



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE  
EMILIA-ROMAGNA  
Azienda Unità Sanitaria Locale di Bologna



Centro Specialistico Provinciale contro i maltrattamenti all'infanzia Il Faro

# Maltrattamento all'infanzia: buone prassi di intervento e ruolo della Scuola

Mariagnese Cheli, psicologa e psicoterapeuta

# Definizione generale del Maltrattamento

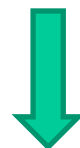


Il Maltrattamento si concretizza *“negli atti e nelle carenze che turbano gravemente i bambini e le bambine, attentano alla loro integrità corporea, al loro sviluppo fisico, affettivo, intellettuale e morale, le cui manifestazioni sono la trascuratezza, e/o lesioni di ordine fisico e/o psichico e/o sessuale da parte di un familiare o di terzi, assistere a violenza”* (IV Seminario Criminologico, Consiglio d’Europa, Strasburgo, 1978)

La violenza di genere è una delle violazioni dei diritti umani più frequenti in tutto il mondo



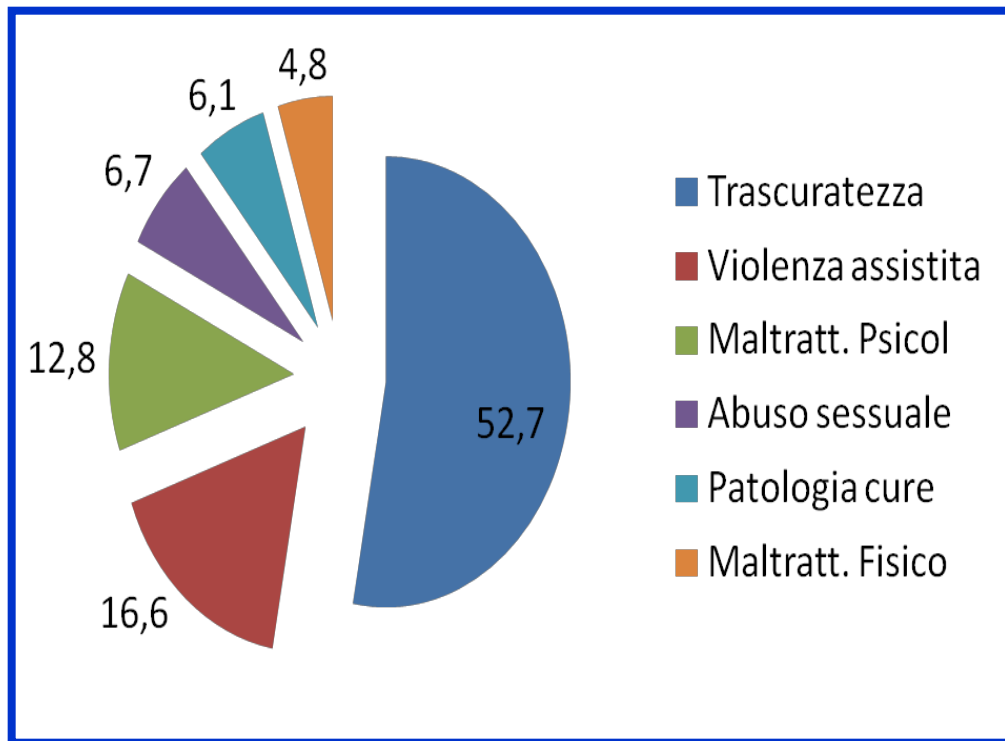
E' un fenomeno diffuso



Più di 6 milioni di donne hanno subito violenza  
2 milioni le donne vittime di violenza domestica  
Picco tra i 30 e i 40 anni - epoca della maternità (ISTAT, 2006)



400.000 in Italia i minori vittime di violenza assistita (Save the Children, 2015)



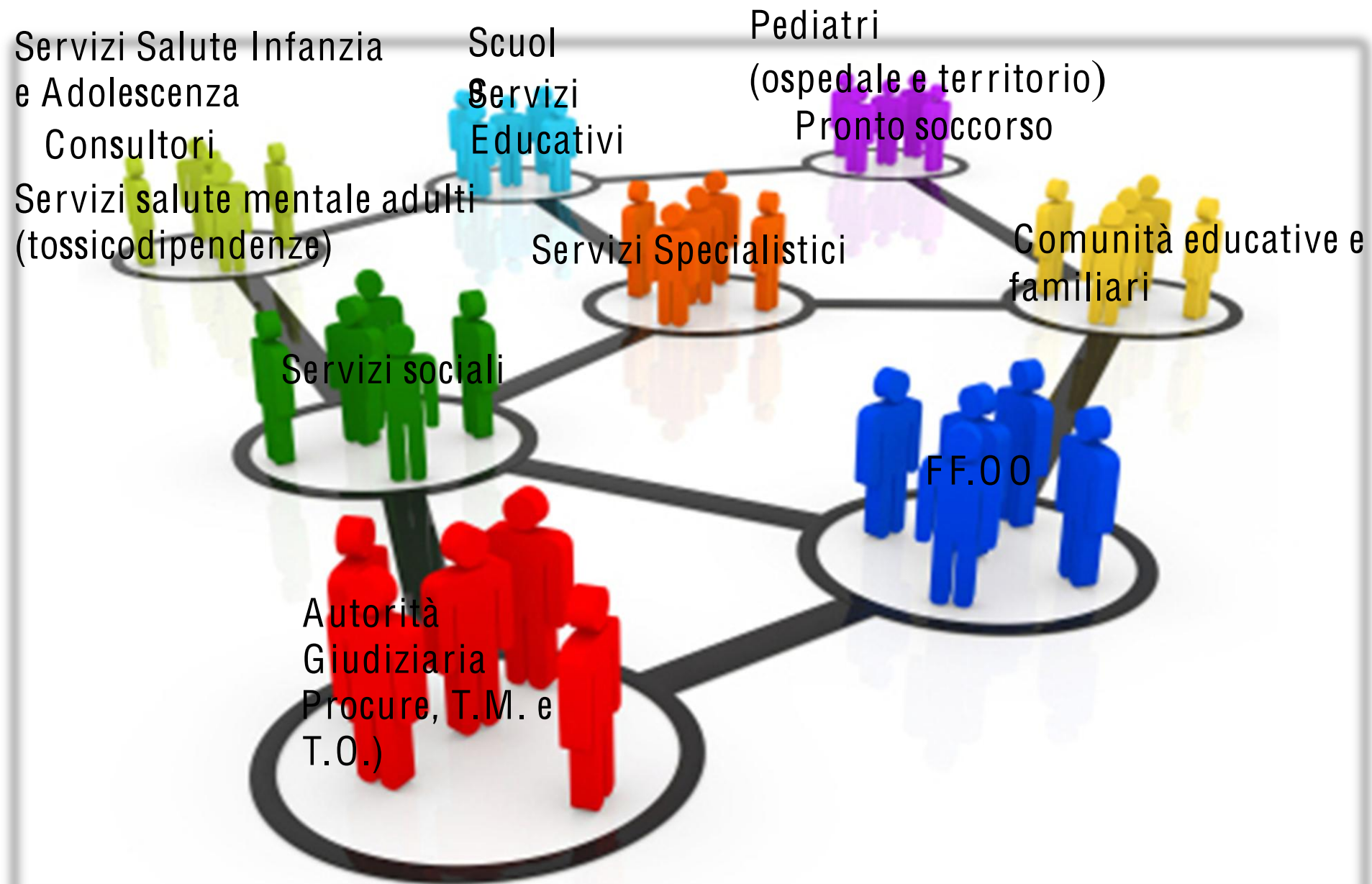
Circa 1 minore su 6 fra quelli assistiti dai S. Sociali è vittima di maltrattamento (Terres des Hommes, CISMAI)

