



INSTITUTE OF CHILD HEALTH
DEPARTMENT OF MENTAL HEALTH & SOCIAL WELFARE
Centre for the Study and Prevention of Child Abuse and Neglect



LINEE GUIDA PER LO STRUMENTO DI SCREENING INTOVIAN:

IDENTIFICAZIONE DI FAMIGLIE A RISCHIO
O CON PROBLEMI GIÀ ACCERTATI DI ABUSO E TRASCURATEZZA
NEI CONFRONTI DI BAMBINI E NEONATI





Commissione Europea - Giustizia
Con il sostegno finanziario del
Programma DAPHNE dell'Unione Europea



Il progetto "Proteggere Bambini e Neonati dalla Violenza Domestica: Sviluppo di un protocollo diagnostico sull'abuso e la trascuratezza e implementazione nel Sistema Sanitario Nazionale" (JUST/2011/DAP/AG/3283) è stato cofinanziato dal Programma Daphne (2011-2012) della Commissione Europea – DG Giustizia (80%) e dalle organizzazioni partner (20%).

Le linee guida contenute in questo documento sono frutto del lavoro congiunto svolto in seno al progetto INTOVIAN. Le linee guida sono state in seguito tradotte e adattate alle specificità nazionali di ogni paese partner. Di seguito sono indicati i responsabili per le traduzioni e l'editing di ogni paese partner:

Traduzione e editing in greco: Dipartimento di Salute Mentale e Servizi Sociali, Centro per la Salute dei Minori. Autori:
Korina Hatzinikolaou, Vassiliki Karveli, Aggeliki Skoubourdi, George Nikolaidis
Editing cipriota: Evita Katsimicha, Maria-Zoe Hadjicharalambous, Kostas Fanti

Traduzione e editing in italiano: Andrea Bollini, Giovanni Visci, Giuliana Fantini (traduzione)
Traduzione e editing in portoghese: Calheiros, M.M.; Monteiro L., & Graça, J.

Partenariato del progetto INTOVIAN:

Coordinatore di Progetto

Istituto per la Salute dei Minori, Dipartimento di Salute Mentale e Servizi Sociali, Centro per lo Studio e la Prevenzione dell'Abuso e la Trascuratezza dei Minori (ICH-MHSW), Grecia

Partner

Università di Cipro, Dipartimento di Psicologia (UCY), Cipro
Associazione Focolare Maria Regina onlus (FMR), Italia
Istituto Universitario di Lisbona (ISCTE-IUL), Portogallo
Università Autonoma di Barcellona (UAB), Spagna
Università di Roehampton, Regno Unito

Valutazione esterna

Professor Vasudevi Reddy, Università di Portsmouth

Questa pubblicazione è stata prodotta con il sostegno finanziario del Programma DAPHNE della Commissione Europea. Gli autori di questa pubblicazione sono i soli responsabili dei contenuti della stessa e non riflettono necessariamente le posizioni della Commissione Europea.

Indice

	pag. 5
Nota introduttiva	pag. 6
Il Progetto "Intovian"	pag. 7
Capitolo I. Presentazione dello strumento "Intovian"	
A cosa serve lo strumento "Intovian"?	
Chi può avvalersi dello strumento "Intovian"?	
Qual è la popolazione target?	
Quando e dove dovrebbe essere completato lo strumento "Intovian"?	pag. 9
Capitolo II. Istruzioni per la compilazione dello strumento	pag. 37
Capitolo III. Punteggio	pag. 38
Capitolo IV. Quali sono le fasi successive nel processo di valutazione?	
Allegati:	pag. 41
Allegato I. Lo strumento di screening	pag. 42
Allegato II. Lista di Rischi e indicatori/fattori di protezione relativi all'identificazione di casi CAN	pag. 46
Allegato III. Legislazione nazionale pertinente	pag. 48
Allegato IV. Lista di controllo degli agenti stressanti psicosociali e ambientali	
Allegato V. Lista di organizzazioni e istituzioni che operano nell'ambito dell'abuso e della trascuratezza	pag.50



L'abuso e la trascuratezza di minori rimangono dei problemi complessi e rilevanti nell'ambito della sfera della sanità pubblica (WHO, 1999). In particolare, la popolazione costituita da bambini e neonati sembra risultare a rischio di maltrattamento in maniera sproporzionatamente maggiore rispetto ad altri minori (USDHHS, 2008). Le stime globali relative ai casi di omicidio di minori indicano che i bambini, inclusi quelli molto piccoli, corrono un rischio maggiore, con tassi che sono oltre il doppio per la fascia d'età compresa tra 0 e 4 anni rispetto alla fascia d'età compresa tra 5 e 14 anni. I bambini in questi due gruppi sono i più vulnerabili per svariate ragioni, tra cui la loro dipendenza, la corporatura piccola e l'incapacità di difendersi da soli (Child Welfare Information Gateway, 2014). Non tutti i casi di abuso e trascuratezza, tuttavia, sfociano in una morte violenta. Al contrario, la maggior parte dei bambini che sono stati vittima di abuso o trascuratezza cresceranno affrontando i propri traumi infantili. Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità (WHO, 2013) le conseguenze del maltrattamento sui bambini includono una salute mentale e fisica compromesse a lungo termine. Anche a livello di sviluppo sociale, gli esiti sociali e occupazionali connessi al maltrattamento dei minori potrebbero in ultima analisi rallentare lo sviluppo economico e sociale di un paese.

In generale è stato dimostrato che l'identificazione tempestiva o l'intervento tempestivo in caso di abuso e trascuratezza di minori sono pratiche in grado di prevenire o ridurre gli effetti avversi a lungo termine per i bambini vittime di tali abusi (Ethier, Lemelin & Lacharite, 2004; Chartier, Walker & Naimark, 2007; Felitti et al., 1998; Louwers et al., 2014). Tuttavia, raramente si riescono ad identificare e prevenire forme di violenza domestica nei confronti di questo segmento della popolazione prima del ricovero ospedaliero. Ciò è probabilmente dovuto al fatto che essi hanno contatti limitati al di fuori dei gruppi sociali della famiglia, in quanto gli episodi violenti si verificano spesso all'interno della famiglia o in situazioni che ruotano attorno ad essa, all'interno di ciò che viene denominato il "circolo della fiducia" (Finkelhor, 1994; Nikolaidis, 2009). Lo screening tempestivo per l'abuso e la trascuratezza di minori si è spesso rivelato inadeguato, anche all'interno dei reparti di pronto soccorso ospedalieri (Louwers et al., 2012).

Il progetto Intovian

L'obiettivo del Progetto "Intovian" è stato quello di accrescere l'efficacia dei servizi europei per la salute dei bambini nella prevenzione e nello screening tempestivo di forme di abuso e trascuratezza nei confronti di bambini e neonati. A questo fine, è stato sviluppato uno strumento di screening per l'identificazione di famiglie a rischio o che presentano problematiche già accertate di abuso e trascuratezza nei confronti di bambini e neonati, incluse le specificità che riguardano determinati gruppi di bambini e neonati (fascia d'età 0-3 anni). Questo strumento è stato sviluppato in modo da poter essere funzionale a qualsiasi paese UE (sono sei i paesi UE che hanno preso parte al progetto INTOVIAN: Cipro, Grecia, Italia, Spagna, Portogallo e Regno Unito). Inoltre, uno degli obiettivi perseguiti dal progetto è stato l'implementazione di questo strumento da parte dei professionisti del settore medico-sanitario durante lo svolgimento di esami di routine a bambini e neonati. La maggioranza delle famiglie con bambini e/o neonati nei paesi dell'UE solitamente segue esami medici specifici dei programmi nazionali durante il primo anno di vita del bambino. In questo modo, i professionisti del settore medico hanno avuto una maggiore possibilità di effettuare valutazioni mediche a bambini e neonati rispetto ad altri professionisti appartenenti ad altri ambiti.

La messa a punto dello strumento di screening ha tenuto conto di: i) strumenti di screening pubblicati in precedenza, come ad esempio lo strumento di screening denominato "Escape" (Louwers et al., 2014); ii) le caratteristiche diagnostiche descrittive delle qualità relazionali genitore-bambino suggerite dall'Asse II, DC: 0-3R (Classificazione della Relazione) (From Zero to Three, 2005), applicate su un campione di 115 diadi caregiver-bambino/neonato appartenenti alla popolazione generale e clinica in sei paesi dell'UE (Cipro, Grecia, Italia, Spagna, Portogallo e Regno Unito; e iii) il feedback fornito da professionisti del settore medico-sanitario a seguito della sperimentazione di due bozze dello strumento in ospedali pediatrici, presso servizi di assistenza di comunità per minori e presso i servizi sociali dedicati alle famiglie. I professionisti del settore medico-sanitario hanno valutato la fattibilità funzionale dello strumento.



Presentazione dello Strumento “Intovian”

Lo “Strumento di screening per l’identificazione di famiglie a rischio o con problemi già accertati di abuso e trascuratezza nei confronti di bambini e neonati”, denominato lo Strumento “Intovian”, si compone di una lista di controllo di cinque (5) elementi che trattano i fattori di rischio per la violenza fisica e/o psicologica, la trascuratezza e i modelli relazionali disfunzionali o di abuso tra il bambino/neonato e il suo caregiver (si veda Allegato I).

1. A cosa serve lo Strumento “Intovian”?

L’obiettivo dello Strumento “Intovian” per l’identificazione di famiglie a rischio o con problemi già accertati di abuso e trascuratezza nei confronti di bambini e neonati è quello di individuare gli indicatori di rischio in caso di trascuratezza o abuso nei confronti di bambini/neonati o, nel caso di modelli relazionali abusivi, in qualsiasi diade caregiver-bambino/neonato all’interno della fascia d’età tra 0 e 3 anni, quando il bambino/neonato viene portato in un centro di assistenza (primaria o terziaria) assieme al proprio caregiver. In generale lo screening viene definito come la prima fase del processo di valutazione di una forma di maltrattamento o rischio di abuso e trascuratezza da parte della famiglia in caso di violenza nei confronti di qualsiasi bambino o neonato (0-3 anni) all’interno della popolazione generale. L’obiettivo generale dello Strumento “Intovian” è che questo venga utilizzato come strumento di supporto durante la prima fase di valutazione del bambino/neonato da parte di un medico durante la (prima) visita della famiglia presso i servizi sanitari. È bene notare che lo Strumento “Intovian” non sostituisce altri tipi di strumenti o esami di cui un professionista può avvalersi nello svolgimento della propria professione. La raccomandazione che viene data è che esso venga usato come strumento di supporto supplementare per la valutazione del rischio di abuso e abbandono da parte del caregiver. L’obiettivo è quello di stabilire un semplice sistema di triage all’interno di famiglie con un bambino/neonato per quanto riguarda l’abuso e la trascuratezza o i modelli relazionali maltrattanti, attraverso la distinzione tra due ampie categorie: 1) sospetto di abuso e trascuratezza o modelli relazionali maltrattanti che indicano la necessità di un intervento o di ulteriori valutazioni o prove e 2) l’esclusione del maltrattamento.

2. Chi può avvalersi dello Strumento “Intovian”?

Lo Strumento “Intovian” è stato ideato per essere usato dai professionisti del settore medico e sociale che operano nel settore delle cure primarie (ad esempio centri per la salute dell’infanzia) o terziarie (ad esempio ospedali dell’infanzia, cliniche pediatriche) con bambini nella fascia d’età 0-3 anni e con le loro famiglie. In particolare, si tratta di una lista di controllo che può essere completata dalle seguenti categorie di professionisti: assistenti domiciliari, infermieri, pediatri, assistenti sociali, psicologi e neuropsichiatri infantili.

3. Qual è la popolazione target dello Strumento “Intovian”?

La popolazione di controllo di riferimento per lo Strumento “Intovian” è quella di bambini e neonati nella fascia d’età da 0 a 3 anni che sono accompagnati dal caregiver presso i servizi sanitari o di assistenza sociale. La persona che accompagna può essere qualsiasi persona dalla quale il bambino/neonato è dipendente. Essendo uno strumento di screening di cui ci si avvale per individuare famiglie a rischio di abuso o trascuratezza nei confronti di bambini/neonati, esso può essere utilizzato per ogni neonato/bambino che viene esaminato da un professionista sanitario.

Quando e dove dovrebbe essere completato lo Strumento “Intovian”?

