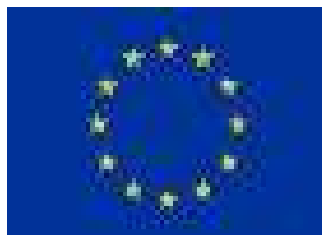




## **HANDBOOK**

# **SUPPORTO E TRATTAMENTO DEI BAMBINI VITTIMA DI VIOLENZA**



**“This project was funded by the European Union’s Rights, Equality and  
Citizenship Programme (2014-2020)”**

## AUTORI

Mar Alvarez-Segura: Child and adolescent Psychiatry of CSMij Cornellà—Hospital Sant Joan de Déu, Barcelona. TEVI program

Fernando Lacasa: Child and adolescent Psychology of CSMij Cornellà—Hospital Sant Joan de Déu, Barcelona. TEVI Program

Mari Navarro: Child and adolescent Psychology of CSMij Cornellà—Hospital Sant Joan de Déu, Barcelona. TEVI Program

Anna Butjossa: Child and adolescent Psychology of CSMij Cornellà—Hospital Sant Joan de Déu, Barcelona. TEVI Program

Paola De Rose MD, PhD, Neurologist and Psychiatrist of child and adolescent, Department of Neurologic and Psychiatric Sciences, Child and Adolescent Psychiatric Unit, IRCCS Bambino Gesù Children's Hospital, Rome, Italy

Flavia Cirillo Psychologist- Family Psychotherapist, Department of Neurologic and Psychiatric Sciences, Child and Adolescent Psychiatric Unit, IRCCS Bambino Gesù Children's Hospital, Rome, Italy

Paola Bergonzini Psychologist- Cognitive-behavioral Psychotherapist, Department of Neurologic and Psychiatric Sciences, Child and Adolescent Psychiatric Unit, IRCCS Bambino Gesù Children's Hospital, Rome, Italy

Stefano Vicari MD, Professor of Child Neuropsychiatry, Department of Life Science and Public Health, Università Cattolica del Sacro Cuore, Rome, Italy; Head Child & Adolescent Psychiatry Unit, Department of Neurologic and Psychiatric Sciences, IRCCS Bambino Gesù Children's Hospital, Rome, Italy

Celia Longueira: (Family psychotherapist of CSMij Cornellà—Hospital Sant Joan de Déu, Barcelona. TEVI Program.)

Chiara Caprini: (Specialist social worker Fatebenefratelli Hospital, Rome.

Cristina Ciuffa: Psychologist, psychotherapist Fatebenefratelli Foundation, Rome

Mariassunta Consorti: Psychologist, psychotherapist Fatebenefratelli Hospital, Rome

Anita Riggi: Specialist social worker Fatebenefratelli Hospital, Rome. APE Cente

Michael Melter M.D., Ph.D., Professor of Paediatrics – Physician-in-Chief, Paediatrician-in-Chief and Chairman at Regensburg University Children's Hospital (KUNO) – Krankenhaus Barmherzige Brüder Regensburg - Klinik St. Hedwig.

Stephan Döring, M.D. – Senior Physician – Regensburg University Children's Hospital (KUNO) – Krankenhaus Barmherzige Brüder Regensburg - Klinik St. Hedwig

Barbara Hofer– Head Nurse – Krankenhaus Barmherzige Brüder Regensburg - Klinik St. Hedwig

Marion Riedl– Medical Specialist – Clinic and Polyclinic for Obstetrics and Gynaecology - Krankenhaus Barmherzige Brüder Regensburg - Klinik St. Hedwig

Tobias Hirschberger– In-house Lawyer – Head of Staff Unit Legal Affairs – Krankenhaus Barmherzige Brüder Regensburg

Stephanie Hägele – Assistant of the Chief Executive Officer – Krankenhaus Barmherzige Brüder Regensburg - Klinik St. Hedwig

## INDICE

**INTRODUZIONE.....pag 6-9**

### **CAPITOLI**

- 1. Rilevamento e valutazione della violenza domestica nelle strutture sanitarie.....pag 10--20**
- 2. Diagnosi differenziale del disturbo posttraumatico da stress e disturbo da deficit di attenzione con iperattività.....pag 21-32**
- 3. Programmi di supporto post-trauma per bambini testimoni di violenza domestica.. pag 33-55**
- 4. Programma di supporto post-trauma per famiglie: programmi familiari.....pag 56-75**
- 5. Implementazione dell'help desk.....pag 76-83**
- 6. Protocollo di cooperazione tra strutture sanitarie e autorità pubbliche..... pag 84-89**
- 7. Manuale sull'assistenza dei bambini in struttura sanitaria per acuti.....pag 90-94**
- 8. Manuale sull'assistenza medica ai rifugiati e migranti minorenni in struttura sanitaria per acuti.....pag 95-99**



## INTRODUZIONE

Crescere in una casa dove c'è violenza domestica (DV)<sup>1</sup> rappresenta il predittore più importante per coloro che, da adulti, diventano a loro volta autori di violenza. (1). Secondo il Consiglio d'Europa, una donna europea su quattro ha subito violenza domestica durante la sua vita (2). Ogni bambino esposto alla violenza domestica reagisce in modo diverso, ma assistere alla violenza contro la madre è, in ogni caso, una forma di abuso psicologico che ha conseguenze potenzialmente gravi. Questo spiega perché il 19% dei pazienti che cercano aiuto dai centri di salute mentale infantili nelle aree urbane sono testimoni di DV (3).

Il presente manuale è una risposta a questa grave realtà. Oltre all'elevata incidenza e alle sue gravi conseguenze, nel nostro sistema sono presenti alcune carenze che aggravano questa realtà:

### 1. Limitazione dell'identificazione delle vittime

La violenza domestica è spesso il risultato di contesti familiari caratterizzati da conflitti, inadeguatezza dei genitori o cattive relazioni sociali all'interno della comunità locale (4). Inoltre, dopo che la violenza è stata perpetrata, le famiglie preferiscono non denunciare il crimine per motivi diversi (legali, psicologici, ecc.) ed avvertono una mancanza di supporto da parte della comunità o non sono addirittura a conoscenza dei servizi di assistenza che possono essere contattati. A questo proposito, il rapporto "Behind Closed Doors" (1) evidenzia come i risultati di vari studi sulla violenza domestica siano limitati dalle numerose omissioni e mancate denunce, sia da parte dei genitori che dei bambini.

### 2. Limitazioni in una diagnosi accurata, supporto e assistenza alle vittime e alle famiglie

Alcuni dei bambini che accedono alle cliniche e agli ambulatori di salute mentale e dipartimenti pediatrici negli ospedali europei sono **vittime nascoste o testimoni di IPV** (Intimate Partner Violence) ma ricevono una diagnosi errata: di conseguenza, la violenza in questi casi non viene accertata. I sintomi del disturbo post traumatico da stress potrebbero essere confusi con quelli del disturbo da deficit di attenzione / iperattività (ADHD - Attention Deficit Hyperactivity Disorder). Il rischio di diagnosi errate è quindi elevato poiché esiste una sovrapposizione tra i sintomi dell'ADHD e gli effetti dell'esperienza del trauma (disturbo post traumatico

<sup>1</sup> La DV, o violenza domestica, è un modello di comportamenti aggressivi e coercitivi tra cui attacchi fisici, sessuali e psicologici, nonché la coercizione economica utilizzata da adulti o adolescenti contro i loro partner attuali o precedenti. La violenza domestica è, nella maggior parte dei casi, violenza contro le donne condotta da uomini proveniente dal loro immediato ambiente sociale;

da stress complesso a meno che i sintomi non vengano esaminati attentamente (5). In questo contesto, risulta molto difficile ottenere una diagnosi corretta, che può complicare sia la valutazione che il trattamento: quest'ultimo potrebbe quindi essere improntato senza considerare, tra le cause dei sintomi, la violenza vissuta. Ciò è particolarmente vero nei bambini esposti a ripetuti episodi di IPV che hanno una maggiore probabilità di essere soggetti ad una diagnosi di ADHD.

Tuttavia, se i bambini vittime di violenza non ricevono una diagnosi corretta, non possono essere loro garantiti adeguato supporto e cure mediche. In effetti, quasi un terzo dei bambini gravemente maltrattati negli ambienti domestici soddisfa i criteri per una diagnosi di ADHD (6). La condizione di patologie concomitanti come ADHD e PTSD porta a una maggiore gravità clinica per quanto riguarda le altre patologie psichiatriche e disfunzioni psicosociali (7).