# Forme esasperate di separazione coniugale come maltrattamento psicologico

- L'elemento abusante non è la separazione in sé ma le forme relazionali distruttive spesso perverse agite nella battaglia conflittuale.
- Figli sono invocati ma in realtà sembrano assenti nella dimensione emotiva dei genitori, non visti nella loro realtà, nei loro bisogni evolutivi
- Il meccanismo legale radicalizza e amplifica la questione in termini di vittoria o sconfitta
- I servizi e la scuola sono a rischio di collusione



# *Gli interlocutori riescono a “fare sistema”?*



## Servizi sociali

- Ricevono e inviano all'autorità giudiziaria competente le segnalazioni;
- effettuano valutazioni e indagini iniziali nei casi di sospetto maltrattamento/abuso;
- compiono *screening sociali approfonditi sui punti di forza* e di fragilità della famiglia e dell'ambiente di vita del minore di età;
- attuano, in collaborazione con altre risorse formali e informali, piani individualizzati e forniscono servizi diretti al sostegno delle famiglie nell'affrontare i problemi che sottendono la condizione di maltrattamento/abuso, al fine di ridurre il rischio di recidiva;
- sollecitano il coordinamento e la comunicazione tra le risorse coinvolte o coinvolgibili nei casi di maltrattamento/abuso, collaborando con i servizi sanitari;
- svolgono una funzione educativa e di consulenza nei confronti della comunità sul tema della protezione dell'infanzia, valorizzandone le risorse;
- assicurano l'accompagnamento del minore nell'iter giudiziario.

## Servizi sanitari

- Rilevano e segnalano all'autorità giudiziaria competente i casi di sospetto abuso/maltrattamento;
- forniscono servizi di diagnosi e trattamento clinico ai minori di età vittime di m/a e alle loro famiglie, valutando la recuperabilità delle funzioni genitoriali su mandato dell'autorità giudiziaria;
- svolgono attività di consulenza agli operatori dei servizi sociali e educativi per quanto riguarda gli aspetti clinici;
- partecipano all'*équipe multidisciplinare definita sul caso*;
- definiscono, in collaborazione con il servizio sociale, le esigenze del minore e un progetto di cura in suo favore;
- promuovono programmi di prevenzione primaria in collaborazione con le risorse formali e informali del territorio;
- assicurano la formazione/aggiornamento agli operatori sociali e educativi sugli aspetti clinici dell'abuso e del maltrattamento.

## Risorse per l'Accoglienza

Assicurano il soddisfacimento dei bisogni del minore e la sua protezione;

- collaborano con i servizi sociosanitari e educativi per facilitare esperienze riparative nella quotidianità e nel recupero delle capacità genitoriali;
- partecipano alle riunioni di *équipe multidisciplinare contribuendo*

a monitorare e calibrare il progetto d'intervento in base alle esigenze del bambino/adolescente accolto.

## Autorità Giudiziaria

- Conduce e coordina le indagini sui fatti specifici;
  - garantisce il coordinamento dell'azione penale con le esigenze di protezione del bambino/adolescente (ambito civile);
  - assicura che il minore di età sia adeguatamente preparato per rendere testimonianza;
  - fornisce al minore di età un avvocato per la difesa in caso di necessità;
  - individua i bisogni di protezione, educativi e psicologici del minore di età, anche sulla base delle relazioni inviate dai servizi sociosanitari;
  - assicura gli ordini di protezione in emergenza a favore della vittima in caso di necessità;
- impatto del processo giudiziario e in tutte le sue fasi.

## Scuola

- rileva e segnala all'autorità giudiziaria competente o al locale servizio sociale;
- partecipa a periodiche riunioni con gli operatori del servizio sociale e del servizio sanitario per assicurare l'aggiornamento sull'andamento del minore di età nel contesto scolastico;
- fornisce il proprio contributo per integrare le periodiche relazioni di aggiornamento dei servizi all'autorità giudiziaria;
- assicura alla vittima un ambiente neutrale e protettivo.

## Forze dell'ordine

- Ricevono e svolgono indagini su mandato della autorità giudiziaria nei casi di m/a
- valutano la sussistenza di prove sufficienti per perseguire i presunti abusanti;
- raccolgono la prima informazione testimoniale dal minore di età e dalle persone informate sui fatti;
- assistono gli operatori del servizio sociale nei casi di allontanamento del minore dalla famiglia.

