

# **Un sistema regionale armonico e integrato per prevenire e curare disagi infantili e familiari**

di Maria Teresa Pedrocco Biancardi\*

## **Sommario**

**1.** Anzitutto le risorse per un lavoro integrato. – **2.** A partire dalla prevenzione. – **2.1.** Con attenzione ai diversi livelli in cui si articola. – **3.** Una formazione a 360°. – **4.** L'informazione su aspetti specifici del disagio minorile. – **5.** La cura, un tema delicato e controverso. – **6.** Specifici ambiti di cura. – **7.** Le *équipe* di secondo livello. – **8.** Una strategia di ampio respiro.

## **1. Anzitutto le risorse per un lavoro integrato**

Paola Di Blasio ed Elena Camisasca, nel redigere un protocollo finalizzato a facilitare i servizi di tutela nel compito di valutazione delle relazioni familiari, in vista di una rilevazione precoce dei fattori di rischio per i figli, pongono al primo posto delle numerose aree in cui articolano l'osservazione, la valutazione delle risorse presenti nel contesto sociale<sup>(1)</sup>. Le autrici segnalano tre categorie di risorse delle quali verificare l'accessibilità e la possibilità di fruizione da parte dell'utenza: servizi sociali, psicologici e sanitari per adulti e minori; contributi economici e facilitazioni abitative; servizi domiciliari di tipo sanitario o assistenziali. La priorità assegnata all'area delle

---

(\*) Psicologa psicoterapeuta, consulente Servizio politiche familiari, infanzia e adolescenza della Regione Emilia-Romagna.

(1) P. DI BLASIO e E. CAMISASCA, *Protocollo sui fattori di rischio e fattori protettivi*, in P. DI BLASIO (a cura di), *Tra rischio e protezione. La valutazione delle competenze parentali*, Milano, Unicopli, 2006, pp. 235-276. Tutto il volume, comunque, offre riflessioni approfondite su punti di vista e prassi operative di indubbio interesse per gli operatori della tutela.

risorse, usualmente data per scontata e difficilmente reperibile in altri modelli di osservazione sugli stessi temi, anticipa la cornice di pensiero e di prassi in cui le autrici intendono porre l'attività di base del lavoro di tutela: osservazione e valutazione.

In questa stessa linea si muove la l.r. 14/2008, là dove si preoccupa, con una meticolosa cura, di garantire non solo l'esistenza, ma l'efficienza comunicativa e la fluidità di decisioni condivise tra i vari livelli di responsabilità gestionale in cui si articola il complesso lavoro sociale in generale, e quello che riguarda bambini, ragazzi e famiglie in particolare. In pratica le autrici dell'articolo sottolineano a livello operativo la necessità di quell'integrazione della quale la l.r. 14/2008 si fa carico già a livello politico: l'art. 17, ampiamente illustrato in queste pagine da Margherita Govi, pone infatti il servizio sociale professionale e le équipes territoriali al centro di un complesso sistema di competenze operative la cui valorizzazione ed efficacia concreta passano attraverso l'integrazione: tra loro e con il servizio territoriale.

Il rischio della semplificazione come risposta all'urgenza di risolvere situazioni di pregiudizio per i cittadini piccoli è sempre in agguato, ma deve essere considerato per quello che è: una risposta emotiva quindi rischiosa, perché distratta rispetto alla complessità di casi che impongono invece l'elaborazione di risposte pensate e discusse insieme tra operatori di differente professionalità <sup>(2)</sup>, cosa possibile solo se concertata sul piano politico e organizzativo.

---

(2) Mentre il legislatore regionale si preoccupava di assicurare, attraverso l'integrazione delle politiche, l'integrazione professionale e istituzionale delle prassi operative, gli stessi problemi venivano dibattuti a più alti livelli. Il Consiglio d'Europa, nelle raccomandazioni agli Stati membri che hanno aderito al programma di azione triennale (2005-2008) "Bambini e violenza" (tra cui l'Italia), tra i dodici principi sui quali impostare e verificare il programma, pone al primo posto l'approccio integrato e per tre volte, successivamente, richiama il principio della prevenzione. Intanto nel 2006 l'OMS (Organizzazione Mondiale della Sanità) pubblicava, in collaborazione con l'ISPCAN (International Society for Prevention Child Abuse and

## 2. *A partire dalla prevenzione*

A ben vedere non è facile capire se le iniziative di prevenzione che pur numerose vengono svolte in Regione rispondono ai tre criteri previsti dalla legge (art. 23, comma 1): efficacia, efficienza, economicità. Analizziamoli singolarmente.

*Efficacia.* Un'attività di prevenzione efficace deve consentire di verificare una riduzione significativa – ma inizialmente potrebbe registrarsi anche un incremento, grazie ad una maggiore sensibilità circa il problema, e un conseguente aumento di segnalazioni, sempre da verificare rigorosamente – dei casi di maltrattamento in una determinata area; in Regione disponiamo di un efficiente osservatorio sull'infanzia (richiamato all'art. 7): si tratta di renderne costante la consultazione in fase di programmazione delle iniziative di prevenzione, per assicurarsi la possibilità di un monitoraggio che consenta di verificare, nel tempo, il *trend* dei casi.