### **3. Mancanza di cooperazione tra operatori sanitari e autorità**

Ciò è spesso causato dalla mancanza di conoscenza dei professionisti su come denunciare la violenza o dalla mancanza di strutture o protocolli permanenti che stabiliscono regole di cooperazione e scambio di informazioni tra centri sanitari e autorità pubbliche. La cooperazione tra i centri sanitari e le autorità deve essere rafforzata per garantire la denuncia ed un intervento efficace non appena viene rilevata la violenza domestica.

### **4. Mancanza di conoscenza da parte dei professionisti e delle famiglie degli strumenti dell'UE disponibili per proteggere i minori vittime e testimoni di violenza domestica**

Gli operatori sanitari non hanno una conoscenza completa degli strumenti messi a disposizione dall'UE per proteggere i minori vittime e testimoni di violenza domestica. Ciò impedisce loro di sostenere vittime e genitori relativamente al modo in cui possono far valere i propri diritti e ricevere assistenza legale.

Il consorzio SAVE (Support and treatment of severe Abuse children after Violence) è composto da 4 centri che lavorano per migliorare le condizioni per la diagnosi precoce, il sostegno e l'assistenza ai bambini e alle famiglie vittime di violenze rilevate nei centri sanitari di Europa. Le competenze specifiche dei centri sono riportate qui di seguito:

- L'ospedale Sant Joan de Déu (HSJD) di Barcellona si dedica dal 1867 all'assistenza completa per donne, bambini e adolescenti. L'area della salute mentale comprende 5 centri ambulatoriali di salute mentale dei bambini che hanno un programma specifico di violenza domestica ed abuso - programma VITE (Testigos Violencia — Testimoni di Violenza Domestica). Nel 2013, il Programma TEVI è stato riconosciuto come un "Programma di buone pratiche" dal Ministero della salute, dei servizi sociali e dell'uguaglianza e dall'Osservatorio della salute delle donne, per rafforzare l'attenzione di genere sull'assistenza, la prevenzione, la ricerca sulla salute e la formazione sulla violenza sessista;
- L'Ospedale Pediatrico Bambino Gesù (OPBG) è stato fondato a Roma nel 1869 ed è il più grande ospedale pediatrico in Europa. L'Unità di Neuropsichiatria ha una sezione dedicata a bambini e adolescenti vittime di varie forme di violenza. OPBG utilizza metodologie diagnostiche innovative per identificare se i bambini che si presentano con un funzionamento iperattivo possono essere vittime di violenza e per curare e sostenere loro e i loro familiari;
- La Fondazione Fatebenefratelli (FIF) di Roma è stata riconosciuta come fornitore di educazione sanitaria e formazione professionale dal Ministero della Salute italiano per le attività di "Formazione continua in Medicina". Tra le attività a supporto delle vittime di violenza, la FIF collabora con gli ospedali per gestire un helpdesk anti-violenza, che offre supporto psicologico, sociale, medico e legale alle vittime di violenza, abusi e stalking;
- Barmherzige Brüder Gemeinnützige Krankenhaus GmbH (BBK) (Regensburg, Germania) gestisce numerosi ospedali e cliniche ambulatoriali nella regione bavarese della Germania. Il progetto "Assistenza medica per rifugiati" è stato premiato con il Bavarian Health and Care Award nel 2017 per l'implementazione di un approccio integrato alle cure per le famiglie e i bambini migranti.

Vogliamo rendere visibili le vittime invisibili e i testimoni della violenza domestica attraverso partenariati comunitari. Questo manuale offre un modello comune costruito da 4 centri che lavorano insieme in 4 aree specifiche:

1. La base per rilevare e diagnosticare correttamente i bambini vittime e testimoni di DV
2. Le basi della terapia individuale, di gruppo e familiare per i testimoni di DV
3. Il protocollo per istituire un help desk e i punti chiave per aumentare la collaborazione tra i centri di assistenza sanitaria e le autorità pubbliche



4. Gli strumenti per rompere la barriera linguistica, necessari per garantire assistenza informata e facilitare la partecipazione di bambini e famiglie migranti.

Offriamo un approccio sistematico per aumentare la capacità del centro sanitario nel rilevare, diagnosticare, curare e sostenere i bambini vittime di violenza e le loro famiglie.

Offriamo strumenti e informazioni adeguate per consentire agli operatori sanitari di comprendere quando i bambini, ricoverati in cliniche e ambulatori di salute mentale e in strutture ospedaliere pediatriche con sintomi post-traumatici, hanno subito violenza domestica.

Infine, offriamo misure per rafforzare la cooperazione tra operatori sanitari, famiglie e autorità pubbliche con lo scopo di aumentare il numero di denunce di violenza domestica.

Durante l'attuazione del programma SAVE, la Spagna, l'Italia e la Germania, così come altri Paesi del mondo, sono stati colpiti dalla pandemia Covid-19. Pertanto, sono state adottate misure drastiche per chiudere scuole e luoghi di lavoro e hanno installato vari blocchi.

Il team SAVE ha dovuto reagire a questa pandemia per mantenere l'impegno nei confronti dei bambini vulnerabili e delle loro famiglie. La priorità durante il lockdown è stata quella di offrire supporto a bambini e famiglie isolati in ambienti domestici violenti. Qui di seguito condivideremo il materiale, adattato alla situazione pandemica, che abbiamo usato nella straordinaria circostanza del COVID-19.

Il nostro approccio di rete con le autorità pubbliche locali ci ha permesso di mantenere una comunità connessa al fine di continuare a raggiungere i bambini e le famiglie vulnerabili. Il team SAVE ha incorporato servizi di terapia online che ci hanno permesso di mantenere le nostre relazioni terapeutiche con i nostri pazienti e le loro famiglie.

# CAPITOLO 1

## RILEVAMENTO E VALUTAZIONE DELLA VIOLENZA DOMESTICA NEI CENTRI SANITARI

Mar Alvarez-Segura<sup>1</sup>; Fernando Lacasa<sup>2</sup>; Mari Navarro<sup>2</sup>; Anna Butjossa<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Psichiatra infantile e dell'adolescenza del CSMij Cornellà—Ospedale Sant Joan de Déu, Barcelona.

Programma TEVI

<sup>2</sup>Psicologo infantile e dell'adolescenza del CSMij Cornellà—Ospedale Sant Joan de Déu, Barcelona.

Programma TEVI

Che cosa significa esposizione alla violenza domestica o intima dei partner? La risposta a questa domanda ha subito un'importante evoluzione, passando dal concetto che l'impatto e gli effetti della violenza del partner sui bambini si verificano solo quando i bambini e gli adolescenti sono fisicamente presenti in situazioni di violenza fino ad includere tutte quelle situazioni in cui il bambino partecipa a eventi violenti, vi assiste o ne affronta le conseguenze. La nozione di esposizione alla violenza copre infatti diverse situazioni più ampie (8):

- il bambino o l'adolescente può essere testimone oculare della violenza;
- il bambino può sentire parole o atti violenti quando si trova in una stanza vicina;
- il bambino è testimone delle conseguenze della violenza, può vedere sua madre ferita o piangere dopo un'aggressione o la visita della polizia.

L'abuso da parte di una persona che ama e da cui dipende psicologicamente implica un'enorme sofferenza per un bambino. L'esposizione alla violenza è un tipo di abuso; ne è prova che le conseguenze sulla salute della testimonianza di violenza domestica sono praticamente le stesse di quelle causate da abusi diretti (9).

Sulla base di questa scoperta, abbiamo iniziato a offrire un trattamento specializzato per questo tipo di problema e nel 2005 abbiamo creato il nostro programma “Testimoni di violenza domestica” (TEVI) presso il nostro centro (*Center de Salut Infental-Juvenil de Cornellà del Hospital Sant Joan de Déu, Barcellona*). Chiamiamo il programma TEVÍ (“Ti ho visto” in spagnolo, o *testigos de violencia*), per sottolineare il fatto

che i bambini sono a conoscenza del DV anche se non ne parlano spontaneamente e chi li circonda non lo rileva come un problema.

Dall'attuazione del programma TEVÍ nel 2005, abbiamo verificato che il rilevamento dell'esposizione a situazioni di DV nei pazienti permette una migliore diagnosi dei loro sintomi e consente un trattamento più efficace. Ciò a sua volta implica un uso più razionale delle risorse.

Abbiamo implementato il **rilevamento universale dell'esposizione alla violenza** in tutti i nostri centri di salute mentale. Ciò significa che tutti i caregiver dei pazienti completano sistematicamente un questionario di screening.