# Quali problemi si pone la scuola?

Chi, come, quando segnalare (e a chi)...

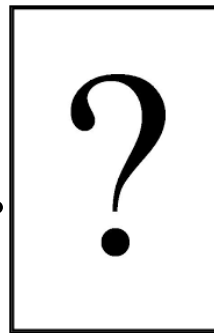
I dubbi ...



Quali responsabilità, quali prassi...

Dopo cosa succede...

I dubbi ...



In quali situazioni  
coinvolgere la  
famiglia

A chi rivolgersi per  
una consulenza  
confronto

Quali situazioni  
richiedono l'obbligo  
della segnalazione  
all'AG



# Cosa osservare?

- L'attaccamento come organizzatore dello sviluppo
- Il trauma del maltrattamento disorganizza l'attaccamento

# Da un'aspettativa fiduciosa a una minacciosa

- Pianto inconsolabile
- Disturbi del sonno (pavor, incubi)
- Rifiuto del cibo
- Esagerate reazioni di rabbia o paura
- Evitamento del contatto
- Manifestazioni aggressive
- Chiusura e isolamento
- Ricorrenti somatizzazioni
- Perdita di abilità acquisite
- Comportamenti sessuali inappropriati

La grande variabilità individuale e le differenti modalità con cui le singole persone possono reagire a un evento traumatico, in particolare l'abuso sessuale, fanno sì che non sia possibile determinare l'esistenza di una “*sindrome del bambino abusato*”: non è quindi *possibile* definire una precisa sintomatologia manifestata da tutti i bambini vittime di abuso sessuale in assenza di segni fisici evidenti (Friedrich, 1993; Kendall-Tackett et al, 1993).

Non è inoltre stato dimostrato che bambini vittime di abusi sessuali tendano a rappresentare atti sessuali, persone nude e genitali nei propri disegni più frequentemente degli altri. Occorre dunque considerare con estrema cautela i disegni dei bambini, a maggior ragione laddove costituiscano il solo campanello di allarme.

Comportamenti sessuali evolutivamente inappropriati e inaspettati nei bambini di età inferiore ai 12 anni (Araji, 1997; Chaffin et al., 2002): iniziale correlazione con l'abuso sessuale, alimentata dalle ricerche che dimostravano una significativa associazione tra abuso sessuale e successivi comportamenti sessualizzati.

La ricerca più recente suggerisce che l'abuso sessuale è sì un fattore eziologico significativo associato a problemi nel comportamento sessuale nei bambini ma non esaustivo (ad esempio, Bonner et al, 1999; Silovsky & Niec, 2002).

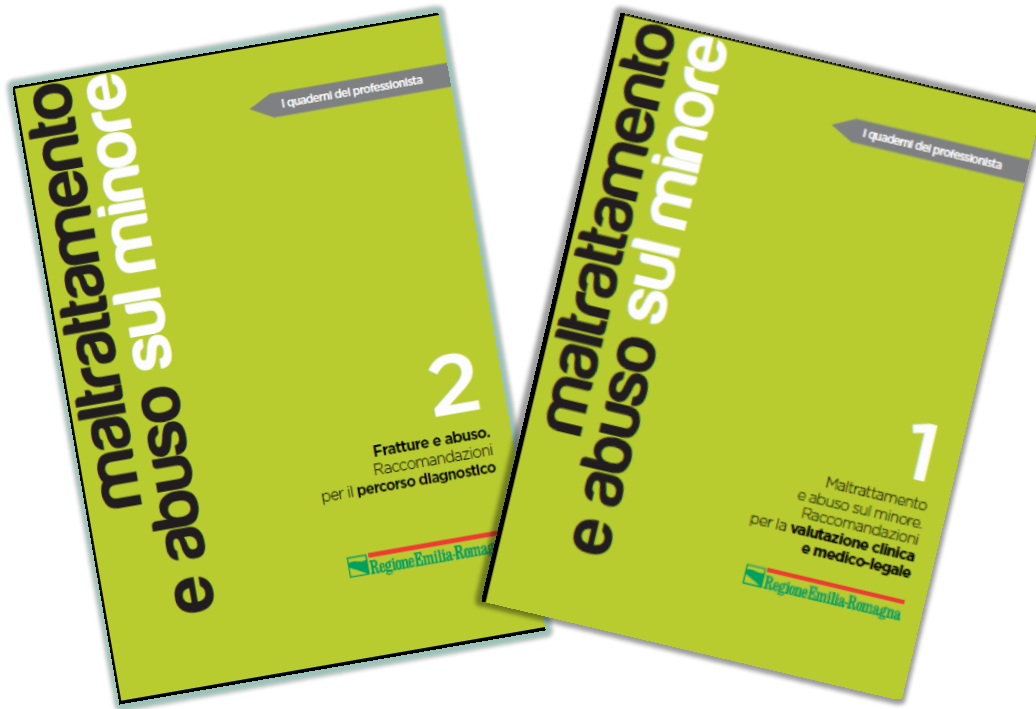
# Età Scolare

- Disturbi del sonno
- Sintomi somatici persistenti
- Disturbi d'ansia
- Agitazione psicomotoria
- Passività e inibizione
- Crisi esplosive di rabbia e aggressività
- Esposizione a situazioni di pericolo
- Drammatizzazione nel gioco delle esperienze traumatiche
- Vergogna e autoaccusa
- Difficoltà scolastiche
- Sogni ad occhi aperti

Nella prima infanzia i sintomi emotivi e comportamentali non sono indicatori specifici di maltrattamento ma piuttosto disturbi da stress traumatico in cui s'insinua il sospetto di maltrattamento

Sostenere il “dubbio” come funzione riflessiva del pensiero, non esprimere certezze, tollerare la frustrazione e non agire (non delegare), condividere le ipotesi e non assolutizzare il proprio punto di vista.





Sostenere il “dubbio” come funzione riflessiva del pensiero, non esprimere certezze, tollerare la frustrazione e non agire (non delegare), condividere le ipotesi e non assolutizzare il proprio punto di vista.

