

# IMPEGNARSI SULL'ABUSO

## Una proposta per la costituzione di gruppi territoriali

SILVIA PIVETTA<sup>1</sup>, ANNA MACALUSO<sup>1</sup>, LUCIANO LIPPOLIS<sup>2</sup>, VALENTINA PELOSO<sup>2</sup>, MARIAGRAZIA GIACCHIN<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Unità Distrettuale Bambini e Adolescenti e <sup>2</sup>Consultorio Familiare dell'Azienda Sanitaria Territoriale Triestina

**CHILD ABUSE: A PROPOSAL FOR ESTABLISHING LOCAL MULTIPROFESSIONAL TASK FORCES** (M&B 8, 537-539, 1998)

### Key words

Child abuse, Community paediatrics, Multiprofessional teams

### Summary

Child abuse was recently recognized by the Italian Department of Social Affairs as a national priority and national guidelines have been issued to promote prevention, training and multiprofessional work at local level. The present proposal, developed by a district child and adolescent health unit in Trieste, stems from the present situation of insufficient communication and collaboration among the various professionals involved in school, health, social and judicial services for children. It envisages the establishment, at District level (population under 14 served around 10.000), of small multidisciplinary teams comprising child psychologist, community paediatrician, social worker and health visitor. The tasks of the district team include basic training and support to professionals involved in educational social and health child services for the management of child abuse cases. A larger multidisciplinary team including school, police and Family Court officers at Health Authority level (3 to 4 districts) is envisaged for monitoring, planning and supervising prevention and training strategies and for coordinating the intervention on child abuse among the various Agencies involved.

In qualità di operatori sanitari deputati alla salute dell'infanzia e della famiglia, abbiamo sentito fortemente l'esigenza di confrontarci sul fenomeno dell'abuso all'infanzia e su come attualmente i servizi stiano rispondendo a questo problema.

Ritenuto quindi indispensabile (e non più prorogabile) un maggiore impegno di conoscenza e di contrasto dell'abuso e maltrattamento (d'ora in poi parleremo di abuso riferendoci a maltrattamento, abuso sessuale e grave trascuratezza), abbiamo elaborato questo progetto che propone percorsi finalizzati a combattere questo fenomeno. I percorsi dovrebbero venire attuati fondamentalmente attraverso la riorganizzazione di alcuni servizi e la qualificazione/formazione dei rispettivi operatori.

Per essere sostenuto nell'avvio e nelle sue fasi iniziali, il progetto dovrebbe avvalersi di un sostegno straordinario, che potrebbe essere rappresentato dalle risorse messe a disposizione dalla legge 285/97, essendo pienamente coerente alle finalità previste (art. 3, comma 1, lettera a).

Nel formulare questa proposta ci siamo strettamente attenuti agli indirizzi sostenuti dalla Commissione Nazionale per il coordinamento degli interventi in materia di maltrattamenti, abusi e sfruttamento sessuale di minori della Presidenza del Consiglio dei Ministri nel documento elaborato per il Ministro della Solidarietà Sociale.

La proposta intende costituire, oltre che un concreto impegno da attuare nella nostra specifica realtà locale, uno stimolo al dibattito e all'iniziativa, anche in coerenza con l'iniziativa promossa dall'ACP a seguito del seminario organizzato a Varenna nel gennaio di quest'anno.

### CARATTERISTICHE DEL FENOMENO E RISPOSTE DEI SERVIZI

La risposta dei servizi al problema dell'abuso all'infanzia è attualmente insoddisfacente, tenuto conto anche di alcuni elementi che caratterizzano specificamente questo ambito e rendono difficile l'intervento.

Le fonti di segnalazione, e quindi di rilevazione, sono molteplici:

□ il fenomeno è per sua stessa natura "sommerso", per il doppio effetto del tabù e del legame affettivo che tiene uniti i componenti della famiglia, e quindi di difficile rilevazione da parte dei servizi;

□ il minor numero di segnalazioni rispetto all'atteso è anche in parte determinato dal timore, degli stessi operatori che vengono a conoscenza del problema, che la segnalazione di sospetto abuso coincida con un provvedimento di allontanamento del bambino dalla famiglia. La mancata conoscenza dei diversi progetti che possono tutelare il minore rende più problematica la segnalazione;

□ l'intervento è necessariamente multidisciplinare; viceversa si osserva spesso una separazione tra ambito medico, psicologico, sociale e giudiziario;

□ la formazione curricolare degli operatori, anche a livello universitario, è carente, in quanto, nelle diverse discipline, il problema dell'abuso nell'infanzia è raramente affrontato nella sua complessità.