*Efficienza.* Significa che le azioni di prevenzione svolte devono raggiungere il maggior numero di cittadini possibile, così da arricchire, in un territorio, le conoscenze diffuse riguardo ai diritti dei bambini e le modalità per garantirli, e modificare i sistemi di pensiero e di prassi che li riguardano. Una prevenzione efficiente mira ad elevare la qualità della vita di bambini e ragazzi, attraverso precise iniziative.

*Economicità.* La crescente preoccupazione di contenere i costi di ogni iniziativa, per quanto riguarda la prevenzione, deve probabilmente indurre a concentrare gli sforzi perché ogni singola azione sia coordinata e integrata con le altre, in modo da evitare sovrapposizioni e dispersioni <sup>(3)</sup>.

---

Neglect), *Preventing child maltreatment*, le linee guida per la prevenzione del maltrattamento all'infanzia – a breve disponibili anche nella versione in lingua italiana – che insistono particolarmente sulla ineludibilità dell'integrazione interistituzionale e interprofessionale non solo nelle funzioni di diagnosi e cura, ma a tutti i livelli dell'attività di prevenzione.

(3) Frequenti confronti con gli operatori e i responsabili territoriali, per quanto

Queste tre condizioni sono garantite o almeno favorite da una gestione corretta e solerte dei coordinamenti tecnici provinciali per l'infanzia e l'adolescenza, puntualmente descritti all'art. 21, in tutta la gamma delle loro potenzialità, che vanno ben oltre l'ambito della prevenzione, per una armonizzazione complessiva e insieme specifica di tutte le programmazioni che riguardano bambini e famiglie, grazie alla loro composizione multiprofessionale.

### *2.1. Con attenzione ai diversi livelli in cui si articola*

Il secondo comma dell'art. 23 fa riferimento implicito alla distinzione elaborata dal CAPCAE (Concerted Action for Prevention of Child Abuse in Europe), in attività da alcuni anni con un progetto europeo sulla prevenzione del maltrattamento all'infanzia, avviato alla fine degli anni '90, a cui l'Italia ha aderito fin dall'inizio. Il progetto, nell'intento di favorire una gestione ordinata e razionale dell'attività di prevenzione, approfondisce e spiega le caratteristiche specifiche di ciascuno dei tre livelli in cui tradizionalmente viene articolata l'attività di prevenzione.

È la stessa articolazione che troviamo al comma 2 dell'art. 23: nella promozione dell'agio e nell'educazione alla legalità e al rispetto reciproco (prevenzione primaria) la nostra Regione è nota anche oltre le Alpi, per il numero e la qualità degli asili nido e delle scuole per l'infanzia, per la cura a garantire spazi pubblici di gioco attrezzati e custoditi, luoghi per il tempo extra-scolastico. La l.r. 14/2008 se ne occupa fin dal comma

---

riguarda l'attività di prevenzione, hanno raccolto da un lato notizie di numerosissime iniziative, anche di alto profilo, e dall'altro le perplessità degli stessi promotori e organizzatori riguardo alla loro efficacia, per una lamentata discontinuità delle iniziative stesse, a causa di una diffusione territoriale "a macchia di leopardo", della disomogeneità di pensiero e di giudizio delle agenzie promotrici (scuola, privato sociale, volontariato, servizi, università) e del frequente scollamento tra loro. Il comma 1 dell'art. 23 è volto ad evitare questo rischio.

2 del primo articolo, e vi dedica tutto il secondo articolo, in cui sono presentati specifici punti forti di questa prevenzione primaria che si concretizza nella cura dell'agio. Si valorizzano le abilità e le differenze, la partecipazione, la promozione del dialogo intergenerazionale, dell'educazione alla pace, alla legalità, il rifiuto della violenza, il diritto alla salute, la facilità di accesso ai servizi, il diritto all'ascolto in tutte le procedure amministrative che riguardano gli infradiciottenni, tutti segnalati come punti significativi in cui si materializzano i principi ispiratori della legge stessa.

La seconda articolazione dell'attività di prevenzione è indicata dalla legge, in perfetta sintonia con le indicazioni europee, nel monitoraggio delle situazioni di rischio per prevenire, con interventi mirati, la loro possibile degenerazione in situazioni di danno conclamato per bambini e ragazzi. A questo secondo livello le condizioni di efficacia, efficienza ed economicità sono particolarmente coinvolte, proprio in tema di integrazione tra servizi, di passaggio rapido di informazioni, di segnalazioni tempestive reciproche tra istituzioni e servizi diversi, al fine di assicurare alle famiglie quegli aiuti che consentano loro di uscire dalla zona di rischio e di farsi carico, con il dovuto sostegno, del compito genitoriale prima che l'incapacità, la solitudine, le conseguenze di esperienze esistenziali negative degenerino in carenze genitoriali gravi, procurando danno alla prole.

La terza articolazione è quella che prevede l'intervento dopo che il danno si è verificato ed è emerso. Questa purtroppo è la situazione più frequente, anche perché, come riconosce il documento OMS citato sopra, il maltrattamento familiare non è sempre di facile evidenza, sia per la distrazione del contesto sociale, sia per la resistenza che i genitori in difficoltà provano a riconoscere di aver bisogno di essere aiutati e ad accettare un aiuto.