## **1a FASE: RILEVAMENTO DELLA VIOLENZA**

Chiediamo alle madri di tutti i bambini che frequentano i nostri centri di completare lo strumento WAST: Woman Abuse Screening (10). Questo strumento presenta numerosi vantaggi rispetto ad altri questionari simili: è validato in diverse lingue e presenta impostazioni diverse (11,12). Ha due versioni: una abbreviata (WAST-SF) e una estesa; entrambe le versioni hanno buone proprietà psicometriche e la loro correzione è semplice e veloce.

WAST SF: la parte 1 include 2 domande:

- a) In generale, come descriveresti la tua relazione?
  - i. Nessuna tensione
  - ii. Qualche tensione
  - iii. Molta tensione
  
- b) Tu e il tuo partner risolvete questioni/problemi con:
  - i. Nessuna difficoltà
  - ii. Qualche difficoltà
  - iii. Grande difficoltà

Se il punteggio totale:

- 0: Risultato negativo: STOP WAST
- 1-2: risultato positivo. Procedi con la versione estesa di WAST

WATS - Versione estesa: parte 2 (include domande 3-8)

Punteggio: assegnare una delle seguenti risposte a ciascuna domanda (scala Likert)

1. Mai
2. A volte
3. Spesso

Domande:

- I problemi portano mai a sentirti giù o sballato con te stesso?
- I problemi portano mai a reazioni fisiche come colpire, calciare o spingere?
- Ti senti mai spaventato da ciò che dice o fa il tuo partner?
- Il tuo partner ti abusa mai fisicamente?
- Il tuo partner ti abusa mai emotivamente?
- Il tuo partner ti ha mai abusato sessualmente?

Quando il punteggio ottenuto nella versione estesa di WAST rientra nell'intervallo ad alto rischio (16-24), la persona entra nella seconda fase del protocollo.

## **2a FASE: VALUTAZIONE DELLA VIOLENZA**

- È previsto un accesso preferenziale con gli assistenti sociali per valutare le caratteristiche della violenza a cui è stata esposta la vittima e la situazione sociale e di sicurezza della famiglia nella situazione attuale per offrire assistenza in relazione al circuito di protezione sociale, sanitaria e legale.
- Inoltre, viene effettuata una valutazione delle esigenze di protezione e supporto psicosociale a favore della donna e dei figli. In tal caso, la madre viene indirizzata ai circuiti di assistenza sanitaria mentale e / o ai servizi sociali e legali specializzati nella comunità. L'assistente sociale stabilisce un piano di coordinamento per cercare di offrire un approccio globale alla situazione della famiglia e di rafforzare i collegamenti con il nostro programma.

**Cosa dovrebbero includere queste valutazioni?**

- Orientamento della violenza
- Tipo di abuso
- Relazione con l'aggressore
- Durata nel tempo della violenza
- Durata del singolo episodio di violenza
- Ultimo episodio di violenza
- Denuncia
- Ordine di restrizione
- Partecipazione ai servizi di supporto all'interno della comunità

Successivamente, sono programmate delle valutazioni cliniche con uno psicologo o psichiatra infantile per ottenere una diagnosi accurata e viene stabilito un piano di trattamento adeguato. **Cosa dovrebbe includere questa valutazione?**

<b>INFORMAZIONI</b>	<b>STRUMENTI</b>
<b>Passato psichiatrico dei genitori</b>	Intervista
<b>Sintomi di PTSD nei bambini e nei caregivers</b>	UCLA indici di reazione PTSD secondo DSM-5 (13)
<b>Sintomi di ansia</b>	STAIc (14)
<b>Sintomi di depressione</b>	Questionario depressione infantile CDI (15)
<b>Idee suicide</b>	Organizzazione Mondiale della Sanità (16)
<b>Lamentele somatiche</b>	Lista lamentele somatiche- SCL (17)
<b>Regolazione emotive e problemi di condotta</b>	SDQ (18)
<b>Abilità della madre di essere genitore</b>	Codifica comportamento interattivo (19)

Il nostro team ha adattato un'intervista personale chiamata "Quello che ho visto o sentito" (20). Si tratta di un'intervista semi-strutturata adattata al bambino e all'adolescente e progettata per esplorare in modo delicato le situazioni alle quali potrebbe essere stato esposto e quali e reazione ha avuto. Questa intervista mira a suscitare la loro esperienza e fornire informazione e supporto.

1. Tutte le famiglie discutono e hanno differenze di opinione.  
Cosa succede quando tuo padre e tua madre (o il partner di tuo padre o tua madre) non sono d'accordo?
2. A volte urlano o si colpiscono?
3. Hai avuto paura che tua madre si potesse fare male?
4. Ricordi qualche situazione in cui ciò è accaduto?
5. Quando è stata l'ultima volta che è successo?
6. Qual è stato il peggior scontro o il peggior atto di violenza che tu abbia mai visto o sentito?
7. Cosa fai quando scoppia la violenza?
8. Hai mai chiamato la polizia o cercato di intervenire?
9. Sei mai stato ferito?
10. La polizia è mai intervenuta?
11. Hai mai provato a chiedere aiuto?
12. Che cosa stavi facendo in quel momento?
13. Esistono luoghi sicuri dove rifugiarsi fino a quando non si pensa che il pericolo sia passato?
14. Sei stato colpito o ferito a casa tua? \_\_\_\_\_ Ti hanno minacciato?
15. Ti sono successe altre cose serie?
16. Oltre ai tuoi genitori, altre persone sanno cosa sta succedendo?
17. Hai difficoltà a parlare con tua madre / tuo padre?

Queste informazioni ci consentono di offrire, ai bambini e alle famiglie che ne hanno bisogno, trattamenti di psicoterapia uniti alla psicofarmacologia. Il trattamento per bambini e famiglie vittime di DV può avvenire in forme diverse: di gruppo, diadico e individuale.

## **GUIDA PER I PROFESSIONISTI DELLA SALUTE: CONFINAMENTO E RILEVAMENTO DELLA VIOLENZA DOMESTICA**

Durante il lockdown dovuto alla pandemia COVID-19, è stata preparata una guida per i professionisti della salute mentale per rilevare situazioni di violenza domestica.

Il periodo di confinamento che abbiamo vissuto ha comportato situazioni complicate per le famiglie: perdita di lavoro, difficoltà finanziarie, sovraffollamento, angoscia, perdita di diritti fondamentali, ecc. Il confinamento, quindi, ha intensificato l'interazione tra bambini, giovani e adulti.

Gli aggressori hanno potuto sfruttare la circostanza di isolamento dalla famiglia per intensificare la dinamica dell'abuso, lasciando le vittime nascoste e non protette. Nel tentativo di far fronte allo stress e all'ansia infatti, l'aggressore può imporre regimi più severi e dannosi alle loro famiglie, aumentando il controllo e creando situazioni molto minacciose. Di conseguenza, i bambini e gli adolescenti maltrattati che vivono in case violente sono ora più vulnerabili, poiché le loro capacità di affrontare la situazione e di contestuale adattamento sono diminuite. Questa situazione ha comportato pertanto un maggior rischio di soffrire di problemi di salute mentale.

Durante il lockdown, la comunicazione più efficace con il professionista della salute è stata via telefono. Questa guida mirava pertanto a rilevare telefonicamente episodi di violenza domestica attraverso l'utilizzo di una serie di domande chiave. Inoltre, la guida può anche essere applicata in situazioni generali, cioè in normali situazioni di non confinamento.

Nel periodo di lockdown, l'aggressore ha potuto controllare le vittime più intensamente a casa. Per questo motivo, le domande indicate nella guida perseguono due obiettivi principali: non mettere a rischio le vittime e aumentare la specificità delle domande che saranno a risposta singola (sì / no) o ridimensionate (da 0 a 10 dal meno al più grave). Questo per evitare di suscitare nell'abusante il sospetto che la vittima stia chiedendo aiuto, e quindi per evitare ritorsioni nei confronti di quest'ultima.

### **PROCEDURA PER RILEVARE LA VIOLENZA INTRAFAMILIARE CON IL GENITORE**

Contestualizzare la chiamata: (dare il nome del chiamante)

“Ho iniziato a porre domande a tutte le famiglie sulla loro vita familiare, poiché ciò influisce sulla loro salute e sicurezza, anche su quella dei loro figli. La violenza domestica è un problema molto comune e può essere molto grave. Quindi faccio regolarmente alcune domande per scoprire se subiscono qualche forma di violenza domestica. Ricorda che tutto ciò di cui parleremo è riservato; la maggior parte delle domande ha

una risposta SÌ/NO e in qualsiasi momento tu voglia possiamo interrompere il colloquio”: (P: Professionista; A: risposta; X: telefono / orario in base al servizio).

