

Prevenire il maltrattamento sui minori:

*indicazioni operative
e strumenti di analisi*



Prevenzione

 Regione Emilia-Romagna



Provincia
di Ferrara



Comune
di Ferrara



CISMAI - Coordinamento Italiano dei Servizi
contro il Maltrattamento e l'Abuso all'Infanzia



World Health
Organization



università di ferrara
UN SEICENTO ANNI QUARANTANO AVANTI



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

Prevenire il maltrattamento sui minori: indicazioni operative e strumenti di analisi

Publicato da World Health Organisation nell'anno 2006

Con il titolo

“Preventing Child Maltreatment: a guide to taking action and generatine evidence”

© World Health Organisation 2006

Il Direttore Generale del World Health Organisation ha concesso i diritti di traduzione per un'edizione in lingua italiana all'Assessorato Sanità, Politiche socio-sanitarie e per l'integrazione, Settore Servizi alla persona che è il solo responsabile per l'edizione italiana.



**World Health
Organization**

and

**INTERNATIONAL SOCIETY FOR PREVENTION
OF CHILD ABUSE AND NEGLECT**

World Health Organisation Biblioteca di catalogazione e Pubblicazione dei dati
Preventing child maltreatment: a guide to taking action and generating evidence /
World Health Organization and International Society for Prevention of Child Abuse
and Neglect.

1. Gli abusi sui minori - prevenzione e controllo. 2. Programma di valutazione.
3. Linee guida

I. Butchart, Alexander. II. Kahane, Tony. III. World Health Organisation.
IV. International Society for Prevention of Child Abuse
and Neglect.

ISBN 92 4 159436 5

(NLM classification: WA 320)

ISBN 978 92 4 159436 3

Questo documento è stato scritto da: Alexander Butchart and Alison Phinney Harvey del Dipartimento di prevenzione degli infortuni e della violenza e della disabilità sede mondiale del World Health Organisation; Marcellina Mian, Hospital del Sick Children, Toronto, Canada, e Tilman Fürniss, University Hospital Muenster, Germania. Tony Kahane: responsabile testi tecnici.

© **World Health Organisation 2006**

Tutti i diritti riservati. Le pubblicazioni World Health Organisation possono essere ottenuti da WORLD HEALTH ORGANISATION Stampa, World Health Organisation, Via Appia 20, 1211 Ginevra 27, Svizzera (tel: +41 22 791 3264; fax: +41 22 791 4857; e-mail: bookorders@who.int).

Le richieste di autorizzazione a riprodurre o tradurre le pubblicazioni di WHO - sia per la vendita sia per la distribuzione non commerciale - devono essere indirizzate a WHO Stampa, all'indirizzo sopra indicato (fax: +41 22 791 4806, e-mail: permissions@who.int).

Le denominazioni utilizzate in questa pubblicazione e la presentazione del materiale non implicano l'espressione di pareri da parte del World Health Organisation in merito alla situazione giuridica di qualsiasi paese, territorio, città o regione o dei suoi enti, o in merito alla delimitazione delle sue frontiere o confini. Le linee tratteggiate rappresentano in maniera approssimativa le linee di confine sulle mappe per i quali non vi possono essere ancora pareri concordi.

La menzione di specifiche imprese o di certi costruttori di prodotti non implica che essi siano approvati o raccomandati dall' World Health Organisation rispetto ad altri della stessa natura non menzionati.

Errori e omissioni eccettuate, i nomi dei proprietari dei prodotti si distinguono per le lettere maiuscole.

Sono state adottate dal World Health Organisation tutte le precauzioni necessarie a verificare le informazioni contenute nella presente pubblicazione. Tuttavia, il materiale pubblicato viene distribuito senza garanzia di alcun tipo, espressa o implicita. La responsabilità per l'interpretazione e l'uso del materiale è del lettore. In nessun caso il World Health Organisation è responsabile per i danni derivanti dal suo uso.

I soli autori sono responsabili per le opinioni espresse in questa pubblicazione.

Progetto Grafico di Minimum Graphics.

Pubblicato in Francia.

Indice

Ringraziamenti	v
Premessa	vi
Prefazione	vii
Introduzione	1
Perché questa guida è necessaria?	1
A chi si rivolge questa guida?	2
Presentazione della guida	3
Un approccio sistematico interdisciplinare	3
Sintesi dei contenuti	5
Capitolo 1. Natura e conseguenze del maltrattamento sui minori	7
1.1 Cos'è il maltrattamento sui minori?	7
Tipologia di violenza	8
Definizioni del concetto di maltrattamento sui minori	10
1.2 La portata del problema	11
1.3 Le conseguenze del maltrattamento sui minori	12
1.4 I costi del maltrattamento sui minori	12
1.5 Suscettibilità e fattori di rischio	13
Fattori Individuali	14
Fattori relazionali	15
Fattori relativi alla comunità	16
Fattori relativi alla società	16
Fattori di protezione	17
Capitolo 2. Dati epidemiologici e informazioni basate sui casi di studio	18
2.1 Definizioni pratiche di maltrattamento sui minori	20
2.2 Ricerche epidemiologiche basate sulla popolazione	21
Il metodo "Parent-Child Conflict Tactics Scale"	22
Lo studio "Adverse Childhood Experiences"	22
Il questionario "The Lifetime Victimization Screening"	24
Gli strumenti di monitoraggio "Child Abuse Screening"	
(ICAST) usati dall' istituto ISPCAN	25
Adattare i metodi di ricerca alle condizioni locali	26
Strategie di campionamento	26
Considerazioni etiche	27
2.3 Informazioni sui casi	28
Sorveglianza epidemiologica dei casi documentati	30
Feedback ai servizi che forniscono le informazioni	31
L'uso dei dati al fine di sensibilizzare i <i>policy maker</i>	31

Capitolo 3.	La prevenzione del maltrattamento sui minori	34
3.1	Programma e ente di riferimento per prevenire il maltrattamento sui minori	35
3.2	Strategie di prevenzione del maltrattamento sui minori	36
	Strategie relative alla società ed alla comunità	38
	Strategie relazionali	41
	Strategie individuali	42
3.3	Valutazioni degli outcome dei programmi di prevenzione del maltrattamento sui minori	44
	Scelta degli obiettivi di prevenzione	44
	Sviluppo di un modello logico	44
	Selezione degli <i>outcome</i> e delle fonti dei dati di <i>outcome</i>	46
	Progettare l'implementazione e la valutazione dell'intervento	49
	Analisi della valutazione e disseminazione degli <i>outcome</i>	52
Capitolo 4.	Servizi dedicati ai minori maltrattati e alle loro famiglie	54
4.1	Migliorare l'evidenza scientifica	54
4.2	La risposta al maltrattamento sui minori: componenti chiave	55
	Identificare il maltrattamento sui minori	55
	Proteggere il minore	63
Capitolo 5.	Conclusioni e raccomandazioni	70
Allegato 1.	I Questionari dello studio "Adverse Childhood Experiences"	74
Allegato 2.	Esempi di strumenti di misurazione validati per la valutazione degli <i>outcome</i>	94

Ringraziamenti

Si ringrazia Il CISMAI (Coordinamento Italiano dei Servizi contro il Maltrattamento e l'abuso all'Infanzia), partner italiano dell'IPSCAN (Society for Prevention of Child Abuse and Neglect) che ha fatto da garante e tramite il Dr. Andrea Pinna ha curato i rapporti tra World Health Organisation e Comune di Ferrara.

La versione italiana di questa pubblicazione è stata possibile grazie al contributo e al sostegno dell'Amministrazione Comunale di Ferrara - Assessorato Sanità, Politiche socio-sanitarie e per l'integrazione e Assessorato Pubblica Istruzione - Istituzione dei Servizi Educativi, Scolastici e per le Famiglie e dell'Amministrazione Provinciale di Ferrara.

Hanno elaborato i testi: Loredana Bondi, Direttore dell'Istituzione dei Servizi Educativi, Scolastici e per le Famiglie del Comune di Ferrara, Sara Conforti, Alessandra Piganti e Gillian Costigan.

Hanno partecipato agli incontri di approfondimento e confronto: Andrea Pinna e Gloria Soavi (Azienda U.S.L. di Ferrara), Pierpaolo Sacchetto (Istituzione dei Servizi Educativi, Scolastici e per le Famiglie del Comune di Ferrara), Cristiana Fioravanti, Giuditta Brunelli e Paola Bastianoni (Università degli Studi di Ferrara).

Francesco Mitis e Manuela Gallitto dell'Ufficio Regionale per l'Europa del World Health Organisation hanno collaborato alla revisione della versione in italiano nella fase di pre stampa. Gli autori di questo documento sono Alexander Butchart e Alison Phinney Harvey del Dipartimento di prevenzione degli infortuni e della violenza e della disabilità presso la sede mondiale del World Health Organisation; Marcellina Mian, Hospital for Sick Children, Toronto, Canada, e Tilman Föhn, University Hospital Muenster, Germania.

Tony Kahane ha curato i testi tecnici, Claire Scheurer e Ian Scott del Dipartimento di prevenzione degli infortuni e della violenza e della disabilità presso la sede mondiale del World Health Organisation, Pearl Rimer e Susan Hunter del Child Abuse Center di Toronto hanno contribuito alla stesura, revisione e produzione.

John Kydd ha fornito un supporto continuo nello sviluppo del documento.

Alla stesura della guida hanno altresì contribuito molti altri esperti di prevenzione del maltrattamento sui minori in occasione di riunioni e di confronti informali, tra cui: David Bass, Inge Baumgarten, Barbara Bonner, Kevin Browne, Marcelo Daher, Linda Dahlberg, Amaya Gillespie, Maria Herczog, Sylvester Madu, Alex Kamugisha, Paulo Sergio-Pinheiro, Jonathon Passmore and Adam Tomison.

Un particolare ringraziamento a: Vincent J Felitti, Fu-Yong Jiao, Bernadette Madrid, James Mercy, Gordon Phaneuf and Elizabeth Ward, per il loro lavoro di peer review e a Michael Durfee and Mela Poonacha, per aver scritto i riquadri nel testo.

L'elaborazione e la pubblicazione di questa guida è stata possibile grazie al generoso supporto finanziario del Governo del Belgio e del "Global Forum for Health Research".

Premessa

Il senso comune associa frequentemente il problema della violenza ai sistemi di sicurezza e di giustizia.

Solo più recentemente grazie al maggiore impegno di esperti di salute pubblica si è evidenziata la necessità di un approccio disciplinare più ampio nella lotta alla violenza. Un approccio multidisciplinare dovrebbe assicurare non solo una strategia integrata per rispondere in modo efficace alla violenza, ma allo stesso modo dovrebbe assicurare una strategia di prevenzione costante e basata sull'evidenza.

Quest'ampia competenza è ancora più importante nel momento in cui si lavora su casi di violenza perpetrata a danno dei minori in casa e in famiglia. Non ci sono dubbi sulla necessità di assistere le vittime e di garantire la loro sicurezza, ma le misure di prevenzione dovrebbero essere sempre prioritarie. Lo studio del Segretario Generale delle Nazioni Unite sulla violenza sui minori ha raccolto molti studi e esempi di esperienze di governi che indicano l'importanza fondamentale di avere una strategia di prevenzione, che combini la competenza di più professionisti e che sia solidamente ancorata ad attendibili raccolte dei dati.

La tradizionale "barriera della privacy" tra la sfera privata e la sfera pubblica ha inibito l'evoluzione di politiche e strumenti giuridici per prevenire la violenza all'interno della famiglia e per fornire servizi a coloro che ne sono vittime. L'assenza di dati accurati ed esaustivi è uno dei chiari indizi della presenza di questa barriera che ostacola lo sviluppo e la valutazione delle strategie di successo volte alla soluzione di questo grave problema. A dispetto dell'esistenza di standard riguardanti i diritti umani internazionali e i diritti dei minori, alcuni sistemi legislativi nazionali rimangono inadeguati quando si tratta di stabilire un'esplicita proibizione della violenza all'interno delle mura domestiche.

World Health Organisation ha ripetutamente richiamato l'attenzione del mondo sulla cruciale importanza delle politiche di prevenzione, che coinvolgono il settore sanitario pubblico e la necessità urgente di migliorare la raccolta dei dati.

L'International Society for Prevention of Child Abuse and Neglect (ISPCAN) - costituisce un esempio unico di coalizione multidisciplinare globale di esperti che nelle ultime due decadi è stata leader della messa a punto di un vasto numero di strategie volte a riformulare gli approcci per impedire la violenza sui minori.

Più recentemente ISPCAN ha collaborato con diversi partner per sviluppare strumenti atti a migliorare la raccolta dei dati sulle violenze a danno dei minori all'interno della famiglia e in altri contesti.

Questa guida combina l'esperienza maturata da entrambe le organizzazioni e fornisce gli strumenti e le informazioni necessarie ai governi, alla società civile e alle organizzazioni internazionali, per consolidare le proprie iniziative di prevenzione e di risposta alla violenza sui minori.

Sta ora ad essi farne pieno uso.

Paulo Sérgio Pinheiro

Esperto Indipendente

Studio del Segretario Generale delle Nazioni Unite sulla violenza sui minori

Prefazione

In un articolo del 1999 della rivista “Child Abuse and Neglect” l’esperto di fama internazionale nel campo della prevenzione del maltrattamento sui minori David Finkelhor, ha esposto le azioni necessarie per predisporre un programma volto all’eliminazione del maltrattamento sui minori e dato conto dei risultati raggiunti sino a quel momento

In primo luogo, abbiamo bisogno di dati epidemiologici di buona qualità per rilevare dove e da cosa abbia origine il problema dell’abuso sui minori ed anche per essere in grado di tracciare e monitorare la risposta ai nostri interventi. Questo è qualcosa che oggi manca, anche solo ad un livello in grado di soddisfare il meno esigente degli epidemiologi della salute pubblica. In secondo luogo, abbiamo bisogno di studi sperimentali per valutare le pratiche esistenti e quelle nuove così da accordarci su quali siano effettivamente efficaci. Attualmente non abbiamo quasi nulla, tranne qualche studio relativo alle visite domiciliari e un paio relativi ai trattamenti per abuso sessuale. Si sperimenta di più sulla carta igienica che utilizziamo tutti i giorni che su ciò che possiamo offrire ai minori abusati o alle famiglie a rischio di abuso¹.

Sette anni più tardi le agenzie delle Nazioni Unite, le organizzazioni non governative e le associazioni professionali internazionali hanno compiuto un sostanziale progresso nel sensibilizzare l’opinione pubblica sulla portata e le severe conseguenze del maltrattamento sui minori per tutte le società.

Dati epidemiologici di buon livello, rimangono comunque scarsi, così come sono carenti le valutazioni dell’efficacia delle pratiche di prevenzione.

Dal 1999 la maggior parte degli studi epidemiologici sono stati fatti in America del Nord e – ad eccezione di qualche studio indipendente svolto in pochi paesi dell’Europa occidentale e degli studi “Worldsafe” (1997-2003) condotto in Brasile, Cile, India e Filippine – ci sono pochissimi studi epidemiologici metodologicamente corretti.

L’evidenza scientifica in materia di prevenzione è distribuita ancora di più in modo ineguale, con la maggioranza di studi effettuati in America del Nord. Questa incapacità di valutare programmi tesi ad eliminare il maltrattamento sui minori si è manifestata nello stesso momento in cui i governi, le organizzazioni non governative e le agenzie internazionali di tutto il mondo si sono impegnati a porre il problema del maltrattamento sui minori come un problema attinente i diritti umani all’interno del quadro di riferimento della Convenzione sui diritti dei minori. Il rapporto pubblicato dal Segretario Generale delle Nazioni Unite nell’ottobre 2006 sulla violenza perpetrata a danno dei minori evidenzia come molti governi abbiano profuso grande impegno nel campo di una riforma normativa per affrontare il problema del maltrattamento sui minori. Nel contempo questi sforzi sono dissonanti - come gli stessi governi hanno riconosciuto - rispetto all’investimento spesso minimo in politiche e programmi per documentare l’epidemiologia del maltrattamento sui minori, per sviluppare interventi volti a combattere le sue cause fondamentali e monitorarne l’impatto.

Diverse ragioni sono alla base di questo divario tra l’impegno per la prevenzione

¹ Finkelhor D. The science. Child Abuse and Neglect, 1999, 23:969–974.

legato al rispetto dei diritti umani e l'effettivo investimento in politiche e programmi di prevenzione, tra questi.

- il maltrattamento sui minori rimane per molte persone un problema fortemente legato alla sfera emotiva e alla sensibilità che non viene facilmente affrontato né in privato né, tantomeno, nei dibattiti pubblici;
- nonostante la portata del problema e una crescente consapevolezza dei suoi alti costi sociali, la prevenzione del maltrattamento sui minori non è una priorità politica. La relativa mancanza di volontà politica è stata esacerbata dal fatto che i gravi impatti a lungo termine sulla salute, il peso sulla società del maltrattamento sui minori e le sue implicazioni sui costi dei servizi sanitari non sono stati compresi. Recenti studi hanno dimostrato come il maltrattamento e altre esperienze negative durante l'infanzia siano associati ad un largo spettro di comportamenti a rischio per la salute. In questo modo il maltrattamento contribuisce direttamente e significativamente ad alcune delle cause primarie di morte e di malattie croniche;
- non è stato compreso fino a che punto importanti strategie volte a prevenire le malattie e promuovere la salute pubblica, possano prevenire il maltrattamento. Queste strategie di prevenzione si concentrano sulle cause fondamentali e sui fattori di rischio a livello individuale, familiare, di comunità e sociale e aspirano a ridurre l'incidenza del maltrattamento sui minori nella popolazione a cui sono rivolte. Esiste già una consistente evidenza scientifica che dimostra quanto queste strategie siano efficaci, anche in relazione ai costi sostenuti per realizzarle. Altre sono promettenti ma hanno bisogno di maggiori studi di valutazione e molte di esse teoricamente dovrebbero essere efficaci, ma rimangono da valutare;
- l'investimento per la prevenzione del maltrattamento sui minori è ostacolato da una forte domanda di immediato ritorno dell'investimento pubblico- domanda che non può sempre essere soddisfatta dai programmi di prevenzione, che sovente impiegano anni a produrre i risultati attesi.

Le azioni di prevenzione del maltrattamento sui minori possono quindi essere intensificate solo comprendendo la severità del problema. Tale consapevolezza si acquisisce con buoni studi epidemiologici che indichino dove e come i maltrattamenti si verificano; che misurino le loro conseguenze e i loro costi e che, grazie a queste informazioni, allestiscano, sviluppino e valutino programmi di prevenzione riguardanti le cause fondamentali ed i fattori di rischio.

“Preventing Child Maltreatment: a guide to taking Action and Generation Evidence”- “Prevenire il maltrattamento sui minori: indicazioni operative e strumenti di analisi” è una pubblicazione congiunta del World Health Organisation e della *International Society for Prevention of Child Abuse and Neglect*. (ISPCAN). E' volta ad assistere le amministrazioni centrali, le organizzazioni non governative e le agenzie internazionali nello sviluppo di programmi basati su dati scientifici per prevenire il maltrattamento sui minori. L'obiettivo ultimo è quello di arrivare al giorno in cui tutti i paesi implementino, in maniera routinaria, programmi di prevenzione del maltrattamento sui minori basati su dati epidemiologici di buona qualità e su studi sperimentali, in ambito locale, di cosa sia efficace in termini di prevenzione.

Per contribuire a raggiungere quest'obiettivo, questa guida raccomanda che i futuri interventi per studiare l'epidemiologia del maltrattamento sui minori e per implementare strategie di prevenzione, vengano condotti con il dichiarato obiettivo di espandere

l'evidenza scientifica sulla portata, le conseguenze e la possibilità di prevenire il problema. Questi futuri studi dovrebbero quindi essere progettati, implementati e redatti in modo tale da essere adatti alla pubblicazione nelle riviste scientifiche e da sostenere gli interventi nazionali e internazionali per accrescere gli investimenti in materia di prevenzione.

Dato il limitatissimo numero di successi fino ad oggi ottenuto, anche un modesto successo nel raggiungere questi obiettivi in un certo numero di paesi di basso e medio reddito potrebbe significare molto per alzare il profilo degli interventi relativi alla prevenzione. Il maltrattamento sui minori potrebbe così avere la stessa importanza data ad altri problemi di salute pubblica con effetti su tutto l'arco della vita che colpiscono i minori – come l'HIV/AIDS, il fumo e l'obesità- per ognuno dei quali gli investimenti per il monitoraggio epidemiologico e la prevenzione sono già consistenti.

Etienne Krug

Direttore del Dipartimento di Prevenzione degli Infortuni e della Violenza e Disabilità
World Health Organisation, Ginevra, Svizzera

Introduzione

Ogni bambino ha diritto alla salute ed ad una vita priva di violenza. Ogni anno, però, milioni di minori nel mondo sono vittime e testimoni di violenza fisica, sessuale ed emotiva. Il maltrattamento sui minori è un problema internazionale ingente con un impatto notevole sulla salute fisica e mentale delle vittime, sul loro benessere e sviluppo e per estensione sulla società in generale.

Perché questa guida è necessaria?

Gli sviluppi avvenuti negli ultimi 20 anni nel campo dei diritti umani, della legge, della medicina legale e della salute pubblica, hanno reso il problema del maltrattamento sui minori più visibile a livello internazionale, sebbene ad un grado che è lontano dall'essere sufficiente. La Convenzione sui diritti dei minori e i suoi protocolli opzionali, assieme al Comitato per i diritti dei minori, hanno rivestito un ruolo primario nella sensibilizzazione delle organizzazioni internazionali, dei governi e delle organizzazioni non governative sul problema del maltrattamento sui minori all'interno di una vasta gamma di aspetti legati ai diritti dei minori. Il Rapporto mondiale sulla violenza e la salute del 2002 e la risoluzione del 2003 della World Health Assembly sull'implementazione delle raccomandazioni del rapporto, hanno evidenziato le conseguenze per la salute pubblica del maltrattamento sui minori e sottolineato il ruolo della salute pubblica nella prevenzione e nei servizi per le vittime. Organizzazioni non governative internazionali, come l'ISPCAN, hanno anche sviluppato campagne per promuovere l'attenzione sul maltrattamento sui minori e per un investimento politico e professionale sulla prevenzione. Dal 2003 lo studio sulla violenza a danno dei minori del Segretario Generale delle Nazioni Unite, inizialmente richiesto dal Comitato per i diritti del bambino, ha incrementato ulteriormente la consapevolezza a livello globale, regionale e nazionale, supportata anche dalle consultazioni e dalle indagini governative promosse dallo studio. Senza dubbio il rapporto del Segretario Generale all'Assemblea Generale delle Nazioni Unite sui risultati dello studio, che dovrebbe avvenire per la fine del 2006, assieme alla pubblicazione e al lancio del rapporto, creerà ulteriore attenzione attorno al problema.

Il processo di sensibilizzazione ha messo in risalto la necessità di più rigorose valutazioni degli interventi sul maltrattamento sui minori, inclusi quelli che forniscono servizi per le vittime. Se pochi interventi sono già stati scientificamente valutati, la stragrande maggioranza rimane inadeguatamente valutata o non valutata affatto. Questa evidenza scientifica limitata ha comunque identificato alcuni interventi di prevenzione efficaci come la formazione alla genitorialità e le visite domiciliari. Sono stati anche riscontrati alcuni interventi promettenti, come l'accesso crescente ai servizi prenatali e materno infantili, e un minor uso di alcolici. Molto poco, al contrario, si conosce circa l'efficacia dei servizi rivolti alle vittime e ai colpevoli. In particolare sono disponibili poche informazioni sull'impatto di alcuni interventi largamente utilizzati, come i servizi di tutela minori, i processi a misura di bambino, la denuncia obbligatoria e l'obbligo per i colpevoli di sottoporsi a terapia. Quindi c'è una crescente presa di coscienza del problema del maltrattamento sui minori e un'augmentata pressione sui governi affinché adottino misure di prevenzione. Contestualmente la scarsità di evidenza circa l'efficacia

degli interventi aumenta la preoccupazione che le poche risorse possano essere sprecate in investimenti per interventi di prevenzione lodevoli ma non sistematici, la cui efficacia non è provata e potrebbe non esserlo mai.

Per questa ragione, lo scopo principale di questa guida è quello di fornire assistenza professionale per progettare politiche e programmi per la prevenzione del maltrattamento a danno del minore e servizi dedicati alle vittime che considerino esaustivamente le evidenze esistenti circa l'efficacia degli interventi e che utilizzino i principi scientifici tipici dell'approccio di salute pubblica. Questo incoraggerà l'implementazione e la valutazione di interventi che possano essere scientificamente testati. Si spera, in questo modo, che la guida contribuisca ad una maggiore copertura geografica dell'evidenza scientifica al fine di includere un numero maggiore di valutazioni di interventi provenienti da paesi a basso e medio reddito, e una maggiore varietà di interventi valutati. L'obiettivo a lungo termine è quello di poter elaborare delle linee guida basate sull'evidenza per interventi dedicati al maltrattamento sui minori.

A chi si rivolge questa guida?

La gran parte dei maltrattamenti infantili non è mai denunciata ai servizi di tutela dei minori o alle forze dell'ordine. Nello stesso tempo in tutti i paesi i settori sanitari, legali e dei servizi sociali sono i più toccati dalle conseguenze derivanti dal maltrattamento sui minori e i più coinvolti nel tentativo di affrontare questo problema. Questa guida è perciò destinata ai policy maker e ai dirigenti che lavorano a livello nazionale, regionale e locale nei servizi sanitari, sociali e giudiziari.

All'interno del settore sanitario, gli ambiti tecnici pertinenti sono:

- le politiche sanitarie e la pianificazione;
- l'epidemiologia e i sistemi informativi sanitari;
- la salute pubblica e la medicina preventiva;
- la salute della famiglia e della comunità;
- la salute riproduttiva;
- la pediatria;
- la salute mentale e i servizi in caso di abuso di sostanze;
- i servizi medici di emergenza;
- i servizi medico legali.

Nel settore dei servizi sociali gli ambiti tecnici pertinenti sono:

- il servizio sociale;
- la tutela dei minori.

Nel settore legale gli ambiti tecnici pertinenti sono:

- la giustizia;
- le forze dell'ordine;
- la medicina legale;
- i diritti umani.

La ricerca è, inoltre, importante per lo sviluppo di programmi e politiche efficaci per la prevenzione del maltrattamento sui minori. E' perciò cruciale coinvolgere la comunità scientifica più ampia:

- le università e le facoltà di medicina;
- le organizzazioni scientifiche;
- gli istituti di ricerca privati *no profit* e comitati di esperti governativi e indipendenti.

Presentazione della guida:

Il Rapporto del Segretario Generale delle Nazioni Unite sulla violenza sui minori² sottolinea l'allarmante estensione e natura della violenza a danno dei minori nel mondo, con particolare attenzione al problema del maltrattamento perpetrato a danno dei minori da parte dei genitori o di altri membri della famiglia.

Questo Studio serve a ricordare che, secondo la Convenzione ONU sui diritti dei minori del 1991, gli Stati membri sono giuridicamente obbligati a dedicarsi in modo onnicomprensivo al maltrattamento sui minori. Gli obblighi di ciascuno stato sono chiaramente definiti all'articolo 19 par. 1 della Convenzione:

Gli Stati membri dovranno adottare ogni misura legislativa, amministrativa, sociale ed educativa per tutelare il minore contro ogni forma di violenza fisica o mentale, di oltraggio o abuso, di incuria o di trattamento negligente, di maltrattamento o di sfruttamento, compresa la violenza sessuale, per tutto il tempo in cui è affidato al genitore (ai genitori), al suo tutore legale (o tutori legali), oppure a ogni altra persona che si occupa del minore.

È implicito che il maltrattamento sui minori possa essere evitato, non sia inevitabile e che gli Stati hanno sia la responsabilità di ridurre i livelli di maltrattamento attraverso misure preventive, sia di fornire tutela, giustizia e assistenza ai minori che possono essere soggetti a maltrattamento. La piena gamma di misure previste per gli Stati includono meccanismi per prevenire il maltrattamento sui minori, compresi programmi sociali per minori e per chi si prende cura di loro e di identificare, curare e seguire i casi riconosciuti di maltrattamento.

Un approccio sistematico interdisciplinare

Questa guida adotta un tipo di approccio, trasversale a una gamma di settori, frequentemente adottato nel settore della salute pubblica. Sebbene spesso ci si riferisca a questo modello come “modello di salute pubblica” questo approccio è utilizzato in anche altri campi. Richiede sempre la collaborazione di diversi settori per implementare tutti i suoi elementi. Con questo approccio vengono sviluppate azioni volte a:

- prevenire il verificarsi di un problema;
- individuare il problema e intervenire quando si verifica;
- minimizzare gli impatti negativi nel lungo periodo.

Nel caso del maltrattamento sui minori questo significa:

- implementare misure per prevenire la violenza contro i minori;
- rilevare i casi ed intervenire precocemente;
- fornire assistenza continua alle vittime ed alle famiglie in cui i maltrattamenti si verificano;
- prevenire il ripetersi della violenza.

Gli elementi importanti di un tale approccio sistematico al maltrattamento sui minori possono essere riassunti come segue:

² Report of the Independent Expert on violence against children. New York, NY, United Nations, Ottobre 2006

■ Definizione

I diversi settori impegnati ad affrontare il maltrattamento sui minori hanno bisogno di sviluppare una definizione concettuale comune del maltrattamento e definizioni operative comuni che permettano l'identificazione e l'enumerazione dei casi. Hanno bisogno di un approccio statistico comune, che includa indicatori standard per la misurazione dei tassi di maltrattamento e dei fattori che ne elevano il rischio.

■ Prevenzione

Per prevenire il maltrattamento sui minori è necessario implementare politiche e programmi di azione che prendano in considerazione i fattori di rischio ed i fattori di protezione.

■ Servizi

Una risposta onnicomprensiva al maltrattamento sui minori implica la messa in campo di misure e meccanismi per individuare ed intervenire in caso di maltrattamento, e di fornire servizi a minori e famiglie.

■ Informazioni per un'azione efficace

I meccanismi di raccolta delle informazioni attraverso ricerche epidemiologiche, la sorveglianza basata su dati raccolti da strutture sanitarie, il monitoraggio e la valutazione devono essere rafforzati. Le informazioni ottenute dovrebbero essere rese largamente disponibili e usate per progettare interventi di prevenzione e risposta.

■ Sensibilizzazione

L'impegno per prevenire il maltrattamento sui minori dovrebbe includere attività finalizzate alla sensibilizzazione delle autorità e dell'opinione pubblica sulla necessità di investire in programmi di prevenzione basati sui risultati della ricerca scientifica. Le campagne dovrebbero focalizzarsi sull'adozione di norme culturali e sociali non violente, specialmente quelle legate alla tutela del minore.

La progettazione d'interventi di prevenzione e di risposta per poter essere efficace deve tener presenti quattro processi:

- **definire il problema** concettualmente e numericamente, avvalendosi di statistiche che descrivano la portata del maltrattamento e le caratteristiche di coloro che maggiormente ne sono colpiti;
- **identificare le cause ed i fattori di rischio** che sembra condizionino la predisposizione all'essere vittima di maltrattamento – ad esempio i fattori che accrescono il rischio di abuso sessuale per un minore, o gli ostacoli che impediscono che i servizi di tutela del bambino siano efficienti;
- alla luce dei fattori di protezione e di rischio **progettare interventi** e programmi che abbiano un'alta probabilità di essere efficaci nel ridurre al minimo i fattori di rischio. Che questi interventi siano indirizzati ad individui o ad intere comunità, necessitano di essere valutati per determinarne l'efficacia;
- **disseminare informazioni** circa l'efficacia degli interventi e aumentare le misure degli interventi di comprovata efficacia. Che si tratti di interventi di prevenzione o di migliorare interventi di risposta vi è necessità di informazioni di alta

qualità ed affidabilità. La ricerca, la raccolta regolare di dati, il monitoraggio e la valutazione dei programmi sono essenziali per il successo di un approccio sistematico al maltrattamento sui minori.

Questa guida, *Prevenzione del maltrattamento sui minori*, tende così a promuovere un approccio sistematico che è basato sull'evidenza e che genera nuova evidenza circa l'efficacia degli interventi per prevenire il maltrattamento sui minori e fornire servizi per le vittime. In particolare aiuta il lettore a:

- comprendere i fattori che influenzano il maltrattamento sui minori, avvalendosi di un modello ecologico per far emergere l'interazione dei fattori, a livello individuale, relazionale, collettivo e sociale;
- acquisire familiarità con le strategie in uso per prevenire il maltrattamento sui minori e con quanto attualmente conosciuto circa la loro efficacia;
- comprendere il valore dei metodi epidemiologici per ottenere informazioni sul maltrattamento e degli approcci scientifici per sviluppare studi di valutazione dei programmi di prevenzione e dei servizi per le vittime;
- comprendere i bisogni per quanto riguarda i servizi per i minori maltrattati e per le loro famiglie e i sistemi di intervento per tutelare i minori soggetti a maltrattamento.

In un unico documento non è possibile fornire indicazioni che siano valide in eguale misura in tutti i contesti e per tutte le sotto- tipologie di maltrattamento. Questa guida si concentra sul maltrattamento che avviene in contesti privati (ad esempio all'interno delle mura domestiche) di minori fino a 14 anni di età, perpetrati da genitori o da membri della stessa famiglia. La scelta di considerare i minori tra zero e quattordici anni è stata fatta perché studi scientifici dimostrano come dai quattordici anni in poi il rischio di subire violenza da parte dei genitori o di altri membri della famiglia venga largamente superato dal rischio di subire violenza da pari o da altri soggetti non appartenenti al nucleo familiare. Il focus sui contesti privati è stato scelto perché, a differenza dei contesti istituzionali e pubblici, dove le politiche di prevenzione ed i codici di condotta possono essere fatti rispettare e monitorati, il contesto familiare necessita di una gamma di strategie di prevenzione. Queste strategie devono bilanciare il rispetto per l'autonomia individuale e la privacy, da un lato e la necessità di intervenire per il bene sociale e in nome dei singoli minori dall'altro.

Sintesi dei contenuti

Il *Capitolo 1* descrive il fenomeno del maltrattamento sui minori e ne fotografa le proporzioni, le conseguenze e i costi. Il capitolo presenta un modello ecologico per comprendere la predisposizione al maltrattamento in termini di cause e di fattori di rischio a livello individuale, relazionale, collettivo e sociale.

Il *Capitolo 2* suggerisce come raccogliere informazioni che possano essere utilizzate per indirizzare le azioni di prevenzione e la fornitura di servizi. I sistemi informativi che registrano i dati relativi ai casi di maltrattamento rilevati dai servizi disponibili devono essere distinti dagli studi epidemiologici che si avvalgono di metodi di indagine basati sulla popolazione per identificare tutti i casi di maltrattamento e non solamente quelli rilevati dai servizi.

A livello di popolazione, il capitolo raccomanda di effettuare ricerche di larga scala su minori ed adulti, raccogliendo informazioni sull'esposizione di adulti e minori

a maltrattamento o ad altri fattori avversi, sui comportamenti a rischio e sul loro attuale stato di salute. Si suggerisce che i sistemi informativi abbiano come priorità la registrazione di due tipi di informazione. Il primo tipo riguarda le informazioni che permettono di assicurare una coerente gestione del caso, il controllo di casi individuali nel tempo, attraverso diversi erogatori di servizi. Il secondo tipo riguarda informazioni circa un numero di indicatori uniformi di dati relativamente piccolo, che può essere registrato per tutti i casi presi in esame dal sistema.

Il *Capitolo 3* si concentra sulla promozione della prevenzione del maltrattamento del minore. Si ragiona sul fatto che in futuro gli interventi di prevenzione debbano essere progettati con riferimento ad interventi, basati sull'evidenza, efficaci, promettenti e incerti, e sviluppati per rispondere ai criteri degli studi di valutazione degli *outcome*. Vengono descritte le strategie di prevenzione a livello individuale, familiare, collettivo e sociale. Vengono proposte raccomandazioni pratiche su come progettare un intervento in modo analogo ad uno studio di valutazione degli *outcome*, con una tabella che elenca indicazioni per possibili risultati immediati, di medio e lungo termine.

Il *Capitolo 4* parla dei servizi per i minori vittime di maltrattamento e per le loro famiglie, così come degli interventi per proteggere i minori abusati. Viene sottolineata la scarsità di evidenza scientifica circa l'efficacia dei servizi di tutela.

Il *Capitolo 5* fornisce dei commenti di conclusione e sottolinea le raccomandazioni contenute nella guida circa l'uso delle informazioni per le azioni, per la progettazione dei programmi di prevenzione e per i servizi per le vittime. Quando viene sviluppata una risposta sistematica al maltrattamento sui minori che si avvale di queste raccomandazioni gli interventi risultanti genereranno di ritorno ulteriore evidenza circa l'efficacia delle strategie di prevenzione e dei servizi per le vittime.

Natura e conseguenze del maltrattamento sui minori

1.1 Cos'è il maltrattamento sui minori?

il maltrattamento sui minori si riferisce al maltrattamento fisico ed emotivo, all'abuso sessuale, all'abbandono e all'atteggiamento negligente nei confronti del bambino, così come al suo sfruttamento commerciale o di altro tipo. Avviene in diversi contesti. Gli autori del maltrattamento a danno del bambino possono essere:

- genitori ed altri membri della famiglia;
- altre persone che si prendono cura del bambino;
- amici;
- conoscenti;
- estranei;
- altre persone con una posizione di autorità, come insegnanti, poliziotti, soldati e ecclesiastici;
- operatori dei servizi socio sanitari;
- altri minori.

Il maltrattamento sui minori è un problema complesso. Le sue dinamiche ed i fattori che lo caratterizzano, così come le strategie di prevenzione efficaci differiscono in modo marcato a seconda dell'età della vittima, del contesto nel quale il maltrattamento avviene e della relazione tra la vittima e l'autore della violenza.

La violenza a danno dei minori, perpetrata da adulti all'interno delle mura domestiche è una delle forme di maltrattamento sui minori meno visibile, poiché la maggior parte di esse avviene nella privacy della vita domestica, ma è tuttavia largamente prevalente in tutte le società. Il maltrattamento del bambino perpetrato dai genitori e da chi di lui si prende cura, origina particolari difficoltà nella progettazione di strategie di prevenzione e di servizi per le vittime, poiché gli autori del maltrattamento sono allo stesso tempo la fonte di sostentamento del bambino.

Se da un lato non è possibile fare una stima assoluta del numero di minori che hanno subito un danno da parte dei genitori o di altri membri della famiglia, dall'altro il maltrattamento sui minori è riconosciuto internazionalmente come un grave problema attinente alla salute pubblica, ai diritti umani, al settore legale e sociale.