Preferibilmente, lo strumento dovrebbe essere completato durante la prima visita o la prima valutazione che vengono effettuate su ogni bambino/neonato. Tuttavia, lo strumento può essere implementato durante le visite di follow-up, come anche unitamente alle famiglie che vengono visitate regolarmente. Ad esempio, lo strumento può essere completato a seguito dell’osservazione dell’interazione tra caregiver e bambino nel proprio ufficio e/o nella sala d’attesa del proprio istituto o della propria organizzazione.



Istruzioni per la compilazione dello strumento

Quella che segue è una breve lista di controllo che richiederà 5 minuti per essere completata. Il punteggio ottenuto dalla TOTALITÀ delle domande di questo strumento è basato sull'osservazione personale e/o sul parere clinico personale. Sulla base delle linee guida per la descrizione fornite da From Zero to Three (2005, p.46) relative alla qualità dell'interazione tra caregiver e bambino, si suggerisce di focalizzare l'osservazione su:

- 1) la qualità comportamentale dell'interazione tra caregiver e bambino,
- 2) il tono affettivo dell'interazione tra caregiver e bambino,
- 3) il coinvolgimento psicologico di entrambi i partner dell'interazione e
- 4) le informazioni fornite dalla famiglia e/o da altri professionisti.

Se la famiglia con la quale si lavora ha più di un bambino/neonato, si prega di completare **uno strumento per ogni singolo bambino**. Nel caso in cui il bambino sia accompagnato da più di un caregiver, si prega di completare lo strumento per il caregiver che è responsabile del bambino per più ore durante l'arco della giornata. Tuttavia, se vengono osservati dei fattori di rischio relativi ad altri caregiver che accompagnano il bambino, si prega di indicare tale informazione nell'apposito campo da completare della "domanda 5". Nel caso in cui il bambino venga accompagnato da diversi caregiver, nel completamento dello strumento "Intovian" si suggerisce di dare priorità alla madre, seguita dal padre.

Nota: Il simbolo indica che solo una risposta è giusta. Tuttavia, il simbolo indica che più di una risposta può essere pertinente.

LO STRUMENTO DI SCREENING

Strumento per l'identificazione di famiglie a rischio o che presentano problematiche consolidate di abusi e forme di abbandono nei confronti di bambini e neonati

Lo strumento che segue è stato sviluppato per un utilizzo da parte di professionisti del settore medico e dei servizi sociali all'interno di famiglie della popolazione generale che hanno bambini e neonati nella fascia d'età compresa tra 0 e 3 anni. Si prega di rispondere a tutte le domande basandosi sulle proprie osservazioni e/o opinioni personali. Spuntare un pallino per ogni riga ☑.

Data (gg/mm/aaaa): __ / __ / ____ Età del bambino (in mesi): ____ Sesso del bambino: Bambino
Bambina

Chi accompagna il bambino (in relazione al bambino)? [si prega di spuntare tutte le opzioni pertinenti]

Se si tratta di una donna:

- Madre/Matrigna
- Madre adottiva
- Sorella
- Nonna
- Altro familiare donna (es.: zia): _____
- Altra donna (specificare): _____

Se si tratta di un uomo:

- Padre/Patrigno
- Padre adottivo
- Fratello
- Nonno
- Altro familiare uomo (es.: zio): _____
- Altro uomo (specificare): _____

	Domanda	Sì	No	Non Pertinente
1	Nel caso in cui venga notato un trauma o un segno fisico o si venga informati dell'incidente:			
	a. la storia del caregiver è coerente?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	b. si sarebbe potuto evitare o prevenire l'incidente/trauma fisico attraverso una supervisione idonea all'età del bambino?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2	L'interazione caregiver-bambino/neonato è caratterizzata da (a, b e c NON si escludono a vicenda):			
	a. rabbia e/o ostilità?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	b. freddezza e/o distacco?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	c. tensione e/o eccessiva ansia?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
3	Il caregiver si occupa del bambino/neonato adottando un approccio fisicamente duro e/o nuocendo al bambino?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
4	Ci sono <u>altri</u> segnali che fanno dubitare della:			
	a. sicurezza fisica del bambino/neonato?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	b. sicurezza emotiva del bambino/neonato?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
5	C'è <u>qualche altro fattore di rischio</u> che fa dubitare della sicurezza o dell'idoneità delle cure verso questo bambino/neonato?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
<i>Se sì, si prega di specificare:</i>				



Gli item

I primi (4) item hanno la finalità di raccogliere informazioni relative alle caratteristiche demografiche del bambino/neonato, quali l'età e il sesso, come anche le informazioni relative all'identità della persona/delle persone che accompagnano il bambino. Lo strumento "Intovian" è stato sviluppato e sperimentato all'interno del contesto di ricerca, ed è quindi stato importante mantenere l'anonimato del bambino, del caregiver e del professionista sanitario. Tuttavia l'utilizzo di questo strumento viene fortemente raccomandato anche in contesti clinici, per poi inserirlo nella cartella clinica personale del bambino. Ciò significa dunque che nella prima visita della famiglia si può già ottenere un numero maggiore di informazioni demografiche relative alla famiglia stessa e al bambino/neonato. Di seguito viene riportata un'analisi più approfondita per ognuno degli elementi dello strumento.

Domanda a. Data della valutazione della famiglia (gg/mm/aaaa):

In questo campo bisogna inserire la data di completamento dello Strumento. È importante notare che lo strumento "Intovian" non dovrebbe essere completato in una data diversa rispetto a quella in cui il bambino viene esaminato, ma durante o alla fine dell'incontro con la famiglia.

Domanda b. Età del bambino (in mesi):

In questo campo bisogna inserire l'età del bambino indicando l'età in numero di mesi.

Domanda c. Sesso del bambino:

Il sesso fa riferimento alla distinzione del bambino tra le categorie di maschio e femmina. Quando non è possibile stabilire univocità tra le caratteristiche anatomiche e cromosomiche, il sesso viene stabilito sulla base delle caratteristiche anatomiche (Natio-

nal Health Data Dictionary, versione 12, p. 365). In altri termini, questo elemento mira a raccogliere informazioni relative al sesso biologico e non al genere, che fa afferenza a costrutti sociali. Tuttavia, se la risposta più appropriata è “intersessuale o indeterminato”, termini che fanno riferimento ad una persona che è nata con organi riproduttivi o cromosomi che non sono esclusivamente maschili o femminili (a causa di patologie genetiche), o il cui sesso non è stato possibile determinare per una qualsivoglia ragione, è possibile inserire questa informazione sullo strumento.

Domanda d. Chi accompagna il bambino:

In questa domanda si richiede di controllare tutte le domande pertinenti. Questo elemento è stato suggerito dai professionisti del settore sanitario che hanno pilotato e sperimentato lo strumento “Intovian” sulla base del fatto che chi accompagna il bambino è anche la persona che ne è responsabile. Tuttavia, tenendo conto del fatto che la persona o le persone che accompagnano il bambino potrebbero o non potrebbero identificarsi nel caregiver del bambino, la domanda da porre è la seguente: “Chi è la persona adulta che si occupa di <nome del bambino> normalmente?”. In base alla risposta che verrà fornita verranno in seguito compilati i successivi cinque elementi.

Chi accompagna il bambino (in relazione al bambino)? [si prega di spuntare tutte le opzioni pertinenti]

Se si tratta di una donna:

- Madre/Matrigna
- Madre adottiva
- Sorella
- Nonna
- Altro familiare donna (es.: zia): _____
- Altra donna (specificare): _____

Se si tratta di un uomo:

- Padre/Patrigno
- Padre adottivo
- Fratello
- Nonno
- Altro familiare uomo (es.: zio): _____
- Altro uomo (specificare): _____



Domanda 1a: Nel caso in cui vengono notati traumi fisici o un segni visibili di traumi, o nel caso in cui si è stati informati di un incidente, la storia del caregiver si rivela coerente?

Questa domanda mira a rilevare un indicatore di rischio di un possibile abuso fisico o trascuratezza nei confronti del bambino/neonato. Se la risposta alla domanda 1a è “No” (si vedano i campi scuri riportati sopra), il rischio di possibili maltrattamenti aumenta e si raccomanda dunque una valutazione più approfondita. In ogni caso, la presenza di questo indicatore di rischio non costituisce una prova dell’abuso o della trascuratezza del bambino. È inoltre probabile che il genitore fornisca informazioni sull’incidente di cui è stato vittima il bambino o il neonato e che non ci siano tuttavia segni visibili sul suo corpo. In tal caso, si raccomanda di richiedere maggiori informazioni in relazione alle circostanze in cui si è verificato l’incidente per determinare se la storia fornita dal caregiver è coerente. Si possono formulare domande aperte quali “Come è accaduto l’incidente?”, assicurandosi che il proprio atteggiamento nei confronti del caregiver NON sia di pregiudizio. È inoltre importante individuare la presenza di altri segni di traumi fisici sul corpo del bambino che denotino una cronicità, come traumi precedenti dello stesso tipo (es.: lividi che cambiano colore: blu/verdi/gialli). Per definire la coerenza della storia si possono considerare i due aspetti seguenti:

1. La modalità narrativa del narratore

Bisogna valutare se la storia viene raccontata sempre nello stesso modo dal caregiver, che descrive continuamente lo stesso posto, momento e circostanze (es.: dove si è verificato l’incidente, chi era presente, cosa stavano facendo le persone presenti, cosa è successo). È necessario prestare attenzione alle informazioni che vengono fornite e alla loro coerenza, e se queste contengono molti dettagli (es.: descrizioni specifiche del luogo, momento, persone, oggetti ed eventi). In realtà tali dettagli permettono la contestualizzazione dell’evento. Inoltre, indagare su una possibile associazione tra il luogo e il momento dell’incidente e una routine, anche quotidiana, del bambino/neonato o della diade (caregiver-bambino/neonato) può essere d’aiuto per una ulteriore

valutazione della coerenza della storia. Bisognerebbe anche tenere conto dei racconti del caregiver riguardanti i pensieri avuti o i sentimenti provati durante l'evento. Ciò in quanto l'accuratezza della storia può essere ulteriormente confermata nel caso in cui il caregiver è capace di menzionare specifiche verbalizzazioni prodotte nel momento in cui si è verificato l'evento (es.: "Gli ho detto: «Fai silenzio!»"), pensieri specifici (es.: "Quando è successo ho pensato immediatamente «Perché l'ho lasciato da solo!?»"), o sentimenti (es.: "Ero preoccupato").

Esempio: All'inizio il caregiver ha detto che la sorella del bambino era presente, ma in seguito ha riferito che era da solo con il bambino.

2. La spiegazione del trauma fisico o del segno fisico

È necessario valutare se la spiegazione fornita dal caregiver in riferimento al verificarsi del trauma fisico è coerente e spiega in maniera sufficientemente accurata il trauma del bambino, oppure se ci sono altre possibili spiegazioni. Ad esempio, si dovrebbe valutare la presenza di altri segnali di allerta di violenza fisica nei confronti del bambino che non sono coerenti con la storia fornita e che risultano essere chiaramente un segnale di abuso, come ad esempio segnali riconducibili allo stratonare o percuotere il bambino (es.: tirare capelli ed orecchie), al colpire il bambino con le mani o con un oggetto, segnali di bruciature (es.: con sigarette, acqua bollente, apparecchiature elettriche) o di soffocamento, ecc. Inoltre, il professionista dovrebbe valutare se il trauma riportato è compatibile con lo sviluppo motorio del bambino e/o dei suoi fratelli/sorelle. Ad esempio, i lividi che potrebbero essere compatibili con le cadute mentre si cammina o si corre o le cadute dall'alto dovrebbero essere ulteriormente approfonditi se il caregiver si occupa di un bambino che non è ancora in grado di camminare.

Esempi di storie incoerenti: Il caregiver suggerisce che il trauma fisico o il segno fisico sono dovuti ad una caduta accidentale, ma il segno fisico si trova in una parte del corpo del bambino che non è riconducibile ad una caduta di questo genere; il caregiver riferisce che il bambino è caduto ma il/la bambino/a riporta un segno nella parte interna



del braccio o su entrambi i lati del collo.

Domanda 1b: Nel caso in cui vengono notati dei traumi fisici o segni fisici, o si è stati informati dell'incidente, si sarebbe potuto evitare o prevenire tale incidente fisico o trauma attraverso una supervisione adeguata all'età del bambino?