**CONTATTI A CUI RIVOLGERSI**



Linea telefonica gratuita di **CONSULENZA NEUROPSICHIATRICA**  
della U.O. di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza

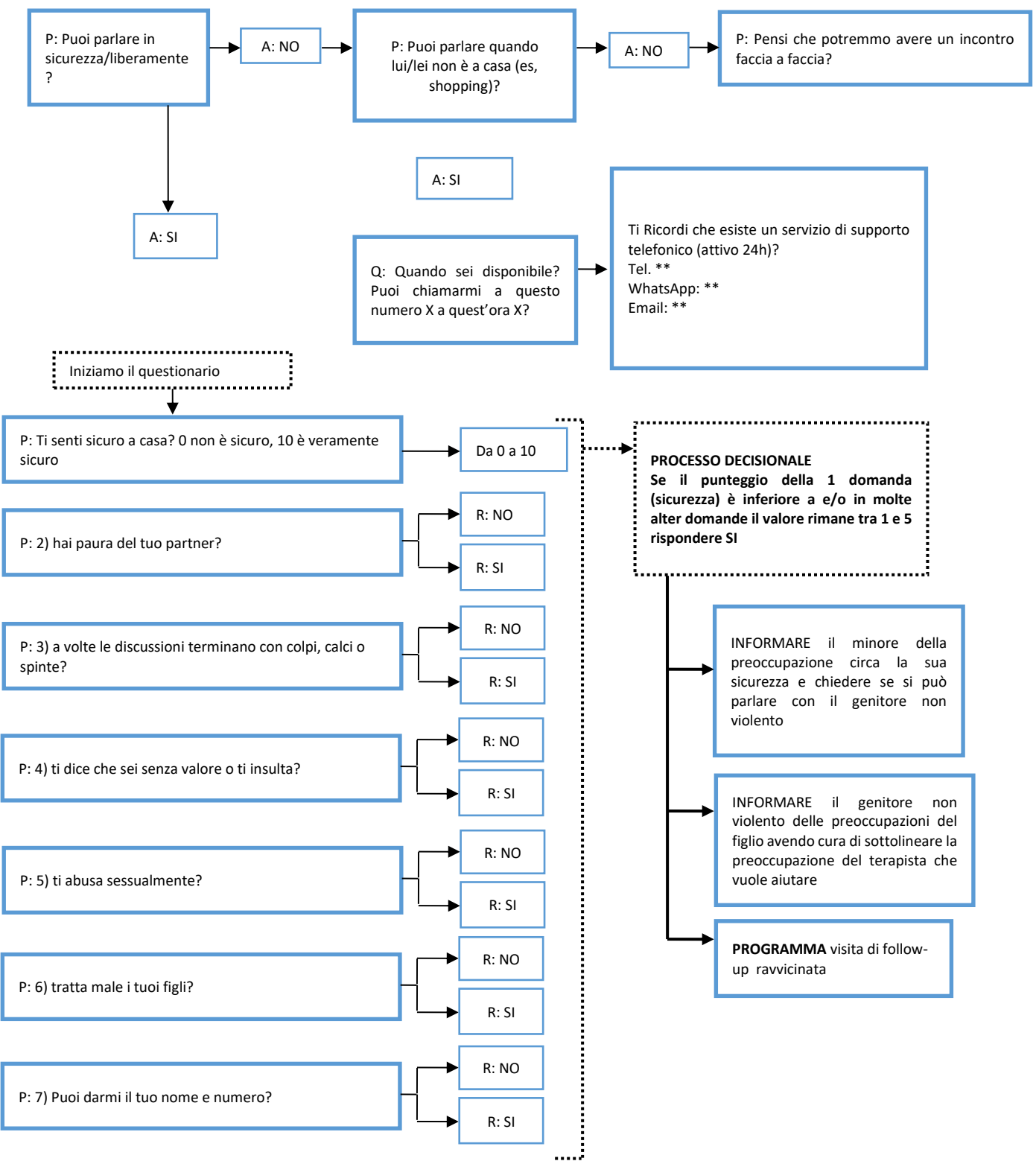


**06/68370440**  
[centroape@fatebenefratelli-isolatiberina.it](mailto:centroape@fatebenefratelli-isolatiberina.it)

Help Desk Centro Antiviolenza per sostegno psicologico, sociale, medico e legale delle persone vittime di violenza, maltrattamenti e stalking.



# DIAGRAMMA PER L'INDIVIDUAZIONE DELLA VIOLENZA INTRAFAMILIARE



## **Bibliografía:**

1. Unicef. Behind Closed Doors The Impact of Domestic Violence on Children
2. Council of Europe. Recommendation of the Committee of Ministers to Member States on the protection of women against violence. Apr 2002.
3. Olaya B, Tarragona MJ, de La Osa N, Ezpeleta L. Protocolo de evaluación de niños y adolescentes víctimas de la violencia doméstica. Papeles del Psicólogo. 2008; 29(1):123–35
4. Goldman A, Salus J; Wolcott MK; Kennedy D; Title KY. A Coordinated Response to Child Abuse and Neglect: The Foundation for Practice. Child Abuse and Neglect User Manual [Internet]. Available from: <http://www.calib.com>
5. Szymanski K, Sapanski L, Conway F. Trauma and ADHD – Association or Diagnostic Confusion? A Clinical Perspective. Journal of Infant, Child, and Adolescent Psychotherapy. Jan. 2011; 10(1):51–9
6. Stern A, Agnew-Blais J, Danese A, Fisher HL, Jaffee SR, Matthews T, et al. Associations between abuse/neglect and ADHD from childhood to young adulthood: A prospective nationally-representative twin study. Child Abuse and Neglect. Jul. 2018; 1;81:274–85
7. Biederman J, Petty CR, Spencer TJ, Woodworth KY, Bhide P, Zhu J, et al. Examining the nature of the comorbidity between pediatric attention deficit/hyperactivity disorder and post-traumatic stress disorder. Acta Psychiatrica Scandinavica. Jul. 2013; 128(1):78–87
8. Holden GW. Children exposed to domestic violence and child abuse: Terminology and taxonomy. Vol. 6, Clinical Child and Family Psychology Review. 2003. p. 151–60
9. Kitzmann KM, Gaylord NK, Holt AR, Kenny ED. Child witnesses to domestic violence: A meta-analytic review. Journal of Consulting and Clinical Psychology. Apr. 2003; 71(2):339–52

10. Lent B, Belle Brown J, Gail Schmidt C, George Sas M. Article in The Journal of family practice [Internet]. Vol. 49, J Fam Pract. 2000. Available from: [http://www.jfponline.com/index.php?id=31599&tx\\_ttnews\[tt\\_new\]](http://www.jfponline.com/index.php?id=31599&tx_ttnews[tt_new]).
11. Ruiz-Pérez I, Plazaola-Castaño J, Escribá Agüir V, Jiménez Martín JM. Adaptación española de un instrumento de diagnóstico y otro de cribado para detectar la violencia contra la mujer en la pareja desde el ámbito sanitario. Observatorio de Salud de la Mujer :1–56
12. Plazaola-Castaño J, Ruiz-Pérez I, Hernández-Torres E. Validación de la versión corta del Woman Abuse Screening Tool para su uso en atención primaria en España. Gaceta Sanitaria. 2008; 22(5):415–20.
13. Pynoos RS, Frederick C, Nader K, Arroyo W, Steinberg A, Eth S, et al. Life Threat and Posttraumatic Stress in School-age Children. Archives of General Psychiatry. Dec. 1987 1; 44(12):1057–63
14. Spielberger CD, Gorsuch RL, Lushene R, Vagg PR, Jacobs GA. Manual for the State-Trait Anxiety Inventory. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press; 1983
15. Kovacs M. Inventario de depresión infantil. Madrid: TEA ediciones S.A.; 2004
16. Departamento de Salud Mental y Toxicomanías, Organización Mundial de la Salud. Prevención del suicidio un instrumento para trabajadores de atención primaria de salud, 2000
17. Rieffe CJ, Terwogt MM, Tolland A. Emotional awareness and somatic complaints in children [Internet]. 2004 [cited 2020 Jul 3]. Available from: <https://research.vu.nl/en/publications/emotional-awareness-and-somatic-complaints-in-children>
18. Goodman R. The strengths and difficulties questionnaire: A research note. Journal of Child Psychology and Psychiatry; 1997; 38:581–6
19. Feldman R. Coding interactive behavior manual. Unpublished Manual. 1998

20. Suderman MJP, Jaffe P. A Handbook for Health and Social Service Providers and Educators on Children Exposed to Women Abuse/Family Violence. Ottawa : National Clearinghouse on Family Violence; 1999.