La tipologia e la gravità della violenza e delle sue conseguenze può variare in modo estremamente vasto. In casi estremi il maltrattamento sui minori può provocare la morte. Nella maggior parte dei casi di maltrattamento, comunque, la lesione fisica ha un effetto minore, in termini di danni al benessere del bambino, se paragonato alle gravi conseguenze psicologiche e psichiatriche, e all'effetto a lungo termine sullo sviluppo neurologico, cognitivo ed emotivo del bambino e sulla sua salute in generale.

Tipologia della violenza

Il maltrattamento sui minori è associato ad altre forme di violenza - inclusa la violenza interpersonale rivolta al partner, la violenza sociale, che comprende la violenza tra i giovani, e il suicidio, sia per quanto riguarda le cause sia per i comuni fattori di rischio fondamentali. E' perciò utile considerare il maltrattamento sui minori all'interno di una vasta classificazione della violenza. Con riferimento alla tipologia presentata all'interno

Riquadro 1.1

Maltrattamento sui minori e danno allo sviluppo cerebrale

Negli ultimi anni è aumentato il numero di ricerche sullo sviluppo cerebrale precoce, relativo anche agli effetti del maltrattamento sullo sviluppo cerebrale durante la prima infanzia e l'infanzia. Questo tipo di ricerca indica chiaramente che lo sviluppo cerebrale può essere fisiologicamente alterato da uno stress prolungato, grave o inaspettato, compreso il maltrattamento, durante i primi anni di vita del bambino. Una tale alterazione dello sviluppo cerebrale può a sua volta incidere negativamente sulla crescita fisica, cognitiva, emotiva e sociale del bambino.

Diverse parti del cervello si sviluppano ricevendo stimolazioni che provocano attività nella regione cerebrale corrispondente. Nel tempo il cervello cresce in larghezza e densità, raggiungendo circa il 90% della sua portata adulta all'età di tre anni. Se la stimolazione e l'educazione risultano essere scarse - per esempio, se i genitori o chi ne fa le veci sono ostili o disinteressati - lo sviluppo cerebrale del bambino può subire dei danni. Dato che il cervello si adatta al proprio ambiente, esso si adatterà ad un ambiente negativo con la stessa velocità con cui si adatterà ad uno positivo.

Lo stress cronico sensibilizza le vie nervose e ipersviluppa quelle regioni del cervello coinvolte nei processi di risposta all'ansia ed alla paura. Spesso questo implica un sottosviluppo di altre vie nervose e di altre regioni del cervello. I cervelli dei bambini che vivono esperienze di stress, come abusi fisici o sessuali, o incuria cronica, concentreranno le proprie risorse per sopravvivere e per rispondere alle minacce nell'ambiente. Questa stimolazione cronica della risposta del cervello alla paura implica che particolari regioni di esso vengano attivate di frequente. Queste regioni avranno una maggior probabilità di essere ipersviluppate a spese di altre regioni che non possono essere attivate nello stesso tempo, come quelle coinvolte nel pensiero complesso. Il risultato finale può essere che quelle regioni del cervello che non sono coinvolte nella risposta alla paura, risultino non essere a disposizione del bambino per i processi di apprendimento.

Gli effetti sullo sviluppo cerebrale del bambino, delle esperienze vissute durante l'infanzia e la prima infanzia creano le basi per l'espressione dell'intelligenza, delle emozioni e della personalità. Quando le prime esperienze sono principalmente negative i minori possono sviluppare problemi emotivi, comportamentali e di apprendimento che possono persistere durante la loro vita, specialmente se non sussistono interventi mirati. Ad esempio, i minori con esperienze di abuso cronico e incuria vissute durante i loro primi anni di vita, possono vivere in un perenne stato di iperattività o dissociazione, sentendosi minacciati da ogni direzione. La loro capacità di trarre beneficio dalle esperienze sociali, emotive e cognitive può subire danni. Per apprendere e incorporare nuove informazioni, sia dalla classe, sia da una nuova esperienza sociale, il cervello del bambino deve essere in uno stato di "calma attenta", stato che i minori traumatizzati raramente raggiungono. I minori che non sono stati in grado di sviluppare un sano attaccamento a chi di loro si prende cura e le cui prime esperienze emotive, attraverso il loro impatto sul cervello, non hanno posto le basi necessarie per uno sviluppo emotivo positivo, possono avere una limitata capacità empatica. La capacità di provare rimorso e l'empatia, infatti, sono costruite dall'esperienza. In caso estremo, se un bambino non prova nessun attaccamento emotivo per nessun essere umano, non ci si può aspettare che questo bambino provi rimorso se fa del male o uccide qualcuno.

Dove il maltrattamento è già avvenuto, ci sono alcune evidenze che segnalano come interventi precoci e intensivi possano aiutare a minimizzare gli effetti di lungo termine sullo sviluppo cerebrale di questo trauma. Comunque, anche se l'intervento precoce sui minori maltrattati può minimizzare gli effetti dell'abuso e dell'incuria, è considerevolmente più proficuo prevenire il maltrattamento prima che avvenga. I costi, sia in termini economici che umani, sostenuti per tentare di curare questi minori sono molto più elevati dei costi legati alla prevenzione del maltrattamento ed alla promozione dello sviluppo sano del cervello durante i primi anni di vita.

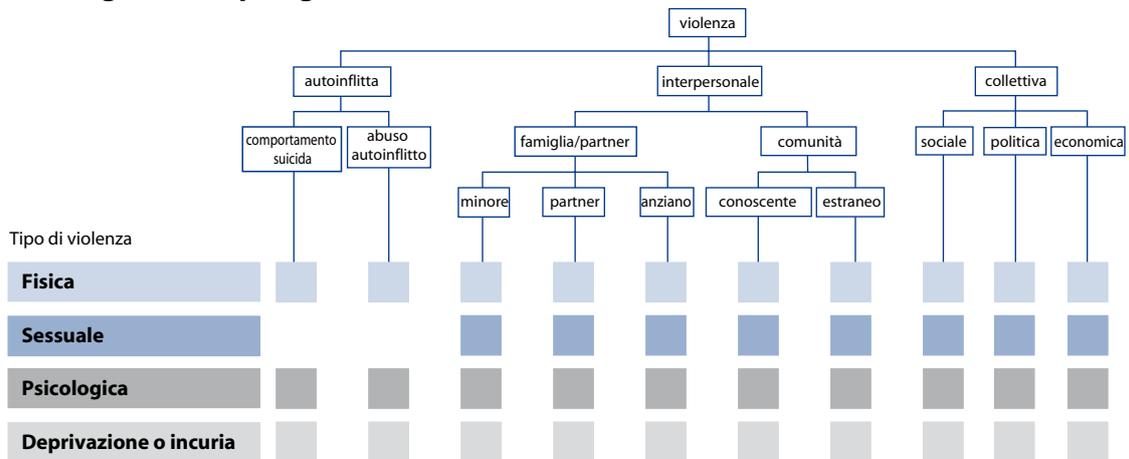
Adattato da: In focus: understanding the effects of maltreatment on early brain development. National Clearinghouse on Child Abuse and Neglect Information, Washington, DC, 2001. Disponibile al: <<http://nccanch.acf.hhs.gov/pubs/focus/earlybrain/index.cfm>> (ultimo accesso 5 maggio 2006).

del Rapporto del World Health Organisation “Violenza e salute nel mondo”, la violenza può essere suddivisa in tre ampie categorie, in relazione al contesto all’interno del quale viene commessa.

- Per **violenza auto inflitta** si intende violenza dove l’autore dell’atto violento e la vittima sono la stessa persona. Questa categoria ricomprende l’abuso auto inflitto e il suicidio;
- Per **violenza interpersonale** si intende la violenza tra individui. La categoria è suddivisa in violenza familiare, violenza verso il partner e violenza di comunità. La prima include il maltrattamento sui minori, la violenza rivolta al partner e l’abuso di anziani. La violenza di comunità, è invece suddivisa in violenza commessa da parte di conoscenti e di estranei. Comprende la violenza giovanile, l’aggressione da parte di estranei, la violenza legata ai crimini contro la proprietà, la violenza sul posto di lavoro e in altre istituzioni;
- Per **violenza collettiva** si intende la violenza commessa da un grande numero di persone e può essere suddivisa in sociale, politica ed economica.

Trasversale ad ognuna di queste categorie è la natura degli atti violenti. La natura degli atti può essere fisica, sessuale, affettiva, psicologica o legata all’incuria. La classificazione della violenza relativa alla tipologia e alla natura dell’atto violento, come delineata nella figura 1.1, fornisce un utile quadro di riferimento per comprendere la posizione del maltrattamento sui minori all’interno dei complessi schemi di violenza.

Figura 1.1 Tipologie di violenza



Il maltrattamento sui minori spesso si verifica accanto ad altri tipi di violenza. Per esempio, il maltrattamento del minore da parte di adulti all’interno della famiglia è frequentemente riscontrato nello stesso contesto in cui si verificano atti di violenza contro il partner. I minori maltrattati sono essi stessi esposti ad un maggior rischio, nella propria vita futura, o di diventare autori o vittime di molteplici tipi di violenza, incluso il suicidio, la violenza sessuale, la violenza giovanile, la violenza verso il partner e il maltrattamento sui minori.

Si è dimostrato che lo stesso insieme di fattori, come uso di alcool a livelli nocivi, isolamento familiare ed emarginazione sociale, alto tasso di disoccupazione, disuguaglianze economiche, sia alla base di diversi tipi di violenza. Le strategie che prevenono un tipo di violenza e che sono indirizzate ad affrontare fattori di rischio comuni hanno quindi la potenzialità di prevenire un serie più numerosa di tipi di violenza.

Definizioni del concetto di maltrattamento sui minori

Maltrattamento sui minori

Il maltrattamento sui minori è definito come:

“tutte le forme di maltrattamento fisico e/o emotivo, abuso sessuale, incuria o trattamento negligente nonché sfruttamento sessuale o di altro genere che provocano un danno reale o potenziale alla salute, alla sopravvivenza, allo sviluppo o alla dignità del bambino, nell’ambito di una relazione di responsabilità, fiducia o potere”^{3 4}. Come già dichiarato, il Rapporto su violenza e salute e la Consultazione del *World Health Organization* sulla prevenzione dell’abuso sui minori distinguono quattro tipi di maltrattamento sui minori:

- abuso fisico;
- abuso sessuale;
- abuso affettivo e psicologico;
- incuria.

Abuso fisico

Per abuso fisico si definisce l’uso intenzionale della forza fisica contro un minore che provoca o ha un’alta probabilità di provocare un danno per la salute, la sopravvivenza, lo sviluppo o la dignità dello stesso. Questo include il colpire, percuotere, prendere a calci, scuotere, mordere, strangolare, scottare, bruciare, avvelenare e soffocare. Gran parte della violenza a danno dei minori all’interno delle mura domestiche viene inflitta con lo scopo di punire.

Abuso sessuale

Per abuso sessuale si definisce il coinvolgimento di un minore in atti sessuali che egli o essa non comprende completamente, per i quali non è in grado di acconsentire o per i quali il bambino non ha ancora raggiunto un livello di sviluppo adeguato, o ancora che violano la legge o i tabù sociali. I minori possono essere abusati sessualmente sia da adulti che da altri minori che sono, in ragione della loro età o livello di sviluppo, in una posizione di responsabilità, fiducia o potere nei confronti della vittima.

Abuso affettivo e psicologico

L’abuso affettivo e psicologico comprende sia incidenti isolati, sia situazioni in cui chi si occupa del bambino, nel tempo, non gli fornisce un ambiente appropriato e di supporto per il suo sviluppo. Gli atti in questa categoria possono avere un’alta probabilità di arrecare danno alla salute fisica e mentale del minore, o al suo sviluppo fisico, mentale, spirituale, morale e sociale. Abusi di questo tipo comprendono la limitazione dei movimenti, il denigrare, l’incolpare, il minacciare, l’intimidire, il discriminare, il rifiutare ed altre forme non fisiche di trattamento ostile.

Incuria

L’incuria include sia situazioni isolate, sia un atteggiamento carente, reiterato nel tempo, da parte dei genitori o degli altri membri della famiglia, che seppur in grado di farlo, non provvedono allo sviluppo e al benessere del minore in una o più delle seguenti aree:

³ *Report of the consultation on child abuse prevention, 29–31 March 1999*. Geneva, World Health Organization, 1999 (document WHO/HSC/PVI/99.1).

⁴ Krug EG et al., eds. *World report on violence and health*. Geneva, World Health Organization, 2002.

- salute;
- educazione;
- sviluppo affettivo;
- nutrizione;
- alloggio e condizioni di vita sicure.

I genitori di minori trascurati non sono necessariamente poveri. Essi possono altresì essere economicamente agiati.

1.2 La portata del problema

Secondo *World Health Organisation*, nel 2002, 31.000 decessi sono stati attribuiti ad omicidi di minori di età inferiore ai 15 anni. Può accadere che i decessi infantili dovuti a maltrattamenti manchino persino dai registri di quei pochi paesi a alto reddito che ne operano il monitoraggio: per questa ragione è sottostimato il vero numero di morti dovuti al maltrattamento sui minori. Le stime globali di omicidi di minori suggeriscono che i neonati ed i bambini molto piccoli siano ad alto rischio: i bambini tra zero e quattro anni hanno, infatti, un tasso di mortalità due volte quello dei minori tra i cinque ed i quattordici anni.

I neonati ed i bambini in età prescolare sono a grandissimo rischio di maltrattamento con esito letale, in ragione della loro dipendenza, della loro vulnerabilità e della loro relativa invisibilità sociale. I loro casi hanno poca probabilità di arrivare all'attenzione di chi, pur non essendo un familiare o una persona che si prende cura del bambino, occupa una posizione di vigilanza sulla cura e sicurezza dei minori.

Il rischio di un abuso che si riveli letale è due o tre volte maggiore nei paesi a basso e medio reddito rispetto a quelli ad alto reddito. E' inoltre maggiore in società caratterizzate da disuguaglianze economiche, rispetto a quelle dove la ricchezza è distribuita più uniformemente. La causa di morte più comune è la ferita alla testa, seguita dalla ferita addominale e dal soffocamento intenzionale. Sebbene non sia possibile specificare la proporzione di omicidi di minori commessi dai genitori e da altri membri della famiglia, studi particolari condotti soprattutto in paesi ad alto reddito suggeriscono che i membri della famiglia sono responsabili della maggioranza degli omicidi di minori tra zero e quattordici anni.

I decessi rappresentano solo una piccola parte del problema del maltrattamento sui minori. Ogni anno milioni di minori sono vittime di abuso che non comporta un esito letale e di incuria. Alcuni studi internazionali hanno dimostrato che, in relazione al paese, tra un quarto e la metà dei minori riportano gravi e frequenti abusi fisici, che includono le percosse, i calci e l'essere legati dai genitori. Gran parte della violenza fisica rivolta ai minori viene inflitta come punizione ed è accettata dai genitori, dalle norme sociali prevalenti e spesso dalla legge come corretto strumento di disciplina. (vedi Riquadro 1.2) Studi provenienti da diversi paesi del mondo dimostrano che approssimativamente il 20% delle donne e il 5-10% degli uomini sono stati abusati sessualmente da bambini. Molti minori sono soggetti a abusi psicologici e emotivi così come ad incuria, tuttavia la portata di questo fenomeno nel mondo rimane sconosciuta. In alcuni paesi l'incuria costituisce la maggior parte dei casi di maltrattamento sui minori presi in esame. In generale, le ragazze sono più a rischio di abuso sessuale e i ragazzi sono maggiormente a rischio di essere sottoposti a punizioni corporali severe. In alcune regioni, la disuguaglianza e la discriminazione di genere pongono le ragazze a maggior rischio di decesso causato da maltrattamento. Le pratiche includono infanticidio femminile, i cosiddetti "delitti d'onore" e l'incuria legata al genere del bambino.

1.3 Le conseguenze del maltrattamento sui minori

Le conseguenze sociali e sanitarie del maltrattamento sui minori coprono uno spettro molto più vasto rispetto al decesso e alle lesioni e includono un danno più importante alla salute fisica e mentale ed allo sviluppo delle vittime. Gli studi hanno evidenziato come l'esposizione a maltrattamento e ad altre forme di violenza durante l'infanzia sia associata a fattori di rischio e comportamenti a rischio in età più avanzata. Questi includono la vittimizzazione violenta, la perpetuazione della violenza, la depressione, il fumo, l'obesità, i comportamenti sessuali ad alto rischio, le gravidanze involontarie, l'uso di droga e alcool.

Fattori di rischio e comportamenti di questo tipo possono causare alcune tra le principali cause di morte, malattia e disabilità, come malattie cardiache, malattie a trasmissione sessuale, cancro e suicidio. Il maltrattamento sui minori perciò comporta una molteplicità di effetti fisici e mentali negativi, costosi nel corso della vita della vittima, sia per il minore che per la società. (vedi Riquadro 1.3)

1.4 I costi del maltrattamento sui minori

Oltre ai costi sociali e sanitari il maltrattamento sui minori ha un massiccio impatto economico. I costi economici comprendono: i costi sanitari diretti, i mancati guadagni

Riquadro 1.2

Disciplina o punizione?

La disciplina per i bambini comporta addestrarli ed aiutarli a sviluppare il giudizio, il senso dei limiti, il controllo di sé, una condotta sociale positiva e l'autosufficienza. La disciplina è sovente confusa con la punizione, particolarmente da chi si prende cura del bambino e usa le punizioni corporali nel tentativo di correggere e cambiare il comportamento del bambino. Ci sono molte differenze tra disciplina e punizione.

Le strategie disciplinari positive riconoscono il valore del bambino, tendono a rafforzare la sicurezza di sé e la capacità di comportarsi in modo adeguato e di costruire relazioni positive.

D'altra parte, la punizione che comporta misure fisiche ed emotive spesso riflette la rabbia o la disperazione del genitore piuttosto che trattarsi di una strategia studiata per incoraggiare il bambino a comprendere aspettative e comportamento. La punizione di questo tipo usa controlli esterni e implica potere e dominio. Frequentemente non è commisurata all'età ed al livello di sviluppo del minore.

La punizione corporale implica l'uso della forza fisica. E' stata comunemente usata in molte società nel passato e la sua forma varia a seconda della cultura e della religione. La ricerca ha dimostrato, tuttavia, che essa non è in alcun modo efficace per promuovere i cambiamenti desiderati. Le conseguenze comportamentali e emotive della punizione corporale variano in relazione a quanto frequentemente e quanto severamente la punizione viene applicata, così come all'età, allo stadio di sviluppo, alla vulnerabilità ed alla resilienza del minore. La punizione corporale può causare la rottura delle relazioni, umilia i bambini e può causare lesioni fisiche e danno grave allo sviluppo.

Qualsiasi strategia rivolta al maltrattamento sui minori deve decidere quale livello, se uno è ammesso, di punizione corporale è considerato accettabile senza che si configuri come un abuso.

I fattori da considerare in questo caso comprendono l'età del minore, la ragione della punizione corporale, e le alternative disponibili.

Non è, comunque, mai appropriato, che le punizioni corporali siano così severe da causare una lesione, come contusione, mutilazione fisica, danno emotivo al minore.

Tutti i bambini hanno bisogno di disciplina ed è meglio se i bambini possono essere aiutati nello sviluppo del proprio senso di disciplina. Dovrebbe essere incoraggiato un approccio disciplinare che utilizzi alternative alla punizione corporale. Esse dovrebbero comprendere metodi come la distrazione e il riorientamento, la fissazione di un periodo di pausa, la definizione di regole e limiti adeguati all'età, al livello di sviluppo del minore, il problem solving e la sospensione dei premi.

Riquadro 1.3

Relazione tra maltrattamento sui minori e altre esperienze avverse nell'infanzia, quali cause di decesso in età adulta: lo studio "Adverse Childhood Experience" (A.C.E.).

Lo studio sulle esperienze avverse vissute nell'infanzia, all'interno del quale furono coinvolti 17.300 soggetti di mezza età, residenti nello stato della California, provenienti dalla classe media e principalmente occupati, suggerisce come il maltrattamento e le anomalie familiari possano contribuire allo sviluppo - decenni più tardi, di malattie croniche che risultano essere le cause maggiormente comuni di morte e disabilità negli Stati Uniti.

Lo studio esamina gli effetti di lungo termine del maltrattamento e dell'anomalia familiare vissuti nell'infanzia, includendo l'abuso fisico, psicologico e sessuale, la violenza contro la madre, e il convivere con membri della famiglia che abusino di sostanze, che abbiano problemi psichici, tendenze suicide o siano stati in carcere.

Una forte associazione è stata rilevata tra il numero delle esperienze avverse (comprendenti l'abuso fisico e sessuale durante l'infanzia) e autodichiarazioni dei partecipanti riguardo al fumo, all'obesità, all'inattività fisica, all'alcolismo, all'abuso di droga, alla depressione, al tentato suicidio, alla promiscuità sessuale e alle malattie a trasmissione sessuale in età adulta. Ancor più, le persone che hanno riferito un alto numero di esperienze negative durante l'infanzia, hanno una più alta probabilità di mostrare comportamenti a rischio per la salute, che lo studio suggerisce vengano adottati come meccanismi di difesa. Similmente, più esperienze negative vissute nell'infanzia vengono riferite, più alta è la probabilità che la persona abbia dei problemi cardiaci, il cancro, l'ictus, il diabete, fratture scheletriche, malattie epatiche, e salute cagionevole da adulto.

Il maltrattamento e altre esperienze avverse nell'infanzia possono essere tra i fattori di base che sottendono ai rischi per la salute, alle malattie ed alla morte e che potrebbero essere identificati da screening di routine a tutti i pazienti.

Sebbene lo studio ACE e i suoi risultati siano legati ad una specifica popolazione negli Stati Uniti, è ragionevole assumere che tendenze simili possano essere riscontrate in paesi con differenti livelli di sviluppo sociale e economico.

Fonte: Source: Felitti VJ et al. Relazione del maltrattamento sui minori e altre esperienze avverse nell'infanzia, come cause che inducono la morte in età: the Adverse Childhood Experiences (ACE) study. *American Journal of Preventive Medicine*, 1998, 14:245-258

e la mancata entrata fiscale conseguente alla morte prematura, servizi educativi speciali, servizi sociali e psicologici, servizi di protezione, affido, servizi di prevenzione, i costi della criminalità e l'arresto di adulti, conseguente a un maltrattamento subito. Pochi studi hanno provato a includere nelle proprie stime i costi sanitari di più lungo termine per gli individui. I risultati disponibili, quindi, sottostimano i reali costi economici del maltrattamento sui minori. Uno studio svolto negli Stati Uniti⁵, che ha svolto una revisione sistematica di una serie di fonti, ha calcolato il costo annuale diretto ed indiretto dovuto al maltrattamento sui minori, quantificandolo in un totale di 94 miliardi di dollari, ossia l'1% del proprio prodotto interno lordo: 3 miliardi di dollari per ricoveri ospedalieri, 425 milioni di dollari per costi relativi a terapie di salute mentale e quasi 14,4 miliardi di dollari per servizi sociosanitari dedicati ai minori. La voce di spesa maggiore è la criminalità in età adulta, conseguente al maltrattamento subito, che è stata stimata ammontare ad una somma annua di 55,4 miliardi di dollari.

1.5 Suscettibilità e fattori di rischio

Nessun fattore singolo di per sé può spiegare perché alcuni individui abbiano comportamenti violenti verso i minori o perché il maltrattamento sui minori appaia essere prevalente in certe comunità rispetto ad altre. Così come accade per altre forme di violenza, il maltrattamento sui minori viene compreso meglio se si analizzano le

⁵ Fromm S. *Total estimated cost of child abuse and neglect in the United States: statistical evidence*. Chicago, IL, Prevent Child Abuse America (PCAA), 2001. Available at: <http://member.preventchildabuse.org/site/PageServer?pagename=research_reports_and_surveys> (consultato il 1 Giugno 2006).

complesse interazioni di diversi fattori a differenti livelli, un passaggio che è essenziale per affrontare efficacemente il problema del maltrattamento sui minori. La figura 1.2 presenta un modello ecologico che sottolinea l'interazione di questi differenti fattori.

Figura 1.2 Modello ecologico che descrive i fattori di rischio per il maltrattamento sui minori



Il primo livello del modello, relativo ai fattori individuali, si concentra sulle variabili biologiche come età e sesso, associate a fattori della storia personale che possano influenzare la suscettibilità individuale al maltrattamento sui minori.

Il *livello relazionale* esamina le relazioni sociali dell'individuo - per esempio con i membri della famiglia o gli amici, che possono influenzare il rischio per l'individuo sia di commettere che di soffrire maltrattamenti.

I fattori relativi alla *comunità* sono legati ai contesti in cui le relazioni sociali hanno luogo, come il vicinato, i posti di lavoro e le scuole e le particolari caratteristiche di questi contesti che possono esse stesse, contribuire al maltrattamento sui minori. I fattori relativi alla *società* coinvolgono le condizioni di base della società che influenzano il maltrattamento, come le norme sociali che incoraggiano severe punizioni corporali per i minori, le disuguaglianze economiche e l'assenza di reti di sicurezza sociale.

Sebbene venga da più parti richiesto di incrementare la ricerca al fine di comprendere appieno le dinamiche di questi fattori di rischio a tutti i livelli del modello ecologico e trasversalmente a differenti culture, esiste già una sostanziale quantità di conoscenza riguardo a cosa possa accrescere la suscettibilità al maltrattamento sui minori.

I fattori che accrescono la suscettibilità al maltrattamento sui minori sono indicati come fattori di rischio e quelli che invece ne diminuiscono la sensibilità, fattori di protezione. I fattori di rischio elencati di seguito non autorizzano di per sé, nel momento in cui vengono individuati, una diagnosi di maltrattamento sui minori. In ogni caso, in contesti dove le risorse sono limitate, i minori e le famiglie che presentano diversi di questi fattori di rischio dovrebbero avere priorità nell'accesso ai servizi.

Fattori individuali

I fattori di rischio nei genitori e in chi si prende cura del bambino.

Un maggiore rischio di maltrattamento sui minori è associato alla presenza di alcuni fattori di rischio nei genitori o in altri membri della famiglia. Questi includono genitori o persone che si prendono cura dei minori che:

- hanno difficoltà a costruire il legame affettivo con il neonato, conseguentemente, per esempio ad una gravidanza difficile, a complicazioni alla nascita o a un senso di delusione nei confronti del bambino;
- non dimostrano qualità educative verso il bambino;
- sono stati maltrattati da bambini;
- mostrano una mancanza di consapevolezza dello sviluppo del bambino o che

hanno aspettative irrealistiche che impediscono la comprensione dei bisogni e dei comportamenti del bambino – per esempio, interpretando il comportamento scorretto del bambino come intenzionale, invece che come uno stadio del suo sviluppo;

- rispondono a un comportamento ritenuto scorretto con punizioni o azioni inappropriate, eccessive o violente;
- approvano punizioni corporali, quali mezzi di disciplina per i minori o credono nella loro efficacia;
- usano la punizione corporale per insegnare ai figli la disciplina;
- soffrono di problemi fisici o psicologici o sono affetti da disabilità cognitive che interferiscono con la loro capacità di crescere i figli;
- evidenziano una mancanza di auto controllo quando sono tristi o arrabbiati;
- abusano di alcool e droga, anche durante la gravidanza, il che incide negativamente sulla capacità di accudire i figli;
- sono coinvolti in attività criminali che danneggiano la relazione genitori e figli;
- sono socialmente isolati;
- sono depressi o evidenziano sentimenti di bassa stima di sé o inadeguatezza, sentimenti che possono essere acuiti dal non essere in grado di rispondere completamente ai bisogni del bambino e della famiglia;
- dimostrano scarse competenze educative legate alla giovane età o alla mancanza di educazione;
- hanno vissuto difficoltà economiche.

Fattori di rischio nel bambino

Affermando che alcuni fattori di rischio siano riconducibili al bambino, non significa che il bambino sia responsabile per il maltrattamento che subisce, ma piuttosto che potrebbe essere più difficile da crescere poiché:

- non è stato un bambino desiderato o non è stato in grado di soddisfare le aspettative o i desideri dei genitori, in termini per esempio, di sesso, aspetto fisico, temperamento o anomalie congenite;
- ha bisogni elevati, un bambino, ad esempio nato prematuramente, che piange costantemente, che ha una disabilità fisica o mentale, o una malattia cronica;
- piange in continuazione e non si è in grado di calmarlo e consolarlo facilmente;
- ha lineamenti fisici, come anomalie al viso, per i quali il genitore sente un'avversione e reagisce abbandonandolo;
- mostra sintomi di problemi di salute mentale;
- evidenzia tratti della personalità o del temperamento che sono percepiti dal genitore come problematici, come l'iperattività o l'impulsività;
- è un bambino nato a seguito di una nascita multipla, che ha messo alla prova la capacità del genitore di sostenere il figlio;
- ha un fratello o fratelli, vicini di età, che richiedono attenzione da parte dei genitori;
- è un bambino che o mostra problemi di comportamento pericoloso o è esposto ad essi, come violenza tra i partner, comportamento criminale, comportamento autolesionista, abuso sugli animali o aggressione continua tra pari.

Fattori relazionali

La composizione delle famiglie può variare ampiamente in relazione a circostanze singolari e alle norme della società locale. In molte comunità, il nucleo familiare “tradizionale” di

un padre ed una madre sposati con figli, può non essere la norma. Le famiglie possono essere gestite da madri single, da padri single, da coppie dello stesso sesso, fratelli o anziani. I fattori di rischio per il maltrattamento sui minori che possono ricondursi alle relazioni con la famiglia, gli amici, i partner e i pari includono:

- mancanza della relazione padre-figlio e impossibilità ad instaurare un legame;
- problemi fisici, dello sviluppo, o mentali di un membro della famiglia;
- separazioni, come problemi legati a un matrimonio o a una relazione intima, che sfociano in disturbi mentali del bambino o dell'adulto, tristezza, solitudine, tensione o controversie in ordine alla custodia;
- violenza nella famiglia tra genitori, tra bambini, o tra genitori e bambini;
- ruoli di genere e ruoli nelle relazioni intime, come il matrimonio, irrispettose di una o più persone all'interno della famiglia;
- isolamento nella comunità;
- mancanza di una rete di supporto che sia d'aiuto nelle situazioni difficili o di stress che si possono verificare in una relazione;
- mancanza di sostegno per l'educazione dei figli da parte della famiglia estesa;
- discriminazione della famiglia in ragione dell'etnia, della religione, del genere, dell'età, dell'orientamento sessuale, della disabilità o dello stile di vita;
- coinvolgimento in attività violente o criminali nella comunità.

Fattori di rischio relativi alla comunità

Le caratteristiche degli ambienti di comunità che sono associati ad un maggiore rischio di maltrattamento sui minori includono:

- tollerabilità della violenza;
- disuguaglianze di genere e sociali nella comunità;
- mancanza di un alloggio o alloggio inadeguato;
- mancanza di servizi che supportino la famiglia e le istituzioni e che rispondano a bisogni particolari;
- alti livelli di disoccupazione;
- povertà;
- livelli pericolosi di piombo o altre tossine nell'ambiente;
- vicinato che cambia sovente;
- facile reperibilità di alcool;
- commercio locale di droga;
- politiche e programmi inadeguati che rendono più probabile il verificarsi del maltrattamento sui minori.

Fattori relativi alla società

I fattori, in una società, che possono contribuire all'incidenza del maltrattamento sui minori includono:

- politiche economiche, sociali sanitarie ed educative che danno luogo a standard di vita poveri, a disuguaglianze o instabilità socioeconomiche;
- norme sociali e culturali che promuovono o esaltano la violenza verso gli altri, compresa la punizione corporale, così come presentata dai media, nelle musiche popolari o nei videogiochi;
- norme sociali e culturali che richiedono ruoli di genere rigidi per gli uomini e per le donne;
- norme sociali e culturali che sminuiscono lo status del minore nella relazione

- padre-figlio;
- esistenza di casi di pornografia infantile, di prostituzione e lavoro minorile.

Fattori di protezione

Come ci sono fattori che accrescono la suscettibilità dei minori e delle famiglie al maltrattamento sui minori, ci sono anche fattori che possono fornire un effetto protettivo.

Sfortunatamente sono state condotte pochissime ricerche sistematiche su questi fattori di protezione e non sono state ben comprese. La ricerca si è concentrata maggiormente sui fattori di resilienza, cioè, fattori che diminuiscono l'impatto del maltrattamento sui minori sulla vittima. Fattori che sembrano facilitare la resilienza includono:

- attaccamento stabile del minore ai membri adulti della famiglia;
- alti livelli di attenzione da parte del padre durante l'infanzia;
- il non avvicinarsi a pari che delinquono o che abusano di sostanze;
- una relazione calorosa e di supporto con un genitore inoffensivo;
- assenza di stress derivante da abusi subiti.

Ci sono poche informazioni circa i fattori che proteggono le famiglie ed i minori da nuovi casi di maltrattamento sui minori. Alcuni studi hanno dimostrato come vivere in una comunità con una forte coesione sociale abbia un effetto di protezione e possa ridurre il rischio di violenza, anche quando altri fattori di rischio sono presenti.

Sulla base dell'attuale conoscenza relativa allo sviluppo del bambino nella prima infanzia, ai fattori di rischio per il maltrattamento sui minori, e all'evidenza relativa all'efficacia di certe strategie di prevenzione, è chiaro che unità familiari stabili possono essere una potente fonte di protezione per i minori. Una buona educazione dei figli, un forte attaccamento tra genitori e minori, tecniche non corporali positive di disciplina, sono verosimilmente fattori di protezione. Questi elementi apparentemente protettivi dovrebbero essere incoraggiati, specialmente nelle comunità con livelli di coesione sociale bassi.

Dati epidemiologici e informazioni basate sui casi di studio

L'epidemiologia si occupa dello studio della frequenza e dei motivi per cui un problema di salute si verifica in specifici gruppi di persone. Nel caso del maltrattamento sui minori, sono necessari dati epidemiologici per progettare e valutare strategie di prevenzione. I dati sono anche utilizzati per intervenire sugli individui e sulle famiglie dove il maltrattamento sui minori è in corso. In molte parti del mondo, i dati epidemiologici riferiti al maltrattamento sui minori risultano carenti. Di conseguenza, i *policy maker* e l'opinione pubblica spesso non accettano che il maltrattamento sui minori sia un problema grave nell'ambito del proprio contesto sociale. Relativamente ai fattori di rischio si sono sviluppate percezioni poco aderenti alla realtà, così come relativamente alle caratteristiche dei colpevoli, ai probabili effetti dell'abuso e ad altri aspetti del maltrattamento. E' solo attraverso informazioni corrette che queste percezioni possono essere ridimensionate, lasciando che i fatti sostituiscano le congetture.

I dati epidemiologici sul maltrattamento sui minori e le sue conseguenze possono contribuire direttamente a prevenire i fenomeni in quanto:

- forniscono una definizione quantitativa del problema che può essere utilizzata da una vasta gamma di gruppi e settori coinvolti;
- forniscono dati sistematici e continui sull'incidenza, sulle cause e conseguenze del maltrattamento sui minori a livelli locali, regionali e nazionali;
- permettono l'identificazione precoce delle tendenze emergenti e delle aree problematiche nel maltrattamento sui minori in modo da prevedere prima che sia troppo tardi interventi appropriati;
- suggeriscono priorità per la prevenzione tra coloro che sono ad alto rischio di subire o perpetrare maltrattamento sui minori, così come priorità per affrontare i fattori di rischio ad esso associato;
- forniscono uno strumento per valutare l'impatto degli sforzi in materia di prevenzione;
- monitorano i cambiamenti stagionali e longitudinali nella prevalenza e nelle caratteristiche del maltrattamento sui minori e nei fattori di rischio associati;
- forniscono una panoramica della distribuzione geografica dei casi di maltrattamento sui minori che possa supportare la scelta delle sedi di futuri servizi di protezione del minore e di altri servizi dedicati alle vittime.

I dati raccolti su casi di maltrattamento sui minori che giungono all'attenzione di servizi particolari e strutture sanitarie, come per esempio servizi per la tutela del minore, linee telefoniche di supporto, ospedali e polizia, sono in contrasto con i dati epidemiologici. L'accesso a ogni particolare servizio e il suo utilizzo sono sempre considerevolmente disomogenei tra i diversi gruppi di popolazione. Quindi le informazioni sui casi raccolte da servizi e strutture sanitarie di questo tipo, non possono mai essere usati

per misurare la portata complessiva del problema del maltrattamento sui minori senza esito letale. Tutte le relazioni sul maltrattamento sui minori senza esito letale, che usano informazioni basate sui casi riportati, dovrebbero quindi sottolineare la natura limitata delle informazioni e le distorsioni in esse contenute.

Riquadro 2.1

Quali sono le caratteristiche distintive delle informazioni epidemiologiche?

Troppo spesso, i dati statistici sul maltrattamento sui minori sono raccolti senza tenere in debita considerazione i criteri di base per gli studi epidemiologici. Questi sforzi per raccogliere i dati possono coinvolgere risorse sostanziali e un grande numero di individui, e sembrano fornire oggettive, accurate e quindi utili informazioni per l'azione. Comunque, a meno che il lavoro non sia specificatamente progettato per soddisfare i requisiti epidemiologici, i risultati hanno poche probabilità di superare l'esame critico. Nella situazione peggiore, possono rappresentare una visione del fenomeno del maltrattamento sui minori, pregiudizievole e potenzialmente controproducente. Standardizzazioni rigorose e metodi di indagine per il controllo qualità sono una caratteristica essenziale dei dati epidemiologici. Basare la raccolta delle informazioni sui principi epidemiologici aiuta a minimizzare ogni pregiudizio e ad accrescere il valore dell'informazione. Se emerge una differenza apparente nei tassi di maltrattamento, la prima domanda da porsi è: "I confronti potrebbero essere affetti da distorsione? I dati epidemiologici seguono si basano sui seguenti principi.

Tutti i risultati devono essere collegati ad una popolazione definita. L'epidemiologia misura il maltrattamento sui minori in relazione ad una popolazione che si configura a rischio per esso. Quest'importante caratteristica comporta che le conclusioni epidemiologiche non possano essere estrapolate dai dati sugli individui e le famiglie dove il maltrattamento si è verificato. Piuttosto, gli studi epidemiologici iniziano specificando una popolazione target chiaramente definita e poi interrogando tutti gli individui all'interno del gruppo per identificare dove il maltrattamento si sia verificato. Le popolazioni di riferimento possono essere definite in molti modi. Possono essere, popolazioni geografiche, per esempio, tutti i residenti di una città o di un paese; gruppi definiti da indicatore socio economico, come famiglie dove un membro adulto riceva sussidi di disoccupazione; o popolazioni definite sulla base di un criterio diagnostico, per esempio, tutti i bambini al di sotto di un certo peso alla nascita. All'interno di questi confini, possono essere fatte suddivisioni ulteriori, come per età o per sesso.