Questo elemento mira a valutare un indicatore di rischio in caso di negligenza nei confronti di un bambino o di un neonato. Se la risposta è “Sì”, si consiglia di procedere a ulteriori valutazioni. Si consiglia di valutare se l'incidente si sarebbe potuto o meno evitare, esaminando gli elementi che seguono: i) la presenza del caregiver o di un altro adulto che provvedevano alla supervisione del bambino; ii) l'adeguatezza in riferimento all'età della supervisione fornita dall'adulto (es.: C'era qualcuno vicino a un bambino di 12 mesi che ha appena iniziato a camminare? Il bambino stava giocando con oggetti o giocattoli adatti alla sua età?); iii) il livello di sicurezza del luogo per il bambino o il neonato (es.: oggetti tossici o pericolosi al di fuori della portata del bambino quali batterie e telefoni cellulari). Inoltre in questo frangente si potrebbe valutare l'appropriatezza della supervisione non solo in relazione all'età del bambino o del neonato, ma anche in riferimento al suo stadio di sviluppo. Ad esempio, ci si aspetta che un bambino di 3 anni possieda un controllo motorio tale da poter camminare restando in equilibrio e in modo indipendente. Tuttavia, questo bambino in particolare potrebbe presentare un ritardo dello sviluppo motorio e per questa ragione non ha ancora raggiunto i principali stadi di sviluppo motorio per i bambini della sua età. In tal caso ci si aspetta che il caregiver fornisca una supervisione modulata sui bisogni specifici del bambino/neonato.

Quando viene valutata una mancanza di supervisione è fondamentale prendere in considerazione le dimensioni di tempo e contesto. Contesti diversi richiedono tipologie di supervisione diversificate. Inoltre la mancanza di supervisione per un breve periodo di tempo durante il quale il bambino/neonato è steso nel proprio letto o gioca nella propria camera è qualitativamente diversa dalla mancanza di supervisione per un breve periodo di tempo durante il quale il bambino esplora il parco del quartiere in cui vive.

Esempio: Il bambino è caduto nella vasca da bagno e il caregiver non era presente. Oppure, il bambino ha un taglio sulla mano perché c'era un coltello alla sua portata. Oppure, il bambino ha avuto un incidente perché il caregiver stava leggendo un libro mentre era seduto sulla panchina e il bambino girava per il parco da solo senza nessuna supervisione.

Domanda 2a: L'interazione tra caregiver e bambino/neonato è caratterizzata da rabbia e/o ostilità?

Questa domanda mira a valutare gli indicatori di rischio per modelli relazionali di abuso a livello emotivo tra caregiver e bambino/neonato. Questo elemento riceve una risposta affermativa quando le emozioni di rabbia e/o ostilità sono espresse da entrambi i partner dell'interazione, dal caregiver o dal bambino. La rabbia e/o l'ostilità dovrebbero essere le emozioni predominanti nell'interazione caregiver-bambino.

In generale, quando la rabbia e l'ostilità sono le emozioni predominanti nella relazione tra caregiver e bambino/neonato, le interazioni sono "dure e brusche, (e) spesso mancano di reciprocità emotiva" (Zero to Three, 2005, p.49). Per decidere se la rabbia e l'ostilità sono le emozioni predominanti nella relazione tra caregiver e bambino/neonato, si può osservare la qualità comportamentale dell'interazione (es.: i comportamenti di entrambi il caregiver e del bambino/neonato), il tono affettivo dell'interazione (es.: le emozioni più comunemente e più frequentemente condivise tra i partner) e la qualità e il livello di coinvolgimento psicologico tra il caregiver e il bambino/neonato (Zero to Three, 2005). Di seguito sono indicate le caratteristiche descrittive per ognuna delle tre componenti dell'interazione tra caregiver e bambino/neonato, basate sui criteri descrittivi suggeriti da Zero to Three (2005).

A. Qualità Comportamentale dell'Interazione

1. Il caregiver e/o il bambino possono esprimere rabbia attraverso le loro espressioni emotive facciali. Il bambino può accompagnare le espressioni facciali di rabbia con



movimenti che comunicano la sua volontà di evitare e/o tenera a distanza il caregiver.

2. Il caregiver può esprimere rabbia o ostilità attraverso delle affermazioni verbali, descrivendo il bambino/neonato come un soggetto impegnativo e di cui è “difficile prendersi cura”, e/o schernire o prendere in giro il bambino/neonato.
3. Il caregiver può occuparsi del bambino/neonato in modo brusco o senza usare tatto (si veda D.3 di seguito)
4. Il caregiver può rivelarsi insensibile ai segnali del bambino, senza percepire i bisogni o le intenzioni del bambino/neonato.
5. Il bambino/neonato può apparire spaventato, ansioso, inibito o ampiamente aggressivo.
6. Il bambino/neonato può mostrare un comportamento provocatorio o di resistenza nei confronti del caregiver.
7. Il bambino/neonato può mostrare comportamenti timorosi, di allerta o evitanti.

B. Tono Affettivo

1. La rabbia e l’ostilità sono le emozioni predominanti dell’interazione caregiver-bambino/neonato.
2. Un osservatore avrà la probabilità di notare una tensione che spazia da un livello moderato ad un livello alto tra il genitore e il bambino/neonato, e una mancanza visibile di appagamento o entusiasmo.
3. Il bambino/neonato potrebbe esprimere una gamma limitata di emozioni rispetto a quelle che ci si aspetterebbe nella sua fascia di età.

C. Coinvolgimento Psicologico

1. Il caregiver potrebbe considerare la dipendenza del bambino come qualcosa di impegnativo e troppo intenso, e risentire dello stato di bisogno in cui verte il bambino (Zero to Three, 2005). La diade potrebbe apparentemente sia non avere coinvolgimento psicologico, oppure essere coinvolta in una maniera tesa e arrabbiata/ostile.

Domanda 2b: L'interazione caregiver-bambino/neonato è caratterizzata da freddezza e/o distacco?

Questa domanda si pone l'obiettivo di valutare gli indicatori di rischio per modelli relazionali di maltrattamento psicologico tra il bambino/neonato e il suo caregiver. Questo item riceve una risposta affermativa quando le emozioni di freddezza e/o distacco sono espresse da entrambi i partner dell'interazione, dal caregiver o dal bambino. La freddezza o il distacco dovrebbero essere le emozioni predominanti nell'interazione caregiver-bambino.

In generale, il caregiver e il bambino/neonato potrebbero mostrare solo sporadicamente o in maniera non frequente il coinvolgimento e la relazione significativa l'uno con l'altro. La mancanza di relazione dell'uno con l'altro si riflette spesso in una bassa qualità di cure fornite direttamente da parte del genitore o attraverso i servizi di assistenza all'infanzia. Per decidere se la freddezza e/o il distacco sono le emozioni predominanti nella relazione caregiver-bambino/neonato, si consiglia di osservare la qualità comportamentale dell'interazione (es.: i comportamenti da parte di entrambi il caregiver e il bambino/neonato), il tono affettivo dell'interazione (es.: le emozioni più comunemente e frequentemente condivise tra i partner) e la qualità e il livello di coinvolgimento psicologico tra il caregiver e il bambino/neonato (Zero to Three, 2005). Di seguito sono riportate le caratteristiche descrittive per tali interazioni e relazioni, basate sui criteri descrittivi indicati in Zero to Three (2005).

A. Qualità Comportamentale dell'Interazione

1. Il caregiver è insensibile e/o non risponde ai segnali inviati dal bambino/neonato, mantenendo un atteggiamento distante e disinteressato verso il bambino/neonato.
2. Il caregiver potrebbe fare affermazioni verbali sul bambino/neonato che esprimono coinvolgimento, fornire informazioni dettagliate e descrivere le esperienze quotidiane della diade; tuttavia, la qualità dell'interazione osservata tra il caregiver e il bambino/neonato potrebbe essere priva di calore, prevedibilità e reciprocità.



3. Il caregiver ignora, si rifiuta o non fornisce conforto al bambino/neonato.
4. Il caregiver sembra incapace di riflettere in modo adeguato il comportamento del bambino/neonato attraverso una riflessione appropriata degli stati sentimentali interni del bambino.
5. Il caregiver sembra non percepire quando è necessario proteggere il bambino/neonato da fonti di pericolo fisico o emotivo, come anche di abuso da parte di altri, a causa del proprio distacco o del proprio atteggiamento di freddezza nei confronti del bambino/neonato.
6. Tra il caregiver e il bambino c'è spesso mancanza di coinvolgimento, con scarso contatto visivo o vicinanza fisica.
7. Il bambino/neonato potrebbe mostrare ritardi nelle proprie abilità motorie o linguistiche a causa della mancanza di stimoli adeguati. Alcuni bambini/neonati, tuttavia, possono rivelare precocità nelle proprie abilità motorie o linguistiche, usando tali capacità come parte di uno stile caratteriale inibito con gli adulti.

B. Tono Affettivo

1. La tristezza potrebbe essere spesso l'emozione predominante dell'interazione.
2. Espressioni piatte, trattenute o una gamma limitata di espressioni potrebbero caratterizzare il tono affettivo di questo tipo di interazione caregiver-bambino/neonato.

C. Coinvolgimento Psicologico

1. Il caregiver potrebbe non dimostrare consapevolezza dei segnali forniti dal bambino/neonato o dei suoi bisogni quando si trova a dialogare con altri o nel momento dell'interazione.
2. Agli occhi dell'osservatore l'interazione tra caregiver-bambino/neonato può suggerire mancanza di vitalità e mancanza di gioia.

Domanda 2c: L'interazione caregiver-bambino/neonato è caratterizzata da tensione e/o ansia eccessiva?

Questa domanda mira a valutare gli indicatori di rischio per modelli relazionali di abuso emotivo tra il caregiver e il bambino/neonato. Questo item riceve una risposta affermativa quando le interazioni tra il caregiver e il bambino/neonato sono tese e innaturali, e mostrano scarso livello di appagamento rilassato e mutualità. La tensione e/o l'eccessiva ansia dovrebbero essere le emozioni predominanti dell'interazione caregiver-bambino.

Per decidere se la tensione e/o l'ansia eccessiva sono le emozioni dominanti nell'interazione caregiver-bambino/neonato, si può osservare la qualità comportamentale dell'interazione (es.: i comportamenti di entrambi, il caregiver e il bambino/neonato), il tono affettivo dell'interazione (es.: le emozioni che sono più comunemente e più frequentemente condivise tra i partner) e la qualità e il livello di coinvolgimento psicologico tra il caregiver e il bambino/neonato (Zero to Three, 2005). Di seguito vengono indicate le caratteristiche descrittive di tali interazioni e di tale relazione, basate sui criteri descrittivi indicati da Zero to Three (2005).

A. Qualità Comportamentale dell'Interazione

1. Il caregiver può avere una sensibilità accentuata nei confronti dei segnali inviati dal bambino/neonato, e può sembrare che offra al bambino/neonato ciò di cui ha bisogno prima che questo ne faccia richiesta.
2. Il caregiver esprime preoccupazione frequente, e può apparire particolarmente ansioso nei confronti del benessere, del comportamento e dello sviluppo del bambino. Il caregiver potrebbe apparire "iperprotettivo" a un osservatore esterno.
3. La gestione fisica del bambino da parte del caregiver può risultare tesa o problematica, e può apparire priva di fluidità e sensibilità.
4. Il caregiver può avere aspettative irrealistiche nei confronti del bambino/neonato, o le sue aspettative possono apparire incongruenti rispetto al temperamento del



bambino/neonato o rispetto alle sue capacità di sviluppo.

5. Il bambino/neonato può apparire insolitamente accondiscendente o ansioso in presenza del caregiver.

B. Tono Affettivo

1. L'ansia è l'emozione predominante dell'interazione. Può essere espressa attraverso la tensione motoria, l'apprensione, l'agitazione, attraverso espressioni facciali che comunicano ansia o tensione, da un tono di voce acuto e da una velocità discorsiva sostenuta.
2. L'interazione è caratterizzata da reazioni esagerate da entrambi il caregiver e il bambino.
3. L'interazione è altresì caratterizzata da sregolatezza emotiva e comportamentale, che spesso coesistono con difficoltà di regolazione emotiva nel bambino.

C. Coinvolgimento Psicologico

Il caregiver, che è ansioso o teso, riferisce frequentemente di “non vedere spesso il bambino/neonato”; di conseguenza, il caregiver interpreta in maniera errata il comportamento e/o l'affetto del bambino, e dunque risponde in maniera inappropriata.

Domanda 3: Il caregiver si occupa del bambino/neonato adottando un approccio fisicamente duro e/o nuocendo al bambino?