## Protocolli organizzativi integrati e condivisi

- ❖ del **Servizio Sanitario**, Ospedaliero e territoriale (procedure interne)
- ❖ del **Servizio Sociale** (procedure interne)
- ❖ **fra i Servizi Sanitario e Sociale** (procedure interservizi)
- ❖ dei **Servizi** con le **Agenzie Educative, FF.OO., AA.GG.** (protocolli interistituzionali)

che definiscano

### **chi deve fare - cosa - quando - nelle varie fasi**

(rilevazione, attivazione della rete dei servizi, segnalazione all'AA.GG. e misure di protezione del minore, valutazione multidisciplinare, trattamento)

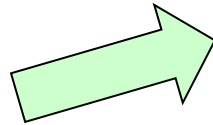
# Ruolo della Scuola

**prevenzione  
primaria**

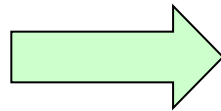


identificazione precoce dei fattori di vulnerabilità e di rischio (amplificazione) e ... messa in atto di interventi appropriati

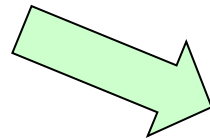
delle relazioni familiari



dei comportamenti del  
bambino



dei momenti di  
“crisi”



**Scuola e  
Pediatria  
osservatori  
privilegiati**

# Ruolo della Scuola

- **Ambiente privilegiato di osservazione**



sapere osservare



promuovere ascolto



emersione del fenomeno

- **Ambiente neutro privilegiato**

## Premessa importante

NESSUN OPERATORE può affrontare e risolvere da solo un situazione di abuso **all'infanzia**- necessità di un lavoro di rete-

Ruolo della componente emotiva

- Riconoscimento delle proprie emozioni
- Ricerca di una distanza appropriata
- Dialogo e confronto
- Strumenti di rilevazione/ osservazione  
= professionalità



In sintesi, le Linee di Indirizzo RER:



Rappresentano una **cornice di riferimento per i Servizi, gli Enti e i diversi soggetti della rete** a vario titolo coinvolti dalla tematica (in part. *Cap. 3*).

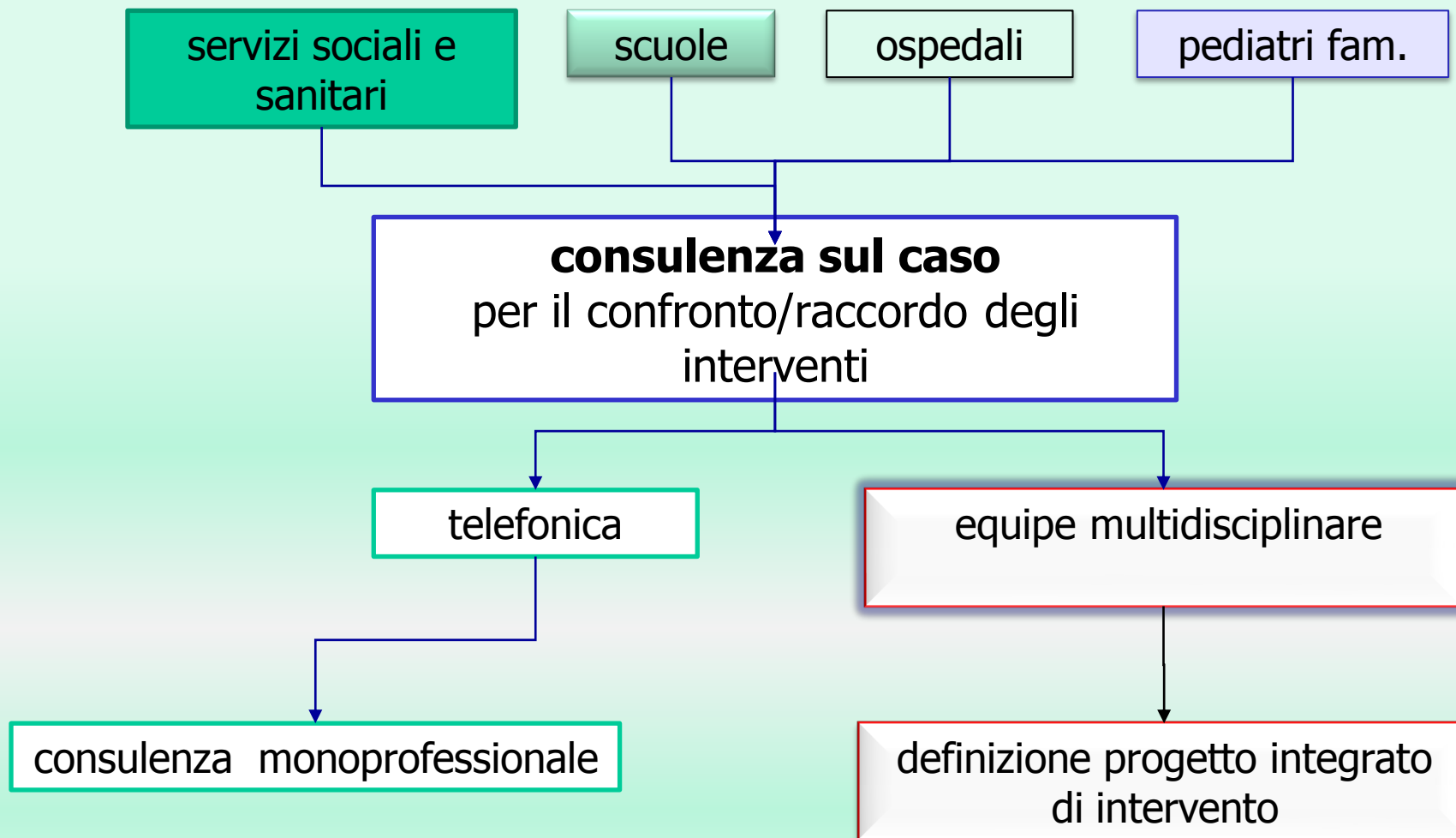
Costituiscono **indicazioni concrete e operative** (*Cap. 5*) *per utilizzare le prassi in uso* (linee guida, protocolli, raccomandazioni) e, possibilmente, migliorarle, intervenendo per rimuovere le condizioni (criticità) che ostacolano un tempestivo, efficiente ed efficace funzionamento dei servizi.