Le osservazioni sono orientate ai gruppi più che agli individui. Le osservazioni epidemiologiche si riferiscono principalmente a gruppi di persone. Sono poco significative per descrivere accuratamente e predire i comportamenti e risultati dell'individuo. In altre parole, i dati epidemiologici sono validi per predire quali sottogruppi all'interno della popolazione di riferimento hanno maggiore probabilità di manifestare il problema, a meno che le cause principali non vengano prese in considerazione, ma non aiutano ad identificare quali particolari individui ne saranno colpiti.

Le conclusioni sono basate sui confronti. Gli indizi dei fattori di rischio alla base del maltrattamento sui minori emergono comparando l'incidenza del maltrattamento in gruppi con diversi livelli di esposizione ad uno o più fattori di rischio. Esempi possono essere: l'incidenza dell'abuso sessuale nei bambini nati da madri sole e adolescenti, diversamente da abuso nei bambini nati da madri adulte accompagnate; o l'incidenza di abuso fisico in bambini, in famiglie con o senza storie di violenza intima tra i partner. Progettare un confronto di questo tipo richiede un'accurata attenzione per assicurare che non vi siano pregiudizi nei differenti gruppi quando esaminiamo se un maltrattamento si è verificato e se i livelli di esposizione a questo tipo di abuso siano stati correttamente classificati.

Nonostante questi limiti, i dati raccolti dalle strutture sanitarie servono a due scopi importanti.

- Far sì che sia garantita continuità di informazioni nel tempo sui casi individuali e tra i diversi servizi coinvolti nella gestione del caso;
- agevolare la pianificazione della fornitura di servizi, individuare quali siano i periodi di massima domanda, quale personale sia necessario, o quale sia la provenienza degli utenti.

I decessi dovuti a maltrattamento sui minori costituiscono una categoria specifica, dato che non sono facilmente identificabili attraverso ricerche epidemiologiche basate sulla popolazione o attraverso sistemi di raccolta di dati provenienti dai servizi sanitari. Queste morti possono essere misurate in modo preciso solo attraverso i sistemi di sorveglianza della mortalità forniti dalle strutture sanitarie. (vedi la sezione 2.3 dedicata ai casi fatali di maltrattamento sui minori).

Per avere una visione completa del maltrattamento sui minori in un qualunque luogo sono necessarie le seguenti voci:

- maltrattamento sui minori *senza esito letale*:
 - ricerche epidemiologiche basate sulla popolazione;
 - informazioni su casi individuali e scambi di informazioni sui casi all'interno e tra le diverse strutture;
 - raccolta routinaria di dati relativi a casi trattati da strutture mediche di emergenza, servizi di tutela minori e altri servizi.
- Maltrattamenti *con esito letale*:
 - procedure per l'indagine medico legale di tutti i decessi conosciuti e sospetti dovuti a cause esterne e decessi inattesi di bambini piccoli.

2.1 Definizioni pratiche di maltrattamento sui minori

Per poter classificare ed enumerare i casi di maltrattamento sui minori, il concetto presentato nella sezione 1.1 deve essere tradotto in definizioni pratiche attraverso un sistema di classificazione universalmente riconosciuto.

Lo standard diagnostico internazionale di classificazione utilizzato a fini epidemiologici e di gestione sanitaria è l' "International Classification of Diseases (I.C.D.)". È utilizzato per monitorare l'incidenza e la prevalenza del maltrattamento sui minori e valutarne l'associazione con altre variabili, tra cui le circostanze e le caratteristiche dei minori e delle famiglie colpite. Questa guida raccomanda che, gli interventi per registrare e documentare sia i casi con esito letale, sia quelli senza esito letale di maltrattamento sui minori visti nelle strutture sanitarie, classifichino i casi attraverso il sistema *I.C.D.*

La maggior parte dei paesi ha diffuso linee guida ufficiali per codificare e riportare i casi, basate sull' "International Classification of Diseases" sia nella nona sia nella decima revisione, . In ogni caso, queste linee guida per la classificazione dei casi di maltrattamento possono essere usate solo in un numero limitato di strutture e in modo molto selettivo poiché la codifica risultante potrebbe rivelarsi non affidabile. In questi casi, sarà probabilmente utile allestire un gruppo di lavoro per migliorare la classificazione e mettere a punto una serie di linee guida su come assegnare i codici *I.C.D.* ai casi riconosciuti o sospetti di maltrattamento sui minori.

L'assegnazione dei codici *I.C.D.* ad un caso viene effettuata solo dopo che i medici hanno provveduto alla cura e fatto del proprio meglio per raggiungere una conclusione definitiva. La classificazione della causa di morte è solitamente basata sulle relazioni del medico legale e sui risultati delle indagini.

Per i casi di maltrattamento senza esito letale, la classificazione della lesione è generalmente basata sulle informazioni fornite dalle cartelle che registrano le dimissioni ospedaliere e le visite del pronto soccorso.

Le due componenti principali di una classificazione *I.C.D.* riguardano lo stato che il paziente manifesta (per esempio, emorragia subdurale di natura traumatica) e le sue cause esterne. Sono incluse inoltre, informazioni sulla relazione tra colpevole e vittima, laddove è conosciuta, ad esempio, nel caso di minori percossi dal patrigno.

Il maltrattamento sui minori può avere una vasta gamma di conseguenze sulla salute, compresa la gravidanza, le malattie a trasmissione sessuale, le carie, la frattura della volta cranica e bruciature sulle gambe. Sebbene possa essere possibile identificare alcune condizioni manifeste maggiormente evocative di maltrattamento sui minori rispetto ad altre, è attraverso l'attribuzione di una causa esterna, o il loro codice *I.C.D.*, che un caso individuale viene classificato come caso di maltrattamento conclamato o sospetto.

Un esempio delle regole specifiche che i servizi sanitari e i programmatori informatici potrebbero seguire nell'assegnazione dei codici *I.C.D.*, causa esterna, sono quelle sviluppate dal Dipartimento Statunitense dei Servizi socio sanitari illustrato nel riquadro 2.2.

2.2 Ricerche epidemiologiche basate sulla popolazione

Le informazioni sul maltrattamento sui minori deducibili dai casi registrati e dagli studi qualitativi forniscono un buon punto di partenza per stabilire se un problema esista o meno.

Tuttavia, non permettono di capire come il maltrattamento sui minori colpisca la popolazione nel suo complesso. Gran parte del maltrattamento sui minori non viene

Riquadro 2.2

Regole per l'assegnazione dei codici ICD-9 ai casi di maltrattamento conclamati e sospetti elaborate dal Dipartimento della salute e dei servizi sociali ed umani del Governo Federale degli Stati Uniti

A. Linee guida per il maltrattamento sui minori e adulto

1. Quando la causa di una lesione o di incuria è abuso intenzionale sul minore o adulto, il primo Codice E dovrebbe essere assegnato tra le categorie E960 – E 968, "omicidio e lesione inflitta intenzionalmente da parte di altre persone" (eccetto categoria E967). Un codice di categoria E967, "percosse a minore e adulto e altro maltrattamento", dovrebbe essere aggiunto come codice addizionale per identificare il colpevole, se conosciuto.
2. Nei casi di incuria dove la causa si configura come accidentale, E-codice E904.0, "Abbandono o incuria di neonato e persona non autosufficienti" dovrebbe essere il primo codice elencato.

B. Linea guida per intento sconosciuto o sospetto

1. Se l'intento (non intenzionale, auto inflitto o aggressione) della causa della lesione o dell'avvelenamento è sconosciuto o non specificato, la causa va classificata come indeterminata E980–E989.
2. Se l'intento (non intenzionale, auto inflitto o aggressione) della causa della lesione o dell'avvelenamento è discutibile, probabile o sospetto, l'intenzionalità va classificata come indeterminata E980–E989.

C. Causa indeterminata

Dove l'intento di una lesione o di un avvelenamento è conosciuto, ma la causa è sconosciuta, vanno usati i codici: E928.9 "incidente non specificato"; E958.9 "suicidio e lesione auto inflitta da cause non specificate"; E968.9 "aggressione da oggetto non identificato".

rilevato e registrato. Le esperienze di maltrattamento riferite dai minori a livello di popolazione non possono essere considerate allo stesso livello delle esperienze di minori ufficialmente registrati come maltrattati o di quelli inclusi in campioni di convenienza utilizzati spesso nelle ricerche qualitative.

Per una migliore comprensione dell'entità del maltrattamento sui minori e delle sue conseguenze di lungo termine, le informazioni raccolte devono andare oltre la ricerca basata sui casi e le ricerche qualitative per utilizzare ricerche basate sulla popolazione che utilizzino i campioni di probabilità. Queste ricerche epidemiologiche basate sulla popolazione richiedono specifiche informazioni riguardo a:

- l'uso di severe o moderate punizioni corporali;
- l'esposizione al maltrattamento sui minori;
- i comportamenti a rischio per la salute;
- lo stato di salute attuale.

Queste ricerche devono essere ripetute in gruppi omogenei per età e ad intervalli periodici, o per campionare gruppi di età differenti in un'unica raccolta di dati. Oltre a fornire informazioni sulla portata e le conseguenze del maltrattamento sui minori, esse possono tracciare come il fenomeno risponda agli interventi di prevenzione. Inoltre, domande legate ai fattori di rischio e di protezione possono essere integrate con altre ricerche esistenti sui fattori di rischio comportamentali e fornire così dati utili.

Tra i diversi tipi di strumenti per la ricerca utilizzati negli studi del maltrattamento sui minori basati sulla popolazione, quattro sono particolarmente adatti a produrre informazioni utili alla progettazione di politiche e programmi di prevenzione. Questi strumenti sono:

- Il metodo Parent–Child Conflict Tactics Scale;
- Il questionario Adverse Childhood Experiences;
- Il questionario Lifetime Victimization Screening;
- Gli strumenti Child Abuse Screening utilizzati da IPSCAN.

Il metodo Parent–Child Conflict Tactics Scale

Il metodo Parent–Child Conflict Tactics Scale⁶ è un sottotipo della più ampia Conflict Tactics Scale sviluppata da Strauss⁷ che consta di 80 voci per l'indagine della violenza e dei conflitti familiari. La scala si concentra particolarmente sugli adulti all'interno della famiglia. Delle ottanta voci, 20 sono quesiti rivolti ai genitori sulle loro relazioni con il minore. Altri 20 quesiti sono rivolti al genitore sul suo rapporto con il partner e le interazioni che questa persona ha con il minore. Se non c'è un partner, questi quesiti non vengono posti. Le ultime 40 domande della scala sono relative alle interazioni tra un genitore e il suo partner.

Il metodo Parent–Child Conflict Tactics Scale valuta come un genitore si comporta con il figlio. Il metodo indaga se, in un conflitto, il genitore, per esempio, cerca di discutere la situazione in modo calmo, grida al figlio o l'insulta, esce molto arrabbiato dalla stanza, minaccia di sculacciarlo o cerca di colpirlo. I quesiti esplorano progressivamente comportamenti maggiormente coercitivi e aggressivi. Le voci sono correlate ad una scala di sette punti, che va da "0" per "mai" a "6" per "quasi tutti i giorni".

Il metodo Parent–Child Conflict Tactics Scale è stato largamente implementato in molti paesi ad alto reddito. Come parte degli studi "Worldsafe" è stato anche utilizzato con successo per raccogliere dati sul comportamento dei genitori e degli altri membri della famiglia in paesi come il Brasile, il Cile, l'Egitto, l'India e le Filippine.

Lo studio Adverse Childhood Experiences (A.C.E.)

Come evidenziato nell'introduzione, uno degli sviluppi scientifici più importanti dell'ultimo decennio ha provato il legame tra maltrattamento sui minori, comportamenti a rischio per la salute ed alcune malattie croniche. Un modello di riferimento per ogni

6 Straus MA et al. Identification of child maltreatment with the parent–child conflict tactics scales: development and psychometric data for a national sample of American parents. *Child Abuse and Neglect*, 1998, 22:249–270.

7 Straus MA et al. The revised conflict tactics scales (CTS2): development and preliminary psychometric data. *Journal of Family Issues*, 1996, 17:283–316.

nuovo studio che vada ad indagare questo legame è costituito dal questionario “Adverse Childhood Experiences (ACE)” (testo riportato in appendice 1). Questo questionario consta di versioni separate per uomini o donne interrogati e includono i questionari “Family Health History” e “Physical Health Appraisal” per raccogliere informazioni sul maltrattamento sui minori, disfunzioni familiari e altri fattori socio comportamentali⁸.

Il questionario *Family Health History* consiste di 68 domande che esaminano varie tipologie di maltrattamento e avversità infantili radicate in disfunzioni familiari e fattori di rischio.

Tutte le domande sono introdotte dalla frase “mentre cresceva, nei suoi primi 18 anni di vita...” Per differenti tipologie di maltrattamento, disfunzione familiare e fattori di rischio, le domande continuano come segue.

- **Maltrattamento per categoria**

— *Psicologico*

Domande: un genitore o un altro adulto in famiglia ha...

- spesso o molto spesso imprecatato contro di lei, l’ha insultata o umiliata?
- Spesso o molto spesso agito in modo tale da farle temere di essere ferito fisicamente?

— *Fisico*

Domande: un genitore o un altro adulto in famiglia l’ ha...

- spesso o molto spesso spinta, afferrata, schiaffeggiata?
- Spesso o molto spesso colpita così forte da lasciarle segni o lesioni?

— *Sessuale*

Domande: un genitore o un altro adulto in famiglia...

- ha mai toccato o accarezzato il suo corpo in una maniera sessuale?
- Ha mai toccato il suo corpo in una maniera sessuale?
- Ha tentato di avere un qualche tipo di rapporto sessuale con lei (di tipo orale, anale o vaginale)?
- Ha mai effettivamente avuto un rapporto sessuale con lei (di tipo orale, anale o vaginale)?

- **Disfunzioni familiari per categoria**

— *Abuso di sostanze*

Domande: ha...

- vissuto con qualcuno che aveva problemi con l’alcool o era alcolizzato?
- Vissuto con qualcuno che facesse uso di droga?

— *Malattie psichiatriche*

Domande:

- un membro della famiglia è stato depresso o affetto da malattie psichiatriche?
- Un membro della famiglia ha tentato il suicidio?

— *Madre sottoposta a violenza*

Domande: era sua madre (o matrigna) ...

- ogni tanto, spesso o molto spesso spinta, afferrata, schiaffeggiata o venivano lanciate contro di lei delle cose?

⁸ I questionari possono essere scaricati dal sito internet del Centro degli Stati Uniti d’America per il controllo e la prevenzione delle malattie (CDC) <<http://www.cdc.gov/nccdphp/ace/>> (accessed 7 June 2006). Non sono sottoposti a copyright e non ci sono costi per l’utilizzo, tuttavia CDC and Kaiser Permanente (una organizzazione non profit degli USA per la diffusione della assistenza sanitaria richiede copia di ogni articolo o ricerca condotta che abbia utilizzato i questionari.

- Spesso o molto spesso presa a calci, morsa, colpita con un pugno o con un oggetto contundente?
- Mai colpita ripetutamente per un periodo di almeno qualche minuto?
- Mai minacciata con o colpita da un coltello o un'arma da fuoco?

— *Comportamento criminale in famiglia*

Domanda:

- un membro della famiglia è mai stato in carcere?

- **Fattori di rischio**

— *Domande su:*

- fumo;
- grave obesità;
- inattività fisica;
- depressione;
- tentati suicidio;
- alcolismo;
- uso di droga;
- uso parenterale di droga , per esempio uso di droga tramite iniezione
- un elevato numero di partner sessuali nell'arco della vita (“elevato” in questo contesto è stato definito come 50 o più)

Il questionario completo *Physical Health Appraisal* pone domande sull'opinione che coloro che rispondono hanno del proprio stato di salute e altre che indagano storie di:

- ischemia cardiaca (tra cui attacco di cuore o uso di nitroglicerina per il dolore al petto durante uno sforzo);
- qualsiasi tipo di cancro;
- ictus;
- bronchiti croniche, asma o enfisema (malattia cronica ostruttiva polmonare)
- diabete;
- epatite o itterizia;
- qualsiasi tipo di fratture scheletriche (come indice per il rischio di lesioni non intenzionali);
- emicranie croniche, mal di schiena o dolore addominale.

Al momento della redazione di questo testo i questionari di studio ACE sono stati applicati in Cina e negli Stati Uniti.

Il Questionario “Lifetime Victimization Screening”

Il questionario Lifetime Victimization Screening⁹ è basato su un sottoinsieme di voci estrapolate dal questionario “Juvenile Victimization” una recente raccolta concernente la vittimizzazione dei minori. Contiene 20 quesiti che coprono quattro aree principali del maltrattamento sui minori e dei giovani:

- abuso fisico e incuria da parte dei genitori e membri della famiglia (quattro domande);
- vittimizzazione sessuale (otto domande);
- esposizione a scene di violenza familiare (due domande);
- altre esposizioni significative dirette o indirette a violenza (sei domande).

I quesiti sono concepiti per ottenere informazioni sull'esposizione a specifici casi di

⁹ Turner HA, Finkelhor D, Omrod R. The effect of lifetime victimization on the mental health of children and adolescents. *Social Science and Medicine*. 2006, 62:13–27.

maltrattamento durante l'arco della vita. Ci sono domande di follow-up per ciascuna voce per supportare la classificazione della tipologia di evento, che riguardano:

- caratteristiche del colpevole o dei colpevoli;
- se un'arma è stata usata;
- se una ferita è stata causata;
- se l'evento è successo in corrispondenza ad un altro evento.

Le domande inoltre valutano l'avversità accumulata durante l'infanzia attraverso un ampio set di domande che coprono 15 eventi traumatici che non si configurano come abuso e fonti croniche di stress, tra cui:

- traumi le cui origini non sono dovute a vittimizzazione – come malattie gravi, ferite non intenzionali, incarcerazione dei genitori e disastri naturali;
- avversità di natura maggiormente cronica, come utilizzo reiterato nel tempo di sostanze da parte dei membri della famiglia, litigio costante dei genitori, e essere persistentemente sbeffeggiato per l'aspetto fisico.

Al momento della redazione di questo testo, questo questionario è stato applicato solo negli Stati Uniti, dove è stato somministrato telefonicamente ad un campione nazionale rappresentativo di più di 2000 minori ed adulti.

Gli strumenti Child Abuse Screening (ICAST) utilizzati dall'Istituto ISPCAN

Con il supporto dell'UNICEF, I.S.P.C.A.N. ha coinvolto più di 120 esperti provenienti da più di 40 paesi, tra cui molti paesi in via di sviluppo, con l'intento di progettare strumenti di misurazione del maltrattamento sui minori applicabili a livello internazionale¹⁰. Sono stati sviluppati tre strumenti che pongono domande:

- ai genitori sull'utilizzo di differenti comportamenti di disciplina;
- ai giovani adulti di età compresa tra i 18 ed i 24 anni, sulla loro esposizione alla violenza durante l'infanzia;
- a minori più adulti sulle loro esperienze recenti di violenza.

lo scopo principale di questi strumenti di monitoraggio è fare una stima della portata del problema partendo da campioni basati sulla popolazione, e di calcolare i tassi di incidenza o prevalenza. Gli strumenti possono essere auto somministrati. In alternativa possono essere inseriti in ricerche più ampie che includano la valutazione di altre tipologie di abuso, un'analisi dei fattori di rischio e delle conseguenze per la salute, per esempio, utilizzando i questionari “*Adverse Childhood Experiences*” descritti precedentemente. Gli strumenti sono stati testati in sette paesi in via di sviluppo da 5 regioni e tradotti in diverse lingue.

Lo strumento ICAST-P (per “genitore”) è studiato per ricerche su genitori con minori al di sotto dei 18 anni d'età. Ci sono 46 quesiti sulle pratiche utilizzate nell'ultimo anno e durante l'arco della vita del minore, tra cui informazioni su possibili omissioni nell'assistenza e atti di disciplina o violenza. Un altro genitore o chi si occupa della cura del minore, intervista i genitori sullo stesso set di domande. Le domande indagano sia l'approccio positivo, che quello negativo alla disciplina. Per stabilire i tassi di incuria, ci sono domande sui bisogni primari del minore. Attraverso domande ai genitori che

¹⁰ Ulteriori informazioni possono essere raccolte da: Des Runyan, University of North Carolina, Chapel Hill, NC, United States of America <drunyan@med.unc.edu>; Michael Dunne, Queensland University of Technology, Brisbane, Australia <m.dunne@qut.edu.au>; Kimberly Svevo, ISPCAN Executive Director, Chicago, IL, United States of America <exec@ispcan.org>.

indagano se essi siano a conoscenza del fatto che il minore sia stato toccato in modo sessuale o abbia avuto rapporti con un adulto vengono stimati i tassi di abuso sessuale.

Lo strumento ICAST-R (“restrospettivo”), contenente 26 domande, è concepito per essere utilizzato con giovani di età compresa tra i 18 ed i 24 anni. Indaga le esperienze di abusi sessuali, fisici e emotivi subiti prima del compimento del diciottesimo anno di vita. Il questionario, inoltre cerca di stabilire quando e quanto spesso questi eventi si siano verificati e chi ha inflitto l’abuso.

Lo strumento ICAST-C (“minore”) è concepito per essere utilizzato con i minori di età compresa tra i 12 ed i 17 anni e indaga le loro esperienze di vittimizzazione subite nell’arco della vita e negli anni passati. Questo strumento è stato il più difficile da sviluppare a causa del consenso informato che i minori dovevano fornire, il verbale giuridico e altre questioni etiche. Ci sono 82 quesiti in totale, ma l’intervistatore può scegliere solo quelle che ritiene rilevanti per la violenza subita in un particolare contesto, come la casa o la scuola. Le domande riguardano varie tipologie di violenza verbale, fisica e sessuale, così come esperienze di incuria. A causa della natura estremamente sensibile di questo tipo di ricerca, si raccomanda che lo strumento ICAST-C sia somministrato in forma anonima.

Adattare i metodi di ricerca alle condizioni locali

Questionari, impianti di ricerca e tecniche di intervista identiche dovrebbero essere idealmente utilizzati in contesti diversi, in modo da ottenere risultati immediatamente comparabili. Nella realtà, i diversi livelli di alfabetizzazione, la diversa dimestichezza con le ricerche basate sul metodo dell’intervista e la diversa propensione delle persone a parlare di argomenti delicati, rendono necessari almeno alcuni adeguamenti alle condizioni locali.

Tali modifiche, che dovrebbero essere applicate al minimo indispensabile, dovrebbero essere stabilite attraverso attenti test locali con individui e focus group estrapolati dalla popolazione da testare. A causa della natura sensibile delle domande, si dovrebbe assicurare, attraverso la formazione degli intervistatori, che le interviste siano condotte in modo confidenziale, e che la banca dati non contenga identificativi personali.

Il modo in cui i metodi di ricerca sono stati modificati, dovrebbe essere chiaramente precisato quando se ne riportano i risultati. Inoltre, i possibili effetti dei diversi cambiamenti devono essere presi in considerazione nel momento in cui si scrivono le conclusioni basate sugli esiti della ricerca.

Strategie di campionamento

Strategie di campionamento basate sulla probabilità sono utilizzate per campionare una popolazione che sia il più possibile rappresentativa di una popolazione più ampia e in modo da massimizzare il grado di generalizzazione dei risultati su una popolazione più ampia.

Esempi di strategie di campionamento comprendono: campionamento causale semplice; sistematico; stratificato; a grappolo; campionamento multifasico, una forma complessa di campionamento a grappolo. Il campione probabilistico o rappresentativo scelto, determina le risorse umane ed economiche necessarie per la ricerca. Condiziona, inoltre, la significatività statistica dei risultati e fino a che punto essi possono essere generalizzati. I ricercatori che hanno una carente esperienza nella progettazione dei campioni dovrebbero consultare un esperto prima di scegliere una strategia di campionamento.

Dimensioni del campione

Le *strategie di campionamento* non sono l'unico aspetto della metodologia di ricerca che condiziona la validità dei risultati raggiunti. La *dimensione del campione* ha un forte effetto sulla precisione dei risultati. Calcolarla necessita un'attenzione scrupolosa. Nel caso in cui l'*outcome* ricercato all'interno della popolazione sia poco frequente, si dovrebbe allestire un campione più ampio per misurarlo. Gli studi epidemiologici basati sulla popolazione devono assicurare l'utilizzo di un'adeguata dimensione del campione per misurare in modo affidabile i diversi tipi di maltrattamento e le varie conseguenze. Diversi tipi di maltrattamento e diversi fattori di rischio si verificano con diverse frequenze. Dato che questi aspetti vengono spesso investigati attraverso un colloquio singolo, la dimensione del campione dovrebbe essere sempre commisurata alla tipologia di maltrattamento e ai differenti fattori di rischio (attraverso altri studi, in contesti simili) che si verificano il *meno* frequentemente.

Prima di calcolare la dimensione appropriata del campione, è necessario conoscere le seguenti informazioni:

- la **strategia di campionamento** da utilizzare. La dimensione corretta per il campione è spesso diversa, per esempio nel caso del campionamento a grappolo rispetto a quello casuale;
- una stima della **frequenza attesa degli outcome** e il **marginale di errore massimo accettabile**;
- il **grado di precisione** desiderato. Maggiore precisione richiede solitamente un campione di dimensioni più ampie;
- **come i dati verranno analizzati**. Il tipo di analisi statistica da utilizzare potrebbe richiedere modifiche della dimensione del campione. Ad esempio nello studio basato sulla popolazione, la dimensione del campione richiesta semplicemente per stimare la prevalenza dell'abuso fisico, sarà minore rispetto a quella richiesta per scoprire statisticamente differenze significative nella prevalenza dell'abuso fisico tra due sottogruppi di popolazione.

Ad esempio, il rapporto orale, anale, vaginale completo sono probabilmente tra le forme meno frequenti di abuso sessuale senza esito letale, nella maggior parte dei contesti. La prevalenza globale di questo tipo di abuso è approssimativamente del 6% per le femmine e del 2% per i maschi¹¹. E' quindi raccomandato che questo calcolo sia utilizzato come base per i calcoli della dimensione del campione in contesti dove non sia disponibile una stima più accurata basata su studi locali.

La dimensione del campione può essere calcolata utilizzando formule matematiche o con pacchetti di programmi statistici. Un esempio di pacchetto di questo tipo è il programma "STATCALC" dell'Epi Info^{TM12}. Data l'importanza di calcolare la corretta dimensione del campione e la complessità del farlo, si raccomanda vivamente che il calcolo venga elaborato con un esperto statistico.

Considerazioni etiche

Le ricerche rivolte a minori ed adulti su eventi presenti o del recente passato, poiché esse identificano situazioni di maltrattamento grave, dovrebbero essere prese in considerazione solo laddove esistano adeguate risorse per garantire una soluzione alla situazione o

¹¹ Andrews G et al. Child sexual abuse. In Ezzati M et al, eds. *Comparative quantification of health risk* (Volume 2). Geneva, World Health Organization, 2004:1851–1940.

¹² Epi InfoTM possono essere scaricate gratuitamente dal Centro degli Stati Uniti d'America per il controllo e la prevenzione delle malattie.

laddove sia possibile portarla all'attenzione delle autorità competenti. Sia il metodo *Parent–Child Conflict Tactics Scale* sia il questionario *Lifetime Victimization Screening* possono rivelare attuali o recenti maltrattamenti. Al contrario, il questionario *A.C.E. Study* che indaga le esperienze che si sono verificate molti anni prima dell'intervista, hanno meno probabilità di scoprire situazioni attuali di grave e vittimizzazione in corso, che necessitino intervento immediato. Analogamente, le ricerche devono, in ogni caso, essere condotte in modo che la situazione di colui che risponde non sia peggiorata dal fatto di rispondere al questionario. L'impianto degli studi deve pertanto essere sempre rivisto da un comitato etico.

2.3 Informazioni sui casi

L'informazione sul caso si riferisce alle informazioni ottenute da individui e famiglie dove il maltrattamento si è già verificato e ora in carico ai servizi per gestire gli effetti del maltrattamento. Raccogliere e condividere informazioni di base sul caso migliora la protezione dei minori maltrattati e contribuisce alla sorveglianza del maltrattamento sui minori. Perfino nelle comunità dove i sistemi di protezione dei minori sono considerati avanzati, il fallimento nel comunicare le informazioni sul caso all'interno e tra i servizi sanitari, regolarmente conduce al decesso dei minori e a sofferenza che potrebbe essere evitata.

Minori a rischio di maltrattamento, genitori, e altri membri della famiglia di questi minori, frequentemente interagiscono con molti servizi. Essi possono essere soccorsi ripetutamente per lesioni nelle stesse o in differenti strutture sanitarie. Le loro famiglie possono avere contatti con i servizi sociali che lavorano nel campo dell'edilizia agevolata, dell'istruzione, del welfare e della protezione dei minori. Ognuna di queste interazioni fornisce un'opportunità di scoprire il maltrattamento e di intervenire. Ogni volta che una famiglia o un minore incontra un'agenzia di servizi di qualsiasi settore, nell'eventualità in cui il maltrattamento sui minori sia confermato o sia sospetto, le informazioni di base sul caso dovrebbero essere documentate.

Sia per una buona gestione del caso, sia per motivi di sorveglianza epidemiologica è importante registrare diverse variabili. Questioni riservate, tuttavia, emergono quando si trattano informazioni personali sul minore e su chi se ne prende cura. Le informazioni dovrebbero, quindi, essere registrate in modo da poter essere rimosse quando utilizzate a scopo di sorveglianza epidemiologica. Talvolta ci possono essere inoltre circostanze nelle quali i requisiti di riservatezza impediscono a un servizio di condividere le informazioni sul caso con un altro. Questi casi dovrebbero essere presi in considerazione urgentemente, in modo da rimuovere gli ostacoli alla condivisione di informazioni vitali e allo stesso tempo assicurare che la riservatezza venga preservata.

La Figura 2.1 mostra le variabili che dovrebbero essere registrate per ogni caso. In relazione al servizio e alla natura dell'interazione con il minore e con la famiglia, alcune di esse possono rimanere sconosciute. E' comunque importante cogliere il maggior numero di informazioni possibili. Forme strutturate elaborate a questo scopo possono migliorare la qualità e quantità di informazioni registrate. Un esempio utile è la valutazione del maltrattamento utilizzata dallo studio "Canadian Incidence Study of Reported Child Abuse and Neglect"¹³. Documentare i casi di maltrattamento sui minori non è di per sé sufficiente per accrescere la protezione nei confronti dei minori; devono essere, inoltre, condivise le informazioni sui minori a rischio tra i servizi e i settori coinvolti.

¹³ Trocmé N et al. *Canadian incidence study of reported child abuse and neglect – 2003*. Ottawa, Ministry of Public Works and Government Services, Canada, 2005. Disponibile al sito: <<http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/cisfr-ecirf/index.html>> (consultato il 28 giugno 2006).

Figura 2.1 Voci di informazione da registrare per i casi di maltrattamento conclamato e sospetto

Le seguenti informazioni dovrebbero essere registrate nei casi di maltrattamento sui minori conclamato e sospetto.

■ **Caratteristiche del minore**

- Età
- Sesso
- Razza o etnia
- Tipologia di alloggio
- Livello di istruzione ricevuta
- Indirizzo
- Precedenti casi di maltrattamento
- Disabilità fisiche o di sviluppo

■ **Dettagli del maltrattamento**

- Fonte e data dell'accusa
- Forma o forme di maltrattamento
- Stato del rapporto (per esempio, "sospetto" o "conclamato")
- Gravità del danno
- Durata del maltrattamento
- Servizi investigativi

■ **caratteristiche del colpevole o dei colpevoli accusati**

- Relazione con il minore
- Storie di abuso
- Età
- Sesso
- Stato lavorativo
- Indirizzo
- Razza o etnia
- Precedenti accuse per reati simili
- Storie di abuso di alcool o droga

■ **Caratteristiche di chi si prende cura del minore se la persona è diversa da quella sotto accusa**

- Età
- Sesso
- Relazione con il minore
- Storie di abuso
- Stato lavorativo
- Stato civile
- Livello di educazione
- Razza o etnia
- Interazione con i servizi

■ **Caratteristiche del nucleo familiare**

- Reddito del nucleo familiare
- Numero di persone nel nucleo familiare
- Descrizione degli altri minori nel nucleo familiare e loro relazione con il minore
- Alloggio del nucleo familiare
- Precedenti casi di maltrattamento
- Disabilità fisiche o di sviluppo

Adattato da: A Conceptual and epidemiological framework for child maltreatment surveillance. Ottawa: Minister of Public Works and Government Services Canada, 2001.

Sorveglianza epidemiologica dei casi documentati

Casi senza esito letale

La sorveglianza epidemiologica o la raccolta routinaria dei dati sul maltrattamento sui minori si basa sui casi registrati o scoperti dalle autorità. Tralascia quindi il grande numero di casi in cui il maltrattamento sui minori non viene riportato. La sorveglianza epidemiologica dei casi riportati di maltrattamento sui minori può indicare tendenze nell'offerta di servizi e nel loro utilizzo, ma non può fotografare in modo appropriato tutto il problema. Dove possibile, i sistemi di sorveglianza epidemiologica dovrebbero essere integrati da ricerche basate sulla popolazione, come descritto nella sezione 2.1, al fine di correggere questo problema. In situazioni dove non esistano servizi di protezione dei minori efficaci che forniscano dati sui casi registrati, o dove la maggior parte dei casi arrivi all'attenzione delle autorità competenti è particolarmente importante integrare i risultati attraverso ricerche basate sulla popolazione.

La raccolta routinaria di dati sul maltrattamento sui minori deve essere basata su definizioni accettate e standardizzate, in modo che le categorie siano uniformi e i set di dati possano essere effettivamente comparati. Per un buon sistema di sorveglianza epidemiologica, le definizioni operative devono essere adottate con chiarezza e concordate tra i differenti settori coinvolti nella raccolta di dati.

Questo processo di identificazione e accordo sulle definizioni operative, tuttavia, comporta tempo e dovrebbe essere svolto attentamente. La definizione del caso dovrebbe essere *sensibile e specifica*, dovrebbe essere semplice e non ambigua e dar luogo, a un numero limitato di *falsi positivi e falsi negativi*. Classificare i casi come “conclamati”, “sospetti” o “non comprovati”, e riportarli all'interno di queste categorie può essere utile per assicurare sia che un numero minore di *falsi positivi* venga incluso, sia che un numero minore di casi veri venga tralasciato.

In molti paesi, uno o più servizi raccolgono e elaborano le informazioni sui casi registrati di maltrattamento sui minori. I sistemi di sorveglianza epidemiologica dovrebbero basarsi su questi sistemi esistenti, laddove possibile e coordinare idealmente i sistemi esistenti utilizzati dai diversi settori se sono indipendenti gli uni dagli altri. Molto lavoro è già stato fatto per identificare i componenti di un buon sistema di sorveglianza epidemiologica del maltrattamento sui minori, e su come costruirne uno. La tavola 2.1 evidenzia le caratteristiche di un buon sistema di sorveglianza epidemiologica. Per un riferimento più completo vedere: *WHO–CDC Injury Surveillance Guidelines*¹⁴, e il *Canadian Conceptual and epidemiological framework for child maltreatment surveillance*¹⁵.

Maltrattamento sui minori con esito letale

Come già menzionato, i casi fatali di maltrattamento sui minori non possono essere facilmente misurati attraverso ricerche basate sulla popolazione o attraverso dati provenienti dai sistemi informativi dei servizi coinvolti. Porre domande ad adulti, nel contesto di una ricerca basata sulla popolazione, su minori che possono essere morti a causa di azioni intenzionali di un genitore o di un altro membro della famiglia rende improbabile che si ottengano risposte oneste. Alcuni decessi per maltrattamento avvengono probabilmente così velocemente che, anche se il membro della famiglia avesse voluto portare il minore al pronto soccorso non avrebbe avuto l'opportunità di farlo, e il corpo del minore sarebbe stato tumulato senza una documentazione ufficiale.

¹⁴ Holder Y et al., a cura di *Injury surveillance guidelines*. Geneva, World Health Organization, 2001.

¹⁵ *A conceptual and epidemiological framework for child maltreatment surveillance*. Ottawa: Minister of Public Works and Government Services Canada, 2001.

Tabella 2.1 Cosa fa funzionare un sistema di sorveglianza epidemiologica?

Semplicità.	Il sistema dovrebbe produrre i dati necessari nel modo più semplice e diretto possibile.
Flessibilità.	Il sistema dovrebbe poter essere modificato con costi minimi in base alle condizioni operative e ai dati richiesti
Accettabilità.	Le persone che devono fornire le informazioni, attraverso interviste e altre modalità, dovrebbero essere disponibili a partecipare ed essere coinvolte nella progettazione del sistema, laddove possibile.
Affidabilità.	Un sistema affidabile è quello che scopre una schiacciante proporzione di casi nella popolazione di riferimento e esclude la maggior parte dei falsi casi, questo significa che il sistema dovrebbe avere un'alta sensibilità, specificità ed un alto valore predittivo positivo. Questo permette ai destinatari finali di fidarsi dell'accuratezza dei dati.
Utilità.	Il sistema dovrebbe essere pratico, accessibile e accrescere la conoscenza sul problema.
Sostenibilità.	Il sistema dovrebbe essere di facile mantenimento ed aggiornamento, con adeguate risorse finanziarie ed umane dedicate per poter assicurare le operazioni in itinere.
Puntualità.	Il sistema dovrebbe generare informazioni aggiornate con ritardi minimi.

Adattato da: *Injury surveillance guidelines*. Geneva, World Health Organisation, 2004.

Informazioni accurate sui decessi dovuti a maltrattamento sui minori possono così essere ottenute solo in contesti dove:

- c'è l'obbligo di legge di registrare questi decessi;
- questo obbligo viene applicato;
- esistono sistemi per l'esame medico legale di tutti i decessi, dovuti a lesioni e cause esterne, conclamati o sospetti, compresi i decessi improvvisi di bambini piccoli.

Per essere efficaci, questi sistemi devono prendere in esame tutti i decessi di questo tipo e non solamente quelli che sembrano chiaramente essere il risultato di un maltrattamento.

C'è sempre una grande percentuale di decessi, particolarmente in gruppi di età molto giovane, relativamente ai quali l'esatta causa del decesso non viene individuata prontamente. In questi casi sono necessarie indagini ulteriori per giungere ad una conclusione definitiva. Sono relativamente pochi paesi che hanno leggi e sistemi di questo tipo. Conseguentemente la visione che molti paesi hanno dei decessi dovuti al maltrattamento sui minori è incompleta ed è probabilmente influenzata dai casi messi particolarmente in risalto dai media. Non è quindi raccomandato l'utilizzo di queste informazioni per progettare programmi di prevenzione del maltrattamento sui minori e servizi dedicati alle vittime.

