina, ma anche per il medico, che dipende dalla consulenza dello specialista quando non dal verdetto del giudice. E se la dipendenza ci fa comodo, perché così abbiamo dei clienti, ci fa anche scomodo perché a nostra volta dipendiamo dal giudizio dei pazienti-clienti e anche dei giudici. Che sono l'altra causa delle nostre incertezze, i giudici empirici che con poteri e giudizi empirici giudicano il nostro comportamento a posteriori, cioè quando qualcosa è andato storto.

Un nostro collega ha dovuto patteggiare per aver fatto una lombare in più; un altro per averne fatta una in meno. Una madre ha fatto causa a un pediatra perché aveva chiesto una risonanza che poi era risultata negativa.

Ma lasciamo per un momento stare il medico, il cliente e il giudice: pensiamo alla dipendenza del bambino e alla perdita, assieme al rischio, della libertà di ammalarsi, di farsi male, ma anche di uscire per strada a vivere la sua vita. Pensate al grado di artificialità che il sistema vaccinale ci impone: vaccinazioni per bassi rischi, che però devono essere ripetute per compensare alla scomparsa possibilità di mantenere la propria immunità mediante ripetute infezioni subcliniche, e moltiplicate, perché il calcolo costi/benefici ci dice che (in denaro speso) ci conviene vaccinarci piuttosto che ammalarsi. Ragionamento che, razionalmente, condivido anch'io. Ma fino a che punto? E a quali costi (che non sono misurabili solo in termini di denaro)? Allora: si dovrebbe continuare a dire (e a studiare) sempre le stesse cose? In un certo senso è proprio così. Gli argomenti che davvero bisogna conoscere sono in fondo pochi, si possono contare sulle dita di poche mani. Ma se si parlasse sempre di questi, e sempre allo stesso modo, cadrebbe l'attenzione, e dunque l'ascolto e con questo la possibilità di "costruire" una memoria. Eppure questo bisogna cercare: costruire una struttura (concettuale) molto solida, in cui la trama portante si rinforzi continuamente, anche attraverso una (occulta) ripetitività; e lasciare che su questa struttura si depositi anche "il nuovo", pur sapendo che solo una piccola parte di questo diventerà, a sua volta, struttura portante. È una cosa più facile a dire che a fare, ma si può fare. *Medico e Bambino* può fare la sua parte. Ma la costruzione di questa struttura portante non può essere passiva. Su questo dovete impegnarvi voi. Dovrete cercare, lavorando tra di voi, quelle certezze sull'A, sul B e sul C che ancora ci mancano, e quelle cautele, nei riguardi di tutto ciò che non è sufficientemente dimostrato, se non le compenserete con la capacità di ascolto e di compartecipazione affettuosa e sapiente che difficilmente conseguiamo senza sacrificio.

Intendo dire che non c'è sapere autentico se non prodotto, elaborato, vissuto da noi stessi.

«*Verum, factum*», diceva il nostro amico Vico. Assume sapere di verità, anzi diviene verità autentica solo quello che abbiamo toccato con mano, anzi che abbiamo fatto. «*Verum, factum*». Allora, la vostra cultura, come io la mia, ve la dovete fare da voi. Apprendere facendo. Non trascurando la letteratura, anzi costruendo su quella, sulla medicina basata sulle prove, costruendo le prove e valutandole, facendole vostre, acquisendo

sicurezza nella condivisione del gruppo: rispondendo al bisogno di sicurezza con l'esperienza, ma anche con la saggezza e l'intelligenza emotiva, solidamente appoggiate alla base cognitiva. Su *Medico e Bambino* di settembre uscirà un lungo e accuratissimo lavoro delle linee-guida sulle infezioni respiratorie, prodotto da un gruppo di pediatri bolognesi. È prezioso per tutti, ma specialmente per chi lo ha fatto. Sono stato ad Aosta a discutere le linee-guida che si sono dati i pediatri aostani; a Lecce a discutere le linee-guida prodotte dai leccesi. Sono forse tutte eguali, o appena appena dissimili; ma essersele fatte da soli ha un significato insostituibile. È la strada da seguire: lavorare insieme per raggiungere autenticità e sicurezza.