Per quanto riguarda l'organizzazione e la qualità dei servizi rivolti a fronteggiare questo problema, alcuni elementi critici caratterizzano la nostra realtà:

□ risultano tuttora insufficienti le dotazioni di personale socio-assistenziale e sanitario in grado di intervenire anche

in questo specifico settore;

□ nonostante siano stati attivati alcuni servizi di aiuto alla famiglia e ai bambini in difficoltà, gli operatori deputati alla diagnosi e al trattamento ancora mancano di una formazione specifica;

□ nonostante "sul campo" i singoli operatori sociali, sanitari e giudiziari stiano tentando un lavoro - per quanto possibile - coordinato e integrato, non esistono modalità omogenee e sistematiche di lavoro di rete, possibili soltanto attraverso una legittimazione di modelli di lavoro integrato, con la formulazione di adeguati accordi interistituzionali, attualmente assenti;

□ molte risorse rappresentate dal privato sociale e dal volontariato sono attualmente poco valorizzate, per la mancanza di coordinamento con i servizi pubblici.

Nell'Azienda Sanitaria Territoriale Triestina, come in diverse altre realtà nazionali, è stata recentemente attuata una riorganizzazione dei servizi per l'infanzia e l'adolescenza, e dunque tutti gli operatori di questi servizi attualmente svolgono il loro lavoro nell'ambito comune del distretto, con modalità che prevedono l'integrazione e la multidisciplinarietà. Questo modello organizzativo dovrebbe rappresentare uno degli strumenti messi a disposizione per affrontare adeguatamente la complessità di questa problematica. Ciononostante, le strutture del distretto non possono essere in grado di dare risposte congrue e in tempi utili al problema dell'abuso all'infanzia, se non lavorano sinergicamente con i servizi socio-assistenziali e giudiziari.

### PROPOSTE DI ORGANIZZAZIONE

Quindi, in coerenza con quanto descritto, e vista la particolare difficoltà del lavoro sul maltrattamento, il momento attuale sembra offrire alcuni presupposti favorevoli (oltre che evidenziarne l'urgente necessità) per la specializzazione di alcuni operatori dei servizi territoriali e per la costituzione di un'organizzazione più mirata dei servizi.

#### Gruppi operativi territoriali

In particolare, dovrebbe prevedersi la costituzione, in ogni ambito territoriale di distretto, di un gruppo operativo di "referenti" per il campo specifico, per il territorio di competenza, già operanti nei servizi sociali e sanitari.

Le figure professionali che andrebbero a formare ciascuna équipe sono: psicologo (del consultorio familiare - CF - e dell'età evolutiva), assistente sanitaria del servizio di accoglienza bambini e adolescenti, pediatra di comunità, assistente sociale dell'Unità operativa territoriale (UOT), educatore.

Le funzioni fondamentali del gruppo operativo territoriale dovrebbero essere:

**A.** Attività di accertamento diagnostico e presa in carico psicologica, sociale ed educativa dei minori e delle loro famiglie. È da rilevare a questo proposito che alcune attività diagnostiche, in particolare quelle dell'area medica (radiologia, ginecologia ecc.) in quanto necessitano di un livello di specializzazione molto alto, e si rendono necessarie in un numero relativamente limitato di situazioni, possono essere attuate da referenti unici per tutto il territorio. Nella temporanea assenza di figure sufficientemente specializzate possono essere richieste delle consulenze esterne sui singoli casi.

**B.** Attività consultive nei confronti di tutti gli operatori che potrebbero essere coinvolti nel percorso di rilevazione, prognosi familiare, tutela del minore e trattamento sia del minore che del nucleo familiare (SerT, CSM, Alcolologia, Questura, Tribunale, Ospedale, Pediatri di famiglia, Riabilitatori, Insegnanti, volontariato). Al gruppo operativo dovrebbero infatti rivolgersi gli operatori che dovessero rilevare delle situazioni di sospetto abuso, attraverso l'accoglienza sanitaria del distretto o quella sociale delle UOT. Viceversa, il gruppo operativo dovrebbe attivare gli stessi operatori quando si rendesse necessario un loro coinvolgimento a qualche stadio del percorso. Il gruppo operativo territoriale dovrebbe quindi essere in grado di costituire il punto di riferimento per tutti gli operatori e di assicurare la multidisciplinarietà dell'intervento, in modo da attuare un riconoscimento precoce dei segnali di abuso e una tempestiva presa in carico dei minori e delle loro famiglie, inclusa l'eventuale segnalazione del caso all'autorità giudiziaria.

**C.** Attività formative di base per gli insegnanti e per tutti coloro che operano a contatto con i bambini (educatori, pediatri di famiglia, pediatri di pronto soccorso, genitori) perché acquisiscano le competenze necessarie a comprendere i segnali di disagio e perché possano essere correttamente informati su cosa fare e a chi rivolgersi.