La creazione di sistemi medico legali esaustivi per l'identificazione, indagine, classificazione e registrazione forense dei decessi è una pratica estesa e costosa. Visto che non c'è una soluzione semplice al problema di ottenere buoni dati epidemiologici sui casi fatali di maltrattamento sui minori in contesti che mancano dei richiesti sistemi medico legali, alcuni paesi hanno ritenuto utile costituire gruppi di riesame dei decessi infantili. (vedi Riquadro 2.3).

Feedback ai servizi che forniscono le informazioni

Per migliorare la sostenibilità dei sistemi di sorveglianza epidemiologica per il maltrattamento sui minori, dovrebbero essere restituiti frequenti feedback ai servizi che forniscono le informazioni.

Questo feedback dovrebbe consistere in relazioni contenenti un'analisi di base dei dati ricevuti da ogni servizio coinvolto. Queste relazioni possono supportare i servizi per una gestione migliore del proprio staff e delle altre risorse e per adattare meglio i servizi

Riquadro 2.3

Rassegna degli esiti letali nell'infanzia: un sistema internazionale

Un bambino viene ricoverato perché non respira a seguito di una caduta dal divano. Il personale del pronto soccorso interviene per rianimarlo ma il bambino muore all'ospedale locale. Un altro ospedale ha precedentemente registrato episodi precedenti di lesioni e cadute. I vicini sanno di litigi. La polizia ha precedenti penali registrati a carico del padre, Un gruppo di donne ha sentito la madre esprimere paure della violenza. Comunque, nessuno conosce di più della propria parte della storia.

Le radiografie e l'autopsia rivelano prove di possibile abuso fisico che non è spiegabile con una piccola caduta dal divano. La causa e il modo in cui è avvenuto il decesso, diventano chiari solo dopo che i servizi e gli esperti hanno condiviso le informazioni in un Child Fatality Review Team. Il caso che sembrava in un primo tempo configurarsi come una lesione inintenzionale, finisce per essere dichiarato omicidio.

Il primo Child Fatality Review Team (CFRT) si è riunito a Los Angeles, Stati Uniti nel 1978, sponsorizzato dal Los Angeles County Interagency Council on Child Abuse and Neglect (ICAN). ICAN fu più tardi indicato come Centro nazionale per la revisione della morte infantile (NCFR). Altri gruppi di lavoro sono stati organizzati con una struttura simile, con membri che includevano: medici legali, ufficiali di polizia, referenti per i servizi sociali, e per i tribunali, ufficiali dei servizi sanitari. Alcuni gruppi includevano anche referenti provenienti dalle scuole e dalla salute mentale, e occasionalmente membri della comunità locale.

Dal 2001, circa 1000 gruppi di lavoro di questo tipo esistevano in Australia, Canada, Nuova Zelanda e Stati Uniti. Le Filippine hanno recentemente aggiunto un modello centrato sull'ospedale che potrebbe essere più appropriato per i paesi in via di sviluppo. Una rete internazionale ora lega ICAN e NCFR a Los Angeles con programmi precoci in Cina, Estonia, Islanda, Iran, Giappone, Giordania, Libano e Olanda, e l'interesse sta crescendo in molti altri paesi.

Le vittime di abuso con esito letale sono giovani; circa il 40% sono bambini, di cui l'80% sono al di sotto sei anni di età. La causa di morte più comune è il trauma cranico, seguito da trauma lesivo del corpo a mani nude. La maggior parte delle lesioni sono inferte con le mani e con i piedi, non sono usate altre armi. I dati raccolti su questi decessi, includono informazioni sulla razza, sul sesso, sull'età, sull'abuso di sostanze e sulla relazione con il colpevole. Una revisione di gruppo potrebbe partire da un caso di maltrattamento sui minori letale molto importante e condurre a altri decessi infantili dovuti a lesioni. Piccoli gruppi di lavoro locali spesso revisionano tutti i decessi di minori dovuti a tutte le cause. Queste attività inducono una miglior cooperazione tra i servizi e le relazioni elaborate dai gruppi forniscono materiale per l'educazione del pubblico e per i programmi di prevenzione.

Alcuni gruppi collaborano politicamente in modo trasversale con altri gruppi. Mentre il modello di base rimane lo stesso, le attività dei gruppi rifletteranno gli interessi locali, la cultura e le risorse. Alcuni paesi hanno programmi basati sui servizi per prevenire l'abuso sui minori, mentre altri rivolgono il loro lavoro alla famiglia estesa e alla comunità.

Seguendo l'indicazione dei gruppi per la revisione dei decessi di minori, stanno formandosi delle unità per la revisione di altre forme di violenza, tra cui gruppi per la violenza domestica con esito letale e per l'abuso con esito letale degli anziani. Ci sono anche dei progetti per la revisione delle lesioni con esito non letale di minori ricoverati in ospedale.

che offrono alle domande degli utenti. Nelle relazioni di feedback può essere inoltre menzionato come i dati forniti da ogni servizio abbiano contribuito a raggiungere particolari obiettivi, in relazione per esempio, allo sviluppo di politiche, alla progettazione di programmi e la valutazione degli *outcome* e all'attivazione di campagne sul tema del maltrattamento.

L'uso dei dati al fine di sensibilizzare i policy maker

Una buona analisi e interpretazione dei dati raccolti, sia basati su popolazione che sui casi di studio e un'appropriata presentazione e disseminazione dei risultati sono necessarie perché l'azione sul maltrattamento sui minori sia efficace. Affinché i policy maker si convincano della necessità di intraprendere azioni forti sul maltrattamento sui minori,

l'analisi e la relazione dei dati dovrebbe essere realizzata in modo da far emergere tre importanti elementi:

- **la dimensione del problema in relazione ad altre problematiche.** La portata del maltrattamento sui minori in un dato paese può essere evidenziata comparandolo:
 - alla portata di altre minacce sanitarie;
 - alla portata del maltrattamento sui minori in altri paesi;
 - ai costi umani dovuti a catastrofi e tragedie collettive riportate dai media.
- **Le relazioni tra il maltrattamento sui minori e i fattori socioeconomici e ambientali.** Dimostrare che i livelli di maltrattamento sui minori sono sensibili a fattori sociali, economici e ambientali richiama ad un'analisi dei dati per sede geografica ove il maltrattamento si è verificato, così come per luogo di residenza delle vittime e dei colpevoli. Questi dati dovrebbero raggruppare casi provenienti dalle stesse unità geografiche d'analisi come si fa per il censimento o per altre ricerche demografiche che mappano la dimensione, il benessere e la salute della popolazione. Una correlazione inoltre può essere ricercata tra le misure del maltrattamento sui minori e i fattori socioeconomici e ambientali prevalenti.
- **La possibilità di prevenire il maltrattamento.** Dimostrare i considerevoli successi che buoni programmi di prevenzione possono raggiungere è importante per sensibilizzare i policy maker. Se ad esempio, uno studio di valutazione basato su una comunità dimostra che un programma di visite domiciliari combinato a un programma di formazione per i genitori può ridurre del 30% il numero dei nuovi casi registrati di maltrattamento sui minori, qualora si espanda il programma all'intera popolazione, in un paese dove ogni anno 250.000 nuovi casi arrivano ai servizi di protezione dei minori, si può ottenere una diminuzione di 75.000 nuovi casi registrati ogni anno.

Nello stesso tempo, è essenziale che i dati sul maltrattamento sui minori siano presentati in relazioni incentrate esclusivamente sul problema. Gli uffici statistici che trattano di salute e criminalità, talvolta includono dati sul maltrattamento sui minori, ma questi dati sono spesso celati da quelli riguardanti criminalità e salute, che rendono difficile cogliere la portata del problema. Analizzando i dati nel modo suggerito precedentemente e presentandoli in relazioni specifiche con linguaggio semplice e grafici e tabelle chiari, questo problema può essere reso "visibile" agli occhi dei policy maker e dell'opinione pubblica. In modo simile, relazioni dedicate al maltrattamento sui minori, esposte in modo semplice e chiaro, dovrebbero essere rese disponibili ad uso dei media e delle organizzazioni della società civile. Al fine di proteggere l'anonimato degli individui, tutti i dati presentati in queste relazioni devono essere spogliati dei codici identificativi del caso e di ogni altra informazione che potrebbe permettere l'identificazione del soggetto coinvolto.

La prevenzione del maltrattamento sui minori

C'è un'evidenza sufficiente, includendo anche la letteratura scientifica, per affermare con piena sicurezza che il maltrattamento sui minori può essere prevenuto. Nonostante questo, è stata posta poca attenzione alla prevenzione, in termini di ricerca e di politiche.

Molti sforzi di prevenzione esistenti consistono nell'identificazione precoce dei casi di maltrattamento sui minori e in interventi precoci per la protezione dei minori coinvolti. Questa strategia è una forma di prevenzione e può giovare ai minori e alle famiglie coinvolte. Ma non condurrà, tuttavia, a una riduzione dell'incidenza del maltrattamento sui minori su larga scala, che è possibile solo utilizzando strategie che affrontino le cause principali ed i fattori che contribuiscono al maltrattamento.

Quando si scelgono strategie di questo tipo, è importante conoscere quali, basate sull'evidenza reale, hanno raggiunto i risultati previsti. In luoghi dove le risorse sono scarse è sempre più importante conoscere quali approcci funzioneranno. Strategie basate su informazioni aneddotiche e norme prevalenti potrebbero spesso sembrare funzionali,, mentre, quando si esamina più da vicino, non incidono in modo significativo sul numero di nuovi casi di maltrattamento sui minori. Le strategie di prevenzione devono quindi fondarsi sulla comprensione dei fattori di rischio così come devono includere meccanismi per valutare i risultati.

Sono state identificate poche ma *efficaci* strategie per ridurre il maltrattamento sui minori attraverso studi di *outcome* che misurano l'impatto dei programmi di prevenzione.

Esistono altre strategie di prevenzione, la cui evidenza è promettente e altre, la maggior parte, la cui evidenza non è chiara. Queste tre definizioni, che descrivono fino a che punto le strategie sono riconosciute come efficaci, possono così definirsi:

- Un programma di prevenzione *efficace* è quello che riduce l'incidenza del maltrattamento sui minori nella popolazione su cui si interviene, o almeno riduce il tasso di crescita del fenomeno. Sono stati proposti diversi criteri di efficacia tra cui:
 - una valutazione di un programma utilizzando un solido impianto di ricerca o sperimentale o quasi sperimentale;
 - evidenza di un effetto preventivo significativo;
 - evidenza degli effetti sostenibili;
 - riproduzione del programma con effetti preventivi dimostrati.

Pochi programmi soddisfano tutti questi criteri. In questa guida il termine *efficace* è usato per programmi valutati con un impianto di ricerca solido che dimostri evidenza dell'effetto preventivo.

- Un programma di prevenzione viene definito *promettente*, se è stato valutato

con un solido impianto di ricerca, che dimostri alcune evidenze circa l'effetto preventivo, ma che richiede test ulteriori.

Un programma di prevenzione si definisce *non chiaro* se il suo effetto è stato scarsamente valutato o rimane in gran parte da testare.

Laddove le strategie sono state sottoposte a valutazione, quasi tutti gli studi di valutazione degli *outcome* sono stati condotti in paesi ad alto reddito. Per espandere l'applicazione delle strategie di prevenzione del maltrattamento sui minori in tutti i paesi, è necessario sviluppare urgentemente più studi di *outcome*. Gli interventi devono includere tentativi di replicare programmi già identificati come efficaci, adattandoli al contesto locale, così come dovrebbero includere studi di valutazione dell' *outcome* di programmi innovativi, progettati sulla base di strategie di prevenzione promettenti o non chiare.

Questo capitolo fornisce una ricognizione delle strategie di prevenzione del maltrattamento sui minori e una guida pratica su come programmare, scegliere, progettare e implementare strategie di prevenzione, in modo che generino evidenza circa il loro grado di efficacia.

3.1 Programma e un ente di riferimento per prevenire il maltrattamento sui minori.

Nella maggior parte dei paesi si è sostenuta con enfasi la necessità di intervenire laddove un maltrattamento sui minori sia stato identificato. I sistemi di protezione minorile sono stati sviluppati a volte a discapito dei sistemi di prevenzione, che eviterebbero il verificarsi del maltrattamento. La responsabilità della prevenzione in questi casi è quindi normalmente lasciata ai servizi di protezione minorile e alle forze dell'ordine che possono non avere adeguata capacità professionale e non avere mandato per incidere sulle le politiche di prevenzione o per occuparsi dei molti fattori di rischio e di protezione. Di conseguenza, la prevenzione del maltrattamento sui minori tende ad essere trattata alla stregua dei servizi di protezione e dei servizi rivolti alle vittime.

La guida raccomanda l'utilizzo di un programma nazionale dedicato alla prevenzione del maltrattamento, per correggere questo squilibrio. Questo programma raccoglierebbe i contributi di diversi settori che lavorano nel campo e attribuirebbe responsabilità per indirizzare il lavoro verso un ente che abbia la prevenzione come suo principale obiettivo. Idealmente, un programma di questo tipo per prevenire il maltrattamento sui minori dovrebbe essere sviluppato come parte di un piano nazionale che includesse anche la protezione minorile. Se, non è possibile sviluppare misure di prevenzione e protezione in modo congiunto, esse dovrebbero quantomeno essere sviluppate parallelamente, e non in competizione le une con le altre.

Una volta che sia stato identificato un ente di riferimento, il passo successivo è quello di coinvolgere attivamente gli esperti in materia, provenienti da una vasta gamma di settori, competenti nel campo dei fattori di rischio specifici. I dibattiti dovrebbero coinvolgere i gruppi della società civile, molti dei quali sono attivi nel campo del maltrattamento e della protezione minorile. Sforzi particolari dovrebbero inoltre essere profusi per introdurre enti e gruppi della comunità non tradizionalmente considerati legati al maltrattamento sui minori, ma le cui attività possono avere un impatto significativo sui fattori di rischio. Esempi di gruppi di questo tipo includono:

- pianificazione familiare e servizi sanitari per la riproduzione umana;
- enti per l'edilizia agevolata;
- servizi assistenziali per l'infanzia;
- servizi territoriali per la comunità;

- servizi infermieristici per la comunità;
- programmi di prevenzione dell'HIV;
- enti di controllo per le dipendenze da alcool e droga;
- enti per l'inquinamento ambientale;
- programmi dedicati alla violenza contro le donne e alla violenza giovanile;
- istituti religiosi;
- media.

Coloro che sono coinvolti in queste istituzioni possono non avere tra gli obiettivi del proprio lavoro la prevenzione del maltrattamento sui minori, tuttavia stanno probabilmente lavorando su politiche e programmi che influenzano i fattori di rischio alla base del maltrattamento sui minori. La prevenzione del maltrattamento sui minori beneficia di un programma con un altro obiettivo, come ad esempio la prevenzione dell'abuso di alcool e sostanze.

Alcuni interventi pratici possono essere intrapresi per la prevenzione del maltrattamento sui minori e per creare un senso di obiettivo condiviso, tra cui:

- l'individuazione di un ente di riferimento, che abbia come obiettivo esplicito la prevenzione del maltrattamento sui minori;
- l'assegnazione ai vari settori di ruoli per la prevenzione del maltrattamento sui minori basata su un confronto tra loro, che espliciti il miglior modo di intervenire sui fattori di rischio;
- l'elaborazione di un rapporto nazionale sulla conoscenza epidemiologica attualmente disponibile circa il maltrattamento sui minori e sugli sforzi profusi nei vari settori per prevenirlo;
- l'elaborazione di un documento che evidenzi la strategia per la prevenzione del maltrattamento sui minori e che includa un piano d'azione contenente specifici obiettivi, azioni ed indicatori.

3.2 Strategie di prevenzione del maltrattamento sui minori

Le strategie per la prevenzione del maltrattamento sui minori hanno lo scopo di ridurre le cause fondamentali e i fattori di rischio rafforzando i fattori di protezione per prevenire il verificarsi di nuovi casi di maltrattamento. Sebbene la maggior parte della conoscenza scientifica sull'efficacia di strategie di questo tipo provenga da paesi ad alto reddito, comprendere come questi interventi incidano sulle cause fondamentali e sui fattori di rischio, può essere utile per progettare interventi per paesi a medio e basso reddito. I servizi di protezione minorile e gli altri servizi, descritti nel capitolo 4, come il consultorio e la terapia familiari, sono forniti una volta che il maltrattamento è stato identificato. Mentre l'obiettivo di questi servizi è di rispondere alle istanze conclamate di maltrattamento, essi hanno un valore preventivo perché possono altresì evitare il verificarsi di nuovi casi.

Caratteristiche comuni, relative all'epidemiologia ed ai fattori di rischio di differenti forme di maltrattamento suggeriscono l'adozione di approcci di prevenzione simili per l'abuso fisico, l'abuso sessuale, l'abuso emozionale e l'incuria. E' utile avere una tipologia di strategie di prevenzione per affrontare la complessità di questo problema. Questa guida propone una tipologia basata sugli stadi dello sviluppo umano e sul modello ecologico presentato nel capitolo 1.

La tabella 3.1 presenta la tipologia di strategie di prevenzione, comprendendo quelle di comprovata, promettente e non chiara efficacia. Gli esempi non sono esaustivi, ma sono stati proposti per illustrare le diverse possibilità. Essi inoltre evidenziano la

necessità di affrontare il maltrattamento sui minori simultaneamente a diversi livelli dello sviluppo umano e in diversi contesti sociali. In molti casi un intervento può avere un impatto su diverse forme di maltrattamento. Al momento della redazione del presente documento, sono carenti i dati che dimostrino l'efficacia di gran parte di questi interventi; laddove sono disponibili dati sufficienti, provengono in gran parte da paesi ad alto reddito. Informazioni pratiche dettagliate riguardo alla progettazione e sviluppo di particolari strategie di prevenzione sono disponibili in diverse pubblicazioni e su internet. Questa sezione si concentra perciò sugli elementi più importanti e sui principi fondamentali di questi interventi.

Tabella 3.1 Strategie per prevenire il maltrattamento sui minori per stadio di sviluppo e livello di influenza

Livello Intervento	Stadio di sviluppo			
	Prima infanzia (<dei 3 anni di età)	Infanzia (3-11 anni di età)	Adolescenza (12-17 anni di età)	età adulta (> = 18 anni di età)
Livello sociale e di comunità	<p>Implementare la riforma normativa e i diritti umani.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Recepire la Convenzione sui diritti dei minori nella normativa nazionale • Consolidare il sistema giudiziario e delle forze dell'ordine • Promuovere i diritti sociali, economici e culturali <p>Introdurre politiche sociali ed economiche positive</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fornire servizi assistenziali ed educativi per la prima infanzia • Garantire l'istruzione primaria e secondaria a tutti • Adottare misure per ridurre la disoccupazione e mitigarne le conseguenze avverse • Investire in buoni sistemi di protezione sociale <p>Cambiare le norme culturali e sociali</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cambiare le norme culturali e sociali che incentivano la violenza contro i minori e gli adulti <p>Ridurre le disuguaglianze economiche</p> <ul style="list-style-type: none"> • Affrontare la povertà • Ridurre le disuguaglianze di genere e di reddito <p>Ridurre i fattori di rischio ambientali</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ridurre la disponibilità di alcool • Monitorare i livelli di piombo e rimuovere le tossine ambientali 			
				<p>Ricoveri e centri di assistenza per le donne maltrattate e per i loro figli</p> <p>Formare le professioni sanitarie ad identificare e registrare gli adulti sopravvissuti a maltrattamento sui minori</p>
Relazione	Visita domiciliare , formazione alla genitorialità	formazione alla genitorialità		
Individuo	Ridurre le gravidanze involontarie Accrescere l'accesso ai servizi prenatali e post natali.	Formare i minori affinché riconoscano e evitino situazioni di abuso potenziale		

Strategie a livello di società e di comunità

A livello sociale, i fattori di rischio che creano ambienti favorevoli al maltrattamento possono essere i seguenti:

- politiche economiche, sociali, sanitarie e educative che preservino o accrescano le disuguaglianze economiche e sociali;
- norme sociali e culturali che incentivino l'uso della violenza;
- politiche rivolte ai minori e alle loro famiglie, inesistenti o inefficaci;
- medicina preventiva insufficiente;
- welfare sociale inadeguato;
- sistemi deboli di giustizia penale.

Quando si parla di comunità ci si riferisce ai contesti nei quali si sviluppano le relazioni sociali, come il vicinato, le scuole, i posti di lavoro e altre istituzioni. In questi contesti, fattori come la concentrazione della povertà, la mobilità abitativa, la disoccupazione, il sovraffollamento e bassi livelli di capitale sociale, sembrano tutti aumentare il rischio di maltrattamento.

La tabella 3.1 elenca quattro gruppi di strategie sulla prevenzione del maltrattamento sui minori che sono trasversali a tutti gli stadi di sviluppo e un gruppo di strategie specifico per l'età adulta. Tutti i cinque gruppi di strategie di prevenzione sono probabilmente efficaci per diversi tipi di maltrattamento sui minori. Il potenziale delle strategie di prevenzione a livello di comunità può essere intensificato correlando i programmi di prevenzione con altri programmi comunitari dedicati a gruppi ad "alto rischio". Tra questi programmi vi sono i servizi di riabilitazione da alcool e droga, i programmi dedicati ai minori con disabilità e i servizi di salute mentale.

Implementare riforme normative e promuovere i diritti umani

I sistemi legislativi sono importanti per porre le fondamenta di risposte onnicomprensive al maltrattamento sui minori e per dare forma a norme sociali in questo campo.

Un approccio normativo solido, tende a proibire tutte le forme di violenza contro i minori. I paesi adottano un sistema legislativo solido non per ottenere che un gran numero di genitori venga arrestato, ma al contrario per inviare un messaggio chiaro, ossia che i genitori e gli altri membri della famiglia non hanno il diritto di abusare dei loro figli. Le norme contro il maltrattamento dei minori possono inoltre avere un effetto deterrente e in questo modo contribuire alla prevenzione.

La Convenzione sui diritti dei minori ha obbligato i paesi ad adottare tutte le misure legislative, amministrative, sociali ed educative per prevenire la violenza contro i minori e per proteggerli da essa. Recepire la Convenzione all'interno delle norme nazionali, rendere la polizia e il sistema giudiziario in grado di far rispettare queste leggi sono strategie generalmente raccomandate. La loro efficacia, però, non è chiara poiché non sono stati profusi sforzi rigorosi per valutare il loro impatto preventivo. Tuttavia, proibire le punizioni corporali severe sui minori e stabilire requisiti giuridici per registrarne il maltrattamento, è stato strumentale alla visibilità del fenomeno, e per contrastare la concezione che il maltrattamento sui minori sia una questione privata della famiglia. In tal senso, le normative sono state importanti per modificare le norme sociali.

I diritti sociali, economici e culturali, e il grado in cui essi vengono trasferiti nella pratica, hanno un'influenza diretta sui fattori di rischio fondamentali per il maltrattamento sui minori.

Questi diritti includono:

- il diritto ad uno standard di vita adeguato

- Il diritto alla sicurezza sociale
- Il diritto all'istruzione
- Il diritto all'uguaglianza ed alla libertà dalla discriminazione

Le strategie che i governi adottano per rispettare, proteggere e realizzare questi diritti hanno probabilmente la possibilità di ridurre significativamente i tassi di maltrattamento sui minori. Nonostante il consolidamento delle leggi contro il maltrattamento sui minori, sono finora molto carenti gli studi di *outcome* per dimostrarne il valore in termini di prevenzione.

Introdurre politiche sociali e economiche positive

L'esistenza di buone politiche sociali ed economiche può favorire la realizzazione dei diritti umani, fornendo equo accesso ad un buon standard di servizi di base, come assistenza sanitaria, educazione, occupazione, l'alloggio e i servizi di welfare sociale. Alzare il livello qualitativo del servizio in queste aree significherebbe intervenire su alcuni dei maggiori fattori di rischio per il maltrattamento sui minori e dovrebbe di conseguenza abbassarne i tassi. Le politiche sociali ed economiche che possono essere utili per prevenire il maltrattamento sui minori in questo modo, includono:

- istruzione e assistenza alla prima infanzia;
- istruzione primaria e secondaria per tutti;
- misure contro la disoccupazione;
- buoni sistemi di protezione sociale, come le indennità a favore delle persone disabili, l'assicurazione sanitaria, l'assistenza all'infanzia, i sussidi per il reddito o per il cibo e le indennità di disoccupazione.

Cambiare le norme sociali e culturali

Le norme culturali e sociali sono fattori che contribuiscono fortemente al maltrattamento sui minori. Esse sono frequentemente utilizzate per giustificare la violenza contro i minori. La riforma giuridica, se può influenzare le norme, è improbabile che incida sostanzialmente, se non accompagnata da una modifica delle norme relative allo stato dei minori, sull'accettabilità e sull'efficacia della punizione violenta, di ruoli di genere e di privacy familiare. Per contribuire a cambiare le norme sociali e culturali, la consapevolezza dell'opinione pubblica e campagne dei media possono giocare un ruolo importante. Possono evidenziare la portata e la natura del maltrattamento sui minori e promuovere servizi per famiglie e minori.

Non vi è ancora evidenza che gli sforzi per cambiare le norme possano ridurre l'incidenza del maltrattamento sui minori. Pochi studi su interventi di larga scala hanno, tuttavia, verificato variazioni negli atteggiamenti e nelle norme circa l'uso della violenza contro neonati e bambini.

Un tipo di programma utilizzato negli Stati Uniti per prevenire l'abuso sessuale sui minori, offre aiuto a coloro che sono a rischio di commettere abuso. Incoraggia inoltre gli adulti a vigilare sui segni di pericolo di abuso sessuale sui minori e agire su di essi, prima che l'abuso venga commesso. In questi programmi, gli individui si propongono volontariamente per il trattamento, prevenendo così l'abuso potenziale.

Ridurre le disuguaglianze economiche

Numerosi studi dimostrano che il maltrattamento sui minori è più frequente nelle comunità e nelle famiglie più povere, in società con gravi disuguaglianze economiche. Le misure adottate per ridurre la povertà e le disuguaglianze economiche dovrebbero

quindi avere un effetto significativo sulla riduzione del maltrattamento sui minori.

I programmi di mobilità residenziale sono un esempio di misure in questa direzione. Questi programmi sono progettati per ridurre la concentrazione della povertà in una particolare area, fornendo alle famiglie a basso reddito attraverso voucher per l'alloggio o sussidi per l'affitto, dando così loro la possibilità di scegliere dove vivere. Sebbene l'impatto di questi programmi sul maltrattamento sui minori non sia ancora stato valutato, sembrano essere promettenti, poiché hanno mostrato effetti positivi sui traguardi scolastici, la performance accademica, i problemi comportamentali, la salute mentale e fisica. Sembrano inoltre essere efficaci nella prevenzione della criminalità di quartiere, della vittimizzazione e del disordine sociale.

Le politiche economiche ed i programmi volti a ridurre l'impatto delle disuguaglianze di reddito in senso lato possono avere valore sostanziale nella prevenzione del maltrattamento sui minori, sebbene l'evidenza scientifica di questi interventi non sia stata accertata.

Ridurre i fattori di rischio ambientale

I fattori di rischio ambientale, si riferiscono alla densità abitativa, all'accesso a spazi ricreativi sicuri, la presenza di piombo ed ad altre tossine ambientali e di sostanze dannose come l'alcool e le droghe.

L'abuso di alcool negli adulti è fortemente associato alla sindrome alcolica fetale e il maggior rischio di abuso fisico e sessuale del minore da parte del genitore o di altri membri della famiglia. Ridurre l'accesso all'alcool può così avere un effetto preventivo e ci sono alcune evidenze che suggeriscono che alzare le tasse sull'alcool possa essere efficace per ridurre il maltrattamento sui minori.

Livelli eccessivi di piombo nell'ambiente sono associati a danni cerebrali al feto e a conseguenti disordini cognitivi, come disordini da deficit di attenzione e iperattività, che sono fattori di rischio per il maltrattamento sui minori. Ridurre i livelli di piombo nell'ambiente dovrebbe quindi condurre ad una diminuzione del numero di minori a rischio di maltrattamento.

Progettare centri di accoglienza e centri di crisi

Studi esistenti, provenienti per lo più da paesi ad alto reddito, mostrano come la violenza intima nei confronti del partner e il maltrattamento sui minori siano frequentemente associati. Dove vi è un rischio di maltrattamento in un contesto di violenza rivolta al partner, fornire ricoveri o centri di crisi per le donne maltrattate e per i loro figli potrebbe quindi aiutare a prevenire maltrattamenti di questo tipo. Tuttavia, il loro valore in termini di prevenzione, deve ancora essere stabilito attraverso studi di valutazione. L'evidenza aneddotica che emerge dai centri di accoglienza che accolgono le donne maltrattate dimostra sempre che, se non sono adeguatamente supportate e controllate, le stesse donne possono maltrattare i propri figli durante il ricovero nella struttura.

Formare i professionisti del settore sanitario

Solamente una piccola parte di vittime di maltrattamento sui minori diventano adulti colpevoli di maltrattamento. Però, identificare questi probabili futuri colpevoli con l'aiuto dei professionisti del settore sanitario e indirizzandoli a servizi terapeutici appropriati può essere utile ad interrompere il ciclo di violenza e ridurre il numero di nuovi casi di maltrattamento. Questa strategia deve essere ancora testata con studi di valutazione e il suo valore in termini di prevenzione rimane poco chiaro.

Strategie relazionali

I fattori di rischio stabiliti per il maltrattamento sui minori includono:

- genitorialità inadeguata, compresa l'assenza di ogni legame tra genitore e figlio;
- aspettative irrealistiche rispetto allo sviluppo del figlio;
- la convinzione che la severa punizione fisica sia efficace e socialmente accettabile;
- incapacità di fornire assistenza di alta qualità ad un minore in assenza del genitore.

Al contrario, diverse strategie che promuovono un legame precoce e sicuro genitore figlio e metodi di disciplina non violenti e che creano le condizioni all'interno della famiglia, per un positivo sviluppo mentale del minore, si sono dimostrati efficaci nella prevenzione del maltrattamento sui minori.

E' confermato che programmi aventi come obiettivo il miglioramento e il supporto delle capacità genitoriali siano efficaci nella prevenzione del maltrattamento sui minori. I due modelli di implementazione di queste strategie, che sono stati più largamente valutati e applicati sono i programmi di visite domiciliari e la formazione alla genitorialità.

Progettare programmi di visite domiciliari

I programmi di visite domiciliari consentono di far pervenire le risorse della comunità alle famiglie, nelle loro case e sono di comprovata efficacia nella prevenzione del maltrattamento sui minori. Una revisione sistematica recente di studi di valutazione principalmente americani mostra in media, una riduzione del 40% nel maltrattamento sui minori perpetrato da genitori e altri membri della famiglia che partecipano ai programmi di visite domiciliari¹⁶. Questi programmi sembrano essere promettenti anche nella prevenzione della violenza giovanile. Durante le visite domiciliari, vengono offerte informazioni e supporto così come altri servizi con lo scopo di migliorare la vita della famiglia. Sono stati sviluppati e studiati un discreto numero di modelli di visite domiciliari. In alcuni, le visite domiciliari sono effettuate su tutte le famiglie, indipendentemente dal loro stato di rischio. Altri si dedicano a famiglie a rischio di violenza, come i neo genitori o genitori single o adolescenti che vivono in comunità povere. La ricerca attuale sull'efficacia di questi differenti modelli indica che i programmi con il maggior successo contengono i seguenti elementi:

- attenzione alle famiglie con il maggior bisogno di servizi, in opposizione ai programmi che comportano visite a tutte le famiglie indipendentemente dal rischio – include famiglie con:
 - bambini sotto peso alla nascita o bambini nati pretermine;
 - bambini con malattie croniche e disabilità;
 - madri adolescenti, sole e con reddito basso;
 - una storia di abuso di sostanze.
- interventi che iniziano in gravidanza e continuano almeno fino al secondo, o al massimo al quinto anno di età del minore;
- flessibilità, tale che la durata, la frequenza delle visite e le tipologie di servizi offerti possano essere adeguate al bisogno della famiglia ed allo stato di rischio;

¹⁶ Centers for Disease Control and Prevention. First reports evaluating the effectiveness of strategies for preventing violence: early childhood home visitation. Findings from the Task Force on Community Preventive Services. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 2003, 52:1–9. Disponibile al sito: <<http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr5214a1.htm>> (consultato il 7 giugno 2006).

- promozione attiva di comportamenti positivi per la salute fisica e mentale e specifiche qualità di cura del neonato;
- vasta considerazione per una gamma di problemi, al fine di rispondere ai bisogni specifici della famiglia, al contrario di concentrarsi su un singolo problema, come accrescere il peso alla nascita o ridurre l'abuso sui minori;
- misure per ridurre lo stress all'interno della famiglia migliorando l'ambiente sociale e fisico;
- l'utilizzo di infermieri o di paramedici formati.

Promuovere programmi di formazione per i genitori

I programmi di formazione per i genitori cercano di educarli sullo sviluppo del minore e aiutarli a accrescere le loro competenze nella gestione del comportamento dei loro figli. I programmi possono essere sviluppati in casa o in altri contesti, così come le scuole, le cliniche, dove i prossimi genitori e i neo genitori possono essere intercettati. Mentre la maggior parte di questi programmi sono destinati ad essere utilizzati in famiglie ad alto rischio o dove il maltrattamento si è già verificato, si pensa sempre di più che istruire e formare tutti i genitori o futuri genitori possa produrre beneficio.

Le valutazioni dei programmi destinati ai genitori hanno fornito risultati promettenti per il loro effetto nella riduzione della violenza giovanile, ma pochi studi hanno esaminato specificamente il loro impatto sui tassi di maltrattamento sui minori. Invece, per molti degli interventi e allo scopo di misurarne l'efficacia, è stata utilizzata l'analisi di *esiti proxy* come la competenza e le abilità genitoriali, il conflitto genitore/figlio e la salute mentale del genitore. È stato dimostrato che programmi formativi di successo per i genitori contengono i seguenti elementi:

- un'attenzione ai genitori di minori pre-adolescenti di età tra i 3 ed i 12 anni;
- un attento esame da parte dei genitori dei materiali di insegnamento usati per i loro figli e il sottoporsi a verifica rispetto al ricordo ed alla comprensione di questi materiali;
- insegnamento passo dopo passo della gestione delle competenze del minore, dove ogni nuova competenza acquisita forma la base per quella successiva.

Inoltre, i programmi formativi efficaci per genitori contengono gli elementi principali della buona genitorialità e della crescita del minore, in quanto:

- identificano e registrano i comportamenti problematici a casa;
- usano tecniche di rinforzo positivo, come i sistemi premio e punizioni;
- applicano metodi disciplinari non violenti, come togliere i privilegi e vietare le uscite;
- Supervisionano e monitorano il comportamento del minore;
- Usano strategie di negoziazione e di *problem solving*.

Strategie individuali

Le strategie a livello individuale per prevenire il maltrattamento sui minori sono finalizzate a modificare direttamente gli atteggiamenti individuali, le convinzioni e i comportamenti e possono essere sviluppate in ogni contesto.

Riduzione delle gravidanze involontarie

Le gravidanze involontarie sono state associate a un'assistenza prenatale al di sotto della media, basso peso alla nascita, al maggior rischio di mortalità infantile, maltrattamento

sui minori e deficit di sviluppo del neonato e del bambino. Gli sforzi profusi per ridurre le gravidanze involontarie possono aiutare a ridurre il maltrattamento sui minori, sebbene questi programmi non siano stati adeguatamente valutati in termini di riduzione effettiva del maltrattamento sui minori.

Maggior accesso ai servizi prenatali e post natali

I programmi volti a incoraggiare le donne a cercare servizi prenatali e post natali appropriati si mostrano promettenti nella prevenzione del maltrattamento di bambini tra gli 0 ed i 3 anni di vita. Lo scopo è ridurre la proporzione dei neonati prematuri o sottopeso, malati o portatori di handicap fisici o mentali, tutti fattori che possono interferire con l'attaccamento e il legame e rendere i minori maggiormente predisposti al maltrattamento. C'è la convinzione che la promozione di buoni servizi prenatali e dopo la nascita sembra perciò essere cruciale per assicurare migliori risultati alla nascita. Sebbene questi interventi debbano essere valutati in modo appropriato, il loro potenziale in termini di prevenzione è probabilmente alto, soprattutto perché possono essere applicati ad intere popolazioni, indipendentemente dalle differenze di rischio a livello individuale e di gruppo. Fornire assistenza prenatale e dopo la nascita garantisce inoltre l'opportunità che futuri genitori e neo genitori vengano reclutati per visite domiciliari o programmi formativi, due interventi a livello relazionale, per i quali l'evidenza dell'efficacia in termini di prevenzione del maltrattamento sui minori è forte.

Formare i minori a evitare potenziali situazioni di abuso

Programmi di questo tipo sono progettati per insegnare ai minori come riconoscere le situazioni pericolose e dar loro gli strumenti per proteggersi. Il concetto principale dei

Riquadro 3.1

Intervenire a livelli multipli: "Tre - P" Positive Parenting programme

I programmi possono, talora coinvolgere strategie di prevenzione a più livelli, con interventi strettamente legati in modo trasversale ai diversi livelli. Questo è il caso del "Tre P" Positive Parenting Programme sviluppato in Australia. L'approccio del programma, a diversi livelli, è quello di organizzare le informazioni, e fornire consulenza e supporto professionale in relazione ai bisogni di famiglie particolari, riconoscendo che questi possono variare significativamente.

Gli interventi "Tre P" coinvolgono generalmente ai propri diversi livelli:

- livello 1: utilizzo dei media per trasmettere messaggi sulla genitorialità positiva;
- livello 2: risorse informative, come materiali informativi e video;
- livello 3: interventi brevi che hanno come target specifici problemi di comportamento, offerti dai medici di medicina generale;
- livello 4: programmi più intensivi di formazione rivolti ai genitori;
- livello 5: intervento su un problema esteso che può incontrare la famiglia, come il conflitto nella relazione, la depressione del genitore, la rabbia e lo stress.

Molti studi di valutazione svolti indipendentemente l'uno dall'altro, che hanno adottato l'approccio "Tre -P" si sono dimostrati efficaci per migliorare le tecniche di gestione della famiglia, la sicurezza di sé dei genitori nel crescere i figli, e i risultati di comportamento, compresi i comportamenti sanitari e l'aggressività. Il programma, o in alcuni casi parte di esso, è stato implementato in Cina (HONG KONG SAR), Germania, Nuova Zelanda, Singapore, Svizzera, Regno Unito e Stati Uniti.