Franco Panizon

### RACCOGLIERE DATI... O LEGGERLI?

Sempre più frequentemente mi accade di provare un certo senso di fastidio allorché sento, da più parti, indicare la necessità di "raccolgere dati" per decidere il da farsi. Il fastidio, forse dovuto al carattere, nasce dalla sensazione che, una volta raccolti i dati, pochi saranno i lettori e di nuovo emergeranno indicazioni a "raccolgere dati".

Pochi mesi orsono Paola di Blasio ha pubblicato un interessante articolo<sup>1</sup> sul fenomeno dell'abuso, che riporta i dati di una ricerca, condotta in diversi Centri specialistici e servizi territoriali, su 1088 casi d'abuso. Le riflessioni che l'articolo suggerisce sono diverse; mi soffermerò solo su alcuni punti che, a me, paiono essenziali.

Il primo punto è relativo all'identificazione dell'autore nei casi di abuso sessuale. Nel 76% dei casi l'autore è un componente della famiglia nucleare, nel 10% il convivente della madre, nel 6% è persona nota al bambino (amico di famiglia, vicino di casa e responsabile educativo) e solo nel restante 8% dei casi l'autore è un estraneo. Credo che attualmente nessuno sia in grado, attraverso le statistiche ufficiali o ricerche ad hoc, di raggiungere, nel nostro Paese, una numerosità pari a quella dello studio che stiamo analizzando. Non prendiamo in esame, naturalmente, per ragioni di serietà, il fatto che Telefono Azzurro sovente "dia i numeri". Rispetto a questi dati, che peraltro confermano quelli noti a livello internazionale, quale senso ha evocare lo spettro della "pedofilia" come grande pericolo per i nostri bambini? Le notizie urlate dalla stampa, le interviste a pseudo-esperti non solo nascondono il problema reale dell'abuso intrafamiliare ma creano un clima di sospetto verso ogni adulto "estraneo" (maschio) che sia gentile verso un bambino. Questa campagna di stampa, assai difficile da contrastare, sembra ottenere successi anche in campo istituzionale se è vero che il Ministero della Solidarietà sociale sta ipotizzando di promuovere l'invio di un opuscolo sulla pedofilia a tutte le famiglie. Se confermato, questo dato è allarmante, perché riguarda un'istituzione che ha avuto il merito di promuovere una Commissione Nazionale sull'abuso all'infanzia che ha prodotto un lucido documento<sup>2</sup> identificando precise strategie di contrasto del fenomeno. Allorché ci si accinge a impostare una campagna di informazione, bisognerebbe partire dall'analisi dei dati per definire l'obiettivo. Se così si operasse sarebbe prioritario,

paradossalmente, inviare a tutti i bambini un opuscolo sul fatto che è meno pericoloso ricevere l'offerta di una caramella da un estraneo che vivere in famiglia?

Il secondo dato, che vorrei sottoporre

alla vostra attenzione, è quello relativo alle fonti di segnalazione. I servizi sanitari sono responsabili del 7% delle segnalazioni e gli ospedali del 4%, percentuali inferiori alle segnalazioni provenienti dagli stessi genitori (15%) e da amici o vicini di casa (9%). Se si confronta la segnalazione con la prevalenza dell'abuso (5‰) e la sua tipologia (maltrattamento fisico 13.8%, abuso sessuale 39.4%, trascuratezza 19.2%, abuso emozionale 7.2% e maltrattamenti multipli 21.5%), si può tranquillamente affermare che i medici, e i pediatri in particolare, "non vedono" l'abuso.

Il fatto è ancor più allarmante se si prende in esame il dato sulla durata dell'abuso al momento della diagnosi; si scopre infatti che solo nel 29% dei casi la durata è inferiore ai 6 mesi, nel 19.1% compresa tra 6 mesi e un anno, nel 13.1% tra uno e due anni, nel 12% tra tre e quattro anni e nel restante 26,8% una durata uguale o superiore ai quattro anni. Questo significa che c'era il tempo di vedere. E chi meglio del pediatra e dell'insegnante (8.5% delle segnalazioni) ha la possibilità di osservare le relazioni familiari?

I dati sembrano evidenziare una scarsa conoscenza della semeiotica (fisica e psichica da parte del pediatra). La mancata formazione universitaria su questo tema si somma alla insufficiente attenzione dedicata allo stesso nell'ambito dei numerosi, troppi, convegni di aggiornamento.