## CAPITOLO 2

# DIAGNOSI DIFFERENZIALE DEL DISTURBO POST TRAUMATICO DA STRESS (PTSD) E DISTURBO DA DEFICIT DI ATTENZIONE CON IPERATTIVITÀ (ADHD)

*“La chiave della guarigione sta nel capire come funziona l'organismo umano”*

**Paola De Rose** MD, PhD, Neuropsichiatra Infantile<sup>1</sup>

**Paola Bergonzini** Psicologo, Psicoterapeuta- Cognitivo-Comportamentale<sup>1</sup>

**Stefano Vicari** MD, Professore Ordinario di Neuropsichiatria Infantile presso Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma, Responsabile dell'Unità Operativa Complessa di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza <sup>1</sup>

<sup>1</sup>Dipartimento di Scienze Neurologiche e Psichiatriche, Unità di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'adolescenza, IRCCS Ospedale Pediatrico Bambino Gesù, Roma, Italia

Oggi disponiamo di una maggiore conoscenza degli effetti del trauma grazie a varie branche di studio:

- Neuroscienze (come il cervello supporta i processi mentali)
- Psicopatologia dello sviluppo (impatto di esperienze sfavorevoli sullo sviluppo della mente e del cervello)
- Neurobiologia interpersonale (in che modo il comportamento influenza le emozioni, la biologia e il disagio mentale di coloro che ci circondano)

## **1. MODELLO DEL CICLO DELLO STRESS NELL'ARCO DI VITA NEL CERVELLO DEL BAMBINO**

Ogni giorno i genitori osservano lo sviluppo del repertorio dei comportamenti dei bambini e i corrispondenti cambiamenti cognitivi ed emotivi. Questi cambiamenti sono dovuti allo sviluppo fisiologico del cervello, in particolare allo sviluppo di strutture come l'ippocampo, l'amigdala e i lobi frontali e i complessi circuiti che collegano queste regioni. (1)

Studi su animali e umani hanno anche dimostrato che durante la prima infanzia e la vecchiaia il cervello è particolarmente sensibile allo stress, probabilmente perché subisce cambiamenti molto importanti nella sua architettura durante questi periodi.

Inoltre la ricerca ora collega l'esposizione nei primi anni di vita allo stress con una maggiore reattività allo stress in età adulta, indicando che gli effetti dello stress in diversi periodi della vita interagiscono.

Lo stress innesca l'asse ipotalamo-ipofisi-surrene (HPA), culminando nella produzione di glucocorticoidi da parte delle ghiandole surrenali. I recettori di questi steroidi sono espressi in molte aree del cervello e possono agire come fattori di trascrizione, regolando l'espressione genica. Pertanto, i glucocorticoidi possono avere effetti potenzialmente di lunga durata sul funzionamento delle regioni cerebrali.

I glucocorticoidi sono importanti per il cervello per la normale maturazione: iniziano la maturazione, rimodellano assoni e dendriti e influenzano la sopravvivenza cellulare. Ma sia i livelli soppressi che quelli elevati di glucocorticoidi compromettono l'architettura e il funzionamento del cervello dal periodo prenatale. Inoltre, anche le interazioni genitore-figlio e lo stato psicologico della madre influenzano l'attività dell'asse HPA del bambino.

I disturbi dello sviluppo del bambino (sia psicologici che cognitivi che comportamentali) risultano spesso associati allo stress materno e alla depressione materna durante la gravidanza e all'esposizione fetale ai glucocorticoidi esogeni all'inizio della gravidanza. Questi disturbi comportamentali includono comportamenti impulsivi, disturbo da deficit di attenzione e iperattività, disturbi del sonno e alcuni disturbi psichiatrici, come sintomi depressivi, abuso di droghe e disturbi d'ansia.

A partire dall'inizio del primo anno, quando il sistema HPA del bambino è abbastanza labile, i genitori che presentano buone competenze di autoregolazione emozionale e comportamentale sono associati a oscillazioni minori o meno prolungate delle attivazioni dell'asse HPA e questo consentirebbe un corretto sviluppo dei circuiti di regolazione emotiva e comportamentale. (2)

Gli effetti dell'esposizione cronica o ripetuta allo stress (o di una singola esposizione ad uno stress grave) nelle diverse fasi della vita dipendono dalle aree del cervello che si stanno sviluppando o regredendo al momento dell'esposizione. Potremmo dunque parlare di un vero modello del ciclo di vita dello stress. Lo

stress nel periodo prenatale influenza lo sviluppo di molte delle regioni del cervello coinvolte nella regolazione dell'asse HPA, vale a dire l'ippocampo, la corteccia frontale e l'amigdala.

Lo stress postnatale ha effetti diversi: l'esposizione alla separazione materna durante l'infanzia porta ad una maggiore secrezione di glucocorticoidi, mentre l'esposizione ad abusi gravi è associata a livelli ridotti di glucocorticoidi.

Pertanto, la produzione di glucocorticoidi nell'infanzia differisce in base all'ambiente. Dal periodo prenatale in poi tutte le aree cerebrali in via di sviluppo sono sensibili agli effetti dello stress, tenendo conto del fatto che alcune aree subiscono una rapida crescita durante un determinato periodo.

Dalla nascita ai 2 anni l'ippocampo è in corso di importante sviluppo; potrebbe quindi essere l'area del cervello più vulnerabile agli effetti dello stress in quel momento. Al contrario, l'esposizione allo stress nella tarda infanzia potrebbe portare a cambiamenti nel volume dell'amigdala, poiché questa regione del cervello continua a svilupparsi fino ai 20 anni di età.

Durante l'adolescenza, l'ippocampo è completamente organizzato, mentre l'amigdala è ancora in via di sviluppo, con un notevole aumento del volume delle aree frontali. Di conseguenza, l'esposizione allo stress durante questo periodo può avere effetti importanti sulla corteccia frontale. Gli studi dimostrano che gli adolescenti sono altamente vulnerabili allo stress, forse a causa di una risposta glucocorticoide prolungata allo stress che persiste nell'età adulta.

## **2. IL RISCHIO DI ERRORI DI DIAGNOSI TRA PTSD COMPLESSO E ADHD**

Gli studi indicano che i maltrattamenti che si verificano prima della giovane età adulta sono più comuni tra le persone con ADHD rispetto ai gruppi non ADHD e che si osservano livelli più alti di sintomi di ADHD tra gli individui che sono stati esposti a maltrattamenti da bambini rispetto agli individui non esposti (3).

Esiste una sorta di doppio legame tra l'esposizione e la violenza, l'ADHD e l'essere gli autori della violenza. L'ADHD può presentarsi nei bambini maltrattati, ma può anche essere un fattore di rischio precoce per subire maltrattamenti e altre forme di vittimizzazione. Le caratteristiche comportamentali associate all'ADHD, tra cui essere impulsivi, commettere errori e interrompere o intromettersi nei discorsi degli altri, possono suscitare risposte negative dall'ambiente e produrre un aumento dei conflitti.

In letteratura i bambini esposti alla violenza domestica risultano avere una probabilità maggiore (odds ratio) di 2,33 di soddisfare i criteri diagnostici per l'ADHD rispetto ai bambini non esposti; in particolare, il rischio di essere esposto ad abuso / abbandono risulta concentrato tra i bambini con ADHD e disturbo della condotta in comorbidità (3).

Per quanto riguarda il legame tra queste due entità diagnostiche, ci sono prove che suggeriscono comorbidità, con stime di prevalenza che vanno dal 12 al 37% (4).

Il rischio di diagnosi errate è elevato perché vi è una sovrapposizione tra i sintomi dell'ADHD e gli effetti del trauma se non attentamente esaminati (5). Ciò è particolarmente vero nei bambini esposti a violenza domestica perpetrata, che hanno maggiori probabilità di essere diagnosticati con ADHD (3).

È vero che la maggior parte di questi bambini, che in seguito si rivelano vittime di violenza domestica, arrivano o vengono segnalati dai pediatri, o più spesso dalla scuola per disturbi comportamentali, disregolazione emotiva, difficoltà nel rispetto delle regole e irrequietezza.