Fonte: MR, Markie-Dadds C, Turner KMT. Theoretical, scientific and clinical foundations of the Triple-P Positive Parenting Program: a population approach to the promotion of parenting competence. St Lucia, The Parenting and Family Support Centre, University of Queensland, 2003. (Parenting Research and Practice Monograph No. 1). Disponibile al: <http://www.triplep.net/files/pdf/Parenting_Research_and_Practice_Monograph_No.1.pdf> (consultato il 7 giugno 2006).

programmi è che i bambini possiedono e possono controllare l'accesso al proprio corpo e che ci sono tipi differenti di contatto fisico. Viene loro insegnato come riportare ad un adulto una situazione dove gli è stato chiesto di fare qualcosa che essi hanno percepito come imbarazzante. I ricercatori sono d'accordo sul fatto che i bambini possono sviluppare conoscenza e acquisire abilità per proteggersi dall'abuso. Non è certo, però, se queste capacità siano mantenute nel tempo e se effettivamente proteggano il minore da ogni tipo di situazione d'abuso, particolarmente se il colpevole è qualcuno che il minore conosceva bene e nel quale riponeva fiducia. E' necessario quindi dimostrare scientificamente che queste competenze acquisite sono effettivamente efficaci per prevenire il maltrattamento in situazioni di vita reale.

3.3. Valutazioni degli *outcome* dei programmi di prevenzione del maltrattamento sui minori

La revisione dell'evidenza scientifica delle strategie di prevenzione comprovate e promettenti è utile per cercare strategie che abbiano la possibilità di essere efficaci contro il maltrattamento sui minori. E' quindi importante espandere l'evidenza scientifica progettando ed implementando gli interventi come fossero uno *studio di valutazione*. Questa è una impresa scientifica che dovrebbe essere pianificata prima che il progetto venga avviato. Le fasi su cui si basa sono le seguenti:

- assicurare che il progetto abbia una sufficiente capacità scientifica, per esempio collaborando con un istituto accademico o di ricerca;
- decidere gli obiettivi di prevenzione;
- sviluppare un modello logico;
- scegliere gli *outcome* e le fonti dei dati di *outcome*;
- progettare lo sviluppo e la valutazione dell'intervento;
- sviluppare l'intervento e la valutazione dell' *outcome*;
- analizzare le scoperte e disseminare gli *outcome*.

Scelta degli obiettivi di prevenzione

Un punto di partenza utile è quello di decidere gli *obiettivi di prevenzione*. La considerazione principale da fare in questo caso è che gli obiettivi di prevenzione vengano raggiunti, in rapporto alla capacità dell'organizzazione di incidere sui fattori di rischio e di protezione specifici. Questo a sua volta dipende dalle risorse proprie dell'organizzazione e dalla sua abilità di mobilitare altre risorse.

Ad esempio, è probabile che solo un ente governativo nazionale possa realisticamente tendere a raggiungere l'obiettivo di "ridurre i tassi di omicidio nei minori di età tra gli 0 ed i quattordici anni dal 6,5 per 100.000 al 6,0 per 100.000". D'altro canto, vi sono esempi di organizzazioni comunitarie che, collaborando con il governo locale, e con gli enti accademici, conducono studi di valutazione dell' *outcome* di interventi come le visite domiciliari ed i programmi formativi per i genitori, in contesti con risorse scarse.

Sviluppo di un modello logico¹⁷

Il modello logico costituisce uno strumento comunemente usato per comprendere un programma: quali siano le azioni sviluppate, a quale stadio, e verso cosa tenda. Il modello logico è una "fotografia" della struttura del programma. Mostra le relazioni tra:

¹⁷ Questa sezione sullo sviluppo di un modello logico è stata adattata da *Logic model workbook*, pubblicata da the Innovation Network. The workbook can be downloaded from <<http://www.innonet.org/>> (accessed 19January 2006).

- cosa viene investito nel programma: **le risorse**;
- cosa fa il programma: **le attività ed i prodotti**;
- cosa produce il programma nel breve e lungo periodo: quali risultati, quali *outcome*

Il modello logico è spesso presentato graficamente o attraverso una tabella. Il modello logico ha diversi obiettivi, tra cui i seguenti:

- **Pianificare il programma.** Un modello logico può essere utilizzato nel momento in cui il programma viene sviluppato, aiuta a pensare la strategia del programma, chiarendo dove una sia un elemento rispetto a dove dovrebbe essere;
- **Gestire il programma.** Poiché abbina risorse, attività e risultati, il modello logico può essere utile per lo sviluppo di un piano di gestione del lavoro maggiormente dettagliato. Quando viene utilizzato assieme ai dati raccolti per la valutazione, il modello logico aiuta a seguire e monitorare le operazioni;
- **Valutare.** Un modello logico è utile per determinare cosa valutare e in quale fase, affinché le risorse siano utilizzate in modo efficace ed efficiente;
- **Comunicare.** Un modello logico è uno strumento potente per comunicare le attività e presentare gli *outcome* del programma, enfatizzando il legame tra i due;
- **Creare consenso.** Il modello logico crea una consapevolezza comune tra tutti coloro che sono coinvolti, sia internamente che esternamente, su cos'è il programma, come funziona e cosa cerca di ottenere.

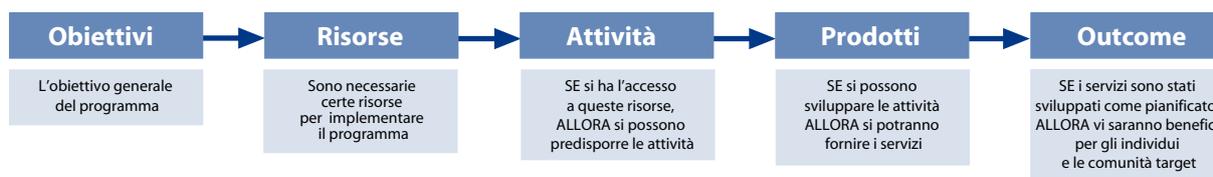
Sebbene, un modello logico includa i componenti fondamentali del programma, è necessariamente una sua semplificazione. Il modello non è statico. Può e deve cambiare nel corso del tempo mano a mano che l'esperienza e la conoscenza sul programma crescono.

Le componenti del modello logico sono:

- **gli obiettivi:** lo scopo generale del programma;
- **le risorse:** cosa è necessario per implementare il programma;
- **le attività:** le azioni intraprese per implementare il programma;
- **i prodotti:** diretti e tangibili delle attività di programma;
- **gli outcome:** i cambiamenti attesi come risultato del programma;

Come mostra la figura 3.1 i componenti di un modello logico sono collegati da una serie di relazioni sequenziali del tipo “ se, allora ” : *se* le risorse per il programma sono disponibili, *allora* le attività del programma possono essere sviluppate, *se* le attività del programma sono sviluppate, *allora* ci si potrà aspettare alcuni prodotti e risultati. E' importante pensare agli stadi del modello logico per ogni obiettivo del programma così come al programma nella sua interezza.

Figura 3.1 Un modello Logico per pianificare un programma di prevenzione



Il modello logico è riprodotto dal "Logic Model Workbook", pubblicato dall'Innovation Network. Il Workbook può essere scaricato dal sito <http://www.innonet.org/> (consultato il 19 gennaio 2006).

Nel momento in cui ogni parte del modello logico è stata abbozzata, è utile rileggerlo e considerare le relazioni “se, allora”. Se non è possibile collegare ogni elemento del modello logico si dovrebbe identificare dove vi sono lacune e aggiustare il lavoro. Questo può significare che alcuni elementi del programma debbano essere rivisti per assicurare che gli obiettivi del programma vengano raggiunti.

Lo sviluppo di un modello logico dà inoltre l’opportunità di intercettare tutti i gruppi e gli individui coinvolti in una discussione sul programma. Questi potrebbero includere, lo staff del programma, i destinatari, i partner, i fondatori, i membri del comitato di gestione, i rappresentanti della comunità e i volontari. Le prospettive fornite da questi soggetti possono migliorare il modello logico del programma e allo stesso tempo chiarire le differenti aspettative per il programma.

Il *no profit Innovation network* è un’ utile risorsa web che chiede domande specifiche per ogni elemento del modello logico e guida attraverso il processo di sviluppo del modello per uno specifico programma. *L’ Innovation Network* ha inoltre molte altre risorse legate al programma di valutazione¹⁸.

Selezione degli *outcome* e delle fonti dei dati di *outcome*

Una volta che gli obiettivi di prevenzione si abbinano alle capacità dell’organizzazione, il passo successivo è quello di scegliere gli *outcome* che il programma intende ottenere. Sarebbe ideale se gli studi di valutazione dell’ *outcome*, potessero avere come risultati principali, quantificazioni oggettive di maltrattamento come il numero e tasso di:

- decessi infantili causati da maltrattamento;
- accessi al pronto soccorso per lesioni causate da maltrattamento;
- adulti che mostrano comportamenti a rischio per la salute e condizioni associate a maltrattamento;
- adulti colpevoli di maltrattamento verso un minore in famiglia.

In pratica, però, solo pochi paesi ad alto reddito hanno sistemi informativi sufficientemente sviluppati per misurare risultati di questo tipo. In più, dal momento che le lesioni del minore e i decessi dovuti al maltrattamento sui minori sono risultati relativamente rari, è difficile rilevare cambiamenti significativi con trial di prevenzione su piccola scala. I paesi che si danno come obiettivo la prevenzione devono quindi tenere in considerazione la scelta di diversi altri *outcome*, così come le misure oggettive elencate precedentemente, come modifiche nella conoscenza, negli atteggiamenti, nelle convinzioni e nelle pratiche (Vedi Riquadro 3.2).

Dovrebbero essere presi in considerazione anche altri *outcome*. Nella fattispecie quelli legati ai fattori di rischio e di protezione e altre conseguenze sanitarie legate al maltrattamento sui minori, come la depressione, il disordine da stress post traumatico, l’abuso di alcool e sostanze, i disordini alimentari e i comportamenti a rischio. La tabella 3.2 elenca una selezione degli *outcome* che devono essere presi in considerazione quando si progetta un impianto di valutazione degli *outcome* per i programmi di prevenzione del maltrattamento sui minori. Per selezionare le variabili di un particolare programma dovrebbero essere prese in considerazione:

- la loro *pertinenza* per la prevenzione;
- Il loro *tipo* e la loro *frequenza*;
- la *disponibilità di dati*.

¹⁸ Può essere consultata al sito: <<http://www.innonet.org>> (consultato il 19 gennaio 2006).

Riquadro 3.2

Riquadro 3.2. Scegliere *outcome* multipli per valutare il programma di visite domiciliari

Un programma di visite domiciliari volto alla prevenzione del maltrattamento sui minori può essere utilizzato per lavorare almeno in quattro modi:

- accrescere le conoscenze dei genitori, o cambiare le aspettative relative allo sviluppo del bambino;
- modificare gli atteggiamenti dei genitori verso l'educazione dei figli;
- modificare l'interazione tra genitore e figlio;
- accrescere la sorveglianza professionale, conducendo o all'identificazione precoce di un problema, o ad evitare che il medesimo problema si verifichi.

Sebbene un cambiamento nei tassi di maltrattamento sui minori sia il fine ultimo, misurare accuratamente cambiamenti di questo tipo è difficile per diverse ragioni. Fra queste si possono includere la riluttanza delle persone a denunciare il maltrattamento e la grande varietà di risposte dei servizi di protezione del minore a queste denunce. Valutare semplicemente i cambiamenti nei tassi di maltrattamento può quindi far sembrare un programma meno efficace di quanto in realtà sia, dove i valutatori non rilevano i cambiamenti nei risultati intermedi, come le interazioni tra genitore e figlio, intervenuti a seguito del programma. La scelta degli *outcome* deve quindi includere misure per tutti gli obiettivi intermedi, così come per l'obiettivo generale, come dimostrato nei seguenti esempi.

- **Conoscenze dei genitori e aspettative relative allo sviluppo del bambino** possono essere misurate attraverso questionari per valutare la conoscenza circa l'assistenza, lo sviluppo e il comportamento del bambino, Ad esempio. Il "Knowledge of Infant Development inventory".
- **Atteggiamenti verso l'educazione dei figli** possono essere misurati utilizzando scale per la valutazione delle attitudini genitoriali e la fiducia nelle abilità genitoriali – Ad esempio "The parenting Sens of Competence Scale"
- **Interazioni tra genitore e figlio** possono essere misurate da scale che valutino i comportamenti violenti verso i figli, Ad esempio "The Parent Child Conflict Tactics Scale"
- **L'impatto di una maggior sorveglianza per la scoperta preventiva e per scoraggiare il maltrattamento**, può essere misurato comparando i tassi di maltrattamento riportati in famiglie che ricevono l'intervento con i tassi di maltrattamento riportati in famiglie che non ricevono l'intervento.

La pertinenza degli *outcome* scelti per la prevenzione

Il modello logico di prevenzione richiede che gli *outcome* scelti debbano essere validi indicatori di uno o più fattori di rischio e di protezione, e una o più delle conseguenze fisiche, psicologiche e sociali.

La prova di un effetto preventivo rischia di andar persa, quindi, a meno che le variabili non siano altamente specifiche per questi fattori.

Il tipo e la frequenza degli *outcome*

Gli *outcome* possono essere:

- **eventi**, come decessi, lesioni, atti di comportamento violento, episodi di malattia o visite dal medico;
- **condizioni**, come depressione, disordine di stress post traumatico, alcoolismo;
- **attributi individuali**, come conoscenza, atteggiamenti, convinzioni e pratiche.

Dove gli *outcome* sono eventi o condizioni, la frequenza del loro verificarsi influenzerà l'ampiezza della popolazione di intervento richiesta. Meno frequenti saranno gli *outcome*, tanto più ampia sarà la popolazione di riferimento richiesta per la loro valutazione, più frequenti saranno gli *outcome*, minore sarà l'ampiezza della popolazione richiesta.

Eventi come lesioni o decessi provocati da maltrattamento sono rari e necessitano di studi di valutazione di larga scala per scoprire se il programma di prevenzione ha comportato modifiche significative. Ad esempio, gli studi di valutazione degli sforzi profusi per prevenire gli omicidi in minori tra 0 e 14 anni di età, avrebbero bisogno

Tabella 3.2 Esempi di indicatori di valutazione dell'outcome per livello ecologico

(Vedi appendice 2 per gli esempi di strumenti validati per la misurazione di questi outcome)

Tempo tra intervento e misurazione	Livello Ecologico		
	Neonato e bambino	Genitore e famiglia	Comunità e società
<p>Breve periodo</p>  <p>Lungo periodo</p>	<p>Sviluppo del neonato e del bambino: fisico, verbale e intellettuale</p> <p>Salute, ad esempio, visite di medicina preventiva; vaccinazioni</p> <p>Comportamenti di esternalizzazione e internalizzazione</p> <p>Dipartimenti medici di emergenza e ricoveri ospedalieri per lesioni intenzionali</p> <p>Competenza sociale</p> <p>Traguardi educativi, inclusa la performance scolastica</p> <p>Contatto con il sistema di giustizia penale, come vittima o come colpevole</p> <p>Accesso ai servizi sanitari per tutte le ragioni, incluso day hospital o ricoveri o visite al medico di medicina generale.</p> <p>Autodichiarazione di comportamenti a rischio per la salute, Come uso pericoloso di alcool e droga, partner sessuali multipli, fumo, violenza intima tra i partner</p> <p>Conoscenza genitoriale, atteggiamenti e comportamenti legati alla disciplina</p>	<p>Relazione padre,figlio</p> <p>Competenza genitoriale Attitudine genitoriale</p> <p>Conoscenza genitoriale e aspettative sullo sviluppo del neonato e del bambino, compresi quello fisico, emozionale, cognitivo e sessuale</p> <p>Conoscenza genitoriale,atteggiamenti e comportamenti legati alla disciplina</p> <p>Contatti con il sistema di giustizia penale e i servizi di welfare per l'infanzia, relativi al maltrattamento sui minori</p> <p>Contatti con i servizi locali</p>	<p>Convinzione dell'accettabilità sociale della punizione corporale per i minori</p> <p>Dimissioni dall'ospedale di bambini sotto i cinque anni di età, che sono stati ricoverati a causa di maltrattamento e aggressione</p> <p>Disponibilità di servizi locali che intervengono sulle conseguenze del maltrattamento sui minori</p> <p>Visite di pronto soccorso per maltrattamento e aggressione ai danni di bambini al di sotto dei 5 anni di età</p> <p>Adulti in specifiche classi di età che riportano esperienze infantili avverse</p> <p>Omicidi di bambini al di sotto dei cinque anni di età*</p> <p>Decessi di bambini al di sotto dei cinque anni di età, causati da maltrattamento.</p>

* Idealmente i tassi di omicidio in minori tra i 5 ed i 9 anni e quelli dai 10 ai 14 anni dovrebbero essere inclusi come indicatori. I tassi di omicidio in bambini al di sotto dei 5 anni di età, comunque, sembrano essere quelli maggiormente indicativi. Questo indicatore dovrebbe essere misurato quando le risorse non sono sufficienti per misurare e registrare i dati dei tassi di omicidio in tutte e tre le classi di età.

di essere effettuati in diversi anni a livello nazionale in paesi più piccoli e almeno in province e città nei paesi più grandi.

Laddove gli *outcome* sono caratteristiche individuali, è possibile intraprendere studi su scala minore. In realtà, dato che gli studi di valutazione di larga scala esistenti hanno coinvolto studi più piccoli, essi hanno teso a porre attenzione sulla conoscenza, atteggiamenti, convinzioni e pratiche.

Calcolare la dimensione della popolazione di intervento richiesta per ottenere un *outcome* valido da uno studio di valutazione degli *outcome*, necessita una abilità statistica specialistica.

Disponibilità di dati sugli *outcome*

I dati possono essere ottenuti applicando metodi di valutazione specificatamente progettati per studi di valutazione dove esistono ben sviluppati sistemi di sorveglianza epidemiologica della violenza e delle lesioni a livello locale. Sistemi di questo tipo, comunque, sono assenti in molti luoghi, così è solo attraverso l'applicazione di strumenti specificatamente progettati che si possono ottenere i dati di *outcome*.

Laddove questo si verifica, le indagini epidemiologiche basate sulla popolazione descritte nel capitolo 2 possono essere usate per ottenere dati di *outcome* che evidenzino l'esposizione a comportamenti violenti e le loro conseguenze per interventi di larga scala e per interventi dove l'impatto deve essere seguito e monitorato per diversi anni. Per altri *outcome* come la conoscenza, gli atteggiamenti, pratiche e comportamenti, è necessario sviluppare specifici questionari, che attingano laddove possibile, da esempi ben testati di studi di valutazione dell'*outcome* precedenti. (vedi Tabella 3.2 e Appendice 2 ad esempio).

Progettare l'implementazione e la valutazione dell'intervento

Dopo aver definito gli obiettivi di prevenzione, gli indicatori di *outcome* e le fonti dei dati di *outcome*, è necessario progettare il modo nel quale l'intervento verrà sviluppato e valutato. Questo comporta specificare:

- il tipo di intervento;
- la portata dell'intervento;
- chi si occuperà di sviluppare l'intervento;
- i destinatari dell'intervento;
- come il processo verrà monitorato e documentato.

Tipo di intervento:

Prima di tutto è necessario decidere quale delle molte possibili strategie di intervento di prevenzione è adatta a raggiungere gli obiettivi previsti e sono coerenti con la capacità dell'organizzazione di svilupparle. La decisione deve essere presa in riferimento alle informazioni epidemiologiche esistenti e alle evidenze circa le strategie efficaci, promettenti e non chiare presentate nella tabella 3.1. Questo assicurerà che le risorse vengano utilizzate per strategie che siano il più promettenti possibili per il raggiungimento degli obiettivi.

Una volta deciso quali strategie siano appropriate, ci sono due approcci generali per la progettazione dell'intervento e dei metodi di valutazione. Il primo cerca di riprodurre un intervento già testato nel proprio contesto. Il secondo progetta un intervento dall'inizio basato su ciò che si è dimostrato di successo altrove, ma allo stesso tempo, riflette le realtà peculiari del contesto.

Riprodurre un intervento comprovato

Riprodurre un intervento che si è dimostrato efficace in un altro contesto richiede informazioni dettagliate sulle modalità con cui l'intervento è stato condotto. Le modalità di sviluppo, di monitoraggio e di valutazione dell'intervento devono essere riportate il più precisamente possibile. Una qualsiasi digressione dal programma originale creerà delle difficoltà a stabilire se il grado di efficacia sia dovuto al programma o al nuovo contesto. Gli interventi già sperimentati e replicati in contesti differenti hanno lo scopo di verificare se un programma sia efficace in un contesto diverso da quello in cui si è dimostrato efficace inizialmente.

Progettare un nuovo intervento

Ci sono spesso marcate differenze sia in termini di risorse, sia di norme sociali che culturali tra il luogo dove un intervento efficace è stato sviluppato originariamente e quello dove un nuovo intervento è previsto. Ad esempio, in luoghi dove la privacy è considerata di grande valore, potrebbero presentarsi delle reticenze verso i programmi di visite domiciliari, poiché si percepiscono come troppo intrusive. In una circostanza come questa, sarà necessario trovare un altro modo di intercettare i genitori ed i loro figli, per esempio, attraverso programmi di formazione per genitori in cliniche che offrono servizi prenatali e post natali. In questi casi, gli interventi dovrebbero essere progettati tenendo in considerazione i principi alla base delle strategie di successo che intervengono sugli stessi o su simili fattori di rischio e dovrebbero essere basati su considerazioni teoriche appropriate.

La portata dell'intervento

Come sottolineato in relazione alle strategie di prevenzione elencate nella tabella 3.1, le strategie possono essere progettate per intervenire su tutte le comunità, famiglie e individui, indipendentemente dalle differenze in termini di rischio, o per intervenire solamente su quelle identificate come a rischio. Per strategie come le visite domiciliari, che si sono dimostrate maggiormente efficaci quando rivolte a gruppi a rischio, dovrebbe essere preservata l'enfasi su questo punto. Per strategie per le quali non c'è chiara evidenza, la decisione di prendere in considerazione i gruppi a rischio piuttosto che l'intera popolazione dovrebbe essere basata sulla natura dell'intervento, l'intensità delle attività e la portata delle risorse necessarie.

Di norma, l'impatto di strategie che implicano alti livelli di interventi attivi e prolungati di professionisti sarà probabilmente attenuato nel tempo, estendendo dette strategie a tutti, rispetto a quello di strategie che implicano interventi spot o periodici, come le riforme giuridiche. In più data la loro natura, alcuni interventi rivolti all'intera popolazione, come le riforme giuridiche, le politiche di tasse e prezzi che regolano la disponibilità di alcool e le campagne di sensibilizzazione rivolte alle norme sociali e culturali.

Partner coinvolti nell'intervento

Come già sottolineato, è importante che le strategie di prevenzione e gli obiettivi si combinino in modo appropriato con il mix di settori, organizzazioni e individui coinvolti nell'implementazione dell'intervento. La decisione di chi coinvolgere dovrebbe essere basata sui fattori di rischio sui quali si intende intervenire, i ruoli che i differenti settori possono avere nel modificare quei fattori di rischio e la necessità di condividere informazioni, esiti della ricerca e valutazione degli *outcome*.

Al fine di assicurare che i partner rispettino i propri obblighi per tutta la durata del progetto, è utile definire un contratto formale per il loro lavoro.

I destinatari dell'intervento

La decisione dei destinatari dell'intervento verrà influenzata dalle strategie di prevenzione scelte e se l'intervento interverrà su tutti o solo su chi è a rischio. Se si decide di intervenire su individui e gruppi a rischio, allora dovranno essere sviluppati criteri rigorosi e procedure di screening per identificare chi è a rischio. Le procedure devono essere applicate scrupolosamente per assicurare che solo coloro che si trovano ad uno specifico livello di rischio ricevano l'intervento.

Indipendentemente se si sceglie che tutti o solo coloro a rischio ricevano l'intervento, è importante che i referenti del gruppo target siano coinvolti nella progettazione dell'intervento e nelle modalità di sviluppo. Questo assicurerà che il gruppo accetti l'intervento e che non ci sia il rischio di resistenze. Coinvolgere i membri del gruppo target può inoltre essere utile per risolvere il problema iniziale circa la scelta se riprodurre un intervento sviluppato in un contesto diverso o progettare un intervento nuovo.

Identificare un gruppo di controllo

La maggior parte degli studi di valutazione dell' *outcome* comprendono un confronto, o gruppo di controllo per misurare se chi riceve l'intervento abbia un beneficio maggiore rispetto a prima. Il problema è costruire questo gruppo di controllo in modo da renderlo il più possibile simile al gruppo che riceve i servizi. Se i due gruppi sono molto simili all'inizio e se l'unico aspetto in cui le loro esperienze differiscono riguarda l'esposizione all'intervento, allora sarà più facile argomentare che sia stato l'intervento a causare qualunque cambiamento osservato. Di solito, i gruppi di controllo vengono costituiti in uno dei seguenti tre momenti:

- dopo il fatto;
- all'inizio del programma, con alcuni tipi di processi di abbinamento;
- attraverso l'assegnazione casuale.

Alcuni interventi, tuttavia, si rivolgono a tutta la popolazione, come le campagne multimediali per accrescere la consapevolezza sul maltrattamento sui minori. In questi casi, una possibilità è quella di comparare le situazioni prima dell'intervento e dopo di esso. In questo caso, la stessa popolazione prima dell'intervento serve come gruppo di controllo.

Identificare un gruppo di controllo è un compito tecnicamente complesso che richiede il contributo di un esperto in progettazione di ricerca.

Monitorare il processo di sviluppo

Per ogni studio di valutazione dell' *outcome* è necessario un adeguato monitoraggio e una documentazione del processo di implementazione dell'intervento. Devono essere conservate precise registrazioni in ordine cronologico assieme ad una descrizione esaustiva del contesto, della frequenza e della natura delle interazioni tra lo staff del programma e i destinatari dell'intervento. Le registrazioni devono inoltre essere aggiornate costantemente, affinché le digressioni dal programma pianificato possano essere velocemente identificate e corrette. Questa registrazione sarà necessaria inoltre successivamente per lavorare sugli esiti e sulla valutazione dell'*outcome*.

Gli ostacoli ad un adeguato monitoraggio e documentazione del processo di implementazione possono includere:

- una resistenza dei manager del programma e dello staff perché questo lavoro può essere percepito come una minaccia alle loro posizioni;
- riluttanza dei governi e degli enti di finanziamento a fornire le risorse per

monitorare e documentare poiché quest'attività è considerata non essenziale in termini di "ricerca";

- carenza di risorse umane, con uno staff spesso già sovraccarico di impegni relativi al programma.

Sebbene questi problemi siano comuni, possono essere superati. L'integrazione delle attività di monitoraggio e documentazione all'interno del programma fin dal suo inizio, può assicurare che siano allocate risorse finanziarie ed umane adeguate per ridurre il peso delle azioni sullo staff. Le partnership tra ricerca o centri accademici e programmi può fornire assistenza tecnica per un monitoraggio ed una documentazione di buona qualità. Infine, il coinvolgimento dello staff di programma nella pianificazione dell'attività e nella divisione dei compiti può rendere il processo meno rischioso per loro. Condividere risultati positivi che emergono dal processo di valutazione tra i membri dello staff può inoltre dimostrare loro l'importanza del monitoraggio e della documentazione.

Analisi della valutazione e disseminazione degli outcome

Pratiche basate sull'evidenza nella pianificazione e implementazione della prevenzione del maltrattamento sui minori, produrranno risultati migliori e aiuteranno i medici, coloro che pianificano i programmi e gli organismi di finanziamento, nel momento in cui essi si occupano di strategie e attività volte a prevenire il maltrattamento sui minori. Un obiettivo centrale di questa guida, quindi, con la sua enfasi sullo sviluppo di studi di valutazione dell'*outcome*, è estendere la base di evidenza scientifica per la prevenzione, al di là del corrente studio, limitato a un numero minimo di tipi di intervento effettuati in paesi ad alto reddito.

La base dell'evidenza scientifica per gli interventi in sanità, welfare sociale, istruzione e altre aree, si compone di revisioni sistematiche di un largo numero di singoli studi di valutazione dell'*outcome* di interventi per prevenire particolari problemi, come l'abuso fisico dei minori da parte dei genitori. Studi di valutazione di questo tipo sono stati sviluppati da ricercatori indipendenti in diverse parti del mondo. Le revisioni sistematiche utilizzano procedure trasparenti per ricercare, valutare e raccogliere tutti gli *outcome* della ricerca relativa ad un particolare argomento. Queste procedure:

- sono esplicite, in modo che altre persone possano riprodurre la revisione;
- vengono definite prima di sviluppare la revisione;
- includono chiari criteri per l'inclusione e l'esclusione dalla ricerca;
- specificano gli impianti, le popolazioni, gli interventi e risultati dello studio che debbono essere presi in considerazione nella revisione.

Nuovi studi di valutazione degli *outcome* vengono pubblicati di continuo e le revisioni sistematiche di un particolare problema o di un tipo di intervento sono quindi regolarmente aggiornate. Le deduzioni che emergono da queste revisioni vengono messe a disposizione di coloro che devono decidere circa le azioni che i programmi devono sviluppare. La disponibilità di revisioni sistematiche accresce fortemente la capacità di sostenere con successo un maggiore impegno politico e finanziario per una strategia che si è dimostrata efficace.

Per essere compresi in una revisione sistematica, è essenziale che progetto, analisi e registrazione degli *outcome* dello studio di valutazione soddisfino criteri scientifici standard. Questi includono requisiti specifici inerenti alle metodologie usate per analizzare i dati e una revisione delle scoperte sviluppata da altri scienziati che lavorano nel campo. La pubblicazione degli *outcome* in una rivista scientifica di peer review, sebbene non indispensabile, tuttavia rende gli *outcome* facili da identificare e recuperare

tanto da avere una maggiore probabilità di essere inclusi in una revisione sistematica. L'analisi delle deduzioni e la disseminazione degli *outcome* di studi di valutazione degli *outcome* di programmi di prevenzione per il maltrattamento sui minori deve, quindi, essere effettuata con lo scopo esplicito di produrre relazioni di sufficiente rigore scientifico per essere incluse in una revisione sistematica. Questo scopo, non deve tuttavia inficiare la possibilità di rendere la disseminazione degli *outcome* comprensibile ad un pubblico diverso.

Servizi dedicati ai minori maltrattati e alle loro famiglie

Nel momento in cui un caso di maltrattamento sui minori viene alla luce, il minore e la sua famiglia devono essere aiutati. Il maltrattamento sui minori può essere scoperto attraverso segni, come lesioni particolari, che si manifestano sul minore; attraverso una confessione del minore, o una deposizione di un testimone dell'abuso o di una persona che vi ha preso parte; o attraverso la scoperta di alcune prove, come un diario o un video. Il ruolo dei servizi è quello di fornire assistenza al fine di minimizzare le conseguenze dell'abuso o dell'incuria verificatasi e per determinare quali azioni potrebbero prevenire maltrattamenti futuri. Le riforme giuridiche, le politiche ed i programmi dovrebbero tutti sostenere i servizi nello sviluppo di questi compiti. Interventi per assistere i minori maltrattati dovrebbero influire sull'immediato benessere dei minori e allo stesso tempo sui costi sanitari e sociali di lungo termine associati al maltrattamento.

Esiste scarsa evidenza, come già affermato, circa l'efficacia delle strategie di prevenzione del maltrattamento sui minori, ma c'è ancor meno evidenza circa l'efficacia degli interventi per rispondere ai casi di maltrattamento sui minori. Fatte salve le poche eccezioni, è quindi difficile stilare delle raccomandazioni per interventi di questo tipo. Nel contempo, il supporto formale è vitale per i minori maltrattati.

Questo capitolo affronta alcuni elementi degli interventi necessari per i casi conclamati di maltrattamento sui minori. L'enfasi è sulla fornitura di servizi in modo da poter misurare gli *outcome* e quindi contribuire all'evidenza scientifica inerente l'efficacia dei servizi forniti. Dato il gran numero di risorse umane e finanziarie attualmente investite nei sistemi di protezione minorile, vi è un'urgente necessità di reperire informazioni specifiche per paese, sulla efficacia dei vari interventi utilizzati da questi servizi.

4.1 Migliorare l'evidenza scientifica

Servizi sanitari e sociali di buona qualità che fanno fronte al maltrattamento sui minori necessitano di sviluppare i propri interventi in modo appropriato. Dove i protocolli di servizio sono basati esclusivamente sull'intuizione, sugli aneddoti o sulle considerazioni politiche, senza che venga presa in considerazione l'evidenza scientifica, i servizi potrebbero non solo essere inefficaci, ma anche potenzialmente dannosi. E' perciò importante che gli interventi basino le proprie fondamenta su una teoria appropriata e vengano progettati secondo la miglior evidenza scientifica disponibile.

E' inoltre importante che gli *outcome* degli interventi siano misurati per vedere se raggiungano o meno gli effetti desiderati. Vi è quindi un bisogno di studi di *outcome* degli interventi dei servizi sanitari, sociali e legali che rispondono al maltrattamento sui minori. Le informazioni raccolte nel capitolo 3 sulla valutazione degli *outcome* dei programmi di prevenzione possono essere applicate in eguale misura agli interventi che riguardano i minori maltrattati e le loro famiglie.

Come per le strategie di prevenzione, i servizi dovrebbero essere sviluppati in modo

che:

- utilizzino un modello logico;
- facciano corrispondere la capacità dell'organizzazione, comprese le sue risorse umane, agli obiettivi del servizio;
- identifichino indicatori di *outcome* appropriati.

Le valutazioni di processo che misurano gli indicatori di erogazione del servizio sono importanti per il miglioramento continuo della qualità e per guidare la gestione e la pianificazione, ma, le valutazioni dei servizi per minori e famiglie devono andare oltre la valutazione del processo, verso una valutazione dell'impatto di breve e lungo periodo di servizi sui suoi utenti¹⁹.

Il Dipartimento di Salute Pubblica del Regno Unito sostiene che servizi efficaci per minori e famiglie siano il risultato di una combinazione di pratica basata sull'evidenza e "su un delicato equilibrio nel giudizio professionale"²⁰. Secondo il Dipartimento della Salute, al fine di ottenere servizi e interventi basati sull'evidenza, i medici dovrebbero:

- utilizzare in modo critico la conoscenza che emerge dalla ricerca e dalla pratica, relativa ai bisogni dei minori e delle famiglie e agli *outcome* di servizi ed interventi;
- raccogliere e aggiornare sistematicamente le informazioni, distinguendo fonti di informazione, come osservazione diretta, da registrazioni di altri enti o da colloqui con i membri della famiglia;
- imparare dagli utenti dei servizi, compresi minori e famiglie;
- valutare costantemente se un intervento è efficace o meno nel rispondere ai bisogni di un singolo minore e della famiglia, e modificare l'intervento di conseguenza.
- valutare rigorosamente le informazioni, i processi e gli *outcome* dell'intervento sanitario erogato.

Anche in paesi ad alto reddito con infrastrutture sviluppate, i servizi di protezione minorile falliscono su un alto numero di minori. Non dovrebbero essere sviluppati sistemi di protezione minorile complessi e costosi a discapito dell'investimento nella prevenzione. Politiche e programmi per la protezione minorile dovrebbero essere invece sviluppati parallelamente a quelli che mirano alla prevenzione. Inoltre, i servizi che rispondono ai casi di maltrattamento sui minori dovrebbero essere integrati, ove possibile con servizi sanitari e sociali preesistenti

4.2 La risposta al maltrattamento sui minori: le componenti chiave

Identificare il maltrattamento sui minori

Ricercatori e medici ammettono che molti casi di maltrattamento sui minori rimangono non identificati e che quindi questi non ricevono assistenza formale o protezione. Data la portata del maltrattamento sui minori e le sue conseguenze sanitarie e sociali di lungo termine, è molto probabile che insegnanti, operatori sanitari e sociali, e altri professionisti in "prima linea" interagiscano ogni anno, senza esserne consapevoli, con molti minori, ed adulti, attuali o ex vittime di maltrattamento.

L'identificazione e l'intervento precoce sul maltrattamento sui minori possono

¹⁹ Variabili- quali l'adozione, l'affidamento, il cambio di domicilio- possono essere utilizzati come indicatori proxy di valutazione, ma le loro relazioni con la situazione reale devono essere prese in considerazione attentamente.

²⁰ Framework for the assessment of children in need and their families. London, United Kingdom Department of Health, 2000:16.

aiutare a minimizzare la probabilità di violenza futura e le conseguenze sociali e sanitarie di lungo termine. Bambini molto piccoli non sono però in grado di denunciare da soli la violenza: tuttavia tra tutti i minori, sono proprio loro quelli esposti a maggior rischio di grave lesione, danno neurologico e morte. Estendere le capacità dei professionisti di base, nell'identificazione del maltrattamento sui minori in bambini al di sotto dei cinque anni di età è, quindi, di importanza fondamentale.

Per ottenere questo risultato, gli operatori di base, che sono regolarmente in contatto con i minori e le famiglie, devono essere in grado di riconoscere i sintomi che indicano quelle famiglie e quei minori che hanno bisogno di assistenza e devono essere in grado di intervenire secondo questi sintomi. Per creare questa abilità di identificare precocemente e di intervenire serve prima di tutto formare gli operatori. Questa formazione dovrebbe trattare:

- Le percezioni errate sul maltrattamento sui minori;
- i segni fisici e comportamentali di maltrattamento possibile, probabile e chiaro, così come i segni che non sono indicativi di maltrattamento;
- come rispondere quando un possibile maltrattamento viene indicato, includendo l'utilizzo di protocolli per coinvolgere supervisori, per segnalare i casi e fare denuncia.

Molti professionisti provano ansia rispetto a cosa potrebbe accadere a loro stessi, ai minori e alle famiglie coinvolte, se essi intervengono in un possibile caso di maltrattamento. E' necessario intervenire su queste ansie. La formazione per operatori sanitari e sociali dovrebbe anche comprendere delle informazioni sulle opzioni terapeutiche mediche e psicosociali per coloro che sono vittime di maltrattamento.

In luoghi dove vi sono sistemi sanitari primari funzionanti, l'interazione regolare tra genitori e figli, da un lato, e operatori sanitari dall'altro, forniscono un'opportunità di valore per identificare e intervenire in casi di maltrattamento. Lo stesso deve accadere per le interazioni tra famiglie e operatori sanitari nei dipartimenti di emergenza. Sebbene le conseguenze del maltrattamento possano essere di Lo stesso deve accadere per e sono estese a tutto l'arco della vita, è stato fatto molto lavoro su come gli operatori sanitari possano utilizzare marker di lesione, malattia e comportamento per identificare il possibile maltrattamento sui minori. L'identificazione del maltrattamento sui minori con questi indicatori può essere migliorato da operatori sanitari formati, specialmente pediatri, medici e infermieri di pronto soccorso, con l'utilizzo di algoritmi, diagrammi di flusso e check list. La figura 4.1 fornisce un esempio del tipo di algoritmi che può essere utile in questo caso. E' importante che gli operatori sanitari siano consapevoli di tutte le potenziali conseguenze del maltrattamento sui minori e non solo dei sintomi, in modo da assistere appropriatamente i minori maltrattati.