#### Gruppo di coordinamento sovradistrettuale

Di supporto ai gruppi operativi territoriali, dovrebbe costituirsi un gruppo di lavoro sovradistrettuale (provinciale) che veda rappresentate le professionalità e i servizi principali: psicologo del CF e dell'età evolutiva, pediatra di comunità, pediatra del Servizio di Pronto Soccorso, assistente sociale del Comune, assistente sociale e giudice del Tribunale dei Minori e del Ministero di Grazia e Giustizia, educatore. È comunque da privilegiare il coinvolgimento di quegli operatori che siano particolarmente motivati, oltre che già in parte formati su questo ambito specifico, indipendentemente dalla loro collocazione professionale e istituzionale.

Oltre a questi operatori, che dovrebbero costituire il nucleo fisso del gruppo di lavoro, vengono coinvolti i referenti di Uffici Minori della Questura e del Comando dei Carabinieri, del SerT e dell'alcolologia, del Centro di salute mentale, delle associazioni, della scuola, a seconda delle problematiche affrontate.

Le funzioni principali attribuite a questo gruppo sono:

□ monitoraggio del fenomeno;

□ identificazione delle risorse e dei percorsi esistenti, inclusi i limiti, e definizione di nuovi percorsi più razionali ed efficaci;

□ facilitare la formulazione di protocolli di intesa e altre modalità di accordo tra enti (in particolare Aziende sanitarie e Comune, ma anche Tribunale ordinario, TM, Questura, Provveditorato) elaborando proposte di modelli organizzativi e formativi integrati e costituendo il gruppo di riferimento tecnico a disposizione dei dirigenti;

□ evidenziare i bisogni formativi e promuovere la formazione degli operatori delle équipes territoriali;

□ elaborare linee di indirizzo per la formazione di insegnanti, educatori e genitori per la prevenzione e il riconoscimento precoce dell'abuso;

□ costituire un archivio specializzato, a disposizione degli operatori, che raccolga la bibliografia rilevante e le esperienze maturate in altre realtà nazionali e internazionali.

### PROPOSTE DI FORMAZIONE

#### Livelli formativi

*I. Formazione specifica.* In un intervento per quanto possibile completo - conside-

rando a parte una prevenzione primaria che necessita di una profonda trasformazione sociale, culturale e politica - si possono individuare tre momenti specifici, ognuno dei quali richiede le competenze e quindi la formazione specifica di alcune professionalità:

□ Il **rilevamento**, a cui concorrono principalmente i pediatri di famiglia e gli insegnanti, ma a cui possono partecipare anche neuropsichiatri infantili e riabilitatori (quando emergano segnali non specifici di sofferenza), ostetrici e neonatologi (quando si presentino indicatori di rischio familiare), psichiatri dell'adulto (quando entrino in contatto con la sofferenza di un nucleo familiare), medici di pronto soccorso, educatori.

Le competenze necessarie in questa fase sono quelle di "sensibilità" rispetto al problema: capacità di ascolto e di riconoscere precocemente i segnali di disagio e gli indicatori di rischio, oltre che una corretta informazione su cosa fare e a chi rivolgersi

□ La **diagnosi**, che comprende l'accertamento del sospetto e la prognosi familiare, di competenza principalmente medica, psicologica e sociale. Questo è un livello specialistico in cui alla necessità di possedere abilità, esperienza e strumenti specifici, si aggiunge la indispensabile capacità di integrazione reciproca.

□ La **presa in carico**, nelle sue componenti di tutela e di cura del minore e della famiglia, di cui psicologi, assistenti sociali ed educatori hanno la responsabilità principale, ma a cui dovrebbero collaborare tutte le figure vicine al bambino e alla famiglia, incluse quelle attivabili nella comunità e gli operatori giudiziari. Anche a questo livello sono necessarie competenze specialistiche e formazione specifica in quest'ambito.

**II. Formazione comune.** Esiste inoltre un ambito di conoscenza che deve essere condiviso da tutti gli operatori che, dovendo essere in grado di coordinarsi e di essere complementari, devono:

- essere a conoscenza delle rispettive aree e modalità di intervento e delle possibilità di risorse messe a disposizione da ciascuno;
- condividere e acquisire una metodologia e un linguaggio comune, oltre che una capacità di confronto e ascolto reciproco sui casi (*case conference*);
- essere a conoscenza dello specifico contesto normativo e giuridico.

#### Progetto di formazione

Rispetto ai percorsi prefigurati, sono stati individuati i bisogni formativi rite-

nuti prioritari, a cui rispondere in parte con l'arruolamento di consulenti esterni, nel caso della formazione alla diagnosi e al trattamento, e in parte con risorse interne, soprattutto per la formazione sulla fase di rilevazione e la formazione comune.