Evidenziano che il lavoro concernente il maltrattamento/abuso sul minore esige **il massimo livello di integrazione tra i professionisti, tra i Servizi e tra quest'ultimi e gli Enti/Agenzie** (*Cap.5*).



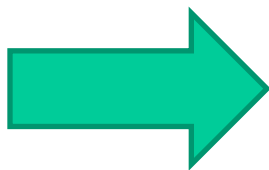


# La consulenza



# Area bolognese

SANITARIA

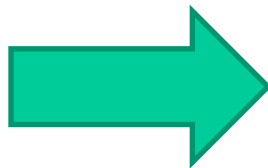


PERCORSO SANITARIO INTEGRATO  
IN CASO DI VIOLENZA  
SESSUALE/SOSPETTO ABUSO  
SESSUALE A CARICO DI MINORI  
Procedura Interaziendale P-INT 15  
Policlinico S. Orsola-Malpighi

PRONTO SOCCORSO UNICO Contro la  
VIOLENZA SESSUALE (PSVS)  
Ospedale Maggiore

VIOLENZA/ABUSO SUL MINORE  
I.O.R.

SOCIALE



PRIS (SERVIZIO PRONTO INTERVENTO  
SOCIALE)  
Comune di Bologna e Comuni Area Metropolitana

La grande variabilità individuale e le differenti modalità con cui le singole persone possono reagire a un evento traumatico, in particolare l'abuso sessuale, fanno sì che non sia possibile determinare l'esistenza di una “*sindrome del bambino abusato*”: non è quindi *possibile* definire una precisa sintomatologia manifestata da tutti i bambini vittime di abuso sessuale in assenza di segni fisici evidenti (Friedrich, 1993; Kendall-Tackett et al, 1993).

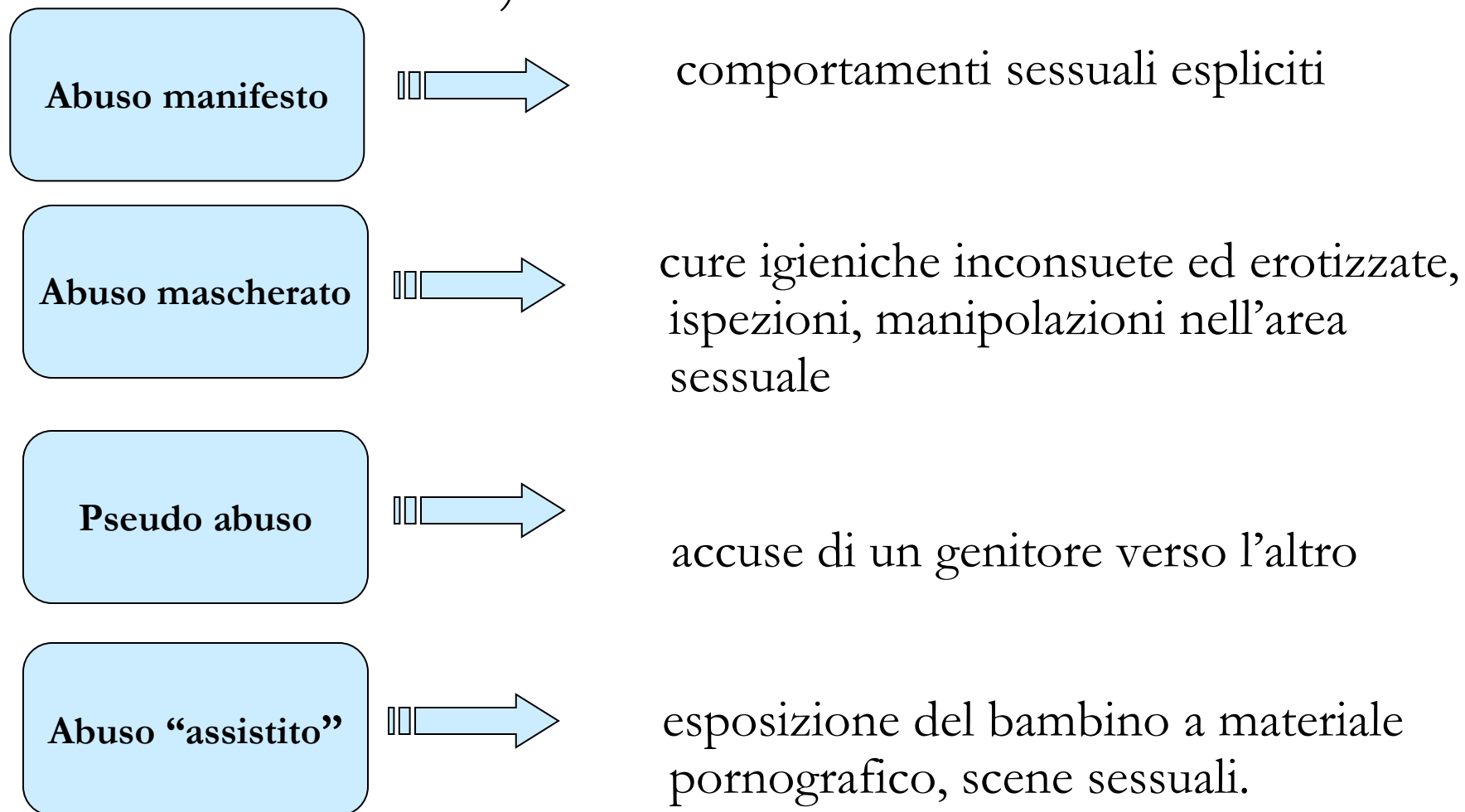
Non è inoltre stato dimostrato che bambini vittime di abusi sessuali tendano a rappresentare atti sessuali, persone nude e genitali nei propri disegni più frequentemente degli altri. Occorre dunque considerare con estrema cautela i disegni dei bambini, a maggior ragione laddove costituiscano il solo campanello di allarme.