In genere è difficile, per il servizio o l'operatore che si trovano a seguire questi casi, riconoscere il prezioso valore preventivo della loro attività: gli operatori possono provare un

senso individuale o collettivo di impotenza, di irreparabilità della situazione che stanno trattando. È invece importante, anche per il suo benessere, che chi opera a questo terzo livello sia consapevole della grande importanza di ciò che sta facendo: proteggere un bambino o un ragazzo vittima di violenza, intervenire quanto più precocemente possibile per la riparazione dei danni (prevalentemente evolutivi e psicologici, quindi non sempre facilmente e immediatamente diagnosticabili); evitare la reiterazione delle azioni genitoriali dannose significa superare il rischio di cronicità che troppo spesso minaccia queste vittime.

Il comma 3 dell'articolo, infine, fa chiarezza circa un equivoco che spesso complica i percorsi, già di per sé accidentati e faticosi, della protezione del bambino. Sembra infatti all'uomo della strada, anche a causa di messaggi mass-mediali confusivi, che la protezione di un bambino si accompagni ad obiettivi punitivi degli operatori nei confronti dei genitori. La Regione con questo comma esprime con chiarezza, invece, lo spirito che del resto caratterizza tutta la legge, e che è lo spirito degli operatori psico-sociali-sanitari e dei servizi nei quali operano: quello di sostenere le possibilità affettive, accuditive ed educative dei genitori al fine di garantire a tutto il nucleo quel benessere di cui il soggetto in età evolutiva ha bisogno. Evidentemente, siamo ancora in ambito di prevenzione, in un'ottica che pone al primo posto le competenze genitoriali, al fine di renderle adeguate ai loro compiti, e non pensieri, pregiudizi, atteggiamenti ispirati al sospetto e alla squalifica <sup>(4)</sup>.

---

(4) Una prova dell'approccio non criminalizzante, ma impegnato sul fronte del sostegno, è evidente nello spazio che la legge dedica a un servizio specifico volto anche alla prevenzione del disagio familiare: i Centri per le famiglie, che la legge colloca al primo posto tra i servizi del territorio (Capo II), specificandone i fini (promozione del benessere, specie ai nuclei monoparentali o con figli disabili; sostegno negli eventi critici, potenziamento dell'attività dei servizi territoriali e specialistici) e le tre principali aree di intervento (informazione per un accesso rapido e amichevole al servizio; consulenza educativa; sviluppo delle risorse familiari e comunitarie); programmazione integrata con i consultori familiari.

### 3. Una formazione a 360°

In coerenza con l'impostazione rigorosa data all'attività di prevenzione, il legislatore regionale si preoccupa di renderne possibile l'attuazione. Già all'art. 9 è annunciato l'impegno per l'approccio integrato e agli artt. 17 e 18 sono stabiliti i modelli organizzativi che meglio possono garantire tale approccio. L'art. 24, focalizzato sui bisogni di sostegno, aiuto e accompagnamento dei bambini e ragazzi vittime di reato, si preoccupa, nel comma 1, di assicurare qualità all'attività dell'operatore e informazione diffusa sulle buone prassi da seguire.

In realtà il compito di individuare la possibilità che esistano gli estremi di reato è un compito non solo estremamente delicato e complesso, ma anche emotivamente inquietante. D'altra parte l'operatore non deve trasformarsi in investigatore ma, in qualità di pubblico ufficiale o di incaricato di pubblico servizio, ha l'obbligo penale di segnalare all'autorità giudiziaria situazioni fondatamente sospette. Già la consapevolezza di questo obbligo, in una materia che attiene all'intimità di un nucleo familiare, può creare dubbi, perplessità, soprattutto indurre a non vedere<sup>(5)</sup> o, al polo opposto di questa posizione, aprire il campo a denunce frettolose e prive di un minimo di riscontro obiettivo, causando gravi danni a tutto il nucleo familiare e di riflesso alla presunta vittima, esposta così comunque ad una vittimizzazione<sup>(6)</sup>.

La risposta a questi rischi è ben articolata alla lettera *a*) del comma 1 dell'art. 24, dove il legislatore presenta non un

---

(5) Si veda, a questo proposito, C. ROCCIA e C. FOTI, *Occhio non vede, cuore non duole, operatori minorili e meccanismi di difesa nella gestione dei casi di abuso sessuale*, in *Ib.* (a cura di), *L'abuso sessuale sui minori. Educazione sessuale, prevenzione e trattamento*, Milano, Unicopli, 1998.

(6) Per la soluzione dei possibili problemi giuridici, dei servizi, la legge (art. 17, comma 7) prevede, quale sostegno per gli operatori e le équipes, la figura dell'esperto giuridico. La Regione negli anni 2004-2005 ha attivato, in tal senso, una prima esperienza formativa.

generico richiamo alla necessità della formazione, ma passa in rassegna i numerosi operatori che nello svolgimento dei loro compiti professionali possono, per motivi diversi, entrare in contatto con bambini che attraverso il comportamento, segnali fisici o confidenze, rivelano situazioni di violenza subita o assistita. Il legislatore, con un approccio meticoloso e innovativo, elenca queste diverse professionalità (personale scolastico ed educativo in genere; pediatri di libera scelta e medici di famiglia; pediatri di comunità e assistenti sanitari addetti al percorso vaccinale; operatori delle strutture ospedaliere; operatori degli spazi giovanili consultoriali e dei centri di ascolto per adolescenti) e per ciascuna di esse non solo richiama la necessità di una formazione specifica in ordine alla prevenzione e alla protezione dei bambini, specie nei casi più gravi di violenza sessuale e maltrattamento, ma giustifica i motivi della necessità di tale formazione, in relazione alle loro specifiche opportunità di osservazione.