Una prima, possibile, spiegazione sul mancato interesse a questo tema credo sia la sottovalutazione del ruolo pediatrico nella rilevazione e diagnosi dell'abuso, derivante da una scarsa conoscenza delle caratteristiche del fenomeno. È diffusa l'idea che il possibile ruolo del pediatra riguardi unicamente i casi di maltrattamento fisico e che, conseguentemente, i pediatri che si occupano di abuso siano quelli "sensibili" alle tematiche del disagio sociale, delle politiche di prevenzione, in altre parole, come mi ha detto recentemente un collega, quelli che si occupano di "aria fritta"... Della stessa idea non è uno dei massimi esperti sul tema dell'abuso, C.J. Hobbs, che affida al pediatra un ruolo specifico nella rilevazione e diagnosi anche nei casi di abuso sessuale<sup>3</sup>. Ruolo che si può estrinsecare sia nel rilevare e saper interpretare i disturbi delle condotte e dei comportamenti che possono essere compatibili con l'abuso

NON MOSTRATE AI BIMBI  
LA VIOLENZA IN TV:  
GLI ROVINATE LA SORPRESA!



sessuale sia nel saper rilevare i segni fisici. L'elemento centrale e determinante per affidare al pediatra un ruolo centrale è costituito dalla continuità del suo rapporto con il bambino e la famiglia, dalla sua capacità di interagire con il bambino, dalla potenziale conoscenza dei segni che un bambino in difficoltà manda sul piano fisico e psicologico. Chi se non il pediatra è in grado di decifrare un singolo sintomo o segno nell'ambito dello sviluppo del bambino, per poi chiamare accanto a sé altri professionisti per passare da un sospetto alla diagnosi?

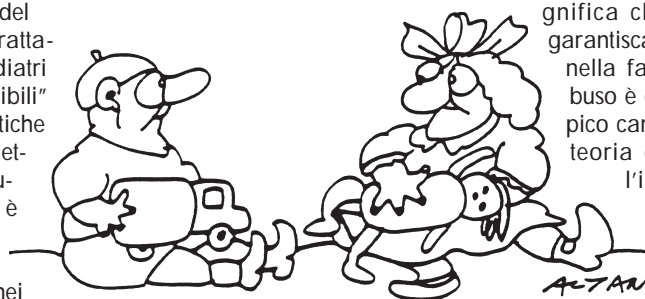
Naturalmente questo processo richiede che il pediatra, qualsiasi ruolo professionale ricopra, sia in grado di inserire nella propria capacità di osservazione e ascolto la semeiotica compatibile o specifica dell'abuso. È necessario dare piena attuazione al Documento della Commissione Nazionale, inserendo la tematica dell'abuso nella formazione universitaria e, nello stesso tempo, organizzare corsi di formazione rivolti ai pediatri che già operano a livello territoriale e ospedaliero.

Un secondo elemento che può spiegare il "silenzio" dei pediatri è quello relativo all'isolamento culturale e al timore di innescare processi giudiziari lunghi e complessi. Non è scopo di queste note entrare nel merito dei ritardi della giustizia italiana e della mancata sinergia tra magistratura ordinaria e minorile; si vogliono invece sottolineare, anche in questo caso, i problemi che caratterizzano il ruolo del pediatra.

È indubbio che, per superare l'isolamento del singolo professionista, sia necessario, analogamente a quanto avviene in altri Paesi e come indicato dal documento sopra indicato, avviare, nelle singole realtà territoriali, la formazione di gruppi specialistici di riferimento. Questi gruppi devono vedere la partecipazione dei diversi professionisti impegnati nell'abuso (psicologi, neuropsichiatri infantili, assistenti sociali, pediatri) con il compito di affiancare i singoli professionisti nel passare dalla fase della rilevazione a quella della diagnosi. È necessario che in questo lavoro di rete i pediatri garantiscano un contributo di elevata professionalità. È questo un punto particolarmente critico perché, nella fase attuale, gli unici pediatri che sembrano interessati al tema dell'abuso sembrano essere i pediatri di comunità. Senza nulla togliere alla professionalità di questi ultimi, credo sia necessario fare chiarezza sui diversi ruoli. È indubbio

SONO IL  
PREFERITO  
DI MIO  
PADRE.