Comportamenti sessuali evolutivamente inappropriati e inaspettati nei bambini di età inferiore ai 12 anni (Araji, 1997; Chaffin et al., 2002): iniziale correlazione con l'abuso sessuale, alimentata dalle ricerche che dimostravano una significativa associazione tra abuso sessuale e successivi comportamenti sessualizzati.

La ricerca più recente suggerisce che l'abuso sessuale è sì un fattore eziologico significativo associato a problemi nel comportamento sessuale nei bambini ma non esaustivo (ad esempio, Bonner et al, 1999; Silovsky & Niec, 2002).

Abuso sessuale: attività sessuali più o meno esplicite che coinvolgono le parti intime del bambino e che hanno lo scopo di soddisfare i bisogni dell'adulto.

Non è da intendersi solo come “stupro” (finalizzato alla penetrazione in assenza di consenso)



Il dubbio sull'abuso orienta l'attenzione verso **la ricerca di una verità dei fatti** che è pericolosa per diversi motivi:

- non ci compete - ambito della A.G.
- non possiamo saperlo con certezza a meno che non vi siano segni specifici
- condiziona l'atteggiamento verso il bambino visto SOLO come vittima

## **LA PRIORITA' DELL'INTERVENTO**

**Non è**

La ricerca della verità, il bisogno di avere conferma delle proprie capacità e delle teorie di riferimento

Ma un'osservazione attenta del disagio manifestato da un bambino che ha bisogno di uno spazio educativo e sociale in cui sperimentare condizioni "normali" di vita quotidiana

**Ma è**

il disagio e non l'abuso





# Principi dei percorsi operativi

- 1 considerazione del bambino, della famiglia e del contesto socio- culturale in cui sono inseriti
- 2 gradualità dell'intervento
- 3 attivazione adeguata dei professionisti
- 4 integrazione dei ruoli e delle competenze dei professionisti (lavoro di rete multidisciplinare integrato)



Gli esiti adattivi o disadattivi sono il frutto di percorsi multiformi articolati e complessi che richiedono una diagnosi psicologica.

Importanza delle differenze individuali nei processi di risposta e adattamento nel corso del tempo; così, un singolo fattore può portare a risultati diversi (principio di multifinalità), mentre differenti esperienze precoci possono portare allo stesso risultato (principio di equifinalità).

(Cicchetti & Rogosch, 1996).

Ruolo dei molteplici fattori contestuali (prospettiva ecologica dello sviluppo)

La comparsa di alcuni comportamenti sessuali durante l'infanzia è del tutto normale e adeguata (Friedrich et al., 1991, 1992, 2001; Larsson e Svedin, 2002a; Lindblad et al, 1995; Sandfort & Cohen-Kettenis, 2000).

## Curiosità naturale come comportamento esplorativo

Comportamenti sessuali più comuni (frequentemente osservati o segnalati dai genitori e educatori dell'infanzia):

- masturbazione (auto-stimolazione) (ad esempio, toccarsi i genitali in pubblico/casa),
- l'esibizionismo (ad esempio, esposizione dei genitali),
- voyerismo (ad esempio, il tentativo di guardare le parti intime degli altri),
- i comportamenti volti alla ricerca di prossimità fisica (ad esempio, toccare i seni o i genitali dell'altro).

# La masturbazione è rilevata come l'espressione più frequente del comportamento sessuale nei bambini (Friedrich et al., 1998)

60,2% dei bambini dai 2 - ai 5 anni e il 43,8% delle bambine della stessa fascia di età, in base a quanto riportato dalle madri. La prevalenza di questo comportamento diminuisce in modo costante con l'età: il 39,8% dei bambini e il 20,7% delle bambine di 9 anni ha comportamenti masturbatori. Le percentuali sono ancora più basse nella fascia di età 10 - 12 anni (1,1% dei maschi, 2,2% delle femmine).

Alcune ricerche (Schoentjes et al., 1999), (Friedrich et al, 2000; Lindblad et al, 1995), (Friedrich et al., 1991, 1998) riportano % dal 25 al 63% di bambini dai 2 ai 6 anni che manifestano comportamenti dettati da curiosità sessuale (esibizionismo, voyerismo, ricerca di prossimità). Questi comportamenti sono comunemente riportati anche nei bambini tra i 6 e i 9 anni (20- 29%).

Nuovamente, la prevalenza di questi comportamenti diminuisce con l'età: dal 6 al 19% nei bambini di età compresa tra i 10-12 anni (Friedrich et al., 1998). Quindi, sulla base delle osservazioni compiute dai caregivers e dagli educatori sembra che i comportamenti in tutte e tre le categorie (esibizionismo, voyeurismo, e ricerca di vicinanza fisica) diminuiscano con l'età.

I comportamenti sessuali definiti come problematici sono meno frequenti:

- tentativo di avere un rapporto sessuale,
- ricerca del contatto orale-genitale,
- inserimento di oggetti in vagina /retto (Friedrich et al., 1991; Friedrich et al., 1998; Schoentjes et al., 1999).

Fino a poco tempo fa, i comportamenti sessuali problematici sono stati spesso visti come un indicatore univoco di abuso sessuale infantile.

La ricerca dimostra che i bambini che hanno subito abusi sessuali evidenziano con una maggiore frequenza comportamenti sessuali problematici rispetto ai bambini che non sono stati abusati sessualmente (Kendall-Tackett et al, 1993; Putnam, 2003).

Questi comportamenti possono essere correlati a curiosità o ansia, possono essere imitativi, volti alla ricerca di attenzione, a ottenere conforto (Chaffin et al., 2008;. Silovsky e Bonner, 2003), ma possono anche risultare da abusi sessuali (Seto e Barbaree, 1999 ).

I comportamenti sessuali, in particolare le conoscenze sessuali improprie e l'interesse per la sessualità, la violazione dei confini personali, sono frequenti nei campioni di bambini con disturbi psichiatrici (Bonner et al., 1999).