Queste linee dettagliate di formazione, per una perfetta e quanto più efficace applicazione, richiedono di essere integrate con quelle già espresse dal legislatore regionale che individuava nella formazione al lavoro di équipe una condizione indispensabile per la corretta prevenzione e presa in carico dei casi di abuso ai minori <sup>(7)</sup>. Ora il cerchio si chiude, sulla linea della conferma dell'esistente e dell'innovazione suggerita dalla sperimentazione di quel primo richiamo: non solo incontri di équipe multidisciplinari, ma incontri tra professionisti specificamente formati nell'individuazione e nella rilevazione di segnali di sofferenza nei bambini e ragazzi che possono incontrare nello svolgimento delle loro funzioni.

L'innovazione consiste nel coniugare e porre a confronto competenze e disponibilità, che in ultima analisi significa passare dalla volontà di esercitare la protezione alla istituzione

---

(7) Deliberazione del Consiglio regionale 24 novembre 1999, n. 1294 "Linee di indirizzo in materia di abuso sessuale sui minori".

di un vero e proprio sistema di protezione (art. 23, comma 2), garantito a monte dalle politiche e dalle scelte operative ampiamente illustrate in altri articoli della legge e riconfermate nello stesso comma. Il sistema si crea quando politiche, scelte organizzative, previsioni di bilancio, aggiornamento di risorse umane dedicate, assegnazione di tempi riservati al confronto, costruzione di sinergie operative, trovano un'armonizzazione complessiva accuratamente costruita e valorizzata. Allora il sistema di protezione per il benessere e la cura di bambini e ragazzi funziona e in un sistema così organizzato le giovani generazioni, che sono comunque soggetti deboli, vivono in sicurezza.

#### 4. *L'informazione su aspetti specifici del disagio minorile*

Accanto alla formazione, le lettere *b*), *c*) e *f*) di questo ricchissimo comma 1 dell'art. 24 trattano il tema dell'informazione, in uscita e in entrata: campagne informative alla popolazione perché si formi una competenza diffusa e generale sui temi riguardanti l'abbandono scolastico, e sulle forme diverse di sfruttamento dei cittadini di età minore, perché sappiano come evitarle se ne fossero tentati o le riconoscano come reato se ne venissero a conoscenza, e come segnalarle. Questo genere di informazione è da considerare una vera e propria educazione alla responsabilità civica che ogni cittadino adulto, al di là della professione e dello stato di vita, deve percepire come responsabilità propria nei confronti dei suoi concittadini più piccoli. Troppo spesso la tendenza a "non interessarsi", a "fare i fatti propri" consente di fatto che situazioni di rischio degenerino in tragedie estreme che vedono coinvolte piccole vittime. Accanto alla promozione di una coscienza civica responsabile, la legge prevede anche campagne per favorire nei cittadini la conoscenza dei loro diritti e i passi da compiere per ottenerli, per promuovere la costituzione di parte civile (lettera *f*) sempre del comma 1) o la conoscenza del diritto alla prote-

zione di cui le vittime possono godere nel corso della raccolta di testimonianze, come previsto dalla legge italiana (comma 3 dello stesso articolo) <sup>(8)</sup>.

Non solo: la lettera *c*) del comma 1 prevede un ulteriore intervento teso a facilitare e semplificare il passaggio di notizie dall'ambito privato all'ambito pubblico, per assicurare interventi protettivi quanto più possibile tempestivi: l'attivazione di punti di ascolto per altro non generici, non paragonabili ai tradizionali sportelli sociali, ma gestiti da operatori competenti <sup>(9)</sup>.

### 5. *La cura, un tema delicato e controverso*

Le lettere *c*), *d*), e il comma 5 affrontano con apparenti naturalezza e ovvietà temi che non sono per nulla scontati; anzi: sono spesso al centro di feroci dibattiti giudiziari e di pesanti polemiche.

Non è affatto scontato che al minore vittima sia assicurato "l'accompagnamento tutelante in tutto il percorso di protezione e riparazione, a partire dall'allontanamento, anche d'urgenza, dalla famiglia, fino all'assistenza nell'eventuale iter giudiziario, da parte di persone competenti, capaci di attivare un rapporto di fiducia con il bambino o l'adolescente" (comma 1, lettera *d*). Ancor meno o per nulla scontata è la possibilità che la vittima possa contare su una presa in carico tempestiva, e questo paradossalmente proprio nei casi più gravi, che si configurano come reato e che necessitano più di tutti (il comma cita non a caso la violenza sessuale, che è la più grave, dannosa, destabilizzante violenza che un giovane cittadino possa subire, gravida di

---

(8) Art. 609-*decies*, terzo e quarto comma del codice penale e art. 498, comma 4-*ter* del codice di procedura penale.