Questa domanda ha la finalità di valutare un indicatore di rischio per l'abuso fisico nei confronti di un bambino/neonato. Questo item riceve una risposta affermativa quando vengono notati UNO QUALSIASI dei seguenti comportamenti, non solo durante la consultazione medica presso lo studio medico ma anche presso un centro medico (inclusa la sala d'attesa o a consultazione medica terminata). Se un altro professionista del settore medico-sanitario quale il personale infermieristico, gli assistenti sociali, ecc., riferiscono di tali situazioni che non sono state osservate in prima persona, si do-

vrebbe TENERE CONTO di tali informazioni nel momento in cui viene compilata questa domanda.

Il medico (dottore, infermiere, altri professionisti del settore medico-sanitario) osserva o si rende conto del fatto che il caregiver adulto:

1) Regge il bambino in modo brusco:

- Afferra sistematicamente il bambino per il polso e lo tira in modo brusco invece di tenerlo per mano.
- Afferra il bambino/neonato in modo brusco per i vestiti o per altre parti del corpo.
- Afferra il bambino/neonato in modo brusco e senza cura quando lo sta vestendo o svestendo durante la visita medica.
- Forza o impone al bambino/neonato di assumere una posizione che gli provoca dolore mentre sta parlando con il dottore.
- Ignora o sottovaluta l'urgente stato di dolore fisico o di sofferenza psicologica del bambino (e continua a svolgere le proprie normali attività).

2) Regge il bambino assumendo una posizione che provoca dolore al bambino:

- Regge il bambino facendogli male (stringendogli forte il braccio, il collo, la mano, la spalla, ecc.); è osservabile un cambiamento di colore della pelle del bambino nel momento in cui l'adulto esercita pressione su tali parti del corpo del bambino, stringendole.
- Afferra il bambino per i capelli, torcendogli l'orecchio, dandogli dei pizzicotti, affermandogli il gomito, oppure lo tiene fermo calpestandogli i piedi.
- I movimenti bruschi e improvvisi dell'adulto fanno cadere il bambino su mobili, muri o su altri oggetti e provocano dolore o danno fisico al bambino.
- Il medico rileva sul bambino delle lesioni quali contusioni, lividi, lacerazioni, fratture, deformità localizzate o traumi, causate dai movimenti bruschi dell'adulto.
- Tali lesioni, che sono di solito multiple, dovrebbero essere distinte dalle lesioni che



possono essere riconducibili ad un incidente, in quanto sono spesso osservabili in parti del corpo inusuali. Inoltre è probabile che il professionista medico-sanitario osservi più di una lesione di questa tipologia, e che queste siano state provocate in momenti diversi. Il caregiver potrebbe apparire incapace di fornire spiegazioni adeguate sulle modalità in cui si sono verificate tali lesioni, oppure le spiegazioni del caregiver non trovano riscontro con la valutazione clinica fornita dal professionista medico-sanitario. Alcuni esempi di queste lesioni possono essere dei segni attorno ai polsi, dei lividi a seguito di pizzicotti sulle braccia o sulle cosce, dei lividi multipli a seguito di percosse su varie parti del corpo, denti rotti, ecc.

Le strategie restrittive descritte sopra non dovrebbero essere giustificate dal professionista come misure adottate dal caregiver in quanto necessarie per riuscire a tenere sotto controllo il bambino quando questi è fuori controllo (es.: il bambino fa capricci eccessivi ed esagerati). I professionisti dovrebbero tenere a mente che i caregiver dovrebbero tenere sotto controllo e porre dei limiti ai bambini senza fare loro del male.

3) Sposta il bambino usando la forza o in modo brusco:

- Fa sedere il bambino/neonato usando una forza esagerata o buttandolo con forza sulla sedia/sofà.
- Obbliga il bambino a muoversi, spingendolo bruscamente o usando una forza esagerata.
- Solleva il bambino usando la forza, afferrandolo per l'ascella e trasportandolo facendogli male.
- Scuote il bambino (es.: l'adulto sorregge il bambino afferrandolo per le spalle o per il petto scuotendogli con forza la testa in avanti e indietro; il bambino non è in grado di controllare i propri movimenti).

FARE ATTENZIONE alla presenza nei bambini della “Sindrome del bambino scosso”.

La Sindrome del Bambino Scosso (SBS - Baby Shaken Syndrome) indica una tipologia di abuso fisico nei confronti del bambino. La sindrome viene riscontrata in bambini che hanno meno di un anno di età, ed è causata da uno scuotimento violento del bambino per le braccia e per le spalle che determina una azione lesiva correlata allo scuotimento del cranio in avanti e indietro, provocando ematomi subdurali ed emorragie retiniche (Random House Kernerman Webster's College Dictionary, 2010).

Lo scuotimento può determinare edema ed emorragia cerebrale e sintomi successivi quali letargia, convulsioni, perdita di conoscenza e danni cerebrali permanenti o morte (American Heritage® Dictionary of the English Language, 2011). Da questo insieme di cambiamenti clinici e patologici è stata individuata una sindrome distinta e riconoscibile (American Heritage® Dictionary of the English Language, 2011). I segnali e i sintomi della SBS possono variare da leggeri a gravi e da sintomi non specifici a sintomi evidenti. Il dottore dovrebbe sospettare la presenza di abuso verso il bambino in presenza dei seguenti segnali, quando essi sono associati all'incapacità di fornire adeguata giustificazione per la presenza di tali segnali nel momento in cui essi non sono riconducibili a ferite accidentali o ad altre patologie mediche (Campos, 2006; Generalitat de Catalunya, 2008): Emorragie retiniche (la lesione più comune associata alla sindrome); Emorragia subcranioidea; Manifestarsi di commozione cerebrale; Ictus ischemico; Ematomi subdurali; Atrofia cerebrale progressiva con degenerazione cistica e dilatazione secondaria del sistema ventricolare; Deprivazione di ossigeno e edema cerebrale, che conducono a deficit neurologici gravi nello sviluppo del bambino a causa della compromissione del tessuto cerebrale.

Nel caso in cui un bambino al di sotto dei due anni di età abbia sofferto di un attacco epilettico, di un episodio apparentemente mortale o di attacchi di tosse convulsa, è necessario indagare sulla presenza di emorragie retiniche in modo da escludere l'abuso fisico (Pou, 2009). Se sono presenti emorragie retiniche, potrebbe essere necessario continuare a indagare sul caso in modo da escludere forme di abuso nei confronti del bambino.



Ulteriori letture:

National Institute of Neurological Disorders and Stroke (2015, January 8). Shaken Baby Syndrome Information Page[Web page]. Fonte: <http://www.ninds.nih.gov/disorders/shakenbaby/shakenbaby.htm>

Zuccoli, G., Panigrahy, A., Haldipur, A., Willaman, D., Squires, J., Wolford, J., Berger, R.P. (2013). La suscettività magnetica in risonanza mostra le emorragie retiniche in traumi cranici a seguito di abuso. *Neuroradiology*, 55(7),889-893. doi: 10.1007/s00234-013-1180-7.

Domanda 4a. Ci sono altri segnali che fanno dubitare della sicurezza fisica del bambino/neonato?

Ricorda:

Riconoscere forme di abuso o trascuratezza nei confronti del bambino può risultare difficile, e il processo dovrebbe comprendere un'osservazione e un ascolto attenti. Per avere a disposizione un quadro completo del bambino e del suo ambiente educativo sarà necessario riunire informazioni provenienti da varie fonti, tra cui: (1) la storia dello sviluppo del bambino e la storia clinica, (2) segnalazioni di forme di abuso o abbandono precedenti o attuali da parte di terze parti, (3) il comportamento e l'aspetto del bambino, (4) segnali o sintomi fisici e (5) l'interazione tra il caregiver e il bambino o il neonato.

Come conseguenza delle loro attività di vita quotidiana movimentata, i bambini presenteranno tagli e lividi sui loro corpi, e ciò accade mentre si muovono o giocano. Queste sono lesioni che hanno una spiegazione accettabile e ragionevole. Di conseguenza, le lesioni devono essere interpretate nel contesto della fase evolutiva e clinica del bambino e sulla base della spiegazione fornita dal genitore/caregiver del bambino.

Bisogna dunque prestare attenzione alle lesioni per le quali viene fornita una spiegazione non plausibile o inappropriata, una spiegazione che appare inadeguata o non coerente con lo stato fisico del bambino, con le normali attività da lui svolte, con le patologie mediche esistenti e con il suo stadio evolutivo. Bisogna avere consapevolezza del fatto che fornire una spiegazione per la presenza di una lesione giustificandola sulla base di usanze e pratiche culturali non è plausibile, in quanto le peculiarità culturali non dovrebbero giustificare il fatto di arrecare lesioni ad un bambino.

Nel contesto di questa domanda, il professionista dovrebbe altresì valutare se il caregiver ha deliberatamente posticipato la richiesta di assistenza medica per il bambino quando ciò era invece necessario.

Di seguito vengono indicati possibili indicatori di abuso fisico di cui si può tenere conto nel contesto di questa domanda:

1. Ematomi

- Ematomi sul corpo di un bambino che non è indipendente a livello motorio, o nello stadio del pre-gattonamento o della pre-deambulazione
- Ematomi su una parte non ossea del corpo o sul viso (es.: occhi, orecchie, natiche, guance, palmi della mano, braccia, piedi, schiena, pancia, fianchi, parte posteriore delle gambe)
- Ematomi sul collo, che indicano di solito un tentativo di strangolamento
- Ematomi sulla bocca o attorno alla bocca, che sono un segnale sufficientemente indicativo di un'alimentazione forzata
- Occhi tumefatti, senza la presenza di ematomi sulla fronte
- Ematomi multipli sulla testa o su parti del corpo che è improbabile vengano lesionate in maniera accidentale
- Ematomi multipli raggruppati rilevabili nella parte superiore del braccio o nella parte esterna delle cosce
- Ematomi che mostrano la forma dell'oggetto usato, ad esempio segni dell'uso di



una cintura, l'impronta delle mani

- Ematomi sui lobi delle orecchie, oppure dietro o attorno agli stessi, che sono indicativi di lesioni causate dall'atto di tirare o torcere le orecchie
- Ematomi sulle braccia, sulle natiche e sulle cosce possono essere un indicatore di un abuso sessuale

2. Lesioni termiche (es.: scottature o ustioni)

- Bruciature che presentano la forma delineata di un oggetto, ad esempio di sigaretta (caratterizzate da una piccola bruciatura circolare), ferro da stiro caldo, barre di metallo, parti elettriche in metallo (caratterizzate da bruciature lineari)
- Bruciature in parti del corpo che normalmente non dovrebbero entrare in contatto come un oggetto incandescente nell'eventualità di un incidente (ad esempio la parte interna delle mani, la pianta del piede, le gambe, i genitali o le natiche)
- Ustioni sulle natiche, sul perineo e sugli arti inferiori
- Ustioni nelle estremità degli arti inferiori e superiori; o ustioni distribuite simmetricamente sul corpo
- Ustioni con confini ben marcati
- Vecchie cicatrici che suggeriscono che il bambino non ha ricevuto cure mediche adeguate

3. Fratture

- Una o più fratture in assenza di una patologia che predisponga il bambino all'aver ossa fragili (es.: osteogenesi imperfetta)
- Edema e mancato utilizzo degli arti
- Presunte fratture che sono passate inosservate: poiché le fratture causano forti dolori durante la lesione, è difficile che il caregiver non si renda conto del dolore provato dal bambino a seguito di una lesione. Tuttavia, le fratture guariscono velocemente nei bambini, e ciò permette loro di tornare a utilizzare gli arti fratturati senza provare dolore nel giro di pochi giorni, in questo modo mascherando una frattura in fase di guarigione

4. Lesioni spinali

- Segni di lesioni spinali come lesioni alle vertebre in assenza di traumi accidentali confermati
- Lesioni cervicali associate con lesioni cerebrali inflitte
- Lesioni toraco-lombari associate a lesioni neurologiche focali o a cifosi inesplicate

5. Lesioni da freddo

- Lesioni in assenza di spiegazioni cliniche ovvie come ad esempio il gonfiore o le mani e i piedi arrossati
- Ipotermia in assenza di una spiegazione plausibile

6. Morsi

- Il segno di un morso umano che non è stato causato da un altro bambino
- Il morso di un animale, che indica che il bambino non ha ricevuto una supervisione adeguata

7. Lacerazioni (tagli) e abrasioni

- Lacerazioni o sbucciature su un bambino che non ha ancora acquisito autonomia motoria
- Lacerazioni o abrasioni multiple distribuite simmetricamente su aree che sono solitamente coperte dai vestiti come la schiena, il petto e l'addome
- Lacerazioni o abrasioni su occhi, orecchie e lati del viso
- Lacerazioni o abrasioni su collo, caviglie e polsi e che sembrano dei segni riconducibili a legature



8. Traumi oculari

- Emorragie retiniche
- Lesioni oculari riscontrabili in assenza di traumi accidentali confermati o non riconducibili a una spiegazione medica conosciuta

9. Segni e sintomi nell'area anogenitale

Si ritiene che un bambino possa essere stato vittima di un abuso sessuale se sono rilevati i seguenti sintomi per i quali non c'è nessuna giustificazione o spiegazione idonea:

- Lesioni genitali, anali o perianali (caratterizzate da bruciature, lacerazioni, gonfiore o abrasioni)
- Sintomi genitali o anali persistenti o ricorrenti (es.: sanguinamento o secrezioni)
- Disuria (es.: disagio durante il passaggio delle urine) o disagio ano-genitale
- Presenza di uno o più corpi estranei nella vagina o nell'ano

Domanda 4b. Ci sono ulteriori segnali che fanno dubitare della sicurezza emotiva del bambino/neonato?