L'abuso sessuale non è un'esperienza sempre riscontrata nelle storie dei bambini con comportamenti sessuali problematici, anche se non si può ignorare la stretta correlazione con l'abuso sessuale (Friedrich, 2007).

Molti bambini che hanno subito abusi sessuali non sviluppano comportamenti sessuali problematici e, allo stesso modo, molti bambini con comportamenti sessuali problematici non hanno una storia nota di abuso sessuale.

La ricerca indica che quasi tutti i bambini in trattamento per comportamenti sessuali problematici sono vittime di una qualche forma di maltrattamento (Bonner et al., 1999, Gray et al., 1997; Silovsky e Niec, 2002) tra cui violenza fisica, abuso emozionale e, soprattutto, trascuratezza e esposizione a violenza domestica, in particolare comportamenti sessuali intrusivi (Friedrich et al., 2002).

Nelle famiglie trascuranti e non protettive (esposizione non appropriata a materiali/contenuti sessuali) i bambini hanno maggiori probabilità di sviluppare un comportamento sessuale inappropriato, indipendentemente dal fatto che abbia una storia di abuso sessuale. Inoltre, la combinazione di pseudo abusi e assistere a sessualità in famiglia è un fattore altamente predittivo di comportamenti sessualmente intrusivi (Friedrich et al., 1991, 1992, 2001, 2003).



# Modalità relazionali e stili di attaccamento: ambito privilegiato di osservazione

- Ingresso-uscita da scuola, nei momenti di maggiore difficoltà con l'educatore, i coetanei

## COSA OSSERVARE

- Come il bambino si separa e si riavvicina alla figura che lo accompagna (e chi è)
- Come l'accompagnatore si congeda e lo accoglie al ritrovamento
- Come l'adulto chiede all'insegnante notizie e come a sua volta lo descrive
- Come la famiglia si autodescrive all'insegnante
- Come il bambino relaziona con l'ambiente
- Pasti, sonno, igiene ecc. ecc.



# Quindi



- Non esistono “indicatori comportamentali” certi di abuso sessuale
- E’ inevitabile lavorare nella prevalente dimensione del dubbio...aspecificità dei segnali
- Ricorrere alla dimensione interdisciplinare per valutare la necessità di proteggere il bambino: l’ipotesi di reato può orientare l’attenzione verso una impropria ricerca di verità dei fatti.

## Cosa è necessario evitare

- Partire “in quarta”



Prima di fare una segnalazione scritta ai servizi sociali e/o  
**all'autorità giudiziaria è utile...**

- Aver dialogato con i genitori sul disagio del bambino e aver rilevato un atteggiamento non collaborativo oppure ostacolante l'intervento a favore del bambino
- Informare i genitori o i legali responsabili che, data la persistenza del disagio del bambino, la scuola ha il compito di dialogare con altri professionisti sul territorio (avvio del lavoro di rete extra scolastico) come da procedura per tutti i bambini che si trovano in situazione di persistente disagio
- Non informare i genitori o i legali responsabili del bambino dell'ipotesi di abuso (che può costituire un ipotesi di reato)
- Confrontarsi con il servizio sociale che ha specifiche competenze

## **Gradualità dell'intervento**

Nei casi di disagio e sospetto abuso, è necessario che l'insegnante dopo attenta osservazione, confronto con i colleghi e iniziale dialogo con i genitori del bambino sul disagio osservato (mai sull'ipotesi di abuso), informi il referente scolastico in merito a ciò che di preoccupante ha osservato.

Dal confronto fra insegnante- colleghi- referente scolastico, dovrebbe emergere:

1. Considerazione della possibilità di affrontare la situazione nel solo contesto scolastico
2. Opportunità di un collegamento tra scuola, servizi sociali ed eventuale coinvolgimento de Il Faro
3. Accordo su “ come procedere”nella situazione progettando la strategia d'intervento più opportuna (sia nel contesto scolastico che fuori di esso)

# Come preparare il colloquio

- **Prima dell'incontro:** focalizzare le difficoltà del bambino: confrontarsi con i colleghi sul disagio osservato, valutare quanto della problematica appartiene al bambino o all'educatore
- **Durante l'incontro:** evidenziare i segnali di disagio, facilitare un confronto tra quanto accade a casa e a scuola evitando giudizi e rimproveri, esprimere preoccupazione per il benessere del bambino, evitare domande intrusive o intime, osservare il tipo di reazione emotiva, mimica e verbale dei genitori, proporre colloqui successivi per monitorare lo stato di benessere del bambino, formulare domande aperte e non volte alla conferma della propria ipotesi
- Consigliare eventualmente una visita specialistica



## Prassi di intervento

- **Dopo l'incontro:** continuare a osservare il bambino, valutare con i colleghi e il coordinatore la necessità di una consulenza con i professionisti del servizio sociale

# 1-RILEVAZIONE

PROFESSIONISTI /altre figure di riferimento del minore COINVOLTI	CRITICITA'	RACCOMANDAZIONI/BUONE PRASSI
<b>A- Scuola/ Servizi educativi rivolti all'infanzia 0- 6 anni</b>	<p><b>A.1</b> - L'insegnante/educatore, di fronte al racconto ad un bambino e ad una donna che presentano questo problema, non sa a chi rivolgersi</p>	<p><b>A.1</b> - Dotarsi di procedure intra-scolastiche relative alla fase di rilevazione per la corretta gestione del caso</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Formazione giuridica di base (obblighi dell'inc. Pubblico Servizio/rischio di ritorsioni, ecc.) e psicologiche (privacy e rapporto di fiducia)</li> <li>- Indicazioni Operative/Protocolli /Modulistica</li> </ul>
	<p><b>A.2</b> - Il Dirigente scolastico/Coordinatore pedagogico è incerto sulla gestione del dubbio. In particolare non sa con chi confrontarsi, se parlare o no con la madre, se e quando segnalare ai S. Sociali, come fare la segnalazione, ecc. (vedi: <i>Fase 2 - Attivazione della rete" tramite il SS).</i></p>	<p><b>A.2 - A.3</b> - Formare il personale della scuola/servizi educativi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- dotarsi di procedure di raccordo extrascolastico con indicazioni chiare alla Scuola per il raccordo con il S. Sociale</li> </ul>
	<p><b>A.3</b> - Può esserci rischio di diffusione impropria del dubbio/notizia dentro e fuori la Scuola.</p>	<p><b>A.2/A.3</b> - Si veda A.1</p>