(9) Tra l'altro questi sportelli pubblici, ai quali il cittadino può accedere sia personalmente che tramite telefono, in Italia si stanno diffondendo fino a costituire una rete che renderà sempre più superflue le costose reti private.

conseguenze anche a lungo termine difficilmente riparabili) di interventi riparativi agiti con tempestività e competenza <sup>(10)</sup>.

Gli ostacoli all'erogazione tempestiva delle cure psicologiche di cui necessita una personalità in formazione che è stata vittima di un grave trauma non vengono tanto e solo dalla mancanza, pur presente, di operatori preparati, dalla povertà di risorse umane da cui sono afflitti i servizi sociali e sanitari dedicati a questo particolare genere di disagio minorile, quanto e soprattutto da una corrente ideologica che periodicamente elabora e diffonde "carte" elaborate da gruppi di professionisti, con carattere di indirizzo (non normativo!) nelle quali si individua nella cura al minore traumatizzato un impedimento all'accertamento della verità giudiziaria, negando valore di prova agli elementi conoscitivi e valutativi raccolti da chi svolge la terapia. La conseguenza è che l'intervento terapeutico può essere gravemente procrastinato. Questa corrente di pensiero <sup>(11)</sup>, evidentemente, trascura o almeno sottovaluta da un lato l'effetto traumatico dei comportamenti violenti sul sistema psicologico dei soggetti che li hanno subiti – specie in età evolutiva – e dall'altro ignora tutta la letteratura che illustra, spiega <sup>(12)</sup> e motiva l'urgenza di interventi riparativi,

---

(10) La *Dichiarazione di consenso in tema di abuso sessuale all'infanzia*, elaborata dalla omonima commissione scientifica del CISMAI (Coordinamento Italiano dei Servizi contro il Maltrattamento e l'Abuso all'Infanzia) afferma che "il danno (dell'abuso, *N.d.R.*) è tanto maggiore quanto più: il fenomeno resta nascosto o non viene riconosciuto; non viene attivata protezione nel contesto primario e nel contesto sociale; l'esperienza resta non verbalizzata e non elaborata; viene mantenuta la relazione di dipendenza della vittima con chi nega l'abuso" in M. MALACREA e S. LORENZINI, *Bambini abusati*, Milano, Cortina, 2002, p. 1.

(11) Espressa in particolare nella *Carta di Noto* del 9 giugno 1996, aggiornata il 7 luglio 2002 e nel *Protocollo di Venezia* del 23 settembre 2007.

(12) Si citano qui solo alcuni autori. D. GLASER e S. FROSH, *Sexual child abuse*, London, MacMillan, 1993; D. GHEZZI, *Le risposte di aiuto nell'abuso sessuale intra-familiare sui minori*, in *Minori Giustizia*, Milano, Angeli, 1998, n. 2; J.L. HERMAN, *Trauma and Recovery*, New York, Basic Books, 1992, trad. it. *Guarire dal trauma*, Roma, Ma.Gi., 2005; R. LUBERTI, *Caratteristiche degli effetti a lungo termine della violenza subita in età minore*, in D. BIANCHI e E. MORETTI, *Vite in bilico, indagine retrospettiva sui maltrattamenti e abusi in età infantile*, Firenze, Istituto degli In-

descrivendone la complessità e il *surplus* di difficoltà dovuto frequentemente proprio a ritardi nell'erogazione delle cure<sup>(13)</sup>, e infine giunge a ignorare lo stesso dettato costituzionale<sup>(14)</sup>. Se da un lato è doveroso garantire i diritti di chi è presunto colpevole, d'altra parte è pericoloso e assolutamente da evitare il rischio di condividere quella cultura adultocentrica che tende a diffidare della capacità dei bambini e adolescenti di ricordare e riferire correttamente esperienze fisiche ed emotive subite<sup>(15)</sup>.

È doveroso pure tener presente – anche perché l'articolo che stiamo esaminando ne fa esplicito richiamo agli operatori nel già citato comma 3) – che, a fronte di questa diffidenza, sono frequentemente trascurate<sup>(16)</sup> proprio quelle misure previste

nocenti, 2006; M. MALACREA e A. VASSALLI, *Segreti di famiglia*, Milano, Cortina, 1990; M. MALACREA, *Trauma e riparazione*, Milano, Cortina, 1998; M. MALACREA e S. LORENZINI, *Bambini abusati*, Milano, Cortina, 2002; B.A. VAN DER KOLK, A.C. MCFARLANE e L. WEISAETH, *Traumatic Stress*, New York, The Guilford Press Inc., 1996, trad. it. *Stress traumatico, gli effetti sulla mente, sul corpo e sulla società delle esperienze intollerabili*, Roma, Ma.Gi., 2004. La letteratura è in genere concorde sulla necessità di garantire tempestivamente le cure ai bambini vittime di traumi psicologici, specie di natura sessuale, così come vengono normalmente garantite alle vittime di trauma fisico.