ANCH'IO. ANCHE A TE  
TI FA METTERE  
IL REGGICALZE VIOLA?



che il ruolo dei pediatri di comunità sia necessario nell'attivazione e gestione del lavoro di rete, ma ciò non significa che questo impegno garantisca un sufficiente livello nella fase diagnostica. L'abuso è da considerarsi un tipico campo ove esercitare la teoria della falsificazione, l'ipotesi nulla è che ci si trovi di fronte a un "non abuso", e tocca al pediatra, e agli altri professionisti, contrastare l'ipotesi nulla. Ciò significa possedere una grande esperienza clinica poiché la diagnosi di abuso richiede un

esercizio complesso di diagnosi differenziale. Se i pediatri con grande esperienza clinica si sottraggono a questo compito, rischiamo di avere una cattiva qualità della diagnosi. Certo trovare pediatri che escano dalla politica delle super-specializzazioni per garantire un approccio clinico di ordine generale non è facile. D'altra parte non possiamo continuare ad avere procedimenti giudiziari in cui, a fronte di descrizioni sovente generiche da parte di chi ha rilevato il caso, si confrontano perizie da parte di medici legali e ginecologi (nel caso dell'abuso sessuale). Questa affermazione non ha alcun intento corporativistico o pansindacale. La non conoscenza delle caratteristiche dell'infanzia da parte della maggioranza dei medici legali e dei ginecologi porta a perizie parziali e incomplete. I maggiori esperti internazionali sono concordi nel sottolineare il ruolo del pediatra nella fase di diagnosi (anche in quella dell'abuso sessuale). È quindi necessario prevedere una formazione specifica per clinici esperti sul tema dell'abuso attraverso la definizione di un master in grado di certificare pediatri che possano essere utilizzati in fase di consulenza per i casi difficili, e possano essere indicati all'autorità giudiziaria per l'esecuzione delle perizie.

Un terzo elemento che può spiegare il ritardo con cui i pediatri si confrontano con questo tema è quello relativo agli atteggiamenti emotivi che fanno oscillare tra il rifiuto di vedere e l'onnipotenza del proprio agire.

Anche in questo caso i dati esposti nel lavoro di Paola di Blasio sono allarmanti. Al momento della diagnosi il 38.6% dei bambini è seguito dai servizi (per motivi diversi dall'abuso), nel 7% è stato seguito in passato e nel 10.4% è comunque conosciuto dai servizi. Questo significa, da una parte, che il problema della rilevazione è più complesso di quanto appaia a prima vista (quanti sono i bambini in trattamento logopedico che in realtà hanno segnalato con una difficoltà di linguaggio il proprio abuso?), dall'altra che sovente i servizi (e anche i pediatri) tendono a mantenere nel tempo situazioni difficili senza procedere alla segnalazione. Questo avviene soprattutto nel caso della trascuratezza e dell'abuso emozionale, allorquando non vi è l'obbligo di denuncia.

Si innescano processi di cronicizzazione del rapporto tra servizi (o singoli professionisti) e famiglia, senza che si definiscano chiaramente i progetti di intervento e le verifiche necessarie nel tempo. Nel caso della trascuratezza il fatto è particolarmente grave, perché non solo le situazioni si cristallizzano e non si mobilitano le risorse

residue di quel nucleo familiare ma, quanto forse è più grave, le caratteristiche trascuranti divengono patrimonio del bambino, che non ha momenti di crisi

rispetto a quel modello di relazioni umane. Si spiegano così i casi di quelle famiglie che i Servizi conoscono attraverso le generazioni senza essere stati in grado di rompere il circolo vizioso. È necessario acquisire nuovi modelli di intervento, dove la multidisciplinarietà non sia semplice sinonimo delle routinarie "riunioni d'équipe". Il modello della "conferenza sul caso" è caratterizzato dalla definizione di un progetto, messo

a punto tra i diversi operatori e la famiglia, che definisca in modo chiaro sia gli interventi di sostegno, sia le risorse che il nucleo familiare deve attivare, sia infine i tempi della verifica. Come acquisire questo modello nella prassi quotidiana? Come uscire dalla generica invocazione della "necessità di un lavoro in rete"?