# Rilevazione

Questa fase coinvolge tutti i soggetti che osservano il bambino e si avvale delle diverse competenze professionali e funzioni istituzionali. L'accuratezza degli elementi raccolti determina in modo significativo la possibile attivazione di un tempestivo intervento di protezione, valutazione, eventuale segnalazione all'AA.GG. , presa in carico

Ascoltare e rilevare l'abuso

errori comuni e buone prassi

# Come comportarsi

Favorire un clima di accoglienza

E' sempre opportuno formulare la seguente domanda: “*c'è qualcosa che ti è capitato che vorresti raccontarmi?*”

In caso affermativo: “*cerca di raccontamelo meglio che puoi, in modo che io possa capire*”

(ricordarsi di documentare il racconto)

In caso negativo è utile non insistere nel voler ottenere una risposta a tutti i costi.

**Difficilmente i bambini rivelano l'abuso. Se il bambino inizia a parlare poiché si sente a proprio agio:**

Lasciarlo parlare liberamente anche se il racconto appare confuso

In questi casi le domande più opportune da formulare, solo in presenza del bambino, sono le seguenti: *“Mi racconti bene cos'è successo?”*, *“Dove è accaduto?”*, *“Cos'è successo dopo?”*, *“Ne hai parlato con qualcuno?...”*

E' importante, poi, riconoscere al bambino lo sforzo compiuto: *“Mi stai davvero aiutando a capire meglio, mi hai aiutata/o a capire. Grazie per il tuo sforzo”*.

## **Osservare**

il comportamento del bambino, con particolare attenzione agli aspetti emotivi: imbarazzo, inibizione, fastidio, vergogna, paura, disinvoltura e documentarli in quanto costituiscono aspetti importanti di un disagio (forse correlato all'abuso).

## **Assumere**

un atteggiamento accogliente, di ascolto partecipe evitando comportamenti investigativi, intrusivi, induttivi e dettagliati

## **I principali errori nella raccolta del racconto del bambino riguardano, in genere:**

La formulazione delle domande

L'atteggiamento mentale ed emotivo assunto dal professionista

Il comportamento del professionista

### **1) Formulazione delle domande:**

Domande dirette o guidanti

Ripetizioni di domande

Utilizzo di vocaboli che il bambino non conosce e domande mal formulate

## 2) **Atteggiamento dell'operatore**

- Adottare ipotesi rigidamente precostituite
- Porsi in modo intimidatorio
- Mostrare imbarazzo, disgusto, pena, fastidio
- Fingere di credere a qualsiasi cosa dica il bambino.
- Assumere un atteggiamento verificazionista  
cioè volto a stabilire se i fatti siano veri o falsi poiché  
**ciò compete all'Autorità Giudiziaria**

**NO**



### 3) Comportamento

- Dilungarsi con il bambino prolungando il colloquio oltre le sue possibilità
- Fare pressioni affinché riveli l'abuso
- Interrompere il bambino mentre parla
- Fare promesse
- Fissarlo insistentemente negli occhi





## Riassumendo

I° passo: **ASCOLTARE**. Come regola generale, è preferibile parlare il meno possibile ed ascoltare attentamente ciò che il bambino ha da dire evitando di interromperlo o forzandolo ad affrontare argomenti o dettagli di cui non vuole parlare o che non sa fornire

II° passo: **PORRE ATTENZIONE** al proprio stile emotivo: ha l'effetto di bloccare e inibire il racconto.

**III° passo:** usare un **LINGUAGGIO CHE TENGA CONTO DELLA ETÀ E DELLO STADIO EVOLUTIVO DEL BAMBINO.**

Favorire il racconto spontaneo, con le parole scelte dal bambino, evitando di correggere il suo linguaggio, ma cercando di capirlo, rispettando ed usando la stessa terminologia che ha usato nel descrivere la situazione di abuso (ad esempio, nel descrivere parti del corpo);

**IV° passo:** formulare il **MINOR NUMERO DI DOMANDE POSSIBILE**, utilizzando comunque “domande aperte”, che favoriscano il racconto libero.



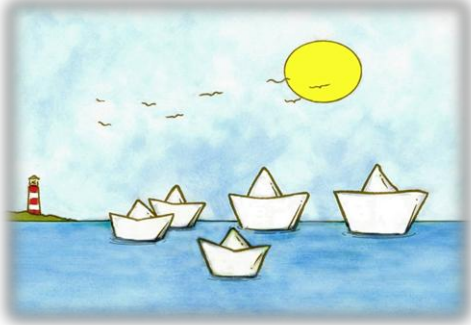
V° passo: **EVITARE DI ESPRIMERE COMMENTI O GIUDIZI NEGATIVI** su chi ha compiuto l'abuso, specie se è una persona molto vicina al bambino



VI° passo: redigere una **RELAZIONE / REFERTO** il più possibile puntuale e completa ed eventualmente confrontarsi con un collega più esperto o con uno specialista de Il Faro

Uno strumento utile per professionalizzare gli interventi





Dipartimento Cure Primarie  
Centro Specialistico "Il Faro"

*Codice P004PEDTER*

 SERVIZIO SANITARIO REGIONALE  
EMILIA-ROMAGNA  
Azienda Unità Sanitaria Locale di Bologna

Istituto delle Scienze Neurologiche  
Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico

Via S.Isaia N.94/A, 40123 Bologna  
Poliambulatorio Saragozza

Tel e Fax 051 6597351  
ilfaro@ausl.bologna.it

www.ausl.bologna.it (Sezioni Tematiche)  
Il Faro