Il maltrattamento psicologico è solitamente difficile da misurare a causa dell'assenza di chiari segni fisici. Di seguito vengono riportati una serie di **possibili indicatori della presenza di abuso o trascuratezza psicologica** di cui si può tenere conto nel contesto di questa domanda (e che non sono considerati nelle domande 2a, 2b e 2c).

1. Interazioni caregiver - bambino

- Interazioni dannose genitore/caregiver-bambino che si manifestano attraverso schemi relazionali negativi, il rifiuto o l'etichettare il bambino come capro espiatorio.
- Aspettative inadeguate a livello evolutivo nei confronti del bambino, quali richieste o punizioni inappropriate dovute al mancato soddisfacimento delle aspettative, in-

clusi metodi inappropriati utilizzati per disciplinare il bambino.

- Mancata promozione di una socializzazione adeguata per il bambino, come ad esempio l'isolamento.
- Indisponibilità emotiva da parte del genitore e indifferenza nei confronti del bambino.

Altri possibili indicatori della presenza di abuso emotivo relativo all'interazione caregiver-bambino includono:

- Attaccamento anormale (caratterizzato da una forma di attaccamento ansioso, disinibito o dall'assenza di attaccamento) tra il bambino e il genitore/caregiver. A causa della mancanza di attaccamento, i bambini non rispondono alla presenza o all'assenza del genitore perché hanno imparato che il loro genitore non agirà di fronte alla loro sofferenza.
- Attaccamento disinibito o mancanza di attaccamento.
- Ritardo nel raggiungimento delle fasi più importanti dello sviluppo, come nello sviluppo emotivo o nella capacità di apprendimento del linguaggio.

2. Trascuratezza Psicologica

La trascuratezza psicologica coincide con il costante e mancato soddisfacimento dei bisogni psicologici primari del bambino, che determineranno una grave compromissione sul piano della sua salute e del suo sviluppo.

Alcuni possibili indicatori della trascuratezza emotiva includono:

- Il bambino viene lasciato da solo con adulti violenti o in stato di ebbrezza.
- Il bambino viene lasciato da solo per periodi di tempo troppo lunghi.
- Il bambino non viene fatto visitare da un medico quando è malato o quando ha subito lesioni.
- Il bambino presenta un marcato cambiamento del suo stato emotivo o comporta-



mentale, che si allontana da ciò che ci si aspetterebbe tenendo in considerazione la sua età e il suo stadio evolutivo, oppure tale cambiamento non può essere spiegato da cause mediche. Alcuni esempi di tali stati comportamentali o emotivi includono: movimento di dondolamento del corpo, atteggiamento di paura o riservatezza, contatto disinibito o ricerca di affetto, atteggiamento di ipersocialità verso gli estranei, eccessivo attaccamento.

Domanda 5. C'è qualche altro fattore di rischio che fa dubitare della sicurezza e/o dell'adeguatezza delle cure per questo bambino/neonato?

Questo item riceve una risposta affermativa quando sono stati notati ulteriori segnali fisici, comportamentali ed emotivi nel bambino, o qualsiasi altro indicatore di rischio nel contesto delle relazioni/interazioni tra caregiver e bambino che fanno sorgere dubbi sulla sicurezza e/o l'adeguatezza delle attenzioni nei confronti di tale bambino/neonato. Per rispondere "Sì" a questa domanda, le informazioni che sono state notate non devono essere state indicate nelle domande precedenti. In riferimento alle domande sopra menzionate, questi segnali possono essere osservati durante la visita presso la casa della famiglia, o durante il consulto medico o l'esame medico, o nella sala d'attesa dell'organizzazione in cui si lavora.

Per determinare se il bambino **è o meno al sicuro**, ci si potrebbe e ci si dovrebbe avvalere della propria valutazione e esperienza clinica in qualità di professionista. La sicurezza viene definita come la conservazione dell'integrità fisica e mentale da parte del bambino/neonato, e l'assenza di qualsiasi elemento che costituisca pericolo di lesione fisica e/o mentale per il bambino.

Per decidere **se c'è una qualsiasi ragione per "dubitare dell'idoneità delle cure fornite al bambino/neonato in oggetto"**, ci si potrebbe e ci si dovrebbe avvalere della propria valutazione e esperienza clinica in qualità di professionista per valutare se le cure fornite al bambino risultano adeguate per questo bambino/neonato specifico, e per valutare se il bambino/neonato vive in un ambiente idoneo. Un ambiente idoneo è

un ambiente sicuro per il bambino/neonato, sia a livello fisico che mentale, e che fornisce al bambino/neonato tutti i mezzi affinché cresca in modo sano.

Domanda 5: Se sì, si prega di specificare:

Più in dettaglio, in questa domanda viene chiesto di annotare per iscritto qualsiasi altro segnale che è stato osservato e che potrebbe mettere il bambino a rischio di abuso o abbandono. Questi segnali sono diversi da quelli che sono già stati valutati nelle domande precedenti.

Ad esempio:

Informazioni ottenute attraverso l'osservazione, sia nella sala d'attesa che durante il consulto medico:

Si osservi l'interazione del bambino con il caregiver, l'interazione tra i genitori e i caregiver e l'interazione del genitore/caregiver con un altro bambino. Se vengono rilevati dei segnali che fanno dubitare della sicurezza e/o dell'idoneità delle cure verso questo bambino/neonato, è importante segnalarle in questa domanda.

I. L'interazione tra il genitore/caregiver e il bambino:

Questo tipo di interazione, valutata nella domanda 2, fa riferimento alla rabbia e/o all'ostilità, alla freddezza e/o al distacco e alla tensione e/o all'eccessiva ansia. Durante il consulto con la famiglia o durante l'incontro in sala d'attesa, è possibile osservare dei segnali che ricadono o meno in queste categorie. Nell'eventualità in cui i segnali osservati non ricadano in queste categorie, e comunque vi sono elementi che destano preoccupazione in riferimento al bambino/neonato, è importante effettuare un'ulteriore valutazione della famiglia in oggetto. Ad esempio, se si osserva un livello di intimità eccessiva tra il caregiver e il bambino (ad esempio il caregiver bacia sulla bocca il bambino o viceversa), o si verificano delle gestualità nel toccarsi che risultano inap-



proprie, questo può essere un elemento che potrebbe destare sospetto in riferimento all'adeguatezza del comportamento genitoriale nei confronti del bambino, ed è dunque un'informazione importante da rilevare.

ATTENZIONE: L'intimità potrebbe essere soggetta a differenze culturali.

Ulteriori esempi:

- Il genitore/caregiver agisce sulla base di aspettative evolutive inappropriate. Ad esempio, il genitore/caregiver può aspettarsi che il bambino/neonato faccia, dica o pensi cose che non sono appropriate per il suo stadio evolutivo. Ad esempio, un genitore che si aspetta che suo figlio di 12 mesi di età parli fluentemente è da ritenersi un genitore che ha delle aspettative inappropriate dal punto di vista evolutivo verso il bambino, in quanto a quell'età i bambini sono in grado di utilizzare solamente un numero limitato di parole, o di vocalizzare frasi corte composte da due o tre parole.
- Visione distorta del bambino da parte del genitore. Ad esempio, il genitore/caregiver può avere una visione distorta dei bisogni del bambino, delle sue intenzioni, dei suoi comportamenti e dei suoi pensieri. Ad esempio, il bambino potrebbe piangere perché prova dolore e il genitore interpreta il pianto del bambino come espressione di rabbia o di sentimenti di rabbia nei confronti del caregiver.
- Risposta genitoriale inadeguata verso i bisogni, le intenzioni, le volontà o il comportamento del bambino/neonato. Ad esempio, il bambino potrebbe piangere in quanto non si sente sicuro in un ambiente sconosciuto, e il caregiver deride o prende in giro il bambino, o si arrabbia con lui.
- Il caregiver appare sospettoso quando il bambino instaura un contatto con altre persone; oppure, il caregiver parla a nome del bambino, anche se il bambino è in grado di parlare per se stesso.
- Il bambino non rispetta i limiti o le regole stabilite dal proprio caregiver/genitore, e/o ha un atteggiamento troppo amichevole.
- Il caregiver si rifiuta di permettere al bambino di parlare a proprio nome ad un professionista del settore medico, anche quando ciò si rivela necessario per la valuta-

zione del bambino (se pertinente, basandosi sull'età del bambino).

- Una forma comune di trascuratezza è quando non vengono fornite le necessità di base, come cibo, vestiti, riscaldamento, o quando l'igiene e le cure mediche sono inadeguate.

Altri possibili indicatori di trascuratezza fisica possono includere:

- La presenza di gravi e persistenti infestazioni (es.: presenza di pidocchi nei capelli).
- L'uso costante di vestiti e calzature inadeguate (es.: ad esempio alla taglia del bambino, alla stagione dell'anno).
- Il bambino emana cattivo odore o risulta sporco in maniera costante.
- Presenza di eritemi da pannolino frequenti o non adeguatamente curati.
- Il bambino non cresce secondo le modalità di crescita previste e/o si verifica una perdita di peso riconducibile a un regime alimentare inadeguato o inappropriato.

II. L'osservazione dell'interazione tra i genitori o i caregiver del bambino/neonato

In questo caso si possono identificare segnali che fanno dubitare della sicurezza e/o idoneità delle cure nei confronti di tale bambino/neonato osservando l'interazione tra i genitori o i caregiver. L'interazione tra i partner (es.: i caregiver o i genitori del bambino/neonato) può essere caratterizzata da rabbia e/o ostilità, freddezza e/o distacco e tensione e/o ansia eccessiva. Ad esempio, si dovrebbe notare se i caregiver/genitori sembrano avere una relazione conflittuale, nella quale urlano o imprecano contro, o nella quale si rimproverano l'un l'altro la colpa delle difficoltà relative al bambino. Fattori personali o ambientali possono essere la causa di tale relazione conflittuale, e ciò può sfociare in disaccordo frequente o continuato. Inoltre i caregiver potrebbero essere coinvolti in conflitti relativi alla custodia del bambino, o ci possono essere delle implicazioni relative all'applicazione della legge e/o ai servizi di tutela del bambino. Bisogna essere consapevoli del fatto che **esporre un bambino a forme di violenza tra i partner è da considerarsi una forma di maltrattamento.**



III. L'osservazione dell'interazione tra i genitori o i caregiver del bambino/neonato con un altro bambino

L'osservazione attenta dell'interazione tra i genitori o i caregiver del bambino/neonato con un altro bambino può fornire ulteriori indicazioni sulla valutazione clinica e sul processo decisionale da seguire. In tali casi, potrebbe risultare di interesse il rilevamento di qualsiasi segnale che è stato già definito come un segnale allarmante nelle sezioni precedenti di queste Linee Guida. È inoltre importante notare qualsiasi altra differenza o similitudine nell'interazione tra i caregiver/ genitori con il bambino/neonato, e l'altro bambino.

Ulteriori indicatori di Rischio che potrebbero aumentare la probabilità della presenza di una forma di abuso nella relazione caregiver-bambino (la lista è puramente indicativa senza pretese di esaustività):

- Disabilità, Disturbi di Salute Mentale o Disturbi dello Sviluppo, Patologie Mediche del bambino

Alcuni bambini sono più vulnerabili rispetto ad altri. I bambini che presentano disabilità, disturbi di salute mentale, disturbi dello sviluppo e/o patologie mediche potrebbero avere minori capacità di proteggere se stessi, e dipendono in maniera particolare dagli adulti per quanto riguarda la loro sicurezza e il loro benessere. Inoltre, crescere un bambino o un neonato che presenta bisogni speciali è un compito molto impegnativo per ciò che concerne le cure che devono essere loro fornite. Ciò spinge spesso i caregiver ai limiti della propria stanchezza, ansia, delusione, ecc. In qualità di professionisti del settore medico-sanitario, bisogna essere particolarmente attenti se si sospettano forme di abuso o trascuratezza nei confronti di tali bambini.