Non disponiamo di dati puntuali che esprimano la percentuale di sovrapposizione e confusione tra la diagnosi del PTSD complesso scambiata per ADHD, ma sappiamo che quasi un terzo dei bambini gravemente maltrattati in ambito domestico soddisfa i criteri per una diagnosi di ADHD. (6).

Il perfezionamento degli strumenti diagnostici ci condurrà probabilmente a ridurre la percentuale di diagnosi errata; nella nostra esperienza clinica, solo circa il 5% dei bambini vittime di violenza ha ricevuto una diagnosi di ADHD. Inoltre, abbiamo osservato che i bambini adottati mostrano sintomi simili all'ADHD ma con sintomi dell'umore frequentemente associati, comportamento distruttivo e alti livelli di ipereccitazione, con un conseguente rischio maggiore di diagnosi errata.

L'importanza di una corretta diagnosi funzionale nel bambino determina il tipo di intervento e quindi migliora le possibilità di successo terapeutico e gli effetti prognostici a lungo termine.

### **3. APPROCCIO CLINICO ALLA DIAGNOSI DIFFERENZIALE TRA PTSD COMPLESSO E ADHD**

#### **3.1 CRITERI PTSD COMPLESSO (7,8)**

Il PTSD complesso può svilupparsi a seguito dell'esposizione a un evento o a una serie di eventi di natura estremamente minacciosa o orribile, eventi più comunemente prolungati o ripetitivi da cui la fuga è difficile o impossibile (ad esempio, violenza domestica prolungata, ripetuti rapporti sessuali o abusi fisici). Devono essere soddisfatti tutti i requisiti diagnostici per PTSD e deve essere presente almeno uno dei sintomi in ciascuno dei tre domini elencati:

##### **1. Disregolazione EMOZIONALE**

- Eccessiva reattività emotiva
- Esplosioni di rabbia con aggressività
- Comportamento spericolato o autodistruttivo
- Tendenza a sperimentare stati dissociativi prolungati sotto stress



- Incapacità di provare piacere o emozioni positive

## 2. Disregolazione dell'IDENTITÀ

- Concetto di sé compromesso
- Svalutazione
- Vergogna
- Bassa autostima
- Senso di colpa

## 3. Disregolazione INTERPERSONALE

- Difficoltà nel mantenimento di relazioni persistenti
- Difficoltà a sentirsi vicini agli altri
- Evitamento con scarso interesse per le relazioni e disimpegno sociale generale
- Rapporti occasionali

### 3.1 CRITERI ADHD (9)

1. Disattenzione: sei o più di questi sintomi devono essere presenti per almeno 6 mesi, essere incompatibili con il livello di sviluppo del bambino e avere un effetto negativo sulle attività sociali e accademiche.

- Spesso non presta molta attenzione ai dettagli o commette errori trascurati nei compiti scolastici, sul lavoro o con altre attività.
- Spesso ha difficoltà a mantenere l'attenzione su compiti o attività di gioco.
- Spesso non sembra ascoltare quando si parla direttamente.
- Spesso non segue le istruzioni e non riesce a completare i compiti scolastici, le faccende o le mansioni sul posto di lavoro (ad esempio, perde la concentrazione).
- Spesso ha difficoltà a organizzare compiti e attività.
- Spesso evita, non ama o è riluttante a svolgere compiti che richiedono uno sforzo mentale per un lungo periodo di tempo (come compiti scolastici o compiti a casa).
- Spesso perde le cose necessarie per compiti e attività (ad es. materiali scolastici, matite, libri, strumenti, portafogli, chiavi, scartoffie, occhiali, telefoni cellulari).
- È spesso facilmente distraibile.
- È spesso smemorato nelle attività quotidiane.

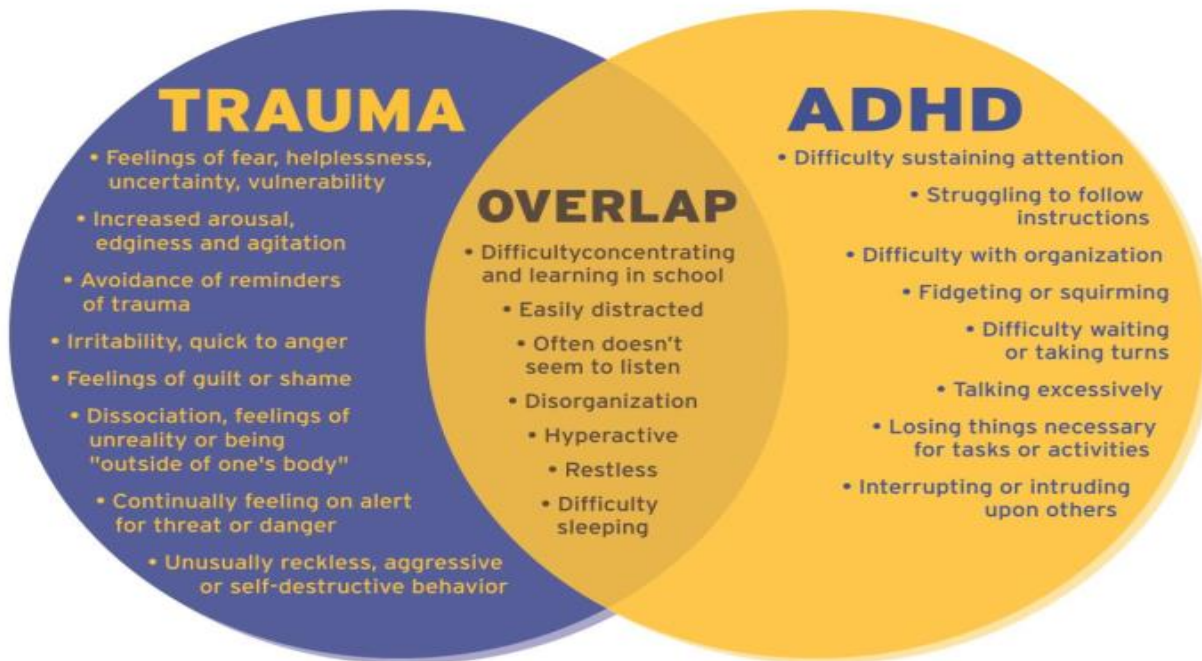
2. Iperattività: sei o più di questi sintomi devono essere presenti per almeno 6 mesi, essere incompatibili con il livello di sviluppo del bambino e avere un effetto negativo sulle attività sociali e accademiche.

- Spesso si agita o tocca le mani o i piedi o si contorce sulla sedia.
- Spesso lascia il posto nelle situazioni in cui si prevede di rimanere seduti.
- Spesso corre o si arrampica in situazioni in cui non è appropriato (adolescenti o adulti possono limitarsi a sentirsi irrequieti).
- Spesso incapace di giocare o prendere parte alle attività del tempo libero in silenzio.
- Spesso agisce come se "guidato da un motorino".
- Parla spesso eccessivamente.
- Spesso spara una risposta prima che una domanda sia stata completata.
- Spesso ha difficoltà ad attendere il proprio turno.
- Spesso interrompe o si intromette (ad esempio, si avvia a conversazioni o giochi).

Inoltre, devono essere soddisfatte le seguenti condizioni:

- Diversi sintomi di disattenzione o iperattivi-impulsivi erano presenti prima dei 12 anni.
- Diversi sintomi sono presenti in due o più contesti (ad es. a casa, a scuola; con amici o parenti; in altre attività).
- Esistono prove evidenti che i sintomi interferiscono o riducono la qualità del funzionamento sociale, scolastico o familiare.
- I sintomi non si verificano solo nel corso della schizofrenia o di un altro disturbo psicotico. I sintomi non sono meglio spiegati da un altro disturbo mentale (ad es. Disturbo dell'umore, disturbo d'ansia, disturbo dissociativo o disturbo della personalità).

La figura seguente fornisce un elenco di alcuni dei sintomi più comuni di disturbi stress correlati e ADHD. L'area di sovrapposizione mostra alcuni sintomi comuni ad entrambi. (10)



Sebbene tali condizioni sembrino avere manifestazioni diverse, nella pratica clinica accade che il percorso clinico di questi bambini spesso si sovrapponga.