(13) M.T. PEDROCCO BIANCARDI e L. e M. SPERASE, *La cicogna miope, dalla famiglia che violenta alla famiglia che ripara*, Milano, Angeli, 2008, descrivono il faticoso percorso di recupero di una ragazzina che, pur avendo ripetutamente tentato di rivelare e di chiedere aiuto per sfuggire agli abusi intrafamiliari di cui era vittima, solo a 12 anni è stata riconosciuta e aiutata nella sua dolorosissima situazione, con costi umani pesantissimi, sia per lei che per gli operatori e soprattutto per la famiglia che se ne è fatta carico.

(14) La Costituzione italiana, all'art. 32, comma 1, sancisce il diritto alle cure per ogni cittadino, affermando: "La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo (...)".

(15) Il tema della protezione è stato approfondito in un convegno regionale, organizzato dal CISMAI e dalla Regione Emilia-Romagna il 23 novembre 2007, in occasione della Giornata mondiale della prevenzione dell'abuso all'infanzia celebrata a Bologna, i cui atti sono pubblicati in A. CALCIOLARI e M.T. PEDROCCO BIANCARDI (a cura di), *Violenza e salute: il bambino al centro, pensieri ed esperienze di protezione*, Bologna, Regione Emilia-Romagna, 2008 (Quaderni del servizio politiche familiari, infanzia e adolescenza della Regione Emilia-Romagna, n. 18).

(16) Cfr. i risultati della ricerca svolta da D. DIANO sull'applicazione delle misure di protezione previste dalla legge nel corso delle audizioni protette e degli incidenti

dalla legge per rendere meno faticosa la testimonianza della vittima, nella maggioranza dei casi – data la specifica qualità del reato – unico testimone (17).

## 6. *Specifici ambiti di cura*

Un intervento del consiglio direttivo dell'AIMMF (Associazione Italiana Magistrati Minori e Famiglie) dell'8 marzo 2008 ha portato chiarezza sul delicato problema del diritto della vittima alla cura, ribadendone la precedenza assoluta, con l'affermazione che “gli interventi di cura, psicologici ed educativi, non possono essere né rinviati né subordinati in relazione ai tempi del processo penale, ad esigenze di segretezza e alle garanzie dell'indagato o imputato già previste dalla legge; neghiamo che curare un bambino che sta male possa ledere diritti altrui”.

Questo autorevole chiarimento coinvolge evidentemente in modo rigoroso lo stile operativo dei servizi, in coerenza, del resto, con quanto ripetutamente richiedono numerosi passi dell'art. 24.

Può essere utile approfondire ulteriormente le opportunità implicite nel già accennato sistema di protezione (comma 2) che, costruito sulla solida base delle intese interistituzionali, è lo strumento cui la Regione assegna il ruolo di garantire e potenziare “l'efficacia delle azioni a favore dei bambini e degli adolescenti. Il sistema è costituito da servizi e da interventi di prevenzione, ascolto, sostegno, diagnosi, terapia ed accoglienza (...) gestiti da soggetti pubblici e privati operanti in modo integrato e sinergico”.

---

probatori svolti con bambini e adolescenti vittime di violenza sessuale e chiamati a testimoniare, in *Minori Giustizia*, Milano, Angeli, n. 2/2009, in corso di stampa. (17) Numerosi problemi relativi al tema del diritto alla cura del bambino traumatizzato sono richiamati anche in M.T. PEDROCCO BIANCARDI, *Violenza sessuale su bambini e ragazzi: tra rischio di ulteriori violenze e impegno di protezione*, in *Minori Giustizia*, cit.

Sostanzialmente, una rivisitazione riepilogativa dei compiti assegnati al sistema di protezione dall'art. 24 della legge nei confronti dei minori vittime di reato si sviluppa secondo due direttive:

– “l’accompagnamento tutelante del minore vittima in tutto il percorso di protezione e riparazione, a partire dall’allontanamento, anche d’urgenza, dalla famiglia, fino all’assistenza nell’eventuale iter giudiziario”. In realtà l’accompagnamento della vittima, quando possibile – cioè nei casi in cui l’allontanamento non sia un’urgenza immediata o debba essere svolto all’insaputa dei genitori per evitare pericolose azioni di contrasto – deve iniziare ancor prima dell’allontanamento, con un’opera di descrizione, motivazione, giustificazione della scelta che si intende operare, per attenuare le conseguenze traumatiche del cambiamento che esso comporterà, e del quale il bambino tenderà inevitabilmente ad attribuirsi la causa. È già in questo momento preparatorio, condotto da personale “competente, capace di attivare un rapporto di fiducia” – possibilmente un educatore – che inizia il percorso di protezione e riparazione, che non può identificarsi superficialmente con i soli aspetti fisici. Il danno più grave che la vittima ha subito e che l’allontanamento rischia di acutizzare è sul piano psicologico: protezione e riparazione significa anzitutto evitare la possibile vittimizzazione secondaria, che la legge richiama al comma 3. Il bambino elabora proprie idee su quanto sta accadendo a lui e alla sua famiglia: vede genitori e parenti più inquieti di prima, sente giudizi pesanti sui servizi e i tribunali, coglie parole e pensieri di preoccupazione; talvolta viene apertamente accusato di essere la causa di tutto perché “ha parlato”, e addirittura di aver detto cose non vere, di essere bugiardo. La sua conclusione è semplice e diretta: “È tutta colpa mia”, e questo giudizio lo seguirà per lungo tempo, tingendo di nero anche i momenti belli o almeno di pace che l’esperienza dell’allontanamento potrà procurargli. L’intervento dell’operatore di riferimento, che tale dovrà restare per tutto il percorso di uscita dal tunnel della violenza di cui è stato vittima, già prima dell’allontana-