- La depressione del padre e della madre durante il periodo prenatale costituisce un fattore di rischio che favorisce la trascuratezza nei confronti del bambino. L'infanticidio è raro, tuttavia presenta tassi più alti in presenza di patologie post-partum (Spinelli, 2014). Prendersi cura di un bambino è un compito impegnativo anche per adulti in salute. Di conseguenza quando un caregiver è affetto da problemi di salute mentale, prendersi cura di un bambino diventa un compito estremamente difficile e impegnativo. Bisogna fare attenzione alle famiglie che sembrano trovarsi di fronte a problemi di salute mentale, e dunque valutare se e in quale misura i problemi di salute mentale dei caregiver influiscono sul livello delle cure che vengono erogate al bambino.



Il punteggio ottenuto dallo strumento “Intovian” non conduce ad una diagnosi dell’abuso e della trascuratezza del bambino (CAN). Al contrario, una singola risposta affermativa può denotare che il professionista è in possesso di un indicatore di rischio per sospettare la presenza del maltrattamento del bambino o di un modello relazionale maltrattante tra caregiver e bambino/neonato, che ha bisogno di essere ulteriormente esaminato per poter essere confermata o esclusa. Maggiore è il numero di risposte affermative, maggiore è il numero di indicatori di rischio che devono essere valutati dal professionista, incluso ogni tipo di intervento previsto nel protocollo nazionale in riferimento ai casi denominati CAN, e/o ogni tipo di intervento previsto dal protocollo dell’organizzazione per cui il professionista lavora (es.: ulteriori visite, segnalazione ai servizi di assistenza sociale ospedalieri, ecc.), senza dilazioni. È importante tenere a mente che lo strumento “Intovian” è uno strumento supplementare che non sostituisce ogni altro processo di screening che il professionista si trova già a seguire. Inoltre, la finalità dello strumento NON è quella di valutare il rischio (es.: alto, medio, basso) dell’abuso e dell’abbandono del bambino, ma piuttosto la presenza o l’assenza degli stessi in un momento specifico della visita da parte della famiglia. Tuttavia, il numero di risposte affermative agli elementi riportati di seguito dovrebbero condurre al raggiungimento di una decisione più valida nei confronti dell’azione da intraprendersi in maniera tempestiva.

In particolare:

N° Domanda	Risposta (Sì/No)	Azione
D1a.	No	Necessità di ulteriore valutazione/intervento
D1b.	Sì	Necessità di ulteriore valutazione/intervento
D2a.	Sì	Necessità di ulteriore valutazione/intervento
D2b.	Sì	Necessità di ulteriore valutazione/intervento
D2c.	Sì	Necessità di ulteriore valutazione/intervento
D3.	Sì	Necessità di ulteriore valutazione/intervento
D4a.	Sì	Necessità di ulteriore valutazione/intervento
D4b.	Sì	Necessità di ulteriore valutazione/intervento
D5.	Sì	Necessità di ulteriore valutazione/intervento

Capitolo IV.

Quali sono i passi successivi del processo di valutazione?

Il riscontro da parte del professionista di una o più risposte affermative conseguenti all'applicazione dello strumento di screening deve attivare un percorso finalizzato alla definizione di un intervento in grado di verificare l'effettiva presenza di una condizione di maltrattamento e/o di trascuratezza e di adottare le misure necessarie per proteggere in primo luogo il bambino.

In questo percorso, un primo passo è suggerito dallo stesso lavoro di Louwers e coll. (2012) – dal quale deriva lo strumento di screening adottato dal progetto INTOVIAN; lo studio, infatti, indica la necessità che i professionisti che utilizzano lo strumento di screening possano fare affidamento su uno staff clinico multidisciplinare, esistente presso lo stesso contesto strutturale o in altro di riferimento territoriale, per approfondire i risultati dello stesso screening alla luce di tutti gli indicatori familiari e dei segni e sintomi presentati dal bambino (vedi anche l'Allegato II di queste Linee Guida).

In riferimento ai risultati di questa verifica devono essere assunte queste iniziative :

a. quando si ravvisano situazioni sicuramente pregiudizievoli per la sicurezza e la salute del bambino, la normativa italiana dispone che “tutti i pubblici ufficiali e gli incaricati di pubblico servizio sono tenuti a segnalare all'Autorità giudiziaria le situazioni di abbandono morale o materiale a carico dei minori” (L. 184/1983 e L. 149/2001). Nel caso di abusi e maltrattamenti che realizzano un reato perseguibile d'ufficio, la tutela del minore si attua in primo luogo con la denuncia della notizia di reato o dell'ipotesi sufficientemente fondata (notitia criminis). Occorre anche chiarire subito che solo la Magistratura Ordinaria o Minorile sono competenti in via esclusiva per l'acquisizione delle prove. Conseguentemente, gli stessi professionisti non devono adottare atti o provvedimenti che potrebbero comportare inquinamento delle prove né sono ammesse valutazioni del fatto, di esclusiva competenza della Magistratura;



b. in presenza di situazioni che non configurano uno stato di pregiudizio, ma che necessitano in ogni caso di un “monitoraggio” della condizione di vita e di salute del bambino, il professionista segnala l’osservazione del caso ai Servizi Sociali del territorio di residenza della famiglia del minore. Infatti, la legislazione nazionale attribuisce al Servizio Sociale l’obbligo istituzionale degli interventi di tutela dei minori che prevede, per un verso, la diretta partecipazione della Sanità pubblica nella gestione della presa in carico e cura del bambino e del Servizio Sociale per assicurare la tutela della salute psico-fisica del minore presunta vittima di abuso/maltrattamento/trascuratezza. Le prestazioni di tipo socio-assistenziale del minore e della sua famiglia sono integrate con quelle di tipo sanitario in un quadro di intervento di rete dei servizi. L’Assistente Sociale, per le sue competenze, ha la possibilità di attivare le azioni protettive più specifiche e per svolgere l’indagine sociale che consente di valutare la presenza di fattori di rischio e di protezione esistenti nel contesto familiare e sociale e di riferirli alla Magistratura competente.

In seguito a queste valutazioni, sarà poi la Magistratura competente a decidere le misure più opportune per la salute psico-fisica del minore e/o per la terapia familiare.

BIBLIOGRAFIA

- American Academy of Pediatrics: Committee on Child Abuse and Neglect (July, 2001). Shaken baby syndrome: Rotational cranial injuries. Technical report. *Pediatrics*, 108, 206–210.
- Campos, R.M. (2006). El síndrome del niño sacudido. *Cuadernos de Medicina Forense*, 43-44, 39-45. doi: 10.4321/S1135-76062006000100003
- Chartier, M. J., Walker, J. R., & Naimark, B. (2007). Childhood abuse, adult health, and health care utilization: Results from a representative community sample. *American Journal of Epidemiology*, 165, 1031–1038.
- Ethier, L. S., Lemelin, J. P., & Lacharite, C. (2004). A longitudinal study of the effects of chronic maltreatment on children's behavioral and emotional problems. *Child Abuse & Neglect*, 28, 1265–1278.
- Felitti, V.J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards, V., Koss, M. P., & Marks, J. S. (1998). Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *American Journal of Preventive Medicine*, 14, 245–258.
- Finkelhor, D. (1994). The international epidemiology of child sexual abuse, *Child Abuse & Neglect*, 18, 409-417.
- Generalitat de Catalunya (2008). *Protocol d'actuació clínicoadministrativa de maltractament saguts a la infància* (2ª ed.). Fonte: http://canalsalut.gencat.cat/web/.content/home_canal_salut/professionals/temes_de_salut/violencia_i_maltractaments/documents/arxiu/prot2006infancia.pdf
- Louwers, E.C.F.M., Korfae, I.J., Affourtit, M.J., Scheewe, D.J., van de Merwe, M.H., Vooijs-Moulaert, A.F., et al. (2012). Effects of systematic screening and detection of child abuse in emergency departments. *Pediatrics*, 130, 457-64.
- Louwers, E.C.F.M., et al. (2014). Accuracy of a screening instrument to identify potential child abuse in emergency department. *Child Abuse & Neglect*, 38, 1275–1281.
- Nikolaidis, G. (2009). Types and Characteristics of Violence against Children: Theoretical Transformations and Recent Evidence. In Nikolaidis, G. & Stavrianaki, M. (Eds), *Violence in family: Evidenced-based Practice and Practice-based Evidence*. Athens: ΚΨΜ (in Greek)
- Pou, J. (2009). Maltrato infantil. Actuación en urgencias. Protocolos diagnóstico-terapéuticos de Urgencias Pediátricas SEUP-AEP. *Asociación Española de Pediatría*, 167-172.
- Spinelli, M.G. (2004). Maternal Infanticide Associated With Mental Illness: Prevention and the Promise of Saved Lives *American Journal of Psychiatry*, 161, 1548–1557.
- USDHHS-U.S. Department of Health and Human Services, Administration on Children, Youth and Families (2008). *Child maltreatment 2006*. Washington, DC: US Department of Health and Human Services: In stampa. Disponibile su: <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm5713a2.htm>
- WHO - World Health Organization and International Society for Prevention of Child Abuse and Neglect (2006). *Preventing child maltreatment: a guide to taking action and generating evidence*. Geneva: WHO Press, trad. it. Prevenire il maltrattamento all'infanzia: *Indicazioni operative e strumenti di analisi*, 2009
- Zero to Three (2005). *Diagnostic classification of mental health and developmental disorders of infancy and early childhood (revised)*. Washington, DC: Author, p. 49, trad. it. *Classificazione diagnostica della salute mentale e dei disturbi di sviluppo nell'infanzia – CD: 0-3R (1° Revisione)*, Giovanni Fioriti Editore, Roma, 2008.

ALLEGATO I. LO STRUMENTO DI SCREENING

Strumento per l'identificazione di famiglie a rischio o che presentano problematiche consolidate di abusi e forme di abbandono nei confronti di bambini e neonati

Lo strumento che segue è stato sviluppato per un utilizzo da parte di professionisti del settore medico e dei servizi sociali all'interno di famiglie della popolazione generale che hanno bambini e neonati nella fascia d'età compresa tra 0 e 3 anni. Si prega di rispondere a tutte le domande basandosi sulle proprie osservazioni e/o opinioni personali. Spuntare un pallino per ogni riga ☑.

Data (gg/mm/aaaa): ___ / ___ / ____ Età del bambino (in mesi): ___ Sesso del bambino: Bambino
Bambina

Chi accompagna il bambino (in relazione al bambino)? [si prega di spuntare tutte le opzioni pertinenti]

Se si tratta di una donna:

- Madre/Matrigna
- Madre adottiva
- Sorella
- Nonna
- Altro familiare donna (es.: zia): _____
- Altra donna (specificare): _____

Se si tratta di un uomo:

- Padre/Patrigno
- Padre adottivo
- Fratello
- Nonno
- Altro familiare uomo (es.: zio): _____
- Altro uomo (specificare): _____

	Domanda	Sì	No	Non Pertinente
1	Nel caso in cui venga notato un trauma o un segno fisico o si venga informati dell'incidente: a. la storia del caregiver è coerente?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	b. si sarebbe potuto evitare o prevenire l'incidente/trauma fisico attraverso una supervisione idonea all'età del bambino?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2	L' <u>interazione</u> caregiver-bambino/neonato è caratterizzata da (a, b e c NON si escludono a vicenda): a. rabbia e/o ostilità?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	b. freddezza e/o distacco?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	c. tensione e/o eccessiva ansia?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
3	Il caregiver si occupa del bambino/neonato adottando un approccio fisicamente duro e/o nuocendo al bambino?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
4	Ci sono <u>altri</u> segnali che fanno dubitare della: a. sicurezza fisica del bambino/neonato?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	b. sicurezza emotiva del bambino/neonato?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
5	C'è qualche altro fattore di rischio che fa dubitare della sicurezza o dell'idoneità delle cure verso questo bambino/neonato?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	<i>Se sì, si prega di specificare:</i>			