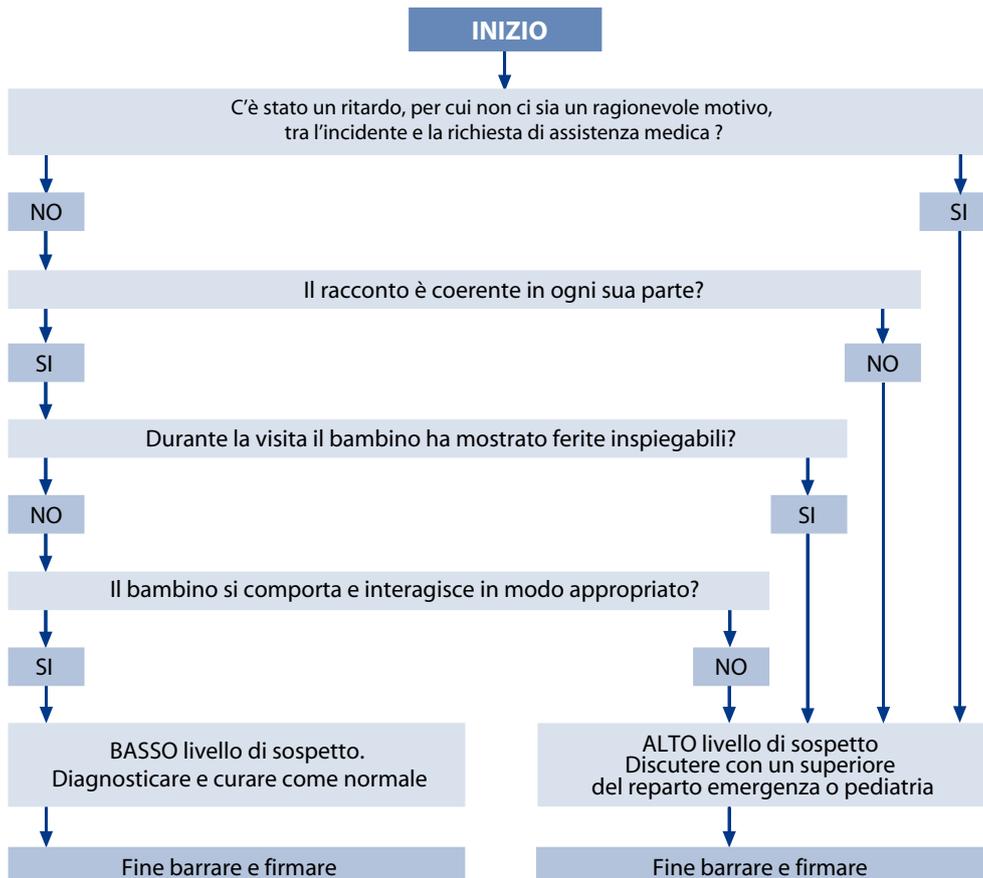
Procedure per estendere l'identificazione precoce del maltrattamento, compresa la formazione dei professionisti, non sono state rigorosamente valutate e non devono necessariamente essere considerate soluzioni a sé stanti. Alcuni tipi di maltrattamento, come la violenza psicologica e le forme meno gravi di violenza fisica e sessuale, possono non essere riconosciute dai professionisti, poiché questi tipi di maltrattamento non sempre lasciano chiari segni sulle giovani vittime.

Vi sono inoltre ostacoli sistematici all'identificazione del maltrattamento sui minori difficili da superare. Un problema che si incontra nel tentativo di formare di più i professionisti è che essi sono già frequentemente sovraccarichi nel proprio lavoro. Possono inoltre essere riluttanti ad essere coinvolti in una questione delicata che essi percepiscono come una questione privata della famiglia.

Forse il problema più grande è come indirizzare i professionisti ad intervenire dove non vi sono servizi di welfare o di protezione dei minori che funzionino. Vale la pena investire nell'identificazione precoce del maltrattamento sui minori solo se a seguito si attivano azioni per aiutare e proteggere i minori.

Tabella 4.1 Esempio di un semplice intervento per migliorare l'identificazione dell'abuso sui minori nei dipartimenti di emergenza

Diagramma di flusso degli incidenti pediatrici. Segnalare tutti i bambini al di sotto dei 6 anni di età con qualsiasi lesione che frequentano il dipartimento emergenza



Da: Benger JR, Pearce V. Simple intervention to improve detection of child abuse in emergency departments. British Medical Journal 2002, 324:780

Valutazioni sanitarie e forensi integrate

Dove sorgono sospetti di maltrattamento, è necessaria una valutazione fisica e di salute mentale per il benessere del minore. Quando vi è la possibilità che il caso venga discusso in giudizio è necessaria una perizia medico legale. In alcuni sistemi legislativi, esiste un conflitto tra gli interventi sui bisogni del minore e la raccolta dell'evidenza. Questo accade spesso in sistemi legislativi orientati agli adulti, che non prendono in considerazione i bisogni psicologici e di sviluppo del minore. I bisogni del minore, tuttavia, devono venire prima di quelli dell'indagine medico legale, su questo tutti i settori coinvolti dovrebbero essere chiari. Se il minore rifiuta un esame sanitario e se la condizione, la rivelazione o i sintomi del minore non permettono l'esame, è importante non forzare il minore a sottoporsi a una visita medica o a un colloquio, anche se l'evidenza può andare perduta nel processo. Al fine di evitare vittimizzazioni future del minore, gli esami sanitari e l'indagine medico legale dovrebbero essere coordinate e condotte da

operatori specificatamente addestrati a lavorare con giovani vittime. I servizi dovrebbero essere armonizzati in modo da minimizzare il numero di volte in cui viene chiesto a un minore di riportare cosa sia accaduto.

La valutazione sanitaria deve essere almeno in grado di:

- ottenere il consenso sia del minore che di chi si prende cura di esso;
- rilevare la storia medica o sanitaria, sia dal minore che da chi si prende cura di esso;
- produrre un esame fisico completo, che comprenda l'area genito- anale;
- produrre la documentazione e la terapia per le ferite;
- produrre una valutazione di salute mentale;
- produrre uno screening e terapia per le infezioni a trasmissione sessuale e HIV;
- prevenire la gravidanza dove necessario.

Nel momento in cui si procede ad investigare su un'accusa è necessaria una valutazione forense, la valutazione sanitaria dovrebbe includere un esame medico legale condotto simultaneamente all'esame fisico, al fine di raccogliere campioni medico legali pertinenti. L'evidenza medico legale deve essere raccolta e catalogata secondo pratiche standard²¹.

Devono essere profusi sforzi per raccogliere l'evidenza medico legale necessaria per ottenere la protezione minorile e il risultato desiderati nel processo penale. Deve essere data priorità all'evidenza a cui le giurie danno il maggior peso. Una collaborazione e una buona comunicazione tra le forze dell'ordine, il sistema giudiziario, i servizi sanitari e gli scienziati forensi è importante nel momento in cui vengono raccolte, analizzate e interpretate le evidenze.

La valutazione medico forense, include oltre all'esame medico legale, colloqui con persone che hanno denunciato l'abuso, il minore o i minori per i quali si ha un sospetto di abuso, coloro che sono accusati dell'abuso e di tutti gli altri individui interessati. Questi colloqui sono necessari per determinare i fatti nel modo in cui essi sono compresi da ognuna di queste parti, al fine di stabilire se il minore sia stato realmente abusato. L'interrogatorio forense dei minori comporta una capacità qualificata e se possibile, dovrebbe essere condotto da un professionista formato ed esperto. In alcuni paesi, l'interrogatorio medico legale è di responsabilità del settore legale o sociale e gli operatori sanitari non sono né formati, né autorizzati a condurlo. Dove possibile, l'interrogatorio forense dovrebbe essere associato alla valutazione di salute mentale, per diminuire al minimo il numero di colloqui ai quali il minore è sottoposto.

Ai minori con problemi di salute mentale gravi, può essere richiesto di parlare con gli investigatori per fornire l'evidenza necessaria ad accusare colui che ha commesso l'abuso e ad aiutare a proteggere i minori. Sia i servizi sanitari, che legali, devono essere consapevoli dei bisogni dei minori maltrattati, che possono risentire di molti problemi di salute mentale o altri sintomi come risultato del proprio maltrattamento. Il benessere del minore deve essere supremo e il minore non deve essere sottoposto ad una pressione troppo alta per dimostrare un sospetto di abuso. Un'azione di questo tipo, oltre ad essere potenzialmente dannosa per il minore, può alterare la credibilità dell'informazione ottenuta.

In alcuni casi, può essere necessaria la terapia di salute mentale per i minori maltrattati, così che essi possano fornire elementi utili, ai fini legali, delle loro esperienze, specialmente dove si è verificato un abuso sessuale. Allo stesso tempo, gli operatori della salute mentale devono riconoscere i pericoli del mancato intervento in un maltrattamento sospetto,

²¹ Per un esempio di linee guida per una raccolta di evidenze medico legali, vedere: Guidelines for medico-legal care for victims of sexual violence, Geneva, World Health Organization, 2004.

Riquadro 4.1

Rispondere alle rivelazioni dei minori

Quando il maltrattamento del minore viene rivelato, inavvertitamente o di proposito, si solito ne consegue una crisi, I minori non sanno come le informazioni verranno ricevute, o se saranno creduti, appoggiati o incolpati. I bambini piccoli in particolare possono non capire le conseguenze del condividere informazioni e possono essere shockati o disorientati dalla reazione degli adulti alla confessione che hanno fatto.

Se un minore rivela abuso o incuria, è essenziale che le persone alle quali viene fatta la rivelazione rispondano in modo appropriato per dare sostegno al minore. Questo eviterà di mettere a repentaglio l'indagine successiva, che metterebbe il minore ad ulteriore rischio. E' comune nei minori offrire una piccola parte dell'informazione in un primo momento, per vedere come l'adulto reagisce e successivamente dire di più quando si sentono al sicuro.

Le seguenti sono indicazioni su come rispondere ai minori che rivelano un maltrattamento.

- Trattare il minore con dignità e rispetto.
- Rimanere calmi e non esprimere reazioni di shock, repulsione o indignazione morale, L'influenza di colui che ascolta è minore se lui o lei sono in uno stato emotivo, specialmente se le emozioni che esprimono sono diverse da quelle che il minore si aspettava.
- Evitare di esprimere disapprovazione per il presunto colpevole, poiché il minore potrebbe amare od essere affezionato a questa persona, anche se l'abuso o l'incuria si sono già presentati.
- Ascoltare attentamente il minore che sta rivelando il maltrattamento e evitare di riempire i suoi silenzi. Permettere al minore di esprimere i pensieri con parole proprie, compreso l'uso dello slang. Non correggerlo o sfidarlo dicendo ad esempio " Sei sicuro che fosse tuo zio?".
- Permettere al minore di esprimere e riportare qualsiasi emozione lui o lei provi, piuttosto che fare ipotesi azzardate su quello che dovrebbe provare.
- Non forzare mai il minore a mostrare ferite fisiche, o a rivelare sentimenti che egli non vuole condividere.
- Evitare parole che possano disturbare o spaventare il minore, come "stupro", "incesto" o "aggressione".
- Offrire al minore rassicurazione e sostegno usando frasi come:
 - "Sei stato molto coraggioso a parlare di questa cosa".
 - "Sono felice che tu mi stia parlando di questo".
 - "Mi spiace che sia successo a te".
 - "Non sei solo, succede anche ad altri bambini".
 - "Farò Tutto quello che posso per aiutarti".
- Evitare commenti sull'incidente attuale, compresi quelli riferiti al presunto colpevole all'impatto dell'abuso, come:
 - Come puoi dire delle cose del genere riguardo a..."
 - "Che bugiardo!"
 - Questo uomo orribile ha rovinato la tua vita"
 - Come hai potuto lasciare che ti facesse queste cose?"
 - "Perché non me ne hai parlato prima?"
- Non fare nessuna ipotesi sull'identità del sospetto colpevole.
- Rispondere alle domande del minore nel modo più semplice ed onesto possibile. Se, ad esempio, un bambino chiede "Papà dovrà andare in prigione ora?" la risposta potrà essere " Non lo so, altre persone decidono questo".
- Fare solo promesse che possano essere mantenute. Non acconsentire, per esempio, a mantenere segreto quello che il minore ha detto. Spiegare, in questo caso, che alcuni segreti devono essere condivisi per aiutare qualcuno o impedire che altre persone vengano ferite. Dire al minore che le informazioni saranno condivise solo con persone che cercano di aiutarlo e proteggerlo.

per paura di traumatizzare il minore e perchè un certo approccio terapeutico potrebbe interferire con l'indagine. Gli operatori della salute mentale quindi devono adottare un atteggiamento, neutrale, fattuale e investigativo nel momento in cui il minore riferisce un abuso, ed allo stesso tempo essere sensibili alla situazione. In modo simile, i servizi legali e i periti forensi dovrebbero essere capaci di riconoscere quando i sentimenti e le emozioni di un minore minacciano di minare il benessere del minore o gli impediscono di fare dichiarazioni cognitive valide e accurate dal punto di vista giuridico. A causa di questi interessi contrapposti, in caso di sospetto di abuso, specialmente di abuso sessuale, può essere necessario convocare una riunione dei diversi settori coinvolti, prima di intervenire.

Supporto psicosociale

Tutte le forme di maltrattamento sui minori possono avere per tutto l'arco della vita, significativi influssi negativi sulla salute mentale e sullo sviluppo del minore. Il supporto psicosociale è quindi critico per la guarigione del minore. La presenza di una persona che si prenda cura del minore, fidata e inoffensiva, che considera seriamente la situazione del bambino, gli fornirà un supporto psicosociale forte. Idealmente, dovrebbero essere offerte valutazioni psichiatriche da medici qualificati che siano sensibili agli aspetti culturali, supporto e terapia, assieme a qualsiasi terapia medica. In molte comunità, però, l'accesso ai servizi di salute mentale non è un fatto scontato. Dove l'accesso a questi servizi è limitato, dovrebbero essere effettuati degli sforzi perché il minore e la famiglia siano supportati dalla comunità, anche informalmente. Il supporto e la terapia di salute mentale, sia formale che informale, hanno bisogno di includere coloro che si prendono cura del minore o la famiglia e dovrebbero essere coordinati strettamente con ogni procedura giuridica e sforzi per proteggere il minore. Nei casi gravi, la terapia può dover avere la precedenza sui processi giuridici. Questo si applica ai casi di gravi malattie mentali, comportamenti autolesionisti o suicidi, grave dissociazione e disordine da stress post traumatico.

Gli interventi di salute mentale che dimostrano l'evidenza scientifica più grande per la loro efficacia, tendono ad impiegare tecniche di intervento comportamentale e cognitivo. Le terapie validate empiricamente inoltre tendono ad essere dirette all'obiettivo e strutturate nel loro approccio. Esse enfatizzano l'impiego di esercizi ripetitivi utili a gestire la sofferenza emotiva e i disturbi comportamentali. Abilità importanti per minori comprendono:

- abilità nell' identificare, gestire e regolare le emozioni;
- abilità di gestione dell'ansia;
- abilità nell' identificare e cambiare percezioni inappropriate;
- abilità di problem solving.

Per i genitori e per le altre persone che si prendono cura del minore è importante insegnare abilità di gestione del comportamento che rinforzino il comportamento positivo. Piuttosto che punire il comportamento negativo. Interventi cognitivo- comportamentali che sono specificamente legati al trauma, sembrano essere particolarmente efficaci nel ridurre l'ansia, la depressione, problemi sessuali e sintomi di disordine da stress post traumatico nelle vittime.

Servizi di supporto per le famiglie

Un'esperienza di maltrattamento sui minori può causare un grande stress e sconvolgimento nella famiglia. Il minore e gli altri fratelli possono temere cosa sta per

accadere o sentirsi colpevoli per quello che è già successo in casa. Anche gli altri membri della famiglia possono essere stati abusati o aver subito incuria. I servizi dovrebbero riconoscere l'importanza di particolari interventi per aiutare le famiglie a superare il trauma, fornendo rassicurazione e supporto per la riabilitazione di coloro che ne sono stati colpiti. E da un lato può essere difficile per i servizi dare supporto ai membri della famiglia sospettati di maltrattare i propri figli, aiutare la famiglia aiuterà spesso il minore. Vi è quindi un bisogno di supporto specifico per i genitori, così come per la famiglia nel suo complesso.

Questo supporto può essere necessario dal momento in cui si sospetta o si scopre il maltrattamento fino al momento della guarigione. Dovrebbe essere fornito supporto finché tutti i membri della famiglia non siano stati indirizzati ai servizi appropriati in base ai loro bisogni individuali. I servizi di supporto dovrebbero essere integrati fra i settori, con una comunicazione e collaborazione effettiva tra loro, in modo che ogni settore sia completamente consapevole del proprio ruolo, delle proprie responsabilità primarie, e si evitino i conflitti tra questi ruoli.

Il numero di servizi in contatto con la famiglia dovrebbe essere limitato solo a quelli che sono direttamente coinvolti nell'assistenza e nella gestione del caso del minore e della famiglia. Questo aiuterà ad assicurare la continuità e la validità assistenziale. Proteggerà inoltre l'integrità medico legale del caso e la privacy della famiglia.

L'esatto punto, in cui gli interventi di supporto sono considerati necessari dipenderà da:

-
- l'età e le abilità di sviluppo del minore;
- la salute fisica e mentale del minore, del genitore o genitori;
- gli ostacoli che la famiglia considera influenzino la propria abilità a superare il trauma e i loro comportamenti verso i figli;
- le risorse materiali e sociali disponibili per il minore e la famiglia;
- l'abilità degli esistenti sistemi professionali e informali ad intervenire efficacemente sulla situazione.

Di norma le famiglie avranno sempre bisogno di essere indirizzate a servizi appropriati, ivi inclusa una terapia specializzata per la persona responsabile del maltrattamento. Sarebbe quindi auspicabile in tali casi un sistema strutturato di contatti utili. Questo definirà quale supporto sia appropriato e determinerà quando riferirsi a risorse più specializzate, come valutazioni del trauma psicologico o interventi di salute mentale. I beni di sostentamento, come il cibo, l'alloggio e il trasporto, dovrebbero essere altresì inclusi al momento in cui le famiglie vengono indirizzate ai servizi appropriati. In alcune situazioni, una famiglia o membri individuali, potrebbero rifiutare l'aiuto. In questi casi i servizi dovrebbero assicurarsi che la famiglia sia a conoscenza di quali servizi siano disponibili e di come accedere ad essi. Qualsiasi sia l'atteggiamento della famiglia, la prima priorità è il benessere e la protezione minorile.

Oltre alla protezione da futuri maltrattamenti, i minori maltrattati e le loro famiglie hanno frequentemente bisogno di aiuto per guarire e per ritornare ad essere membri produttivi della società. Il tipo di intervento di riabilitazione deve comprendere una gamma di settori, che richiedono servizi continui o intermittenti. Sia i minori che i colpevoli dovrebbero essere valutati in base alla suscettibilità e ai fattori di protezione, nel momento in cui viene definito un piano per questi servizi. Gli interventi di riabilitazione sociale e di salute mentale devono prendere in considerazione le strutture comunitarie esistenti e gli aspetti culturali.

I servizi di riabilitazione comprendono:

- **interventi sanitari**, come assistenza medica continua; interventi di salute mentale, terapia per il trauma, terapia di gruppo o familiare;
- **interventi sociali**, interventi di sollievo, assistenza nei compiti di casa di ogni giorno, inclusa la pulizia e preparazione dei pasti e la supervisione da parte dei servizi di protezione;
- **interventi scolastici**, come scuole o formazione professionale ad hoc;
- **interventi giuridici**, come avviare un processo legale per i colpevoli, protezione minorile; e misure per risarcire il danno;
- **assistenza finanziaria**, come fondi di compensazione per le vittime per supportare gli interventi succitati.

Più efficacemente i servizi citati possono lavorare assieme, più probabilmente si otterranno risultati di successo. Sebbene, come sempre, le buone comunicazioni tra i settori siano di grande importanza, si deve tenere in considerazione anche il legame di riservatezza. Ad esempio, dal punto di vista del rendimento del minore, potrebbe essere utile per la scuola, sapere che il minore è sotto stress; allo stesso tempo, condividere questa conoscenza, potrebbe essere dannoso per il benessere e per la posizione del minore e dell'allievo. I minori e le famiglie stesse potrebbero aver bisogno di essere cautelati dal condividere troppe informazioni con gli altri.

Una rete di servizi diretti raggrupperà assieme tutti i servizi sanitari, legali e sociali disponibili specializzati nel maltrattamento sui minori. Perché questa rete sia efficace, si dovrebbero tenere riunioni sul caso con gli altri servizi. Dove considerato opportuno le famiglie e i minori potrebbero essere invitati a partecipare a queste riunioni, questo potrebbe assicurare ulteriormente la loro collaborazione. La rete può condividere e fare uso dei materiali di riferimento cartacei ed elettronici, comprese informazioni sul web sui processi giuridici, gli interventi di prevenzione e i servizi di supporto.

Follow up

Se l'operatore sanitario di riferimento per il minore e la famiglia è a conoscenza del caso di maltrattamento, allora questa persona dovrebbe essere coinvolta laddove si sviluppino altri contatti con la famiglia e il minore, così come nei possibili successivi incidenti di maltrattamento.

L'operatore di riferimento, nell'interesse del minore e della famiglia, è di supporto per superare gli effetti traumatici dell'abuso e per impostare l'intervento da intraprendere per affrontarli. Durante visite di controllo della salute del minore successive, l'operatore di riferimento dovrebbe prendere in considerazione il livello di stress dell'intera famiglia, dato che alti livelli di stress potrebbero rendere più difficile la cura del minore ammalato. Può capitare che la famiglia non voglia che l'argomento delicato del maltrattamento del minore venga condiviso con l'operatore di riferimento. In questi casi i membri della famiglia hanno bisogno di essere rassicurati del fatto che informare l'operatore sanitario di riferimento, li aiuterà a continuare ad avere accesso all'assistenza.

Quando l'assistenza viene fornita da un gruppo composto da referenti di una pluralità di servizi o settori, è essenziale avere un piano di follow up ben definito, dove i ruoli di ciascun membro del gruppo siano ben definiti. I piani di servizio sono più efficaci se ogni settore sa di quali aree è responsabile e all'interno di quali è tenuto ad intervenire. Dovrebbero essere documentati piani chiaramente definiti per ogni individuo colpito da abuso o incuria nonché per la famiglia nella sua interezza, che comprendano situazioni in corso, da monitorare. Stabilire relazioni tra servizi in ogni settore, assicura che le informazioni siano condivise velocemente ed accuratamente, rispettando, allo stesso tempo, la privacy. Questo è particolarmente importante se vengono alla luce ulteriori

incidenti di abuso o incuria, che richiedono di essere notificati alle autorità. Ogni minore dovrebbe avere una persona referente del caso, che possa agire coerentemente come persona di contatto per la famiglia e coordinare i vari servizi.

Servizi per vittime di maltrattamento sui minori divenute adulte

Ricerche che coinvolgono adulti che abbiano subito maltrattamento da bambini confermano che sebbene questo maltrattamento sia abbastanza comune, la maggior parte delle istanze rimangono non denunciate e celate. Gli operatori sanitari che si occupano di adulti possono quindi intervenire su vittime di maltrattamento sui minori senza esserne a conoscenza. Come illustrato nel riquadro 1.3, vi è sempre maggiore evidenza che esista una relazione tra la vittimizzazione nell'infanzia e i comportamenti sanitari a rischio, disturbi e condizioni di vita in adulta. Ne consegue, quindi, che aiutare le vittime di maltrattamento sui minori divenute adulte è una parte importante per assicurare loro la salute e il benessere e intervenire sul trauma e sui suoi effetti a lungo termine. Dove le risorse sono disponibili, la formazione e gli interventi di procedura volti ad identificare le vittime di maltrattamento sui minori, dovrebbero essere integrate con servizi dedicati agli adulti. In questo modo gli adulti colpiti possono essere indirizzati ad appropriati servizi di supporto psicosociale.

Proteggere il minore

Quando si sospetta il maltrattamento sui minori o viene scoperto, si devono intraprendere azioni per proteggere i minori a rischio. Molti paesi hanno creato sistemi di protezione minorile o di welfare dell'infanzia con il mandato di fornire protezione. Le strutture giuridiche e politiche ed i contenuti dei servizi di protezione minorile variano da paese a paese. Ogni approccio ha i propri punti di forza e punti di debolezza. Nessun paese, ha quindi servizi di protezione minorile completamente efficaci. I servizi di protezione quindi, devono essere riformati e definiti ovunque e il processo è già cominciato in diversi paesi. Sebbene sia al di fuori della portata di questa guida analizzare in profondità i relativi aspetti positivi e critici dei differenti sistemi, questa sezione presenta alcune delle voci portanti, che devono essere prese in considerazione in qualsiasi tipo di sistema di protezione minorile.

Alcuni approcci alla protezione minorile si concentrano in modo forte sul confronto e la punizione. In questi sistemi vige l'obbligo di indagare ogni singolo caso denunciato usando metodi forensi per determinare se il maltrattamento sui minori si sia verificato o sia probabile che si verifichi. Queste indagini sono numerose e pongono una richiesta rilevante di risorse, in molti casi il maltrattamento non viene provato. Si dovrebbe quindi valutare attentamente la situazione prima di adottare un approccio che abbia un'eccessiva enfasi sull'indagine, poiché essa assorbe così tante risorse, alle famiglie possono non essere offerti altri servizi al di là dell'indagine stessa.

Alcune comunità con sistemi di protezione minorile che abbiano tradizionalmente posto enfasi sulla denuncia e sull'indagine hanno iniziato a riformare i propri sistemi per offrire altre risposte ai minori ed alle famiglie che abbiano minori preoccupazioni immediate riguardo alla sicurezza. Negli Stati Uniti studi su questo tipo di risposte alternative hanno dimostrato che, dove applicate, le famiglie ricevono più servizi rispetto ai paesi in cui l'indagine e la gestione del caso sono gli unici interventi. Vi è un'impellente necessità di ricerche per identificare approcci di protezione del minore efficaci, orientati al supporto, all'assistenza ed alla terapia, e studiare come questi approcci possano essere implementati con migliori *outcome* in contesti sia con grandi sia con poche risorse.

Quando si risponde ai casi di maltrattamento, deve esserci un equilibrio tra

la protezione e sicurezza perseguite con mezzi giuridici da un lato e la terapia quale supporto sociale e sanitario dall'altro. L'assistenza senza la protezione mette in pericolo il benessere e lo sviluppo del minore e viola la Convenzione sui diritti dei minori. La protezione l'applicazione delle norme senza un follow up, una terapia e un'assistenza insufficienti, possono provocare un danno grave e duraturo alla salute e allo sviluppo del minore. E' quindi di vitale importanza che ci sia una stretta collaborazione tra una pluralità di settori e che si adotti un comune approccio per indagare e trattare il minore, la famiglia e il colpevole. I settori sanitari, sociali e legali hanno ruoli importanti in questo processo. Ciascun ente che fornisce servizi a minori e famiglie, dovrebbe condividere il più possibile le informazioni sul caso con gli altri. Sebbene le norme sulla privacy e la riservatezza possano renderlo difficile, la libera circolazione delle informazioni tra gli enti può essere discriminante per proteggere con successo il minore.

La collaborazione può essere spesso estesa creando un comitato locale con referenti provenienti da ogni ente che fornisca servizi alle famiglie ed ai minori.

Un intervento che coinvolga una pluralità di settori può essere compromesso se uno solo dei suoi elementi è debole. E' quindi importante sviluppare tutti i settori in eguale misura. Un approccio multisettoriale sviluppato uniformemente che utilizzi un basso, ma equilibrato livello di risorse può produrre risultati migliori di un sistema sviluppato in modo non uniforme con alti standard e risorse in un singolo settore e di conseguenza un relativamente basso livello di risorse per gli altri servizi.

Denunciare il maltrattamento sui minori

In molti luoghi, quando operatori come infermieri, medici, operatori sociali e insegnanti, identificano un caso sospetto di maltrattamento, vige l'obbligo di denunciare i propri sospetti alle autorità di protezione minorile. I paesi hanno adottato approcci differenti alla questione della denuncia del sospetto di maltrattamento. Alcuni paesi, tra cui Australia, Canada, la Repubblica Sudafricana e Stati Uniti, hanno scelto un sistema con obbligo di denuncia obbligatoria alle autorità responsabili per la protezione giuridica del minore. Altri hanno optato per denunce confidenziali al sistema sanitario, senza che questo comporti ripercussioni giuridiche automatiche. In alcuni paesi gli standard professionali ed etici implicano che la denuncia sia una norma comunemente accettata. Molti altri non hanno sistemi per denunciare o per rispondere ai maltrattamenti infantili sospetti o in atto. In qualsiasi sistema, i servizi di tutti i settori interessati, devono conoscere chiaramente quali siano le proprie responsabilità e quali protocolli seguire. Le strutture di denuncia devono sempre combinarsi a strutture altrettanto ben sviluppate di protezione, supporto, terapia per i minori e le famiglie.

Nel momento in cui si definisce una procedura di denuncia, ci si deve accordare su quali elementi abbiano bisogno di intervento giuridico, quali dovrebbero essere predisposti come linee guida che riflettono le migliori pratiche e quali, come codice di pratica professionale. Deve essere altresì considerata la capacità dei servizi di protezione minorile e dei servizi di tutela legale nonché la probabilità che le denunce di maltrattamento sui minori siano veramente seguite. Le domande da porsi sono:

- qual è lo scopo della procedura di denuncia, sia in termini di conseguenze legali potenziali, sia in termini di impatto sulla salute e sui servizi di supporto sociale?
- Come si possono integrare aspetti della procedura di denuncia che comportano l'intervento di diversi settori e come la procedura di denuncia si correla alle risposte dei settori sanitari, sociali e legali?
- Quali sono i servizi per i quali si applicano gli obblighi di legge a denunciare e come questi servizi dovrebbero essere informati circa le proprie responsabilità?

Riquadro 4.2

Un approccio multisettoriale per servizi onnicomprensivi: l'Unità di protezione minorile del Philippines General Hospital*

L'unità di protezione minorile del Philippines General Hospital (CPU) fondata nel 1997, usa un approccio multisettoriale per servizi medici e psicosociali onnicomprensivi dedicati ai minori maltrattati e alle loro famiglie. Lo scopo è quello di prevenire ulteriori maltrattamenti e iniziare il processo di guarigione.

Il CPU è operativo 24 ore al giorno, sette giorni alla settimana. Il gruppo più ampio di pazienti è quello inviato dalle forze dell'ordine, seguito da accessi diretti inviati da altre unità ospedaliere.

La stragrande maggioranza sono minori che hanno subito abuso sessuale. Nel 2005, il CPU si è occupato di 972 nuovi casi di minori maltrattati, l'81% dei quali hanno subito abuso sessuale.

Dal primo contatto, attraverso un lungo follow up, il CPU fornisce assistenza qualificata utilizzando un approccio multisettoriale. Il CPU coordina le azioni dei settori sanitario, sociale e legale attraverso il proprio sistema di gestione del caso. I seguenti sono stadi della gestione di un caso tipico.

- Quando il paziente arriva, il tutore deve dare il proprio consenso e viene interrogato dall'assistente sociale e dal medico, mentre l'infermiera dà al minore informazioni nella sala dei giochi.
- Un medico conduce l'interrogatorio forense, che l'assistente sociale e l'ufficiale di polizia osservano attraverso un monitor. Con i ragazzi più grandi, che sono in grado di sporgere denuncia, l'ufficiale di polizia conduce l'interrogatorio mentre l'assistente sociale osserva attraverso il monitor.
- Il medico conduce un esame che include una valutazione sanitaria onnicomprensiva, la raccolta dei reperti forensi, lo screening dello sviluppo e, dove necessario, somministra una terapia.
- Il medico e l'assistente sociale fanno una valutazione del rischio per il minore e la famiglia, in base alla quale viene stilato un piano di sicurezza che sarà implementato dall'assistente sociale. Il medico e l'assistente sociale forniscono counselling.
- Durante la visita domiciliare l'assistente sociale valuta la situazione del minore e della sua famiglia e conduce una seconda valutazione del rischio, rivedendo di conseguenza il piano di sicurezza.
- Il minore e chi si prende cura di lui vengono indirizzati ai servizi di salute mentale appropriati. Uno psicologo o psichiatra del CPU sviluppano una valutazione di salute mentale dalla quale risulta un piano terapeutico. Il CPU offre una terapia specifica per i minori abusati, compresa una terapia individuale, di gruppo e ludoterapia, una terapia per i genitori e una terapia per la famiglia.
- Si tengono regolarmente riunioni sul caso che coinvolgono vari settori, condotte dal medico del CPU che ha visto il paziente per primo e dall'assistente sociale che ha condotto la visita domiciliare. Sono inoltre coinvolti i neuro psichiatri infantili del CPU e invitati a partecipare altri enti che lavorano con la famiglia.
- Ogni minore ha un responsabile del caso del CPU per coordinare tutti i servizi dedicati al minore e alla famiglia e per facilitare e monitorare il collocamento protetto, l'assistenza legale, e l'assistenza di salute mentale. I case manager lavorano con i minori e con la famiglia per tutto il tempo necessario.

Il CPU include inoltre i servizi legali e di polizia. Gli avvocati seguono i casi in tribunale e preparano i minori che dovranno testimoniare. La Child Justice League fornisce dei servizi legali aggiuntivi. I medici, gli assistenti sociali e gli psichiatri del CPU forniscono prove quando vengono citati in tribunale. Dal 2004, un ufficiale della polizia nazionale è stato distaccato al CPU, questo ha aiutato a schedare i casi in loco.

Il CPU fornisce inoltre altri servizi sociali, tra loro:

- assistenza per i minori maltrattati provenienti da famiglie molto povere, nella forma di contributi per le tasse scolastiche, per il trasporto da e per la scuola e per le divise scolastiche;
- assistenza al sostentamento nella forma di prestiti ad interessi zero per le famiglie bisognose che intendono creare una piccola attività.
- classi per aiutare i genitori a gestire le aspettative sui propri figli e per capire meglio il comportamento dei figli e modificare di conseguenza i propri metodi disciplinari.

* Ulteriori informazioni si possono avere da the Child Protection Unit Network – al sito web <<http://www.cpu-net.org.ph>> (consultato 28 giugno 2006), o dal Direttore, Dr Bernadette Madrid, all'indirizzo <madridb@cpu-net.org.ph>.

- Se la denuncia è obbligatoria, come e quando gli operatori informano gli utenti del loro obbligo di denunciare il sospetto di abuso?
- Quali sono i criteri da seguire per la denuncia? In altre parole, quale livello di preoccupazione o di sospetto dovrebbe esserci perché venga stilato un rapporto?
- Può esserci un confronto con gli enti di protezione minorile in merito al fatto che un rapporto debba o meno essere stilato?
- Cosa dovrebbe contenere il rapporto, in termini di documentazione sugli indicatori di abuso o incuria, la data e il momento del rapporto, a chi è stato fatto e qualsiasi annotazione?
- Un operatore di un servizio dovrebbe essere obbligato a fare rapporto anche se il proprio supervisore non è d'accordo sul fatto che il rapporto venga stilato? Se gli individui non sono liberi di riportare i propri sospetti, alcuni casi di maltrattamento possono non essere registrati.
- Come dovrebbe essere trattata una auto dichiarazione del colpevole, dato che l'auto dichiarazione equivale ad una confessione?
- Come dovrebbero essere trattate le denunce anonime, nel momento in cui queste limiteranno la capacità di indagare completamente la situazione?
- Quale protezione dovrebbe essere offerta alle persone che fanno denuncia, così come ad altre persone coinvolte nell'indagine, contro le vendette dei membri della famiglia o dei presunti colpevoli?
- Se una denuncia viene fatta in buona fede, ma l'indagine prova che non si è verificato nessun maltrattamento, quale supporto può essere offerto per proteggere colui che ha sporto denuncia da ogni ripercussione?
- Quando si dovrebbero informare il minore e la famiglia del fatto che la denuncia è stata fatta e come si dovrebbe fare?
- Quali meccanismi dovrebbero essere predisposti affinché i minori depositino denunce confidenziali?

C'è un crescente consenso sul fatto che i paesi con leggi che obbligano alla denuncia, debbano garantire ai minori ed alle famiglie un maggiore accesso a servizi riservati, dove essi possano ricevere supporto se espressamente richiesto. La denuncia obbligatoria crea una relazione accusatoria tra la famiglia e gli enti di protezione minorile, al punto che talora ogni espressione di preoccupazione venga interpretata come un'accusa di comportamento scorretto piuttosto che una richiesta di assistenza. La paura della denuncia e delle sue conseguenze possono essere un forte deterrente per famiglie che altrimenti potrebbero accedere a supporto formale. L'utilità della denuncia obbligatoria può essere particolarmente messa in discussione in situazioni dove non esistano sistemi legali e di protezione minorile funzionanti che si attivino in seguito alla denuncia.

Allo stesso tempo vi è una vasta evidenza che l'opinione pubblica, così come i professionisti siano riluttanti ad agire sulla consapevolezza o sul sospetto di maltrattamento. Questo fa crescere la preoccupazione che, senza leggi che obblighino alla denuncia, i minori che hanno bisogno di protezione non vengano identificati e i sistemi per prevenire ulteriori maltrattamenti non vengano allestiti. Sta alle comunità decidere se, data la loro situazione, essi preferiscano interventi per proteggere i minori attraverso l'obbligo di denuncia con adeguati servizi per i casi registrati, o se sia meglio un sistema di identificazione ed intervento terapeutico su base volontaria. Anche con il secondo sistema, però, se le famiglie non possono ricevere gli interventi offerti, la denuncia formale alle autorità può essere ancora necessaria per rimuovere il minore dalla situazione di pericolo.

Qualsiasi approccio scelto, dovrebbe essere basato su di un contesto di supporto

sociosanitario, piuttosto che essere primariamente punitivo. La sua efficacia deve essere valutata e deve essere identificata ogni conseguenza indesiderata.

Valutazione integrata delle famiglie a rischio

Quando una famiglia considerata suscettibile di maltrattamento viene inviata agli enti di protezione minorile, può essere necessaria una valutazione integrata del rischio e dei bisogni. Una valutazione di questo tipo valuta i bisogni complessivi del minore e della famiglia in termini di protezione, supporto sociale, e di salute fisica e mentale e permette che vengano prese decisioni coerenti e corrette sui servizi e sulla tempistica.