mento, può aiutarlo a modificare almeno in parte le impressioni negative che lo seguiranno per tutta la vita. Questo operatore di riferimento dovrà periodicamente incontrarlo per registrare il tono del suo umore, per spiegargli eventuali modifiche al primitivo progetto, per accompagnarlo nelle eventuali visite protette, soprattutto per prepararlo ed essergli vicino nell'eventuale interrogatorio testimoniale;

– “la presa in carico tempestiva e complessiva, sociale, sanitaria ed educativa”: è costituita in realtà da tre diverse funzioni, che inevitabilmente chiamano in causa il sistema. Purtroppo la penuria di risorse, che induce ciascun servizio a chiudersi nel proprio compito, lo scollamento tra Comuni e AUSL, la scarsa pratica del lavoro di équipe, rischiano di concentrare le tre diverse funzioni sulla responsabilità della sola assistente sociale, la cui preparazione ad ampio raggio può consentirle, più che ad altri colleghi, la competenza di riconoscere la natura dei problemi, ma non certo la competenza di dare risposte adeguate. Di fatto, nella carenza di disponibilità dei servizi complementari e complessivamente costitutivi della presa in carico, l'assistente sociale si trova spesso a svolgere, in solitudine e come può, compiti che non sono di sua stretta competenza, nell'urgenza dei tempi stabiliti dal tribunale per la restituzione delle informazioni richieste, fra le pressioni e le ostilità delle famiglie e dei loro rappresentanti legali. La presa in carico non può essere di un unico servizio – quello sociale – ma, attraverso quest'ultimo, cui per legge è assegnata la regia e la responsabilità del caso, compete anche ai servizi che di volta in volta emergono come indispensabili e che attingono all'area sanitaria e educativa. Del resto in proposito il comma 5 è assolutamente esplicito, là dove afferma che “la Regione riconosce il loro (dei bambini vittime, *N.d.R.*) diritto a cure tempestive, mediante percorsi di sostegno psicologico e psicoterapeutico a opera dei servizi territoriali o specializzati”. Un caso particolare di questa presa in carico complessiva è rappresentato dal sostegno al genitore protettivo che la lettera e) del comma 1 richiama esplicitamente. Quando la violenza

è intrafamiliare, non sempre il genitore non abusante è immediatamente protettivo, e molto opportunamente il testo parla di sostegno. In presenza di eventuali gravi rivelazioni della vittima – dirette o mediate dalla scuola o da altre fonti di riferimento – non sempre il genitore non abusante è in grado di affrontare la situazione con la necessaria lucidità: può essere tentato di colludere con il perpetratore, che spesso è una persona cara, da cui dipende emotivamente e non di rado anche economicamente, o di presumere di riuscire a proteggere il figlio anche senza interrompere drasticamente i rapporti familiari. Il passaggio da genitore non abusante a genitore protettivo è spesso un percorso difficile che richiede, appunto, sostegno specifico, spesso di natura psicologica.

### *7. Le équipes di secondo livello*

Il legislatore regionale dimostra un'ampia competenza ed una forte sensibilità nei confronti della molteplicità e gravità dei problemi connessi alla tutela dei bambini e delle bambine, dei ragazzi e delle ragazze, degli adolescenti di entrambi i sessi.

Così, nell'ambito dei servizi del territorio (Capo II), all'art. 18, la legge prevede la costituzione di "équipes specialistiche di secondo livello", attivate in ambito provinciale o sovradistrettuale e promosse dalla Conferenza territoriale sociale e sanitaria. Il sistema si perfeziona: con molto realismo, il legislatore si mostra consapevole che, tra i casi di "normale" disagio, se ne presentano spesso alcuni di più alta complessità, vuoi per la gravità e multiproblematicità delle situazioni, vuoi per l'elevato livello di conflitto, vuoi per intrecci relazionali complicati, o abitudini culturali consolidate, o difficili storie familiari transgenerazionali. Casi dove la difficoltà di comprensione rende difficile quella presa in carico efficace che il territorio deve assicurare; casi che necessitano di alta specializzazione.

In questi casi, i servizi territoriali devono poter contare su un servizio di consulenza (comma 4, lett. a), che aiuti a districare

i problemi, ma non solo: questo è il livello minimo richiesto. Più decisiva e preziosa è la possibilità di contare su un'équipe specializzata che, su invio del servizio territoriale e rispettandone la titolarità (comma 3), prenda in carico complessivamente il caso “quando la sua gravità suggerisce interventi integrativi a quelli (...) già avviati dal servizio territoriale”.

Anche l'accompagnamento della vittima nel percorso giudiziario (comma 4, lett. *c*) può presentare aspetti di particolare complessità, e in questi casi l'intervento dell'équipe specializzata può garantire maggior cura di quanto sia possibile prestare da parte del servizio territoriale, operato dalla molteplicità dei casi ad accesso diretto.