#### I. Formazione specifica

□ Formazione specialistica di psicologi per diagnosi e presa in carico, attraverso lezioni teoriche, consulenze diagnostiche, supervisione sui casi durante la presa in carico.

□ Formazione specialistica per una ginecologa referente, attraverso il tirocinio presso un centro specializzato.

□ Formazione specialistica di assistenti sociali per diagnosi e presa in carico, attraverso lezioni teoriche e supervisione sui casi durante la presa in carico.

□ Formazione di educatori per sostegno del minore e prognosi familiare (supporto in famiglia e in comunità, monitoraggio e controllo), attraverso lezioni teoriche e supervisione sui casi (in comune con assistenti sociali).

□ Formazione di insegnanti ed educatori per rilevazione, attraverso un corso di sensibilizzazione e un percorso di formazione nelle scuole delle zone più a rischio.

□ Formazione dei pediatri di famiglia, attraverso giornate di aggiornamento obbligatorio, formazione regionale e il coinvolgimento sui casi.

□ Formazione di operatori di polizia, attraverso lezioni teoriche e un percorso di sensibilizzazione.

□ Formazione di giudici attraverso seminari.

**II. Formazione comune**, cioè la formazione per operatori dei gruppi operativi territoriali, che comprende:

□ formazione su norme e percorsi giuridici, attraverso lezioni teoriche (risorse esterne) e consulenza sui casi (risorse interne, tutore regionale dei minori);

□ formazione su metodologie operative comuni, attraverso seminari di gruppo (risorse interne ed esterne: facilitatore) e lavoro sui casi (risorse interne ed esterne: facilitatore);

□ formazione per gruppo di coordinamento sovradistrettuale, attraverso incontri con gruppi di altre realtà che abbiano già maturato esperienze simili (risorse esterne).

## LE AZIENDE INFORMANO

### LATTE MATERNO, IMMUNITÀ E NUCLEOTIDI

Una quantità di ricerche epidemiologiche e sperimentali ha dimostrato, da sempre, il ruolo protettivo del latte materno nei riguardi di malattie infettive (dalla gastroenterite alla polio), e non infettive (dalla ipertrofia adeno-tonsillare all'asma). Questo effetto protettivo non è limitato al periodo dell'allattamento, ma si protrae fino a tutto il secondo anno di vita (infezioni) e all'età adulta (asma) come se il latte materno contenesse qualcosa in grado di "educare" il sistema immunitario, modulandone utilmente la risposta.

Probabilmente i fattori in gioco sono numerosi: dalla omologia antigenica del latte umano con l'organismo del lattante alle cellule vive (linfociti, macrofagi) contenute nel latte, ai fattori che modificano la flora intestinale, che a sua volta esercita un ruolo di stimolo e modulazione sulla risposta immune, agli oligosaccaridi che fuzionano come ligandi per le adesine batteriche e virali, alla lactoaderina, una proteina dotata di specifiche attività protettive nei riguardi dei virus, alle gammaglobuline e alle citochine contenute nel latte.

Un tipo di molecola "semplice" che si candida come il principale tra i fattori in grado di modificare la risposta immune è costituito dalla famiglia dei nucleotidi, che costituiscono le unità di base degli acidi nucleici (DNA e RNA), che rappresentano il 25% dell'azoto non proteico del latte materno.

A queste molecole si possono attribuire con ragionevole sicurezza numerosi, diversi effetti: sull'intestino (moltiplicazione degli enterociti e integrità della parete intestinale, modificazione della flora batterica che a sua volta, si è visto, modula la risposta immune), sintesi degli acidi polinsaturi omega-3 e omega-6 a lunga catena (alla cui presenza e qualità si attribuiscono, oltre che ricadute sulla maturazione neurologica, anche un effetto di attenuazione della risposta flogogena) e, infine, un effetto più diretto sulla promozione della moltiplicazione dei linfociti-T in risposta a stimoli antigenici e mitogeni e, più concretamente, sulla risposta anticorpale allo stimolo vaccinale.

La Ricerca Abbott ha prodotto e reso disponibile sul mercato un latte formulato arricchito di nucleotidi, che sperimentalmente ha dimostrato di possedere almeno questi ultimi effetti immunostimolanti. Questa integrazione rappresenta un ovvio avanzamento nella ricerca di un prodotto nutritivo per l'infanzia che sempre più si avvicini alle caratteristiche del latte materno, senza con questo ritenere di poterlo sostituire se non in caso di necessità, e possibilmente dopo il sesto mese.