ALLEGATO II. LISTA DEGLI INDICATORI DI RISCHIO SULL'ABUSO E LA TRASCURATEZZA DI BAMBINI E NEONATI

Trascuratezza	
Indicatori relativi al minore	Indicatori relativi alla famiglia
<p>Indicatori fisici:</p> <ul style="list-style-type: none"> - malnutrizione; - ritardo dello sviluppo per malnutrizione; - persistente scarsa igiene del bambino che crea difficoltà anche nel rapporto con i compagni; - assenza di controlli sanitari e delle vaccinazioni obbligatorie; - carenza di cure mediche, dentistiche e oculistiche; - eruzioni cutanee da pannolino e mancanza di igiene; - tessuti sottocutanei danneggiati e presenza di lesioni infette; - chiazze di calvizie nei bambini piccoli tenuti sempre in posizione supina; - abbigliamento costantemente inadeguato rispetto alla stagione e trascurato nell'igiene; - bambini con scottature dovute a eccessiva esposizione al sole oppure con bronchiti e/o polmoniti per esposizione al freddo. <p>Indicatori comportamentali:</p> <ul style="list-style-type: none"> - stanchezza permanente e disattenzione; - difficoltà all'asilo; - bambino che lamenta fame ed elemosina cibo o ruba la merenda; - permanenza ingiustificata all'asilo; - ricerca di attenzione e di affetto da parte di estranei; - dichiarazione del bambino che nessuno si occupa di lui; - bambino che appare distaccato e non ricerca contatto con familiari e conoscenti; - ritardo mentale e del linguaggio per mancanza di stimoli; - forzato isolamento nell'abitazione; - passività e apatia. 	<ul style="list-style-type: none"> - denuncia di abuso da parte di un familiare; - problemi psichiatrici; - alcoolismo e uso di droghe; - genitori separati che costituiscono una nuova convivenza; conflitto coniugale; - assenza di controllo sulle condotte dei figli; - padri e patrigni, con precedenti di abuso; - eccessiva intimità fisica tra genitori e figli, espressa anche sotto forma di gioco; - genitori che lasciano il figlio neonato incustodito; - genitori che lasciano i figli senza custodia, sia in casa che fuori, per un tempo eccessivo rispetto all'età del bambino stesso; - genitori che lasciano i bambini in custodia a persone che per età e caratteristiche non sono idonee a garantire una cura adeguata (ad. Esempio altri bambini, ad adulti che fanno uso di stupefacenti, ad anziani non autosufficienti, ecc.); - genitori che fanno uso di alcool e droghe; - genitori mentalmente ritardati o con malattie mentali; - genitori i cui bisogni affettivi non sono stati soddisfatti nell'infanzia; - madri confuse e depresse; - madri molto giovani; - scarsa percezione dei bisogni del bambino; - incapacità ad occuparsi del bambino; - assenza del partner nella conduzione familiare, in presenza di un genitore fragile; - isolamento sociale e scarso sostegno della famiglia allargata; - difficoltà economiche; - abitazione inadeguata o impropria; - mobilità residenziale; - ricorso all'aiuto assistenziale quale unica fonte di reddito; - provenienza da famiglia vissuta in carico all'assistenza; vita familiare disorganizzata scarsa abilità nel risolvere i problemi; - numerose gravidanze non pianificate; - genitori privi di attaccamento al figlio; - scarsa motivazione al cambiamento; - passività.



Maltrattamento psicologico	
Indicatori relativi al minore	Indicatori relativi alla famiglia
<ul style="list-style-type: none">- ritardo nello sviluppo (linguaggio, motricità, crescita staturo-ponderale);- personalità rigida e scarsa capacità di adattamento;- scarsa o eccessiva considerazione di sé;- scarsa socievolezza o vischiosità;- sentimenti di inadeguatezza nelle relazioni con i coetanei;- iperattività;- pseudo-maturità e assunzione di ruoli impropri (adultizzazione precoce);- difficoltà nell'organizzarsi;- ansietà simbiotica nelle separazioni e ansietà in presenza di estranei;- comportamenti regressivi;- abitudini improprie o stereotipate (succhiare, mordere, dondolarsi);- disordini alimentari;- bambino che non gioca e non ha fantasia;- comportamento disturbato e problemi nell'apprendimento con fallimenti scolastici;- distruttività e crudeltà;- alterazioni del sonno;- terrori notturni e incubi;- impulsività e comportamento di sfida.	<ul style="list-style-type: none">- figlio non desiderato da uno o entrambi i genitori;- figlio voluto a compensazione (ad. esempio per compensare un rapporto di coppia disfunzionale);- non corrispondenza tra il figlio atteso e quello reale;- mancanza di uno spazio mentale per il bambino;- negarsi di uno o di entrambi i genitori al rapporto affettivo;- situazione conflittuale nel rapporto di coppia;- genitori troppo protettivi;- genitori troppo esigenti;- genitori che eccedono in liberalità, che non sanno dare le regole;- strumentalizzazione del bambino in situazioni di separazione conflittuale;- incapacità di valutare il bisogno del bambino e di coglierlo come problema;- incapacità del genitore a chiedere e ricevere aiuto;- mancanza di differenziazione dai propri genitori e dal figlio;- difficoltà o rifiuto dei genitori a riconoscere le conseguenze delle proprie condotte e tendenza a riversare al di fuori della famiglia le responsabilità delle difficoltà del figlio;- ambiente familiare poco stimolante.

Maltrattamento fisico

Indicatori relativi al minore	Indicatori relativi alla famiglia
<p>Indicatori fisici:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ustioni da immersione in liquidi bollenti; - ustioni da corda in situazioni di segregazione; - ustioni a secco con oggetti incandescenti; - bruciate da sigarette: sono più profonde e rotonde quelle intenzionali rispetto a quelle accidentali; - lividi di forme particolari determinati da oggetti contundenti; - abrasioni e lacerazioni; - lacerazioni su genitali esterni; - segni di morsi; - segni di frustate o cinghiate; - lesioni interne provocate da schiaffi o calci; - segni provocati da schiaffi e calci; - lesioni alla mucosa orale da alimentazione forzata e da colpi alla faccia, talora con frattura o avulsione di denti; - fratture diffuse o lussazioni: possono essere sospette sotto i due anni quando la mobilità del bambino è limitata; - emorragie derivanti da distacco del cuoio capelluto in seguito a tirate di capelli; - chiazze di calvizie; - traumi cranici da scuotimento violento: nei bambini di età inferiore ai due anni possono provocare emorragie retiniche ed ematomi subdurali che si manifestano con stato soporoso e convulsioni; - denutrizione (frequente nei bambini molto piccoli); - fratture nasali e mascellari; - omissione o carenze protratte di cure mediche, fino a gravi compromissioni fisiche; - ospedalizzazioni frequenti o ricoveri "oscuri" del bambino; - avvelenamenti procurati allo scopo di far apparire ammalato il bambino e farlo sottoporre a dolorosi interventi sanitari. <p>Indicatori comportamentali:</p> <ul style="list-style-type: none"> - reattività esagerata o chiusura del bambino; - bambino passivo, sottomesso, lagnoso, scarsamente presente; - comportamento collerico, assillante, iperattivo, con richieste irrealistiche nei confronti degli adulti; 	<ul style="list-style-type: none"> - genitori che hanno sofferto per deprivazioni affettive o subito maltrattamenti nella loro infanzia; - genitori che hanno una bassa stima di sé e hanno bisogno di rassicurazioni sulle loro capacità personali; - genitori immaturi o molto giovani; - incapacità a chiedere aiuto a confidarsi; - atteggiamento aggressivo nei confronti degli insegnanti; - isolamento sociale e solitudine; - abuso di alcool e droghe; - famiglie monogenitoriali; - gravidanza iniziata con bambino appena nato; - famiglie in cui sono presenti bambini nati prematuri o con handicap, per i quali la malattia ha reso difficoltosa la relazione di attaccamento da parte del genitore; - famiglie in cui vi siano stati o siano sospettati casi di maltrattamento; - mancanza di sostegno da parte di uno dei coniugi nell'educazione dei figli; - conflitti coniugali; - genitori che fanno richieste inadeguate all'età del bambino e ricercano in lui la soddisfazione dei propri bisogni; - percezione del bambino come fastidioso; - fiducia nella punizione come unico strumento educativo; - proiezione del proprio vissuto di bambino cattivo nel figlio; - genitori con modalità relazionali aggressive e/o ambigue; - nonni che interferiscono esageratamente nell'educazione dei nipoti, dicendo ai propri figli ciò che devono fare, squalificandoli o escludendoli; - resistenza a portare il bambino dal medico.

Abuso sessuale

Indicatori relativi al minore	Indicatori relativi alla famiglia
<p>Indicatori fisici</p> <ul style="list-style-type: none"> - ferite e contusioni ai genitali, al seno, alle cosce; - ferite anali; - ferite nella bocca e alla gola; - gravidanza nell'adolescente, in cui sia tenuta nascosta l'identità del padre; - infezioni trasmesse per via sessuale; - difficoltà nel camminare e nello stare seduti; - perdite vaginali e uretrali, senza cause organiche evidenti; - dolori, rigonfiamenti e pruriti nella zona genitale; - dolore ad urinare, senza patologie specifiche; - insufficiente tono sfinterico; - indumenti intimi macchiati, insanguinati; - gonorrea pediatrica. <p>Indicatori comportamentali:</p> <ul style="list-style-type: none"> - affermazione spontanea del bambino di aver subito molestie sessuali o, al contrario, di non averle subite; - rifiuto di cambiarsi e di spogliarsi; - richiesta di essere cambiato spesso da parte del bambino piccolo; - masturbazione; - messa in atto di precoci forme di seduzione e atteggiamento vischioso; - conoscenze sessuali insolite e comportamento sessuale inadeguato rispetto all'età; - esibizionismo; - desiderio di appartarsi; - sensi di colpa e crisi di ansia; - sintomi psicosomatici; - problemi dell'alimentazione; - paura del buio; - gravi disturbi del sonno; - depressione, melanconia, angoscia, incubi, rituali ossessivi; - identificazione con l'aggressore. 	<ul style="list-style-type: none"> - denuncia di abuso da parte di un familiare; - problemi psichiatrici; - alcoolismo e uso di droghe; - genitori separati che costituiscono una nuova convivenza; conflitto coniugale; - assenza di controllo sulle condotte dei figli; - padri e patrigni, con precedenti di abuso; - eccessiva intimità fisica tra genitori e figli, espressa anche sotto forma di gioco; - assenza del rispetto del sentimento del pudore, parlando in casa di argomenti sessuali; - assenza di un contesto familiare di sostegno e isolamento sociale; - relazioni coniugali e genitoriali carenti o conflittuali; - situazione di maltrattamento e di trascuratezza nella famiglia di origine del genitore; - convivenza forzosa con parenti o estranei.

ALLEGATO III. LEGGI NAZIONALI PERTINENTI

Per violenza e abuso all'infanzia s'intende "ogni forma di violenza, di oltraggio o di brutalità fisiche o mentali, di abbandono o di negligenza, di maltrattamenti o di sfruttamento, compresa la violenza sessuale" (art. 19 CRC). Anche l'OMS fornisce una definizione di violenza e abuso all'infanzia, identificandola quale "uso intenzionale della forza fisica o del potere, minacciato o effettivo, sui bambini da parte di un individuo o di un gruppo, che abbia conseguenze o grandi probabilità di avere conseguenze dannose, potenziali o effettive, sulla salute, la vita, lo sviluppo o la dignità dei bambini" (*World Report on Violence and Health*, 2002).

La Convenzione sui diritti dell'infanzia e dell'adolescenza del 1989 (ratificata dall'Italia con la legge n. 176/91) riconosce ad ogni bambino e adolescente il diritto alla protezione da ogni tipo di abuso, sfruttamento e violenza (cfr. articoli 19, 32 e 34). La Convenzione stabilisce (art. 19) che il fanciullo, ossia ogni essere umano avente un'età inferiore a 18 anni (art. 1), deve essere tutelato contro ogni forma di violenza, perpetrata nei suoi confronti da parte di chi dovrebbe averne cura (genitore/i, tutore/i, altra persona che ne abbia affidamento). La Convenzione richiede l'impegno da parte degli Stati al fine di proteggere il fanciullo dallo sfruttamento per fini pornografici e dal coinvolgimento in attività sessuali illegali (articolo 34). La Convenzione introduce, inoltre, una norma di ampia portata al fine di tutelare i bambini e gli adolescenti contro ogni altra forma di sfruttamento pregiudizievole al suo benessere in ogni suo aspetto (art. 36 CRC), non meglio specificato, o specificabile a priori, all'interno della stessa.