Facciamo un esempio concreto. Molto spesso capita che la scuola segnali difficoltà di attenzione e iperattività, difficoltà nel rispetto delle regole o etero-aggressività con comportamenti oppositivi e provocatori. Mettendo insieme i segni comportamentali questi bambini potrebbero soddisfare i criteri del DSM 5 per una diagnosi di ADHD e ricevere gli strumenti e gli interventi del caso. Può verificarsi che durante il follow-up, i bambini possano persino aver peggiorato i loro sintomi comportamentali nonostante abbiano intrapreso i trattamenti proposti. A questo punto ci si deve chiedere cosa non ha funzionato.

Può essere utile fare riferimento a un sistema dimensionale per valutare il funzionamento del bambino che include diversi domini e che può guidare la diagnosi e l'intervento.

Una valutazione completa per lo stress traumatico infantile dovrebbe comprendere dunque i seguenti punti (10):

- Valutare una vasta gamma di eventi traumatici e tempi di occorrenza, in modo che possano essere collegati ai vari stadi di sviluppo.
- Valutare una serie di sintomi (inclusi ma non limitati a sintomi di PTSD), come comportamenti ad alto rischio, fattori ambientali familiari, menomazioni funzionali e fattori scatenanti del trauma, nonché il loro tempo di insorgenza.

- Valutare i punti di forza, le capacità, le fonti di supporto emotivo e la capacità di resilienza del bambino.
- Raccogliere informazioni utilizzando una serie di tecniche (interviste cliniche, test standardizzati e osservazioni comportamentali).
- Raccogliere informazioni da varie prospettive (bambino, caregiver, insegnanti, ecc.)
- Condurre valutazioni continue dal momento che i sintomi cambiano spesso man mano che i bambini si sviluppano e hanno nuove esperienze ed esposizioni a nuovi fattori di stress.

Abbiamo tentato di disegnare alcune tabelle per riassumere le differenze tra le due diagnosi nelle diverse aree menzionate, indicando con (+) presente e con (-) assente:

DISREGOLAZIONE EMOZIONALE	PTSD COMPLEX	ADHD
Eccessiva reattività emotiva, sia in situazioni positive che negative	+	+ deficit in WM
Esplosioni di Aggressività	++	-
Comportamenti imprudenti o autodistruttivi	+	-
Tendenza a sperimentare stati dissociativi prolungati sotto stress	+	-
Incapacità di provare piacere o emozioni positive.	+	-
Iperarousal	+++	-- ipoarousal

<b>DISREGOLAZIONE DELL'IDENTITA'</b>	<b>PTSD COMPLEX</b>	<b>ADHD</b>
Percezione di se compromessa	++	+
Svalutazione	+	-
Vergogna	+	-
Bassa autostima	++	-
Senso di colpa	++	-

<b>DISREGOLAZIONE INTERPERSONALE</b>	<b>PTSD COMPLEX</b>	<b>ADHD</b>
Difficoltà nel mantenere relazioni persistenti	+++	+
Difficoltà nel sentirsi vicini agli altri	+	-
Evitamento con scarso interesse per le relazioni e disimpegno sociale generale	+	-
Occasionalmente le relazioni sono strette o intense, ma con difficoltà a mantenere il coinvolgimento emotivo	+	-
Disinvestimento nelle relazioni con gli adulti.	+	-

DISREGOLAZIONE COMPORTAMENTALE	PTSD COMPLEX	ADHD
Disturbi del sonno (difficoltà a dormire, pavor notturno e incubi)	+	+/-
Evitamento (umore negativo persistente, isolamento, affaticamento cronico, mancanza di interesse)	+	-
Ipervigilanza	+	-
Gioco compulsivo e ripetitivo	+	-
Enuresi	+	+/-
Frequenti dolori fisici che non trovano una spiegazione medica (ad es. mal di testa, dolori di stomaco)	+	-

ABILITA' NEUROCOGNITIVE	PTSD COMPLEX	ADHD
QI	+/-	+
Deficit Memoria Visiva e Verbale	+/-	+/-
Abilità di Working Memory	-	-
Deficit di Attenzione	- Iperarousal numbing	++
Deficit di Inibizione della risposta	+	+
Deficit di Riconoscimento delle emozioni	+	-

Il profilo neurocognitivo è quello meno discriminante; mentre il riconoscimento delle emozioni risulta una competenza da attenzionare: infatti bambini vittime della violenza sono soliti sopprimere l'emozione della paura per difendersi. In questo modo si adattano all'ambiente violento per non cadere nel paradosso biologico tra l'impulso di fuggire da un ambiente pericoloso e l'impossibilità di poterlo fare. I bambini con ADHD non mostrano questo tipo di tensione interna e non mostrano particolari difficoltà a riconoscere le emozioni. Anche i segnali di disregolazione comportamentale caratterizzano maggiormente i bambini con PTSD complex. Per il resto, né la diagnosi di l'ADHD né di PTSD si basano su profili neuropsicologici.

Va inoltre considerato che l'ADHD ha un'elevata comorbidità con uno o più disturbi psichiatrici durante l'età evolutiva, dal 40% al 90% con disturbi esternalizzanti e dal 13% al 50% con disturbi internalizzanti. I sintomi di altri disturbi, in particolare il disturbo oppositivo provocatorio e il disturbo della condotta, si sovrappongono al PTSD C e all'ADHD. Questa interferenza rende il quadro psicopatologico più complesso e aumenta la difficoltà nella diagnosi differenziale (4).

In conclusione, ci sono alcuni punti da tenere a mente:

- ✓ Non limitarsi alla presenza dei criteri per l'ADHD ma prendere in considerazione i domini per una diagnosi dimensionale
- ✓ Prendere in considerazione il funzionamento sociale, che nel complesso PTSD è molto compromesso, specialmente a livello empatico, nel senso di una forte riduzione o di un affetto estremo e di seduzione, mentre i bambini con ADHD hanno una tendenza alla leadership
- ✓ La presenza di ansia da separazione o sintomi di disturbo dell'attaccamento indirizza verso un PTSD.
- ✓ La labilità dell'umore è più presente nei bambini con PTSD
- ✓ Il complesso PTSD è più simile a un disturbo internalizzante, con aspetti comportamentali che suggeriscono disregolazione emotiva

## ***Bibliografia***

1. Lupien S J., McEwen B. Gunnar M. R. § and Heim C. (2009) Effects of stress throughout the lifespan on the brain, behaviour and cognition. *Nat Rev Neurosci.* Jun;10(6):434-4
2. Van der Kolk B. (2014). *The body keeps the score: Brain, Mind, and Body in the Healing of Trauma.*
3. Stern, A., Agnew-Blais, J., Danese, A., Fisher, H. L., Jaffee, S. R., Matthews, T., Polanczyk, G. V., & Arseneault, L. (2018). Associations between abuse/neglect and ADHD from childhood to young adulthood: A prospective nationally-representative twin study. *Child abuse & neglect*, 81, 274–285.
4. Adler, L. A., Kunz, M., Chua, H. C., Rotrosen, J., and Resnick, S. G. (2004). Attentiondeficit/hyperactivity disorder in adult patients with posttraumatic stress disorder (PTSD): Is ADHD a vulnerability factor? *J. Atten. Disord.* 8, 11–16
5. Szymanski, K. Sapanski, L. Conway, F. (2011). Trauma and ADHD – Association or Diagnostic Confusion? A Clinical Perspective. *J. Infant Child Adolesc. Psychother.*, 10(1):51-59.
6. Famularo , R. Fenton , T. Kinscherff , R. Augustyn , M. (1996) Psychiatric comorbidity in childhood post traumatic stress disorder *Child Abuse & Neglect* 20:953-61
7. ICD 11. International Classification of disease. OMS 2019.
8. McKinnon A, Scheeringa MS, Meiser-Stedman R, Watson P, De Young A, Dalgleish T. (2019). The Dimensionality of Proposed DSM-5 PTSD Symptoms in Trauma-Exposed Young Children.. *J Abnorm Child Psychol.* Nov;47(11):1799-1809.
9. DSM 5 - Fifth Edition Of The Diagnostic And Statistical Manual Of Mental Disorders. 2013.
10. The National Child Traumatic Stress Network.(2016). Is It ADHD or Child Traumatic Stress? September. [www.NCTSN.org](http://www.NCTSN.org)



## CAPITOLO 3

### PROGRAMMI DI SUPPORTO POST-TRAUMA PER BAMBINI

#### TESTIMONI DI VIOLENZA DOMESTICA

Mar Alvarez-Segura<sup>1</sup>; Fernando Lacasa<sup>2</sup>; Anna Butjossa<sup>2</sup>; Mari Navarro<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Psichiatra infantile e dell'adolescenza del CSMij Cornellà—Ospedale Sant Joan de Déu, Barcelona.