Una valutazione della capacità dei genitori di garantire sicurezza e benessere ai propri figli è necessaria nelle famiglie che ricevono servizi mirati o specializzati. Quando si

Riquadro 4.3

Indagine partecipata e coordinata

Dove l'indagine è un elemento di spicco dell'intervento di protezione minorile, può essere allestito un gruppo di investigatori specificatamente formati e che abbiano maturato esperienza nel rispondere ai casi di sospetto maltrattamento. Le autorità di protezione minorile e gli agenti delle forze dell'ordine ad esempio, possono condurre indagini congiunte in casi che coinvolgano sia un piano di protezione sia quello di giustizia penale, o nei casi in cui i minori siano stati testimoni di atti di violenza criminale. Tutti gli operatori dei servizi pertinenti dovrebbero essere coinvolti per determinare l'approccio da intraprendere prima di iniziare l'indagine. Un approccio partecipato e coordinato tra i settori cresce la possibilità di rispondere in tempo e di fornire servizi appropriati al minore e alla famiglia. Un'indagine congiunta può essere più efficiente, ma richiede flessibilità e collaborazione.

Un processo formale, dove tutte le parti coinvolte nell'indagine si incontrano per pianificare un'indagine congiunta deve comprendere le seguenti azioni.

- Una revisione della storia disponibile del minore, della famiglia e del presunto colpevole, comprese ad esempio, informazioni dal servizio di protezione minorile, dalle forze dell'ordine e dalle autorità sanitarie.
- Una ricognizione dei componenti dell'indagine, compresi gli interrogatori forensi della persona che ha sospettato il maltrattamento, del minore, del presunto colpevole e degli altri testimoni pertinenti.
- Una valutazione fisica e di salute mentale del minore assieme alla raccolta dei reperti e delle prove forensi dalla scena del crimine e dal sospetto colpevole.
- Una definizione dei tempi di risposta, basata sui requisiti giuridici o sulle raccomandazioni cliniche e una proposta conforme ai tempi di risposta obbligatori o raccomandati, che può variare in relazione alle circostanze.
- Una decisione su chi prenderà la leadership e in quali circostanze.
- Una decisione rispetto a quale punto l'informazione ottenuta nel corso dell'indagine debba essere condivisa con i genitori o se delle informazioni debbano essere mantenute riservate.
- Procedure per ulteriori indagini, nei casi dove il presunto colpevole abbia avuto accesso ad altre potenziali vittime.
- Una decisione rispetto a come le autorità si identificheranno nei confronti dell'individuo che denuncia, dell'ente che denuncia, del minore e della famiglia, di altri testimoni e del presunto colpevole.
- Una decisione rispetto ad ogni cambiamento nelle procedure in relazione al tipo di maltrattamento, o causata da una questione di sicurezza o sanitaria imminente. Ad esempio, è comune per le forze dell'ordine condurre un interrogatorio investigativo, ma questa procedura può essere modificata, o può essere posposta, se il minore è gravemente ferito o particolarmente sotto stress emotivo.
- Un programma per la conclusione abbreviata dell'indagine. Questo può variare per i diversi sistemi, ad esempio con, un periodo di tempo più breve per determinare se il minore abbia bisogno di protezione rispetto al caso di un'indagine penale, che può rimanere aperta finché tutte le evidenze siano state raccolte. Le indagini che coinvolgono minori, comunque, devono essere rese celeri per minimizzare il trauma e accrescere la probabilità che il minore ricordi dettagli specifici.
- Presa in considerazione delle circostanze nelle quali le scadenze possano essere estese, come nei casi in cui i bisogni di salute mentale immediati abbiano priorità rispetto al processo giuridico.

scopre che un minore ha subito un danno, anche gli altri figli della famiglia possono esserne suscettibili. La sicurezza, salute e sviluppo di ogni minore dovrebbe quindi essere valutata. Questo tipo di valutazione va al di là della suscettibilità e dei fattori di protezione già identificati, fino a un'analisi in maggiore profondità, e dovrebbe includere:

- la storia individuale del genitore o genitori;
- la storia individuale del minore o dei minori;
- la storia familiare;
- i sintomi psicologici, sociali e di salute mentale del genitore o dei genitori;
- i sintomi psicologici, sociali e di salute mentale del minore o dei minori;
- la valutazione dello sviluppo del minore o dei minori;
- le dinamiche familiari, comprese la qualità del legame e delle interazioni tra genitore e figlio,
- la conoscenza e gli atteggiamenti riguardo allo sviluppo del figlio, ai metodi educativi e alle percezioni del suo comportamento;
- la percezione della famiglia riguardo alla situazione, compreso se il genitore crede o meno al figlio vittima e se lo supporta;
- l'ambiente fisico dove il minore vive o dove viene accudito;
- le condizioni per lo sviluppo fisico, sociale e psicologico del minore;
- se le circostanze nelle quali il maltrattamento si è verificato si siano modificate e se così, come questo interviene sulla suscettibilità del minore;
- i punti di forza della famiglia.

Intervenire nel miglior interesse del minore

Qualunque valutazione e intervento sviluppato dai servizi sociali, a nome e per conto del minore, compresa la decisione di allontanarlo dalla famiglia, deve essere determinata nel miglior interesse del minore. Definire quale sia il miglior interesse comporta:

- rispettare il contesto etnico, religioso, culturale e linguistico della famiglia;
- prendere in considerazione il livello di sviluppo fisico e mentale del minore e di coloro che si prendono cura di lui;
- prendere in considerazione lo stato di salute mentale del minore e di chi si prede cura di lui;
- supportare l'integrità, la stabilità e l'autonomia della famiglia agendo con essa sulla base di un mutuo consenso;
- rispettare l'importanza della continuità assistenziale, dell'educazione, della stabilità e di coltivare le relazioni familiari per il minore;
- un piano per ridurre il rischio futuro di maltrattamento;
- rimuovere gli ostacoli alla soddisfazione dei bisogni del minore;
- prendere in considerazione i desideri e le preoccupazioni del minore, compresi quelli legati alle sistemazioni assistenziali provvisorie all'assistenza fisica e di salute mentale, all'istruzione e agli aspetti religiosi e culturali, tenuto conto il livello di comprensione del minore. I desideri espressi del minore, però, dovrebbero essere presi in esame, considerando lo stadio di sviluppo del minore, e la sua salute emotiva, così come la natura dei legami tra il minore e gli altri membri della famiglia.

Affinché la sicurezza del minore venga preservata, dovrà essere adottato il corso d'azione meno dannoso per il minore e il meno intrusivo per la famiglia. Molti problemi possono essere risolti senza alcun intervento legale. La gamma possibile di interventi include le seguenti misure, elencate in senso crescente di intrusività. Alcune di queste misure

possono essere utilizzate in modo combinato.

- Assistenza ad una famiglia che si sente travolta dai problemi, ma che può crescere adeguatamente i propri figli se le viene erogato un certo supporto. Un supporto di questo tipo può includere interventi di sollievo nella forma di babysitter occasionali, servizi di assistenza diurni o di affido periodico.
- Aiuto pratico con i compiti giornalieri di casa, compresa la gestione delle finanze domestiche o con la formazione di abilità di lavoro.
- Formazione alla genitorialità.
- Interventi terapeutici, come la partecipazione a programmi per l'abuso di sostanze, terapie psichiatriche o terapia di coppia.
- Supervisione della casa, con un operatore dei servizi di protezione minorile che fa visita alla famiglia periodicamente per valutare i progressi del minore e della famiglia. Questa supervisione può essere volontaria da parte di chi è legalmente responsabile del minore o può essere commissionata dallo Stato.
- L'allontanamento dalla casa della persona accusata del maltrattamento dalla casa, mentre il resto della famiglia viene lasciato assieme.
- L'allontanamento del minore dalla casa e il suo inserimento a casa di parenti o in una famiglia affidataria, o solo in ultima istanza, in un centro di assistenza residenziale. Potrebbero essere poste condizioni per quanto riguarda l'ordine di supervisione del minore o il suo allontanamento temporaneo di esso dalla famiglia. Queste condizioni possono comprendere la partecipazione dei genitori ad un programma di gestione dell'abuso di sostanze o della rabbia, servizi di salute mentale per i genitori e controlli sanitari periodici per il minore.

Conclusioni e raccomandazioni

Il maltrattamento sui minori non è un problema semplice con soluzioni facili. Progressi significativi nel campo della prevenzione, della protezione del minore e della terapia però non sono al di fuori della nostra portata. Ogni paese ha a disposizione abbastanza conoscenza ed esperienza sul problema in oggetto per iniziare ad intervenire su di esso. Uno dei maggiori ostacoli per rispondere efficacemente al maltrattamento sui minori è stata la carenza di informazioni. Questa guida ha affrontato come le strategie e i programmi possano essere costruiti sull'evidenza e possano generare a loro volta altra evidenza. Questo per agevolare in futuro, la progettazione di risposte al maltrattamento sui minori basate sull'evidenza.

Laddove i ricercatori hanno studiato il maltrattamento sui minori perpetrato da adulti all'interno della famiglia, si è scoperto che il fenomeno, influenzato da fattori che intervengono a diversi livelli, è diffuso in modo allarmante. Maggiori progressi nell'affrontare un problema così complesso e ampio, potranno essere ottenuti attraverso l'impiego dell'approccio sistematico descritto nell'introduzione. Questa guida ha messo in luce tre principali componenti dell'approccio:

- **informazione** per un'azione efficace;
- **prevenzione** del maltrattamento sui minori;
- **servizi di assistenza** per le vittime e le famiglie, compresa la protezione del minore.

Per accrescere la comprensione del maltrattamento sui minori e degli interventi sul fenomeno, i **sistemi di informazione** dovrebbero comprendere la sorveglianza epidemiologica dei casi registrati, generando così informazioni provenienti dalle strutture sanitarie. I sistemi di sorveglianza epidemiologica dovrebbero essere supportati da:

- *ricerche basate sulla popolazione* per cogliere:
 - la prevalenza del maltrattamento sui minori;
 - l'associazione tra un maltrattamento subito e un comportamento ad alto rischio;
 - l'associazione tra un maltrattamento subito, un comportamento ad alto rischio e lo stato di salute attuale;
- *meccanismi per avviare delle indagini* su tutti i decessi di minori dovuti a lesioni, conclamati o sospetti.

Le ricerche basate sulla popolazione dovrebbero essere progettate e implementate utilizzando strumenti di ricerca già sperimentati e testati e dovrebbero soddisfare i requisiti epidemiologici di oggettività, validità, affidabilità e ampiezza del campione. Le informazioni prodotte da queste misure dovrebbero fornire stime più precise della portata del maltrattamento nella popolazione, delle tendenze alla denuncia e all'utilizzo dei servizi.

Una strategia onnicomprensiva per la **prevenzione** del maltrattamento sui minori include interventi a tutti i livelli del modello ecologico, si interviene su una serie di fattori di rischio, dalle norme culturali che contribuiscono al maltrattamento sui minori alle gravidanze involontarie. Le strategie di prevenzione con maggiore evidenza di efficacia sono rappresentate dal supporto per la famiglia attraverso le visite domiciliari e programmi di formazione per i genitori. Si fornisce quindi, un buon punto di partenza per prevenire il maltrattamento sui minori. I programmi di prevenzione dovrebbero porre come priorità il lavoro con sottogruppi di popolazione a più alto rischio di maltrattamento. Questo assicurerà che le risorse scarse siano sufficientemente concentrate a sostenere attività di prevenzione ai livelli richiesti per il tempo necessario a valutare gli *outcome* della prevenzione, così come indicato dagli studi di valutazione dell'*outcome* di interventi con medesime caratteristiche.

I **servizi** per l'assistenza ed il supporto dei minori maltrattati e delle loro famiglie dovrebbero essere rafforzati e hanno bisogno per dimostrare la loro efficacia di una evidenza scientifica più consistente di quella attuale. Professionisti ben formati che lavorano regolarmente con i minori possono essere di grande sostegno all'individuazione del maltrattamento sui minori, I protocolli dei servizi aiuteranno a standardizzare l'assistenza e ad accrescerne la qualità. Dovrebbero essere sviluppati standard per:

- assistenza sanitaria per minori maltrattati, compresi:
 - documentazione delle ferite;
 - valutazione forense;
 - supporto psicosociale;
- servizi di protezione del minore, compresi:
 - gestione coordinata del caso;
 - procedimenti giudiziari con testimoni minori;
 - interventi dei servizi sociali con le famiglie;
 - collocamento alternativo per il minore.

Da questa guida emergono diversi principi per l'implementazione di queste pratiche, tra cui i seguenti.

- Politiche, piani, programmi e servizi dovrebbero basarsi sull'evidenza scientifica, sia derivante da studi locali che globali, in relazione alla portata, alle conseguenze, alle cause e alla possibile prevenzione del maltrattamento sui minori nonché relativamente all'efficacia di vari interventi. Dove non vi è evidenza o l'evidenza non è chiara, dovrebbero essere effettuati lavori innovativi basati sulla teoria.
- Gli interventi dovrebbero essere progettati in modo tale da poter essere valutati per la loro efficacia e monitorati per i progressi nella prevenzione del maltrattamento sui minori.
- Dove possibile, la sorveglianza epidemiologica del maltrattamento sui minori, i programmi di prevenzione e i servizi di assistenza per i minori e le famiglie dovrebbero essere integrati con i servizi ed i sistemi esistenti.
- Gli interventi ed i sistemi di informazione dovrebbero definire il maltrattamento sui minori in relazione alle norme internazionali, comprese le definizioni comportamentali utilizzate con strumenti di ricerca ben testati, Per la classificazione operativa dei casi di maltrattamento identificati nei servizi delle strutture di assistenza, dovrebbero essere utilizzati i relativi codici dell'*International Classification of Diseases*.

Sebbene sia necessario per una risposta di successo al maltrattamento sui minori un approccio basato sull'evidenza, che generi evidenza e che comprenda informazioni per la prevenzione e i servizi di assistenza, esso non è di per sé sufficiente.

Per creare una risposta efficace e sistematica che sia sostenibile e di ampia portata, i componenti principali devono operare congiuntamente come parte di un unico sistema. Il lavoro dei vari settori, gruppi e individui coinvolti deve essere intrecciato in modo da minimizzare la sovrapposizione del lavoro e massimizzarne l'efficacia. I seguenti principi possono aiutare a assicurare che una risposta sistematica venga progettata e implementata efficacemente.

- Una risposta sistematica funzionerà al meglio quando è multisetoriale e coordinata attraverso meccanismi formali come un piano di azione o politiche nazionali.
- Il ruolo dei differenti settori coinvolti nella prevenzione del maltrattamento sui minori dovrebbe essere specificato chiaramente in rapporto alla capacità di ogni settore di:
 - raccogliere dati e condurre ricerca;
 - avere un impatto su una o più delle cause e dei fattori di rischio alla base del maltrattamento sui minori;
 - fornire servizi di assistenza ai minori ed alle famiglie.
- Un comitato nazionale di coordinamento, con rappresentanti provenienti da tutti i settori competenti, può aiutare a facilitare l'implementazione di una risposta sistematica. A per questo scopo è altresì auspicabile venga istituito un ente di riferimento, che dovrebbe essere un organismo con capacità di coordinare un compito complesso condotto simultaneamente a molti diversi livelli.
- Una risposta sistematica deve rendere chiaro quali settori ed enti siano responsabili per l'implementazione e il monitoraggio dei sistemi di informazione sul maltrattamento sui minori. Non è sufficiente semplicemente identificare i compiti dei diversi organismi.
- La responsabilità per la predisposizione, lo sviluppo e il monitoraggio di programmi di prevenzione del maltrattamento sui minori dovrebbe essere chiaramente assegnata ai dipartimenti del governo centrale e locale con competenza nello sviluppo del lavoro di prevenzione.
- Coloro che progettano piani, politiche, programmi e servizi dovrebbero prendere in considerazione la diversa suscettibilità di ragazze e ragazzi alle varie forme di maltrattamento. Particolare attenzione dovrebbe essere data ai bisogni dei minori particolarmente suscettibili o emarginati, compresi i minori con disabilità, collocati diversamente e rifugiati, minori colpiti da HIV/AIDS e minori appartenenti a minoranze etniche.
- Risorse appropriate, allocate in modo adeguato sono necessarie per la ricerca sul maltrattamento sui minori, per i programmi di prevenzione e per le attività di assistenza. I benefici individuali e sociali derivanti dalla salvaguardia dei minori dall'abuso e dall'incuria ben giustificano l'investimento necessario.

Miglioramenti significativi saranno ottenuti se verranno adottati questi principi per un approccio coordinato e sistematico alla prevenzione del maltrattamento sui minori. I tassi di maltrattamento sui minori scenderanno e l'assistenza per i minori e le famiglie che hanno subito violenza accrescerà. Se un numero crescente di enti risponderà al maltrattamento sui minori adottando metodi e principi di questa guida, la base di evidenza scientifica si espanderà. Informazioni valide dal punto di vista scientifico saranno

a disposizione, per sviluppare politiche e programmi e per giustificare l'allocazione di risorse.

Un approccio al maltrattamento sui minori basato sull'*evidenza* è essenziale per il successo a lungo termine nella prevenzione del maltrattamento sui minori. In questo momento, però, la base di evidenza non è sufficientemente grande o geograficamente estesa per permettere ai policy maker di fidarsi completamente dei risultati emersi. Accrescere il numero di interventi in materia di maltrattamento sui minori condotti in modo da *generare evidenza* è quindi vitale per assicurare che un approccio basato sull'evidenza venga usato in futuro.

I questionari Adverse Childhood Experiences Study

Family Health History: donne

Questi questionari sono riprodotti alla lettera dalle versioni dello studio Adverse Childhood Experiences utilizzati in California. Stati Uniti d’America e alcune voci (per esempio le domande demografiche 1b, 3a, 3b, e le domande sull’istruzione 4, 11a, 11b) dovranno essere sempre adattate secondo le circostanze locali.

- | | |
|--|--|
| <p>1. Qual è la sua data di nascita?
Mese.....Anno</p> <p>1b In quale Stato è nata?
Stato.....
<input type="checkbox"/> nata al di fuori degli Stati Uniti</p> <p>2. Qual è il suo sesso?
<input type="checkbox"/> Maschio <input type="checkbox"/> Femmina</p> <p>3a. A che razza appartiene?
<input type="checkbox"/> Asiatica <input type="checkbox"/> Indiana americana
<input type="checkbox"/> Nera <input type="checkbox"/> Bianca
<input type="checkbox"/> Altra</p> <p>3b. Ha origine, messicane, latine o ispaniche?
<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No</p> <p>4. Per favore indichi che titolo di studio ha. (scegliere una voce)
<input type="checkbox"/> Non ho frequentato la scuola superiore
<input type="checkbox"/> Ho frequentato qualche anno di scuola superiore o istituto equipollente
<input type="checkbox"/> Ho conseguito il diploma
<input type="checkbox"/> Ho frequentato l’università o scuole di specializzazione
<input type="checkbox"/> Ho conseguito la laurea quadriennale</p> <p>5. Qual è il suo attuale stato civile?
È ora.....
<input type="checkbox"/> Coniugata
<input type="checkbox"/> Non coniugata ma convivente con un partner
<input type="checkbox"/> Vedova
<input type="checkbox"/> Separata
<input type="checkbox"/> Divorziata
<input type="checkbox"/> Nubile</p> | <p>6a. Quante volte è stata sposata?
<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 4 o più
<input type="checkbox"/> Mai stata sposata</p> <p>6b. In quale anno e mese si è sposata la prima volta?
Mese..... Anno.....
<input type="checkbox"/> Mai stata sposata</p> <p>7a. Quale delle seguenti scelte descrive meglio il suo attuale stato lavorativo?
<input type="checkbox"/> Tempo pieno (35 ore o più)
<input type="checkbox"/> Part time (da 1 a 35 ore)
<input type="checkbox"/> Nessun impiego fuori casa</p> <p>7b. Se attualmente ha un impiego fuori casa, quanti giorni di lavoro ha perso negli ultimi 30 giorni a causa dello stress o sintomi di depressione?
Numero di giorni:</p> <p>7c. Se attualmente ha un impiego fuori casa, quanti giorni di lavoro ha perso negli ultimi 30 giorni a causa di salute fisica cagionevole?
Numero di giorni:</p> <p>8. Per la maggior parte della sua infanzia, la sua famiglia era proprietaria della casa?
<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No</p> <p>9a. Durante la sua infanzia quante volte ha cambiato abitazione, anche nella stessa città?
Numero di volte:</p> <p>10. Quanti anni aveva sua madre quando è nata?
Età:</p> |
|--|--|

- 11a. Che titolo di studio ha/aveva sua madre? (scegliere una voce)**
- Non ha frequentato le scuole superiori
 - Ha frequentato qualche anno delle scuole superiori
 - Ha conseguito il diploma o titolo equipollente
 - Ha frequentato l'università o qualche scuola di specializzazione
 - Ha conseguito la laurea o titoli post laurea

- 11b. che titolo di studio ha/aveva suo padre?**
- Non ha frequentato le scuole superiori
 - Ha frequentato qualche anno delle scuole superiori
 - Ha conseguito il diploma o titolo equipollente
 - Ha frequentato l'università o qualche scuola di specializzazione
 - Ha conseguito la laurea o titoli post laurea

- 12. E' mai stata incinta?**
- Sì No

Se ha risposto no passi alla domanda n. 16

- 13a. E' incinta ora?**
- Sì No Non lo so
- 13b. Quante volte è stata incinta?**
- Numero:
- 13c. Quante di queste gravidanze si sono concluse con la nascita di un bambino?**
- Numero:
- 13d. Quanti anni aveva la prima volta è rimasta incinta?**
- Età:
- 13e. La prima volta che è rimasta incinta quanti anni aveva il suo partner?**
- Età:
- 13f. In quale mese e anno si è conclusa la sua prima gravidanza?**
- Mese..... Anno.....
- 13g. Come si è conclusa la sua prima gravidanza?**
- Figlio/i nati vivi
 - Figlio nato morto/aborto spontaneo
 - Gravidanza tubale o extrauterina
 - Aborto volontario
 - Altro
- 13h. Quando è iniziata la sua prima gravidanza aveva intenzione di avere un bambino in quel momento della sua vita?**
- Sì No Non mi interessava

- 14. Non è mai rimasta incinta una seconda volta?**
- Sì No

Se ha risposto no passi alla n. 16

- 15a. In quale mese e anno si è conclusa la sua seconda gravidanza?**
- Mese..... Anno.....
- 15b. Come si è conclusa la sua seconda gravidanza?**
- Figlio/i nati vivi
 - Figlio nato morto/aborto spontaneo
 - Gravidanza tubale o extrauterina
 - Aborto volontario
 - Altro
- 15c. Quando è iniziata la sua seconda gravidanza aveva intenzione di avere un bambino in quel momento della sua vita?**
- Sì No Non mi interessava

Per dare un quadro completo della salute dei nostri pazienti, le prossime tre domande riguardano solo le esperienze sessuali volontarie.

- 16. Quanti anni aveva quando ha avuto il suo primo rapporto sessuale?**
- Età:
- Mai avuto rapporti
- 17. Con quanti diversi partner ha avuto rapporti sessuali?**
- Numero dei partner:
- 18. Nell'ultimo anno, con quanti diversi partner ha avuto rapporti sessuali?**
- Numero dei partner:
- 19a. Ha fumato almeno 100 sigarette in tutta la sua vita?**
- Sì No
- 19b. Quanti anni aveva quando ha iniziato a fumare sigarette in modo abbastanza regolare?**
- Età:
- 20c. Fuma sigarette ora?**
- Sì No
- 20d. Se ha risposto sì: in media, quante sigarette fuma in un giorno?**
- Numero di sigarette:
- Se fumava abitualmente ma non fuma ora:**
- 21a. Quante sigarette in un giorno fumava?**
- Numero di sigarette:.....

21b. Quanti anni aveva quando ha smesso?
Età:

Durante i suoi primi 18 anni di vita:

22a. Fumava suo padre?
 Sì No

22b. Fumava sua madre?
 Sì No

23a. Nell'ultimo mese, circa quanti giorni alla settimana ha praticato attività fisica per svago o per stare in forma?
 0 1 2 3
 4 5 6 7

23b. Nell'ultimo mese, quando ha praticato attività fisica per divertimento o per stare in forma, quanto tempo generalmente ha impiegato (minuti)?
 0 1-19 20-29 30-39
 40-49 50-59 60 o più

24a. Qual è il massimo peso che abbia mai raggiunto?
Peso in libbre:

24b. Quanti anni aveva allora?
Età:

25a. Quanti anni aveva quando ha bevuto la prima bevanda alcolica intera invece che qualche sorso?
Età:
 Mai bevuto alcolici

Durante ciascuno dei seguenti intervalli di età, quale era il suo numero usuale di bevande alcoliche la settimana?

25b1. Età 19-29
 Nessuno 7-13 a settimana
 Meno di 6 a settimana 14 o più a settimana

25b2. Età 30-39
 Nessuno 7-13 a settimana
 Meno di 6 a settimana 14 o più a settimana

25b3. Età 40-49
 Nessuno 7-13 a settimana
 Meno di 6 a settimana 14 o più a settimana

25b4. Età 50 o più
 Nessuno 7-13 a settimana
 Meno di 6 a settimana 14 o più a settimana

25c. Nell'ultimo mese, ha bevuto birra, vino, cocktail ghiacciati o liquori?
 Sì No

25d. Nell'ultimo mese, quanti giorni la settimana ha bevuto bevande alcoliche in media?
 0 1 2 3
 4 5 6 7

25e. Nei giorni in cui beveva, quante bevande al giorno consumava in media?
 1 2 3 4 o più
 Non ho bevuto nell'ultimo mese

25f. Considerando tutti i tipi di bevande alcoliche quante volte durante l'ultimo mese ha consumato 5 o più bevande in una sola occasione?
Numero di volte:

25g. Nell'ultimo mese, quante volte ha guidato quando forse aveva bevuto troppo.
Numero di volte:

25h. Negli ultimi 30 giorni, quante volte è stata in macchina o altro veicolo guidato da qualcuno che aveva bevuto alcool?
Numero di volte:

26. Ha mai avuto problemi con l'uso di alcool?
 Sì No

27. Si è mai considerata un'alcolizzata?
 Sì No

28a. Durante i suoi primi 18 anni di vita, ha vissuto con qualcuno che aveva problemi con l'alcool o era alcolizzato?
 Sì No

28b. Se "Sì", indichi chi erano:
 Padre Altri parenti
 Madre Altri non parenti
 Fratelli Sorelle

29. E' mai stata sposata (o convissuto) con qualcuno che aveva problemi con l'alcool o era alcolizzato?
 Sì No

30a. Ha mai assunto stupefacenti?
 Sì No

30b. Se "Sì": quanti anni aveva quando li ha assunti la prima volta?
Età:

- 30c. Quante volte circa ha assunto stupefacenti?**
 0 1-2 3-10 11-25
 26-99 100+
- 30d. Ha mai avuto problemi con (l'uso di) gli stupefacenti?**
 Sì No
- 30e. Si è mai considerata una dipendente da stupefacenti?**
 Sì No
- 30f. Si è mai iniettata stupefacenti?**
 Sì No
- 31. E' mai stata in cura da uno psicologo, psichiatra o un terapeuta?**
 Sì No
- 32a. Un dottore, un'infermiera o un altro professionista le ha mai chiesto qualcosa riguardo ai problemi familiari o della famiglia estesa, durante la sua infanzia?**
 Sì No
- 32b. Quanti dei suoi amici intimi o parenti l'aiuterebbero riguardo ai suoi problemi emozionali o sentimenti nel caso ne avesse bisogno?**
 Nessuno 1 2 3 o più

Durante i suoi primi 18 anni di vita:

- 33. Ha vissuto con qualcuno che faceva uso di stupefacenti?**
 Sì No
- 34a. I suoi genitori sono mai stati separati o divorziati?**
 Sì No
- 34b. Ha mai vissuto con un patrigno?**
 Sì No
- 34c. Ha mai vissuto con una matrigna?**
 Sì No
- 35. Ha mai vissuto in una famiglia affidataria?**
 Sì No
- 36a. E' mai scappata di casa per più di un giorno?**
 Sì No

- 36b. I suoi fratelli o sorelle sono mai scappati di casa per più di un giorno?**
 Sì No
- 37. Qualcuno dei suoi familiari è stato depresso o ha avuto disturbi psichiatrici?**
 Sì No
- 38. Qualcuno dai suoi familiari ha tentato il suicidio?**
 Sì No
- 39a. Qualcuno dei suoi familiari è mai stato in carcere?**
 Sì No
- 39b. Qualcuno dei suoi familiari ha mai commesso un grave crimine?**
 Sì No
- 40a. Ha mai tentato il suicidio?**
 Sì No
- 40b. Se "Sì": quanti anni aveva la prima volta che ha tentato il suicidio?**
 Età:
- 40c. Se "Sì": quanti anni aveva l'ultima volta che ha tentato il suicidio?**
 Età:
- 40d. Quante volte ha tentato il suicidio?**
 Numero di volte:
- 40e. Il tentativo di suicidio ha mai provocato un infortunio, avvelenamento o overdose che ha dovuto essere curato da un medico o infermiere?**
 Sì No

Qualche volta si verificano episodi di percosse tra i genitori. Durante la sua crescita, fino a 18 anni, quanto spesso suo padre(o patrigno) o il fidanzato di sua madre ha commesso questo tipo di azioni su sua madre (o matrigna)?

- 41a. Spinto, afferrato, schiaffeggiato, o le è stato lanciato qualcosa contro?**
 Mai Spesso
 Una volta, due Molto spesso
 Qualche volta
- 41b. presa a calci, morsa, colpita con un pugno, o colpita con qualcosa di contundente?**
 Mai Spesso
 Una volta, due Molto spesso
 Qualche volta

41c. L'ha colpita ripetutamente almeno per alcuni minuti?

- Mai Spesso
 Una volta, due Molto spesso
 Qualche volta

41d. Minacciata con un coltello o arma da fuoco o è stato usato un coltello o arma da fuoco per ferirla?

- Mai Spesso
 Una volta, due Molto spesso
 Qualche volta

Alcuni genitori sculacciano/schiaffeggiano i loro figli come forma di disciplina. Nel corso dei suoi primi 18 anni di vita:

42a. Quanto spesso è stata sculacciata?

- Mai Molte volte all'anno
 Una/due volte Settimanalmente o di più
 Qualche volta all'anno

42b. Quanto violentemente è stata sculacciata?

- Non forte Abbastanza forte
 Un po' forte Molto forte
 Mediamente forte

42c. Quanti anni aveva l'ultima volta che si ricordi di essere stata sculacciata?

Età:

Durante la sua crescita, nei primi 18 anni di vita quanto si possono considerare vere ciascuna delle seguenti affermazioni:

43. Non aveva abbastanza da mangiare.

- Mai Spesso
 Raramente Molto spesso
 Qualche volta

44. Sapeva che c'era qualcuno che si prendeva cura di lei e la proteggeva.

- Mai Spesso
 Raramente Molto spesso
 Qualche volta

45. Qualcuno nella sua famiglia le diceva cose come: "pigra, brutta".

- Mai Spesso
 Raramente Molto spesso
 Qualche volta

46. I suoi genitori erano troppo ubriachi o drogati per prendersi cura della famiglia.

- Mai Spesso
 Raramente Molto spesso
 Qualche volta

47. C'era qualcuno nella sua famiglia che l'aiutava a sentirsi importante o speciale.

- Mai Spesso
 Raramente Molto spesso
 Qualche volta

48. Doveva indossare vestiti sporchi.

- Mai Spesso
 Raramente Molto spesso
 Qualche volta

49. Si sentiva amata.

- Mai Spesso
 Raramente Molto spesso
 Qualche volta

50. Pensava che i suoi genitori desiderassero che non fosse mai nata.

- Mai Spesso
 Raramente Molto spesso
 Qualche volta

51. le persone nella sua famiglia si occupavano gli uni degli altri.

- Mai Spesso
 Raramente Molto spesso
 Qualche volta

52. Sentiva che qualcuno della sua famiglia la odiava.

- Mai Spesso
 Raramente Molto spesso
 Qualche volta

53. Nella sua famiglia c'era chi la feriva o la insultava.

- Mai Spesso
 Raramente Molto spesso
 Qualche volta

54. Nella sua famiglia ci si sentiva vicini l'un l'altro.

- Mai Spesso
 Raramente Molto spesso
 Qualche volta

55. Ritiene di essere stata abusata.

- Mai Spesso
 Raramente Molto spesso
 Qualche volta

56. C'era qualcuno che la portava dal medico se necessario.

- Mai Spesso
 Raramente Molto spesso
 Qualche volta

57. La sua famiglia è stata una fonte di solidità e supporto.

- Mai Spesso
 Raramente Molto spesso
 Qualche volta

Spesso i genitori o altri adulti feriscono i minori. Durante la crescita, fino a 18 anni, quanto spesso i suoi genitori (patrigno o matrigna), o altri adulti che vivono nella sua casa:

58a. Le hanno detto parolacce, l'hanno insultata o umiliata?

- Mai Spesso
 Una volta, due Molto spesso
 Qualche volta

58b. Hanno minacciato di colpirla o gettato qualcosa contro di lei ma poi non lo hanno fatto?

- Mai Spesso
 Una volta, due Molto spesso
 Qualche volta

58c. L'hanno effettivamente spinta, presa, spinta forte, schiaffeggiata o le hanno lanciato qualcosa contro?

- Mai Spesso
 Una volta, due Molto spesso
 Qualche volta

58d. L'hanno colpita così forte da lasciarle segni o lesioni?

- Mai Spesso
 Una volta, due Molto spesso
 Qualche volta

58e. Hanno agito in modo tale da farle temere di essere ferita fisicamente?

- Mai Spesso
 Una volta, due Molto spesso
 Qualche volta

Alcune persone, durante la crescita fino a 18 anni, hanno avuto un'esperienza sessuale con un adulto o qualcuno che avesse almeno cinque anni in più della loro età. Queste esperienze possono vedere coinvolto un parente, un amico di famiglia o un estraneo.

Durante i primi 18 anni di vita un adulto o un parente più grande, un amico di famiglia o un estraneo:

	La prima volta che è successo quanti anni aveva?	La prima volta che è successo era contro la sua volontà?	L'ultima volta che è successo quanti anni aveva?	Quante volte le è successo questo?	Quante persone diverse le hanno fatto questo?	Di che sesso era la persona che le ha fatto questo?
59a. Ha mai toccato o accarezzato il suo corpo in una maniera sessuale?	età <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se "Sì", ►	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	età	n° di volte	n° di persone	<input type="checkbox"/> Maschio <input type="checkbox"/> Femmina <input type="checkbox"/> Entrambi
60a. Ha mai toccato il suo corpo in una maniera sessuale?	età <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se "Sì", ►	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	età	n° di volte	n° di persone	<input type="checkbox"/> Maschio <input type="checkbox"/> Femmina <input type="checkbox"/> Entrambi
61a. Ha tentato di avere un qualche tipo di rapporto sessuale con lei (orale, anale o vaginale)?	età <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se "Sì", ►	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	età	n° di volte	n° di persone	<input type="checkbox"/> Maschio <input type="checkbox"/> Femmina <input type="checkbox"/> Entrambi
62 a. Ha Effettivamente avuto un qualche tipo di rapporto sessuale con lei (orale, anale o vaginale)?	età <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se "Sì", ►	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	età	n° di volte	n° di persone	<input type="checkbox"/> Maschio <input type="checkbox"/> Femmina <input type="checkbox"/> Entrambi

Se ha risposto no a ciascuna delle ultime 4 domande (59-62) sulle esperienze sessuali con persone più vecchie vada alla domanda 67a

E' stata coinvolta con un adulto o con una persona di almeno 5 anni più vecchia di lei, in qualcuna di queste esperienze sessuali?

- 63a. Un parente che viveva nella sua casa?
 Sì No
- 63b. Un estraneo che viveva nella sua casa?
 Sì No
- 63c. Un parente che non viveva nella sua casa?
 Sì No
- 63d. Un amico/a di famiglia o una persona che conosceva e non viveva nella sua casa?
 Sì No
- 63e. Un estraneo?
 Sì No
- 63f. Qualcuno che avrebbe dovuto prendersi cura di lei?
 Sì No
- 63g. Qualcuno di cui si fidava?
 Sì No

Qualcuna delle suddette esperienze implicava:

- 64a. Inganno, persuasione verbale, o pressione per convincerla a partecipare?
 Sì No
- 64b. Farle assumere alcool o droghe?
 Sì No
- 64c. Minacce di nuocerle, se non partecipava?
 Sì No
- 64d. Venire fisicamente costretta o soggiogata per farla partecipare?
 Sì No
- 65a. Ha mai riferito ad un medico, infermiera o ad un sanitario di queste esperienze sessuali?
 Sì No
- 65b. Nessun terapeuta o consulente le ha mai suggerito che, da bambina possa essere stata abusata sessualmente?
 Sì No
66. Pensa di essere stata sessualmente violentata?
 Sì No

A parte altre esperienze sessuali di cui ha già parlato, nel corso dei suoi primi 18 anni di vita:

- 67a. Un ragazzo o un gruppo di ragazzi di circa la sua stessa età hanno mai usato la forza o l'hanno ferita per avere contatti sessuali?
 Sì No
- 67b. Se "Sì"; il contatto ha coinvolto qualcuno che ha toccato le tue parti intime o ha provato ad avere un rapporto sessuale con lei (orale, vaginale o anale)?
 Sì No
- 67c. Se "Sì": quante volte si è ripetuto questo fatto?
 1 6-10 volte
 2 Più di 10 volte
 3-5 volte
- 67d. Il contatto coinvolgeva una persona che aveva effettivamente rapporti sessuali con lei (orali, anali o vaginali)?
 Sì No
- 67e. Se "Sì" quante volte le è successo?
 1 6-10 volte
 2 Più di 10 volte
 3-5 volte
- 68a. Da adulta (più di 19 anni), nessuno l'ha mai costretta o ha minacciato di farle del male per avere un contatto sessuale?
 Sì No
- 68b. Se "Sì": il contatto ha coinvolto qualcuno che le toccava le parti intime o cercava di avere un rapporto con lei (orale, vaginale o anale)?
 Sì No
- 68c. Se "Sì": quante volte si è ripetuto questo fatto?
 1 6-10 volte
 2 Più di 10 volte
 3-5 volte
- 68d. Il contatto ha coinvolto una persona che ha avuto effettivamente un rapporto sessuale con lei (orale, vaginale o anale)?
 Sì No
- 68e. Se "Sì": quante volte si è ripetuto questo fatto?
 1 6-10 volte
 2 Più di 10 volte
 3-5 volte

Family Health History: uomini

Questi questionari sono riprodotti alla lettera dalle versioni dello studio Adverse Childhood Experiences utilizzati in California. Stati Uniti d'America e alcune voci (per esempio le domande demografiche 1b, 3a, 3b, domande sull'istruzione 4, 11a, 11b) dovranno essere sempre adattate secondo le circostanze locali.