Un ulteriore tema di estrema delicatezza riguarda l'accoglienza dei bambini e dei ragazzi che, a causa di stili di vita o episodi violenti a cui sono esposti nella famiglia biologica, devono essere accolti in comunità o in famiglia affidataria. A questo tema la Regione ha dedicato uno specifico documento: la “Direttiva in materia di affidamento familiare e accoglienza in comunità di bambini e ragazzi” approvato con delibera di Giunta regionale n. 846 dell'11 giugno 2007. Il paragrafo 1.3.3 della parte III della direttiva, estremamente impegnata e impegnativa sul fronte della formazione di tutti gli operatori dell'accoglienza – adulti e nuclei affidatari ed educatori di comunità – dichiara l'obbligatorietà della supervisione per gli educatori di alcune specifiche categorie di comunità di accoglienza e, nel contempo, la raccomanda “fortemente per tutti”. Ebbene, la l.r. 14 alla lettera *d*) del comma 4 dell'art. 18 che stiamo esaminando assegna questo compito di supervisione all'équipe di secondo livello. Altro problema cruciale per i servizi della tutela è la terapia: si tratta in realtà di un duplice problema. Infatti il caso è da prendere in carico su due fronti: dal punto di vista della vittima, che resterà in qualche modo tale finché non avrà potuto elaborare il trauma subito, e dal punto di vista della famiglia di origine dalla quale ha dovuto essere separato, che non potrà accoglierlo in sicurezza; nei casi meno felici la vittima potrà essere inserita in una famiglia che, accogliendo-

lo come figlio, gli assicurerà non solo affetto, protezione ed educazione adeguata, ma anche identità di cittadino a tutti gli effetti. I casi gravi di violenza ai soggetti in età evolutiva, se si vogliono definitivamente risolvere, alla fine del lungo percorso di rilevazione, osservazione, valutazione, protezione, iter che frequentemente dovrà incrociare anche l'ambito giudiziario, devono approdare a un intervento terapeutico. O meglio: terapia per la famiglia maltrattante, riparazione per la vittima, integra dal punto di vista sanitario, quindi non bisognosa di terapia, ma danneggiata dalle esperienze traumatiche, quindi bisognosa di riparazione. Il rischio è che questi due percorsi vengano svolti separatamente, affidati, come è giusto, a professionisti diversamente specializzati, ma non in contatto tra loro. Perché la violenza è una patologia relazionale, e sia la terapia di chi ne è affetto (la famiglia) sia la riparazione di chi ne ha subito i danni (il bambino/ragazzo/adolescente), pur se condotte distintamente, devono prevedere momenti di condivisione e un costante confronto tra terapeuti <sup>(18)</sup>. L'assegnazione del compito terapeutico ad un'équipe specializzata assicura questa possibilità di formato misto che, mentre cura distintamente i distinti disturbi, ricompone progressivamente la relazione devastata dalla violenza.

Da ultimo le condizioni perché queste équipe specializzate di secondo livello non restino nel mondo dell'utopia e il progetto diventi programma realizzabile e realizzato, il comma 5 prevede la composizione dell'équipe "costituita almeno dalle seguenti figure professionali: assistente sociale, psicologo esperto nei problemi dei minori, neuropsichiatra infantile ed educatore, a seconda dei casi integrata da altre figure professionali specificamente preparate".

---

(18) I testi che più di altri trattano il problema del particolare formato terapeutico/ripartivo richiesto da questi casi sono: M. MALACREA, *Trauma e riparazione*, cit. e J.L. HERMAN, *Guarire dal trauma*, cit.

## 8. *Una strategia di ampio respiro*

Si ricordava all'inizio per sommi capi il retroterra scientifico internazionale che conferma e rinforza lo spirito di questa legge. La preoccupazione per garantire alle piccole vittime della violenza una protezione quanto più tempestiva ed efficace è quindi autorevolmente condivisa, anche se non manca la consapevolezza del legislatore che la sua applicazione richiede l'operosità, l'organizzazione e la pazienza proprie di tutti i percorsi che non possono essere compiuti senza un consenso diffuso, frutto della consapevolezza che tutti i soggetti deboli (e i bambini e ragazzi lo sono in modo particolare, anche per il peso che l'attualità ha sul loro futuro personale e sociale), devono essere posti al centro delle attenzioni culturali, politiche, legislative, finanziarie, di una società che voglia essere veramente civile e interessata al proprio futuro.

Queste righe hanno limitato la riflessione solo su alcuni articoli della prima parte della l.r. 14/2008: Margherita Govi nelle pagine che lo precedono ha approfondito in modo più ampio tutti i passaggi e le scelte istituzionali che, assicurate o consolidate, possono in premessa favorire la sua applicazione. Ma è significativo e rassicurante il fatto che la legge, con coraggio e realismo, si proietti oltre l'infanzia e l'adolescenza per garantire, grazie a un benessere assicurato in partenza, il benessere dei giovani. La focalizzazione sulla prevenzione, in termini culturali e operativi, assicurerà loro la possibilità di progettare responsabilmente e di agire in autonomia, grazie al benessere che avranno potuto sperimentare nei primi anni di vita e in adolescenza.