In merito ai maltrattamenti all'infanzia le principali norme di riferimento nazionali sono:

- art. 571 c.p (abuso dei mezzi di correzione). L'abuso non è riferito solo a quello fisico ma riguarda anche quello psichico (Cass. Pen. 16491/05).
- art. 572 (maltrattamenti in famiglia o verso fanciulli). Per maltrattamenti in famiglia s'intende non solo il maltrattamento fisico ma comprende, grazie all'interpretazione giurisprudenziale, anche quello morale, psicologico, la vessazione e la provocazione di sofferenze non fisiche.

La Legge 4 maggio 1983 n. 184 - Diritto del minore ad una famiglia, come modificata dalla Legge 476/1998 e dalla Legge 149/2001, è relativa alla disciplina dell'affidamento e dell'adozione dei minori. L'articolo 9, in particolare, introduce l'obbligo di segnalazione: «Chiunque ha facoltà di segnalare all'autorità pubblica situazioni di abbandono di minori di età. I pubblici ufficiali, gli incaricati di un pubblico servizio, gli esercenti un servizio di pubblica necessità debbono riferire al più presto al procuratore della Repubblica presso il Tribunale per i minorenni del luogo in cui il minore si trova sulle condizioni di ogni minore in situazione di abbandono di cui vengano a conoscenza in ragione del proprio ufficio».

Le punizioni corporali, sono proibite in ambito scolastico (regolamento scolastico 1928; Cass. 2876/71) e penitenziario (L. 354/1975). Tuttavia, non sono espressamente vietate in ambito familiare, all'interno del cui contesto sono state dichiarate illegittime dalla Corte di Cassazione (sent. 4904/96), ma ancora tale illegittimità non è stata recepita tramite un adeguamento normativo.

In Italia la ratifica della Convenzione di Lanzarote è avvenuta con la L. 172/2012. La ratifica della Convenzione ha consentito l'introduzione di nuove fattispecie di reato all'interno del Codice Penale, quali il reato di adescamento di minorenni (art. 609- undecies) e il reato di pedofilia e pedopornografia culturale (art. 414-bis), le quali, al fine di tutelare i minori soprattutto dalle violenze e dagli abusi sessuali andranno ad arricchire la normativa già in vigore:

- L. 15 febbraio 1996 n. 66 "Norme contro la violenza sessuale";
- L. 3 agosto 1998 n. 269 "Norme contro lo sfruttamento della prostituzione, della pornografia, del turismo sessuale in danno di minori, quali nuove forme di riduzione in schiavitù";

- L. 6 febbraio 2006 n. 38 “Disposizioni in materia di lotta contro lo sfruttamento sessuale dei bambini e la pedopornografia anche a mezzo Internet”.

Art. 331 c.p.p. Gli operatori sanitari e sociali hanno l’obbligo, in qualità di pubblici ufficiali di denunciare per iscritto i reati procedibili d’ufficio dei quali vengono a conoscenza nel corso del loro lavoro (...) anche quando non è individuata la persona del presunto reo (...) senza ritardo.

Se più persone ne hanno avuto conoscenza, tutte sono tenute a segnalare/denunciare anche con la sottoscrizione dello stesso atto.

Artt. 365 c.p. e 334 c.p.p. (omissione di referto) Chiunque nell’esercizio della professione sanitaria abbia prestato la propria assistenza in casi che possono presentare i caratteri di un delitto per il quale si debba procedere d’ufficio, omette o ritarda di comunicare all’Autorità Giudiziaria (entro 48 ore) (...).

Il Codice di Deontologia Medica all’art. 32

“Il medico deve impegnarsi a tutelare il minore (...), in particolare quando ritenga che l’ambiente familiare o extrafamiliare (...) non sia sufficientemente sollecito alla cura della loro salute, ovvero sia sede di maltrattamenti fisici o psichici, violenze o abusi sessuali, fatti salvi gli obblighi di segnalazione previsti dalla legge” (...).

OBBLIGO DI SEGNALAZIONE IN CASO DI ABBANDONO DI MINORE (art. 9 L. 149/01)

Chiunque può segnalare all’autorità pubblica casi di abbandono di minore.

Pubblici ufficiali, incaricati di un pubblico servizio o esercenti un servizio di pubblica necessità devono segnalare (per iscritto) al Tribunale per i Minorenni ogni situazione di minore in situazione di pregiudizio di cui vengono a conoscenza a ragione di o nell’esercizio delle proprie funzioni.

La competenza è del Tribunale per i Minorenni.

Il Tribunale provvederà adottando ogni misura necessaria per la tutela del minore. Può eventualmente denunciare (in sede penale) alla Procura ordinaria la situazione, quando oltre all’abbandono ravvisi l’esistenza di un reato perseguibile d’ufficio. Si può anche avere abbandono senza un reato.

OBBLIGO DI DENUNCIA E DI REFERTO

Molte categorie professionali – fra le quali il personale medico e tecnico-sanitario – devono rispettare, accanto al segreto professionale, anche l’obbligo di denuncia che subentra quando – nell’esercizio della loro funzione – abbiano il sospetto o la certezza di trovarsi di fronte ad un reato perseguibile d’ufficio (art. 331–332 Codice di procedura penale, c.p.p.). Il personale medico ha oltre all’obbligo di denuncia anche l’obbligo di referto (art. 334 c.p.p.). La denuncia e il referto sono dei mezzi di prova scritta molto importanti nel caso di un processo penale.

DENUNCIA D’UFFICIO (art. 331 c.p.p.)

Per alcuni comportamenti violenti che costituiscono reati perseguibili d’ufficio la legge prevede che determinate categorie di persone (pubblici ufficiali, incaricati di un pubblico servizio) che, nell’esercizio o a causa delle loro funzioni o servizio vengano a conoscenza di questo tipo di reato, devono farne denuncia per iscritto (Link: [Obbligo di denuncia, la responsabilità giuridica delle/degli operatrici/operatori dell’ambito socio-sanitario](#)); ciò eventualmente anche contro la volontà della persona offesa dal reato: il procedimento penale sarà lo stesso di quello instaurato con una querela.

REFERTO (art. 334 c.p.p.)

Il personale medico è obbligato – accanto all’obbligo di denuncia – di trasmettere alla procura - nei casi previsti dalla legge - un referto scritto (art. 334 c.p.p.), che indichi la persona, il luogo, l’ora e altre circostanze

Reati perseguibili d’ufficio:

art. 612 c.p. Minaccia (grave, con armi), art. 572 c.p. Maltrattamenti in famiglia, art. 582, Il co. c.p. Lesioni gravi, art. 609-bis ss.c.p. Violenza sessuale (anche su minori sino a 14 anni), art. 610 c.p. Violenza privata, Art. 612-bis c.p. Atti persecutori (stalking) nei confronti di minori o persone disabili, art. 575 c.p. Omicidio.

ALLEGATO IV. LISTA DI CONTROLLO DEGLI AGENTI STRESSANTI PSICOSOCIALI E AMBIENTALI

Completare le informazioni per tutti gli agenti stressanti pertinenti.

	Età di Insorgenza (in mesi)	Commenti (inclusa la durata e la gravità)
Elementi di difficoltà per il Gruppo di Supporto Primario del Bambino		
Nascita di un fratello o di una sorella		
Cambiamento del caregiver primario		
Bambino adottato		
Bambino in affidamento		
Bambino in affidamento presso i servizi di assistenza sociale		
Morte di un genitore		
Morte di un altro membro della famiglia		
Morte di un membro esterno alla famiglia		
Discordia coniugale		
Presenza di un nuovo adulto in casa (es: fidanzato)		
Presenza di un nuovo bambino (non per nascita) in casa (es.: adozione, fratellastro, cugino)		
Separazione o divorzio dei genitori		
Nuovo matrimonio dei genitori		
Separazione dei genitori, altro (es.: ricovero ospedaliero del genitore)		
Elementi di difficoltà a livello Educativo/di Assistenza del Bambino		
Più di 9 ore al giorno trascorse al di fuori dall'ambiente di cura domestico		
Svariati cambiamenti del prestatore delle cure al bambino		
Ambiente iniziale di apprendimento di scarsa qualità (es.: preoccupazioni mediche e di sicurezza; numero elevato di bambini in relazione a gruppi numerosi; personale non adeguatamente formato; mancanza di attenzione verso lo sviluppo sociale ed emotivo)		
Elementi di difficoltà Domestici		
Distacco dall'ambiente domestico		
Mancanza di fissa dimora		
Trasferimenti multipli		
Problemi nel mantenimento di riscaldamento, elettricità, acqua e telefono		
Quartiere pericoloso		
Alloggio non sicuro o sovraffollato		



Elementi di difficoltà relativi all'Accesso ai Servizi Sanitari			
	Servizi sanitari inadeguati presenti nell'area		
	Mancanza di adeguata assicurazione sanitaria		
Salute del Bambino			
	Ricovero ospedaliero del bambino		
	Malattia nel bambino (acuta o cronica); incidente/lesione del bambino (es.: morso di un animale, il bambino è il passeggero in un incidente stradale)		
	Procedura medica/procedure mediche effettuate sul bambino (es.: puntura lombare)		
Elementi di difficoltà Legali/di Giustizia Penale			
	Coinvolgimento dei Servizi Sociali per l'Infanzia		
	Dispute relative alla custodia nel contesto del divorzio dei genitori del bambino		
	Status di immigrato		
	Arresto del genitore		
	Detenzione del genitore		
	Bambino vittima di un reato		
Altri			
	Disastro naturale (es.: incendio, uragano)		
	Guerra/terrorismo		
	<i>Altro (si prega di specificare):</i>		

**ALLEGATO V. LISTA DI ORGANIZZAZIONI E ISTITUZIONI CHE OPERANO NELL'AMBITO
DELL'ABUSO E DELLA TRASCURATEZZA**

CISMAI – Coordinamento Italiano dei Servizi contro il Maltrattamento e l'Abuso all'infanzia <i>(per l'elenco dei 70 Centri associati al Cismai attivi sul territorio nazionale, si veda il sito del Coordinamento)</i>	www.cismai.it
Autorità Garante dell'Infanzia e dell'Adolescenza	www.garanteinfanzia.org
Save the Children Italia onlus	www.savethechildren.it
Terre des hommes	www.terredeshommes.it
Polizia Postale e delle Telecomunicazioni	www.commissariatodips.it
Centro nazionale di documentazione sull'infanzia e l'adolescenza e Osservatorio nazionale	www.minori.it www.minori.it/osservatorio
Centro studi sociali sull'infanzia e l'adolescenza	www.ibambini.it/formazione
Gruppo di lavoro per la Convenzione sui diritti dell'infanzia e dell'adolescenza	http://gruppocrc.net/
Associazione Telefono Azzurro onlus	www.azzurro.it
Unicef Italia	www.unicef.it
Ministero della Giustizia – Dipartimento per la Giustizia minorile	http://www.icf-giustizia.it/



Partenariato del progetto INTOVIAN

Coordinatore



INSTITUTE OF CHILD HEALTH
DEPARTMENT OF MENTAL HEALTH & SOCIAL WELFARE
Centre for the Study and Prevention of Child Abuse and Neglect
URL: www.ich-mhsw.gr

Institute of Child Health, Department of Mental Health and Social Welfare,
Centre for the Study and Prevention of Child Abuse and Neglect

Partners



University of Cyprus, Department of Psychology



UAB
Universitat Autònoma
de Barcelona

Universitat Autònoma de Barcelona, Departament de Psicologia Clínica i de la Salut



Instituto Universitário de Lisboa

Istituto Universitario di Lisbona (ISCTE-IUL), Portogallo



University of Roehampton, Department of Psychology, Centre for Applied Research and Assessment
in Child and Adolescent Wellbeing

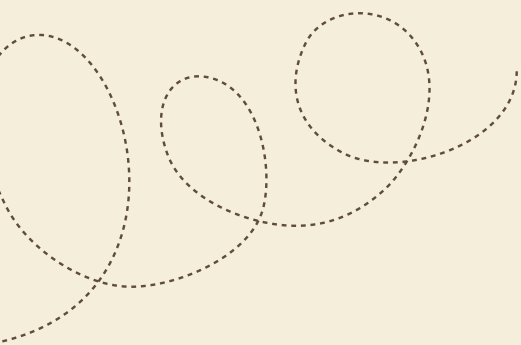


Associazione Focolare Maria Regina onlus – Centro Studi Sociali

Valutazione esterna

Professor Vasudevi Reddy, Università di Portsmouth





Associazione Focolare Maria Regina onlus
Centro Studi Sociali sull'Infanzia e l'Adolescenza

Piazza don Silvio De Annuntiis – 64020 SCERNE DI PINETO (TE)

Tel. **+39.085.9463098** – email: centrostudi@ibambini.it web: www.ibambini.it/formazione