È necessario anche in questo caso un lavoro di formazione specifico, in itinere, che garantisca la massima espressione delle singole professionalità, evitando la confusione dei ruoli. Si tratta di una scommessa importante che dovrebbe coinvolgere in primo luogo la formazione universitaria, ma che richiede a tutti noi uno sforzo per uscire da una vecchia concezione del lavoro "clinico" per acquisire la conoscenza che buona parte della patologia emergente, e l'abuso ne è un esempio, richiede che la massima espressione della nostra professionalità operi in sinergia con quella di altri professionisti e con le capacità delle famiglie di sperimentare le ipotesi di cambiamento.

Si tratta di una scommessa importante che dovrebbe coinvolgere in primo luogo la formazione universitaria, ma che richiede a tutti noi uno sforzo per uscire da una vecchia concezione del lavoro "clinico" per acquisire la conoscenza che buona parte della patologia emergente, e l'abuso ne è un esempio, richiede che la massima espressione della nostra professionalità operi in sinergia con quella di altri professionisti e con le capacità delle famiglie di sperimentare le ipotesi di cambiamento.

Si tratta di una scommessa importante che dovrebbe coinvolgere in primo luogo la formazione universitaria, ma che richiede a tutti noi uno sforzo per uscire da una vecchia concezione del lavoro "clinico" per acquisire la conoscenza che buona parte della patologia emergente, e l'abuso ne è un esempio, richiede che la massima espressione della nostra professionalità operi in sinergia con quella di altri professionisti e con le capacità delle famiglie di sperimentare le ipotesi di cambiamento.

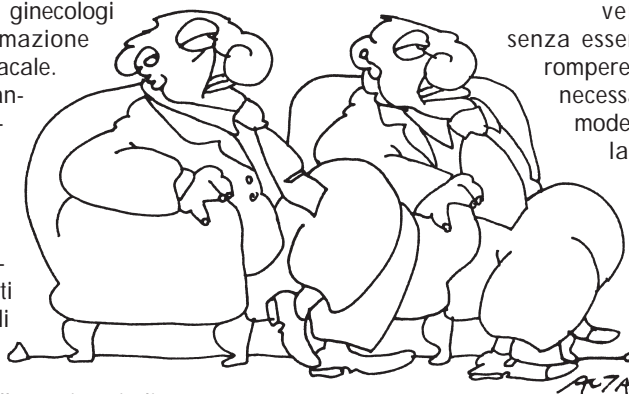
**Bibliografia**

1. Di Blasio P, Barbeta L, Bianchi D, Fiocchi E, Scotti P. La violenza all'infanzia: alcuni dati. *Maltrattamento e abuso all'infanzia*. 1999;1:137-49.
2. Documento della Commissione Nazionale per il coordinamento degli interventi in materia di maltrattamenti, abusi e sfruttamento sessuale di minori.
3. Hobbs CJ, Hanks HGI, Wynne JM. *Child abuse and neglect. A Clinician's handbook*. Second Edition. Churchill Livingstone, 1999.

**Dante Baronciani**

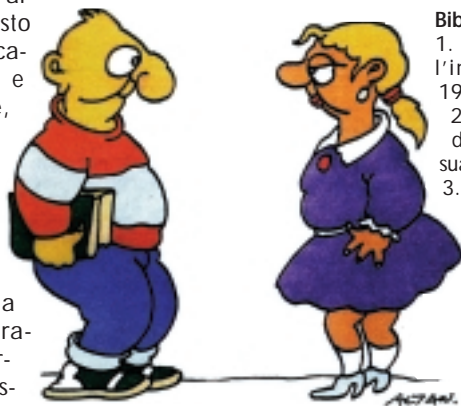
HO MESSO  
INCINTA  
MIA FIGLIA.

QUANDO NASCE  
IL BAMBOCCIO  
CI TROVEREMO UN POSTO  
IN UN CONSIGLIO  
DI AMMINISTRAZIONE.



VIENI A SCUOLA  
C'E' LEZIONE  
DI SESSO!

OGGI NO. MIO  
BABBO MI HA  
PREGATO DI  
PROSTITUIRMI  
UN PO'.



Le immagini di Altan, gentilmente concesse dall'autore, provengono da: *Taci e mangia*, Bompiani, 1991; *l'Espresso*, 18 luglio 1996 (vignette di pag. 349); *Nuova solfa*, Bompiani, 1992; *Guida a destra, Cipputi*, Bompiani 1989 (vignette di pag. 350).