1. **Qual è la sua data di nascita?**
Mese.....Anno
- 1b. **In quale Stato è nato?**
Stato
 Nata al di fuori degli Stati Uniti
2. **Qual è il suo sesso?**
 Maschio Femmina
- 3a. **A che razza appartiene?**
 Asiatica Indiana americana
 Nera Bianca
 Altra
- 3b. **Ha origine, messicane, latine o ispaniche?**
 Sì No
4. **Per favore indichi per quanto tempo ha frequentato la scuola (scegliere una voce)**
 Non ho frequentato la scuola superiore
 Ho frequentato qualche anno di scuola superiore
 Ho conseguito il diploma o equipollente
 Ho frequentato l'università o scuole di specializzazione
 Ho conseguito la laurea quadriennale
5. **Qual è il suo attuale stato civile?**
È ora.....
 Coniugato
 Non coniugato ma convivente con una partner
 Vedovo
 Separato
 Divorziato
 Celibe
- 6a. **Quante volte è stato sposato?**
 1 2 4 4 o più
 Mai stato sposato
- 6b. **In quale anno e mese si è sposato la prima volta?**
Mese.....Anno
- Mai stata sposato
- 7a. **Quale delle seguenti scelte descrive meglio il suo attuale stato lavorativo?**
 Tempo pieno (35 ore o più)
 Part time (da 1 a 35 ore)
 Nessun impiego fuori casa
- 7b. **Se attualmente ha un impiego fuori casa, quanti giorni di lavoro ha perso negli ultimi 30 giorni a causa dello stress o sintomi di depressione?**
Numero di giorni:
- 7c. **Se attualmente ha un impiego fuori casa, quanti giorni di lavoro ha perso negli ultimi 30 giorni a causa di salute fisica cagionevole?**
Numero di giorni:
8. **Per la maggior parte della sua infanzia, la sua famiglia era proprietaria della casa?**
 Sì No
- 9a. **Durante la sua infanzia quante volte ha cambiato abitazione, anche nella stessa città?**
Numero di volte:
- 9b. **Da quando vive nella sua attuale dimora?**
 Meno di 6 mesi
 Meno di 1 anno
 Meno di 2 anni
 2 o più anni
10. **Quanti anni aveva sua madre quando è nato?**
Età:
- 11a. **Che titolo di studio ha/aveva sua madre? (scegliere una voce)**
 Non ha frequentato le scuole superiori
 Ha frequentato qualche anno delle scuole superiori
 Ha conseguito il diploma o equipollente
 Ha frequentato l'università o qualche scuola di specializzazione
 Ha conseguito la laurea o titoli post laurea
- 11b. **che titolo di studio ha/aveva suo padre?**
 Non ha frequentato le scuole superiori
 Ha frequentato qualche anno delle scuole superiori
 Ha conseguito il diploma o equipollente
 Ha frequentato l'università o qualche scuola di specializzazione
 Ha conseguito la laurea o titoli post laurea
- 12a. **Ha fumato almeno 100 sigarette in tutta la sua vita?**
 Sì No

12b. Quanti anni aveva quando ha iniziato a fumare sigarette in modo abbastanza regolare?
Età:

12c. Fuma sigarette ora?
 Sì No

12d. Se ha risposto sì: in media, quante sigarette fuma in un giorno?
Numero di sigarette:

Se fumava abitualmente ma non fuma ora:

13a. Quante sigarette fumava in un giorno?
Numero di sigarette:.....

13b. Quanti anni aveva quando ha smesso?
Età:

Durante i suoi primi 18 anni di vita:

14a. Fumava suo padre?
 Sì No

14b. Fumava sua madre?
 Sì No

15a. Nell'ultimo mese, circa quanti giorni alla settimana ha praticato attività fisica per svago o per stare in forma?
 0 1 2 3
 4 5 6 7

15b. Nell'ultimo mese, quando ha praticato attività fisica per divertimento o per stare in forma, quanto tempo generalmente ha impiegato (minuti)?
 0 1-19 20-29 30-39
 40-49 50-59 60 o più

16a. Quanti anni aveva quando ha bevuto la prima bevanda alcolica intera invece che qualche sorso?
Età:
 Mai bevuto alcolici

Durante ciascuno dei seguenti intervalli di età, quale era il suo numero usuale di bevande alcoliche la settimana?

16b1. Età 19-29
 Nessuno 7-13 a settimana
 Meno di 6 a settimana 14 o più a settimana

16b2. Età 30-39
 Nessuno 7-13 a settimana
 Meno di 6 a settimana 14 o più a settimana

16b3. Età 40-49
 Nessuno 7-13 a settimana
 Meno di 6 a settimana 14 o più a settimana

16b4. Età 50 o più
 Nessuno 7-13 a settimana
 Meno di 6 a settimana 14 o più a settimana

16c. Nell'ultimo mese, ha bevuto birra, vino, cocktails ghiacciati o liquori?
 Sì No

16d. Nell'ultimo mese, quanti giorni la settimana ha bevuto bevande alcoliche in media?
 0 1 2 3
 4 5 6 7

16e. Nei giorni in cui beveva, quante bevande al giorno consumava in media?
 1 2 3 4 o più
 Non ho bevuto nell'ultimo mese

16f. Considerando tutti i tipi di bevande alcoliche quante volte durante l'ultimo mese ha consumato 5 o più bevande in una sola occasione?
Numero di volte:

16g. Nell'ultimo mese, quante volte ha guidato quando forse aveva bevuto troppo.
Numero di volte:

16h. Negli ultimi 30 giorni, quante volte è stato in macchina o altro veicolo guidato da qualcuno che aveva bevuto alcool?
Numero di volte:

17. Ha mai avuto problemi con l'uso di alcool?
 Sì No

18. Si è mai considerato un alcolizzato?
 Sì No

19a. Durante i suoi primi 18 anni di vita, ha vissuto con qualcuno che aveva problemi con l'alcool o era alcolizzato?
 Sì No

19b. Se "Sì", indichi chi era:
 Padre Altri parenti
 Madre Altri non parenti
 Fratelli Sorelle

20. **E' mai stato sposato (o convissuto) con qualcuno che aveva problemi con l'alcool o era alcolizzato?**

Si No

21a. **Ha mai assunto stupefacenti?**

Si No

21b. **Se "Si": quanti anni aveva quando li ha assunti la prima volta?**

Età:

21c. **Quante volte circa ha assunto stupefacenti?**

0 1-2 3-10 11-25
 26-99 100+

21d. **Ha mai avuto problemi con (l'uso di) gli stupefacenti?**

Si No

21e. **Si è mai considerato un dipendente da stupefacenti?**

Si No

21f. **Si è mai iniettato stupefacenti?**

Si No

22. **E' mai stato in cura da uno psicologo, psichiatra o un terapeuta?**

Si No

23a. **Un dottore, un'infermiera o un altro professionista le ha mai chiesto qualcosa riguardo ai problemi familiari o della famiglia estesa, durante la sua infanzia?**

Si No

23b. **Quanti dei suoi amici intimi o parenti l'aiuterebbero riguardo ai suoi problemi emozionali o sentimenti nel caso ne avesse bisogno?**

Nessuno 1 2 3 o più

Durante i suoi primi 18 anni di vita:

24. **Ha vissuto con qualcuno che faceva uso di stupefacenti?**

Si No

25a. **I suoi genitori sono mai stati separati o divorziati?**

Si No

25b. **Ha mai vissuto con un patrigno?**

Si No

25c. **Ha mai vissuto con una matrigna?**

Si No

26. **Ha mai vissuto in una famiglia affidataria?**

Si No

27a. **E' mai scappato di casa per più di un giorno?**

Si No

27b. **I suoi fratelli o sorelle sono mai scappati di casa per più di un giorno?**

Si No

28. **Qualcuno dei suoi famigliari è stato depresso o ha avuto disturbi psichiatrici?**

Si No

29. **Qualcuno dai suoi famigliari ha tentato il suicidio?**

Si No

30a. **Qualcuno dei suoi famigliari è mai stato in carcere?**

Si No

30b. **Qualcuno dei suoi famigliari ha mai commesso un grave crimine?**

Si No

31a. **Qual è il massimo peso che abbia mai raggiunto?**

In libbre:

31b. **Quanti anni aveva?**

Età:

32a. **Ha mai tentato il suicidio?**

Si No

32b. **Se "Si": quanti anni aveva la prima volta che ha tentato il suicidio?**

Età:

32c. **Se "Si": quanti anni aveva l'ultima volta che ha tentato il suicidio?**

Età:

32d. **Quante volte ha tentato il suicidio?**

Numero di volte:

32e. **Il tentativo di suicidio ha mai provocato un infortunio, avvelenamento o overdose che ha dovuto essere curato da un medico o infermiere?**

Si No

Al fine di ottenere una fotografia completa della salute dei nostri pazienti, le prossime tre domande riguardano solo le esperienze sessuali volontarie.

- 33a. Quanti anni aveva quando ha avuto il suo primo rapporto sessuale?**
Età:
 Mai avuto rapporti
- 33b. Con quanti diversi partner ha avuto rapporti sessuali?**
Numero dei partner:
- 33c. Nell'ultimo anno, con quanti diversi partner ha avuto rapporti sessuali?**
Numero dei partner:
- 34a. Ha mai messo incinta nessuna?**
 Sì No
- 34b. Se "Sì": quanti anni aveva quando ha messo incinta la prima donna?**
Età:
 Mai messo incinta nessuna
- 34c. Qual è l'età della donna più giovane che ha messo incinta?**
Età:
 Mai messo incinta nessuna
- 34d. Quanti anni aveva allora?**
Età:

Qualche volta si verificano episodi di percosse tra i genitori. Durante la sua crescita, fino a 18 anni, quanto spesso suo padre(o patrigno) o il fidanzato di sua madre ha commesso questo tipo di azioni su sua madre (o matrigna)?

- 35a. Spinto, afferrato, schiaffeggiato, o le è stato lanciato qualcosa contro?**
 Mai Spesso
 Una volta, due Molto spesso
 Qualche volta
- 35b. preso a calci, morso, colpito con un pugno, o colpito con qualcosa di contundente?**
 Mai Spesso
 Una volta, due Molto spesso
 Qualche volta
- 35c. L'ha colpita ripetutamente almeno per alcuni minuti?**
 Mai Spesso
 Una volta, due Molto spesso
 Qualche volta

- 35d. Minacciato con un coltello o arma da fuoco o è stato usato un coltello o arma da fuoco per ferirla?**
 Mai Spesso
 Una volta, due Molto spesso
 Qualche volta

Alcuni genitori sculacciano/schiaffeggiano i loro figli come forma di disciplina. Nel corso dei suoi primi 18 anni di vita:

- 36a. Quanto spesso è stato sculacciato?**
 Mai Molte volte all'anno
 Una/due volte Settimanalmente o di più
 Qualche volta all'anno
- 36b. Quanto violentemente è stato sculacciato?**
 Non forte Abbastanza forte
 Un po' forte Molto forte
 Mediamente forte
- 36c. Quanti anni aveva l'ultima volta che si ricordi di essere stato sculacciato?**
Età:

Durante la sua crescita, nei primi 18 anni di vita quanto si possono considerare vere ciascuna delle seguenti affermazioni:

- 37. Non aveva abbastanza da mangiare.**
 Mai Spesso
 Raramente Molto spesso
 Qualche volta
- 38. Sapeva che c'era qualcuno che si prendeva cura di lei e la proteggeva.**
 Mai Spesso
 Raramente Molto spesso
 Qualche volta
- 39. Delle persone nella sua famiglia le diceva cose come: "pigro, brutto".**
 Mai Spesso
 Raramente Molto spesso
 Qualche volta
- 40. I suoi genitori erano troppo ubriachi o alticci per prendersi cura della famiglia.**
 Mai Spesso
 Raramente Molto spesso
 Qualche volta
- 41. C'era qualcuno nella sua famiglia che l'aiutava a sentirsi importante o speciale.**
 Mai Spesso
 Raramente Molto spesso
 Qualche volta

42. **Doveva indossare vestiti sporchi.**
 Mai Spesso
 Raramente Molto spesso
 Qualche volta
43. **Si sentiva amato.**
 Mai Spesso
 Raramente Molto spesso
 Qualche volta
44. **Pensava che i suoi genitori desiderassero che non fosse mai nato.**
 Mai Spesso
 Raramente Molto spesso
 Qualche volta
45. **Le persone nella sua famiglia si occupavano gli uni degli altri.**
 Mai Spesso
 Raramente Molto spesso
 Qualche volta
46. **Sentiva che qualcuno della sua famiglia la odiava.**
 Mai Spesso
 Raramente Molto spesso
 Qualche volta
47. **Nella sua famiglia c'era chi la feriva o la insultava.**
 Mai Spesso
 Raramente Molto spesso
 Qualche volta
48. **Nella sua famiglia ci si sentiva vicini gli uni con gli altri.**
 Mai Spesso
 Raramente Molto spesso
 Qualche volta
49. **Ritiene di essere stato abusato.**
 Mai Spesso
 Raramente Molto spesso
 Qualche volta
50. **C'era qualcuno che la portava dal medico se necessario.**
 Mai Spesso
 Raramente Molto spesso
 Qualche volta

51. **La sua famiglia è stata una fonte di solidità e supporto.**
 Mai Spesso
 Raramente Molto spesso
 Qualche volta

Spesso i genitori o altri adulti feriscono i minori. Durante la crescita, fino a 18 anni, quanto spesso i suoi genitori (patrigno o matrigna), o altri adulti che vivono nella sua casa:

- 52a. **Le hanno detto parolacce, l'hanno insultata o umiliata?**
 Mai Spesso
 Una volta, due Molto spesso
 Qualche volta
- 52b. **Hanno minacciato di colpirla o di lanciarle qualcosa contro ma poi non lo hanno fatto?**
 Mai Spesso
 Una volta, due Molto spesso
 Qualche volta
- 52c. **E' stato effettivamente spinto, preso, spinto forte, schiaffeggiato o le hanno lanciato qualcosa contro?**
 Mai Spesso
 Una volta, due Molto spesso
 Qualche volta
- 52d. **L'hanno colpita così forte da lasciarle segni o lesioni?**
 Mai Spesso
 Una volta, due Molto spesso
 Qualche volta
- 52e. **Hanno agito in modo tale da farle temere di essere ferita fisicamente?**
 Mai Spesso
 Una volta, due Molto spesso
 Qualche volta

Alcune persone, durante la crescita fino a 18 anni, hanno avuto un'esperienza sessuale con un adulto o qualcuno che avesse almeno cinque anni in più della loro età. Queste esperienze possono vedere coinvolto un parente, un amico di famiglia o un estraneo.

Durante i primi 18 anni di vita un adulto o un parente più grande, un amico di famiglia o un estraneo ha mai:

	La prima volta che è successo quanti anni aveva?	La prima volta che è successo era contro la sua volontà?	L'ultima volta che è successo quanti anni aveva?	Quante volte le è successo questo?	Quante persone diverse le hanno fatto questo?	Di che sesso era la persona che le ha fatto questo?
53a. Ha mai toccato o accarezzato il suo corpo in una maniera sessuale?	età <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se "Sì" ►	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	età	n° di volte	n° di persone	<input type="checkbox"/> Maschio <input type="checkbox"/> Femmina <input type="checkbox"/> Entrambi
54a. Ha mai toccato il suo corpo in una maniera sessuale?	età <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se "Sì" ►	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	età	n° di volte	n° di persone	<input type="checkbox"/> Maschio <input type="checkbox"/> Femmina <input type="checkbox"/> Entrambi
55a. Ha tentato di avere un qualche tipo di rapporto sessuale con lei (orale, anale o vaginale)?	età <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se "Sì" ►	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	età	n° di volte	n° di persone	<input type="checkbox"/> Maschio <input type="checkbox"/> Femmina <input type="checkbox"/> Entrambi
56a. Ha Effettivamente avuto un qualche tipo di rapporto sessuale con lei (orale, anale o vaginale)?	età <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se "Sì" ►	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	età	n° di volte	n° di persone	<input type="checkbox"/> Maschio <input type="checkbox"/> Femmina <input type="checkbox"/> Entrambi

Se ha risposto no a ciascuna delle ultime 4 domande (53a-56a) sulle esperienze sessuali con persone più vecchie vada alla domanda 61a

E' stato coinvolto con un adulto o con una persona di almeno 5 anni più vecchia di lei, in qualcuna di queste esperienze sessuali?

- 57a. Un parente che viveva nella sua casa?**
 Sì No
- 57b. Un non parente che viveva nella sua casa?**
 Sì No
- 57c. Un parente che non viveva nella sua casa?**
 Sì No
- 57d. Un amico/a di famiglia o una persona che conosceva e non viveva nella sua casa?**
 Sì No
- 57e. Un estraneo?**
 Sì No
- 57g. Qualcuno di cui si fidava?**
 Sì No

Qualcuna delle suddette esperienze implicava:

- 58a. Inganno, persuasione verbale, o pressione per convincerla a partecipare?**
 Sì No
- 58b. Farle assumere alcool o droghe?**
 Sì No
- 58c. Minacce di nuocerle, se non partecipava?**
 Sì No
- 58d. Venire fisicamente costretta o soggiogata per farla partecipare?**
 Sì No
- 59a. Ha mai riferito ad un medico, infermiera o ad un sanitario di queste esperienze sessuali?**
 Sì No
- 59b. Nessun terapeuta o consulente le ha mai suggerito che, da bambina possa essere stata violentata sessualmente?**
 Sì No
- 60. Pensa di essere stato sessualmente violentato?**
 Sì No

A parte altre esperienze sessuali di cui ha già parlato, nel corso dei suoi primi 18 anni di vita:

- 61a. Un ragazzo o un gruppo di ragazzi di circa la sua stessa età hanno mai usato la forza o l'hanno ferita per avere contatti sessuali?**
 Sì No
- 61b. Se "Sì", il contatto ha coinvolto qualcuno che ha toccato le sue parti intime o ha provato ad avere un rapporto sessuale con lei (orale, vaginale o anale)?**
 Sì No
- 61c. Se "Sì": quante volte si è ripetuto questo fatto?**
 1 6-10 volte
 2 Più di 10 volte
 3-5 volte
- 61d. Il contatto ha coinvolto una persona che ha avuto effettivamente un rapporto sessuale con te (orale, vaginale o anale)?**
 Sì No
- 61e. Se "Sì": quante volte si è ripetuto questo fatto?**
 1 6-10 volte
 2 Più di 10 volte
 3-5 volte

- 62a. Da adulto (più di 19 anni), nessuno l'ha mai costretta o ha minacciato di farle del male per avere un contatto sessuale?**
 Sì No
- 62b. Se "Sì": il contatto ha coinvolto qualcuno che le toccava le parti intime o cercava di avere un rapporto con lei (orale, vaginale o anale)?**
 Sì No
- 62c. Se "Sì": quante volte si è ripetuto questo fatto?**
 1 6-10 volte
 2 Più di 10 volte
 3-5 volte
- 62d. Il contatto ha coinvolto una persona che ha avuto effettivamente un rapporto sessuale con lei (orale, vaginale o anale)?**
 Sì No
- 62e. Se "Sì": quante volte si è ripetuto questo fatto?**
 1 6-10 volte
 2 Più di 10 volte
 3-5 volte

Physical Health Appraisal: Donne

Domande	Codifiche e commenti
Soffre di:	
Frequente naso chiuso o che gocciola o facile allo starnuto?	1=si 2=no
Allergie a medicinali?	1=si 2=no
Asma o respiro affannoso?	1=si 2=no
Bronchite cronica o enfisema?	1=si 2=no
Tosse frequente per qualche motivo?	1=si 2=no
Fiato corto?	1=si 2=no
Ha mai:	
Tossito sangue (tossito non vomitato)?	1=si 2=no
È mai stata curata per tubercolosi o coccidiomicosi?	1=si 2=no
Avuto un test positivo per la tubercolosi?	1=si 2=no
E' mai stata una fumatrice?	1=si 2=no
Se adesso fuma, quante sigarette fuma al giorno?
Avuto un cancro al polmone?	1=si 2=no
Mastica tabacco?	1=si 2=no
Ha mai avuto o le hanno detto di avere:	
La pressione alta?	1=si 2=no
Dover prendere una medicina per la pressione arteriosa alta?	1=si 2=no
Un attacco di cuore (alle coronarie)?	1=si 2=no
Di prendere una medicina per abbassare il colesterolo?	1=si 2=no
Ha:	
Dolori o forte pressione al petto con l'esercizio?	1=si 2=no
Usa nitroglicerina?	1=si 2=no
Ha episodi di battiti cardiaci accelerati o palpitazioni?	1=si 2=no
altri problemi al cuore?	1=si 2=no
Crampi notturni alle gambe?	1=si 2=no
Crampi alle gambe per rapide camminate in salita o nel fare le scale?	1=si 2=no

Domande	Codifiche e commenti
Ha:	
Le vene varicose?	1=si 2=no
Problemi cutanei?	1=si 2=no
E' soffre di:	
Dolori addominali (di stomaco)?	1=si 2=no
Frequente indigestione o piroisi?	1=si 2=no
Stitichezza?	1=si 2=no
Frequente diarrea o intestino sciolto?	1=si 2=no
C'è stato un cambiamento ben definito:	
Nel quadro della regolarità del suo intestino nell'ultimo anno?	1=si 2=no
E' vegetariano?	1=si 2=no
Ha mai avuto o le hanno detto di avere:	
Un' ulcera?	1=si 2=no
Vomitato sangue?	1=si 2=no
Defecazione scura?	1=si 2=no
Problemi di calcoli alla cistifellea?	1=si 2=no
Icteria, epatite o qualche disturbo al fegato?	1=si 2=no
Un cambiamento ben definito del peso negli ultimi mesi?	1=si 2=no
E' afflitto da:	
Frequenti mal di testa?	1=si 2=no
Attacchi di vertigini?	1=si 2=no
Ha mai:	
Avuto attacchi epilettici, convulsioni, fitte?	1=si 2=no
E' mai svenuta o ha perso conoscenza per motivi non ovvi?	1=si 2=no
Perdita temporanea del controllo di una mano o di un piede (paralisi)?	1=si 2=no
Ictus o piccolo Ictus?	1=si 2=no
E' mai stato incapace di parlare temporaneamente?	1=si 2=no

Domande	Codifiche e commenti
E' afflitto da:	
Frequente mal di schiena?	1=si 2=no
Dolore o gonfiore alle articolazioni?	1=si 2=no
Si è mai:	
Rotto delle ossa?	1=si 2=no
Preoccupata di frequente di essere malata?	1=si 2=no
E' mai stato afflitto dal fatto di essere più sensibile della maggior parte della gente?	1=si 2=no
Ci sono state circostanze in cui si è lasciata prendere dal panico?	1=si 2=no
Ha mai avuto motivi per temere di non riuscire a controllare la sua rabbia?	1=si 2=no
Ha avuto oppure ha:	
Problemi col tratto urinario (reni, vescica)?	1=si 2=no
Perdita di controllo dell'urina?	1=si 2=no
Dolore o bruciore quando deve urinare?	1=si 2=no
Sangue nell'urina?	1=si 2=no
Difficoltà a dare inizio al flusso dell'urina?	1=si 2=no
Si deve alzare ripetutamente di notte per urinare?	1=si 2=no
Perdite di sangue vaginale tra i periodi mestruali?	1=si 2=no
Dopo la menopausa nessuna perdita di sangue vaginale o altro?	1=si 2=no
Un nodulo significativo al seno?	1=si 2=no
Effettua regolarmente l'autopalpazione del seno?	1=si 2=no
Scarica latte dai capezzoli?	1=si 2=no
E' mai stato/a curato/a o informato che aveva:	
Una malattia venerea?	1=si 2=no
Il diabete?	1=si 2=no
Di prendere una medicina contro il diabete?	1=si 2=no
Disturbi alla tiroide?	1=si 2=no
Il cancro?	1=si 2=no

Domande	Codifiche e commenti
Ha mai fatto oppure sta facendo adesso:	
Radioterapia?	1=si 2=no
Ha mai avuto oppure ha adesso:	
Problemi a rifiutare richieste o a dire no?	1=si 2=no
Allucinazioni (visto, fiutato o sentito cose che non c'erano realmente)?	1=si 2=no
Difficoltà a prendere sonno o restare sveglia?	1=si 2=no
Stanchezza anche dopo una buona notte di sonno?	1=si 2=no
Periodi di pianto?	1=si 2=no
Depressione o cattivo umore?	1=si 2=no
Molta preoccupazione con agitazione?	1=si 2=no
Lei:	
Qualche volta beve più di quanto vada bene?	1=si 2=no
Usa stupefacenti?	1=si 2=no
E' mai:	
Stata stuprata o molestata sessualmente da bambina?	1=si 2=no
E':	
Attualmente attiva sessualmente con un partner?	1=si 2=no
Soddisfatta della sua vita sessuale?	1=si 2=no
Preoccupata del rischio di contrarre l'Aids?	1=si 2=no
Prego ci dica:	
Nel corso dell'ultimo anno quante volte si è fatta visitare da un dottore?
Fino a dove sono arrivati i suoi studi?
E' sposata?	1=si 2=no
Quante volte è stata sposata?
Sta avendo problemi seri di turbamento con il suo:	
Matrimonio?	1=si 2=no
La sua famiglia?	1=si 2=no
Uso di sostanze?	1=si 2=no
Lavoro?	1=si 2=no
Questioni finanziarie?	1=si 2=no

Domande	Codifiche e commenti
Ha mai subito un intervento all'arteria coronaria?	1=si 2=no
Età approssimativa?	1-96
Ha avuto una trasfusione sanguigna tra il 1978 e il 1985?	1=si 2=no
Pensa di avere bisogno di immunoterapia?	1=si 2=no
E'pensionata?	1=si 2=no
Ci sono membri della sua famiglia morti prima dei 65 anni?	1=si 2=no
Ci sono malattie che qualcuno nella sua famiglia ha avuto?	1=si 2=no

Domande	Codifiche e commenti
Si sono verificate nella sua famiglia malattie particolari che non ha elencato precedentemente?	1=si 2=no
Ha un parente, fratello o sorella che ha sviluppato una malattia coronaria prima dei 60 anni?	1=si 2=no
Ha una gemella omozigote?	1=si 2=no
Descriva, con il termine più adatto, il suo stato di salute?	1=eccellente 2=buono 3=discreto 4=cattivo
Usa regolarmente le cinture di sicurezza in auto?	1=si 2=no
Descriva il suo stato attuale di stress?	1=alto 2=medio 3=basso

Physical Health Appraisal: uomini

Domande	Codifiche e commenti
Soffre di:	
Allergie ai medicinali?	1=si 2=no
Asma o respiro affannoso?	1=si 2=no
Bronchite cronica o enfisema?	1=si 2=no
Tosse frequente per qualche motivo?	1=si 2=no
Fiato corto?	1=si 2=no
Ha mai:	
Tossito sangue (tossito non vomitato)?	1=si 2=no
È mai stato curato per tubercolosi o coccidiomicosi?	1=si 2=no
Avuto un test positivo per la tubercolosi?	1=si 2=no
E' mai stato un fumatore?	1=si 2=no
Se adesso fuma, quante sigarette fuma al giorno?
Avuto un cancro al polmone?	1=si 2=no
Mastica tabacco?	1=si 2=no
Ha mai avuto o le hanno detto di avere:	
La pressione alta?	1=si 2=no
Dover prendere una medicina per la pressione arteriosa alta?	1=si 2=no
Un attacco di cuore (alle coronarie)?	1=si 2=no
Di prendere una medicina per abbassare il colesterolo?	1=si 2=no
Ha:	
Dolori o forte pressione al petto con l'esercizio?	1=si 2=no
Usa nitroglicerina?	1=si 2=no
Episodi di battiti cardiaci accelerati o palpitazioni?	1=si 2=no
Altri problemi al cuore?	1=si 2=no
Crampi notturni alle gambe?	1=si 2=no
Crampi alle gambe per rapide camminate in salita o nel fare le scale?	1=si 2=no

Domande	Codifiche e commenti
Ha:	
Le vene varicose?	1=si 2=no
Problemi cutanei?	1=si 2=no
E' soffre di:	
Dolori addominali (di stomaco)?	1=si 2=no
Frequente indigestione o piroisi?	1=si 2=no
Stitichezza?	1=si 2=no
Frequente diarrea o intestino sciolto?	1=si 2=no
C'è stato un cambiamento ben definito:	
Nel quadro della regolarità del suo intestino nell'ultimo anno?	1=si 2=no
E' vegetariano?	1=si 2=no
Ha mai avuto o le hanno detto di avere:	
Un' ulcera?	1=si 2=no
Vomitato sangue?	1=si 2=no
Defecazione scura?	1=si 2=no
Problemi di calcoli alla cistifellea?	1=si 2=no
Icteria, epatite o qualche disturbo al fegato?	1=si 2=no
Un cambiamento ben definito del peso negli ultimi mesi?	1=si 2=no
E' afflitto da:	
Frequenti mal di testa?	1=si 2=no
Attacchi di vertigini?	1=si 2=no
Ha mai:	
Avuto attacchi epilettici, convulsioni, fitte?	1=si 2=no
E' mai svenuto o ha perso conoscenza per motivi non ovvi?	1=si 2=no
Perdita temporanea del controllo di una mano o di un piede (paralisi)?	1=si 2=no
Ictus o piccolo Ictus?	1=si 2=no
E' mai stato incapace di parlare temporaneamente?	1=si 2=no

Domande	Codifiche e commenti
E' afflitto da:	
Frequente mal di schiena?	1=si 2=no
Dolore o gonfiore alle articolazioni?	1=si 2=no
Si è mai:	
Rotto delle ossa?	1=si 2=no
Preoccupato di frequente di essere malato?	1=si 2=no
E' mai stato afflitto dal fatto di essere più sensibile della maggior parte della gente?	1=si 2=no
Ci sono state circostanze in cui si è lasciato prendere dal panico?	1=si 2=no
Ha mai avuto motivi per temere di non riuscire a controllare la sua rabbia?	1=si 2=no
Ha avuto oppure ha:	
Problemi col tratto urinario (reni, vescica)?	1=si 2=no
Perdita di controllo dell'urina?	1=si 2=no
Dolore o bruciore quando deve urinare?	1=si 2=no
Sangue nell'urina?	1=si 2=no
Difficoltà a dare inizio al flusso dell'urina?	1=si 2=no
Si deve alzare ripetutamente di notte per urinare?	1=si 2=no
Scarica latte dai capezzoli?	1=si 2=no
E' mai stato/a curato/a o informato che aveva:	
Una malattia venerea?	1=si 2=no
Il diabete?	1=si 2=no
Deve prendere una medicina contro il diabete?	1=si 2=no
Disturbi alla tiroide?	1=si 2=no
Il cancro?	1=si 2=no

Domande	Codifiche e commenti
Ha mai fatto oppure sta facendo adesso:	
Radioterapia?	1=si 2=no
Ha mai avuto oppure ha adesso:	
Problemi a rifiutare richieste a dire no?	1=si 2=no
Allucinazioni (viste, fiutate o sentite cose che non c'erano realmente)?	1=si 2=no
Difficoltà a prendere sonno o restare sveglio?	1=si 2=no
Stanchezza anche dopo una buona notte di sonno?	1=si 2=no
Periodi di pianto?	1=si 2=no
Depressione o cattivo umore?	1=si 2=no
Molta preoccupazione con agitazione?	1=si 2=no
Lei:	
Qualche volta beve più di quanto vada bene?	1=si 2=no
Usa stupefacenti?	1=si 2=no
E' mai:	
Stato stuprato o molestato sessualmente da bambino?	1=si 2=no
E':	
Attualmente attivo sessualmente con un partner?	1=si 2=no
Soddisfatta della sua vita sessuale?	1=si 2=no
Preoccupato del rischio di contrarre l'Aids?	1=si 2=no
Prego ci dica:	
Nel corso dell'ultimo anno quante volte si è fatto visitare da un dottore?
Fino a dove sono arrivati i suoi studi?
E' sposato?	1=si 2=no
Quante volte è stato sposato?
Sta avendo problemi seri di turbamento con il suo:	
Matrimonio?	1=si 2=no
La sua famiglia?	1=si 2=no
Uso di sostanze?	1=si 2=no
Lavoro?	1=si 2=no
Questioni finanziarie?	1=si 2=no

Domande	Codifiche e commenti
Ha mai subito un intervento all'arteria coronaria?	1=si 2=no
Età approssimativa?	1-96
Ha avuto una trasfusione sanguigna tra il 1978 e il 1985?	1=si 2=no
Pensa di avere bisogno di immunoterapia?	1=si 2=no
E'pensionato?	1=si 2=no
Ci sono membri della sua famiglia morti prima dei 65 anni?	1=si 2=no
Ci sono malattie che qualcuno nella sua famiglia ha avuto?	1=si 2=no

Domande	Codifiche e commenti
Si sono verificate nella sua famiglia malattie particolari che non ha elencato precedentemente?	1=si 2=no
Ha un parente, fratello o sorella che ha sviluppato una malattia coronarica prima dei 60 anni?	1=si 2=no
Ha un gemello omozigote?	1=si 2=no
Descriva, con il termine più adatto, il suo stato di salute?	1=eccellente 2=buono 3=discreto 4=cattivo
Usa regolarmente le cinture di sicurezza in auto?	1=si 2=no
Descriva il tuo stato attuale di stress?	1=alto 2=medio 3=basso

ALLEGATO 2

Esempi di strumenti di misurazione validati per la valutazione degli *outcome* (vedi tavola 3.2)

Outcome del neonato e del bambino.

Sviluppo del neonato e del bambino

- Bayley Scales of Infant Development (BSID and BSID-II)²²
- Developmental Profile II (DPII)²³
- Kaufman Assessment Battery for Children (K-ABC)²⁴
- Stanford-Binet Intelligence Scale, 4th Edition²⁵

Comportamenti di esternalizzazione e internazlizzazione del/nel bambino.

- Child Behavior Checklist (CBCL)^{26,27}

Competenza sociale. Linea di controllo inerente allo sviluppo. Itinerario del comportamento sociale

- Developmental Checklist²⁸
- Scott and Hogan Adaptive Social Behavior Inventory (ASBI)²⁹

Livelli di rendimento educativo (rendimento scolastico compreso)

- Child Classroom Adaptation Index (CCAI)³⁰
- Cooperative Preschool Inventory (CPI)³¹

²² Bayley, N. Bayley Scales of Infant Development. San Antonio, TX, The Psychological Corporation, 1969 and 1993.

²³ Alpern G, Boll T, Shearer M. Developmental Profile II. Los Angeles, CA, Western Psychological Services, 1986.

²⁴ Kaufman AS, Kaufman NL. Kaufman Assessment Battery for Children. Circle Pines, MN, American Guidance Service, 1983.

²⁵ Thorndike RL, Hagen EP, Sattler JM. Stanford-Binet Intelligence Scale. 4th ed. Itasca, IL, Riverside Publishing Company, 1986.

²⁶ Achenbach TM, Edelbrock C. Manual for the Child Behavior Checklist and Revised Behavior Checklist and Revised Behavior Profile. Burlington, VT, University of Vermont, Department of Psychiatry, 1983.

²⁷ Achenbach TM. Child Behavior Checklist for ages 2–3. Burlington, VT, University of Vermont, 1988.

²⁸ St Pierre RG et al. National impact evaluation of the Comprehensive Child Development Program, final report. Cambridge, MA, Abt Associates, 1997:5.7, 5.12.

²⁹ Scott KG, Hogan A. The Adaptive Social Behavior Inventory. New York, NY, Harcourt Brace Jovanovich, 1987.

³⁰ Halpern R, Baker AJL, Piotrkowski CS. The Child Classroom Adaptation Index. New York, NY, National Council of Jewish Women, 1993.

³¹ Caldwell BM. Cooperative Preschool Inventory. Princeton, NJ, Educational Testing Service, 1974.

Comportamenti di autodenuncia di rischio per la salute(uso di droghe e alcool, partner multisessuali, fumo, violenza di un partner).

Adverse Childhood Experiences (ACE) Study Questionnaire (see Appendix 1)

Conoscenza, atteggiamenti e comportamenti disciplinari del genitori.

Conflict Tactics Scale (CTS2) 32

Adult-Adolescent Parenting Inventory (AAPI)33

Outcome della famiglia e del genitore

Attaccamento genitore – figlio

The Attachment Q-Set (Version 3.0)³⁴

Senso delle competenze genitoriale, atteggiamento genitoriale

Parenting Sense of Competence Scale (PSOC)³⁵

Parenting Stress Index (PSI), including Sense of Competence Subscale³⁶

Conoscenze del genitore e aspettative relative allo sviluppo del bambino (fisico, emotivo, cognitivo, sessuale)

Knowledge of Infant Development Inventory (KIDI)³⁷

Nursing Child Assessment Satellite Training (NCAST) Teaching Scale^{38,39}

Conoscenza, atteggiamenti e comportamenti disciplinari del genitore.

Conflict Tactics Scale (CTS2) ⁴⁰

Adult-Adolescent Parenting Inventory (AAPI)

³² Straus MA et al. The revised Conflict Tactics Scales (CTS2): Development and preliminary psychometric data. Durham, NH, Family Research Laboratory, University of New Hampshire, 1995.

³³ Bavolek S. Research and validation report of the Adult-Adolescent Parenting Inventory (AAPI). Eau Claire, WI, Family Development Resources, 1989.

³⁴ Waters E. Caregiving, cultural, and cognitive perspectives on Secure-Base Behavior and working models: new growing points of Attachment Theory and research. Monographs of the Society for Research in Child Development, 1995, 60:234–246.

³⁵ Gibaud-Wallston J, Wandersman LP. The Parenting Sense of Competence Scale (PSOC). In: Touliatos J, Perlmutter B, Straus M, eds. Handbook of family measurement techniques. Thousand Oaks, CA, Sage, 2001:166–167.

³⁶ Abidin RR. Parenting Stress Index: manual. Charlottesville, VA, Pediatric Psychology, 1986.

³⁷ MacPhee D. Knowledge of Infant Development Inventory. Chapel Hill, University of North Carolina, 1981. [Unpublished document; available on request from David L MacPhee, Human Development and Family Studies, Colorado State University, Fort Collins, CO 80523, USA.]

³⁸ Barnard K. NCAST Scale. Seattle, WA, University of Washington, School of Nursing, 1989.

³⁹ NCAST caregiver–parent interaction teaching manual. Seattle, WA, Nursing Child Assessment Satellite Training Program, University of Washington, School of Nursing, 1994.

⁴⁰ Bavolek S. Research and validation report of the Adult-Adolescent Parenting Inventory (AAPI). Eau Claire, WI, Family Development Resources, 1989.