Programma TEVI

<sup>2</sup>Psicologo infantile e dell'adolescenza del CSMij Cornellà—Ospedale Sant Joan de Déu, Barcelona.

Programma TEVI

Le linee guida internazionali per il trattamento dei pazienti che assistono alla violenza domestica (DV) raccomandano che, una volta stabilita la sicurezza familiare sia tempo di offrire interventi psicoterapici. Per i minori, gli interventi raccomandati comprendono la terapia individuale, diadica e di gruppo.

In questo capitolo verrà posta particolare enfasi sulla terapia di gruppo basata sulla nostra esperienza e sull'elaborazione di un manuale strutturato di terapia di gruppo specifica progettata per i testimoni di DV.

#### 1. TERAPIA INDIVIDUALE

I trattamenti standard nelle cliniche pediatriche e giovanili praticati nei centri di salute mentale dovrebbero includere gli obiettivi e le raccomandazioni per il trattamento clinico dei testimoni di violenza domestica che si trovano attualmente in letteratura (1) (2). Gli obiettivi del trattamento previsti dalle terapie sono:

- a) Sviluppare scenari di protezione
  - Non intervenire in una situazione violenta
  - Prevedere un piano di sicurezza
- b) Riesposizione e regolazione emotiva
  - Esprimere emozioni
  - Ridurre l'ansia
  - Ridurre la sensibilità verso le percezioni traumatiche
  - Ridurre al minimo l'evitamento
  - Rompere l'isolamento sociale
- c) Ridurre le distorsioni cognitive
  - Ridurre al minimo le convinzioni errate, la colpa e le credenze disadattive
  - Aumentare la conoscenza dei sintomi
  - Imparare strategie di coping costruttive
- d) Legame affettivo
  - Aumentare la fiducia
  - Interrompere il ciclo della vittimizzazione
  - Lavorare e reintegrare ogni fase dello sviluppo

## **2. TERAPIA DIADICA**

In molti casi gli episodi di violenza in famiglia riducono le capacità genitoriali della madre e di conseguenza hanno un impatto sulla relazione madre-bimbo, pertanto possono esserci frequenti interazioni disfunzionali, che permangono anche dopo che il padre violento non è più maltrattante.

Di conseguenza, una componente essenziale della terapia con i bambini/ragazzi testimoni di violenza domestica è data dal sostegno e dal rafforzamento del rapporto tra minore e genitore non abusante. Per la maggior parte dei minori, una buona relazione con uno dei genitori è un elemento chiave per una buona evoluzione, a seguito degli effetti traumatici della violenza domestica (3). Alcune ricerche osservano che gli interventi più efficaci per ridurre i sintomi di esternalizzazione e internalizzazione dei bambini sono quelli che combinano interventi con bambini con interventi madre-bambino (4).

I fattori terapeutici più rilevanti nell'intervento madre-bambino utili a migliorare la sintomatologia dei bambini sono:

- La salute mentale della madre
- Fattori specifici in relazione alla violenza domestica come la psicoeducazione sulle capacità genitoriali sia, in generale, sui principi psicologici che, in particolare, sulle esperienze vissute
- Fattori non specifici come l'empatia, atteggiamento positivo, interessi e calore umano.

Sulla base di questi risultati, abbiamo utilizzato la terapia video-feedback per lavorare sulla relazione tra madre-figlio. La tecnica video-feedback consiste nel registrare due o più persone che interagiscono, ad esempio madre-figlio, genitore-figlio, nonna-nipote, ecc. a seconda della relazione o degli aspetti che si desiderano affrontare. Dopo la registrazione, il video viene visualizzato (preferibilmente il terapeuta dovrebbe guardarlo e studiarlo prima) e vengono discussi gli aspetti dell'interazione osservata.

La terapia video-feedback, di solito, fa parte di un approccio multimodale (6), tra cui psico-educazione, terapia individuale, terapia familiare e altre forme di supporto parentale (7).

METODO OSSERVATO	INTERVENTO
Analisi interrelazioni sociali tra i genitori -CIB (8)	Video-intervento

Nella nostra esperienza con il video-feedback (10) abbiamo trovato una serie di indicatori che sono stati modificati in questo tipo di diade. Guidano il lavoro con video-feedback:

- Verifica ed elogio (convalida)
- Tono della conversazione
- Tono e gamma affettiva
- Sistematizzazione dei limiti
- Reciprocità

**3. TERAPIA DI GRUPPO: MANUALE SULLA REGOLAZIONE EMOZIONALE E ABILITÀ INTERPERSONALI (MERITA)**

La terapia di gruppo è una procedura terapeutica che viene spesso applicata nei team di salute mentale per la sua efficacia e buon rapporto costo-beneficio. Per gli aspetti interpersonali che caratterizzano i pazienti traumatizzati il gruppo offre un buon livello di sicurezza oltre a favorire un la crescita di autostima creando intimità tra i vari componenti. Il gruppo offre l'opportunità di sviluppare relazioni di fiducia e sperimentare la sicurezza interpersonale, che aiuta a risolvere l'isolamento e l'alienazione di cui spesso soffrono i bambini traumatizzati (11).

Esistono due tipi di trattamento di gruppo. Il primo è focalizzato sull'elaborazione del trauma: questo di solito implica una guida cognitiva comportamentale e si concentra sull'uso di tecniche sistematiche di desensibilizzazione. Il secondo tipo non si concentra sul trauma ma piuttosto segue un approccio interpersonale, spesso usato in contesti clinici. I trattamenti non centrati sul trauma hanno un tasso di abbandono inferiore rispetto a quelli che si concentrano sul trauma e hanno meno probabilità di causare traumi relativi al passato, non evocando direttamente i ricordi traumatici (11).

Visto il numero di bambini traumatizzati durante la normale pratica clinica, è stata progettata una terapia utilizzando un modello di intervento che includesse non solo i problemi dei pazienti, ma che promuovesse anche la loro regolazione emotiva, la capacità di reagire e comprendere le situazioni vissute, e la capacità riflessiva. In questo contesto, è stata elaborata la Terapia di gruppo focalizzata sulle capacità di regolazione emotiva e interpersonale su bambini o adolescenti che sono stati testimoni di violenza domestica; la stessa è stata poi descritta nel “**Manual of Emotional Regulation and InTerpersonal Abilities**” per la terapia di gruppo di bambini e adolescenti (MERITA) (12).

Questo intervento si basa sul modello originale di terapia “Skills Training in Affective and Interpersonal Regulation” (STAIR) (13) (14). Il trattamento STAIR è stato sviluppato su giovani ricoverati nelle unità di salute mentale, ovvero giovani che presentavano traumi multipli e che riportano storie di abusi fisici o sessuali e molte altre forme di maltrattamento come la violenza domestica o comunitaria, a New York; è composto da 3 sessioni di trattamento di gruppo. L’approccio MERITA adatta così i contenuti di STAIR alla nostra realtà clinica e culturale, estende le sessioni di gruppo da 3 a 12 e offre nuove proposte terapeutiche.

La formulazione e la valutazione si basano su prove emergenti in letteratura riguardo traumi, memoria e sviluppo. Precedenti studi (15) (14) hanno mostrato che le difficoltà funzionali dei pazienti con una storia di abusi sessuali ed esposizione alla violenza erano dovute non solo ai sintomi del disturbo post-traumatico da

stress, ma anche a difficoltà di regolazione emotiva e problemi interpersonali. MERITA incorpora un approccio psicodinamico interpersonale, fortemente supportato dalla teoria dell'attaccamento.

A differenza di altri trattamenti per bambini e adolescenti traumatizzati, che affrontano direttamente il trauma attraverso il trattamento comportamentale della desensibilizzazione sistematica, MERITA tratta indirettamente il trauma. È stato progettato per dare coerenza all'esperienza emotiva, rafforzare le capacità di mentalizzazione e regolazione emotiva e offrire nuovi modelli di relazione. Questo approccio migliora la sintomatologia associata al trauma e rafforza le capacità di bambini e adolescenti di affrontare gli aspetti più dolorosi del trauma a livello individuale.

Nell'approccio di gruppo MERITA l'accento è posto sulle relazioni personali intese come aspetti importanti della vita e sugli stimoli nel dare e ricevere un trattamento adeguato. Il metodo per raggiungere questi obiettivi include la definizione di una struttura e dei limiti chiari, il riconoscimento delle proprie e altrui emozioni, il porre l'enfasi sulla relazione tra emozioni pensieri e comportamenti e sul testare nuove strategie, come la comunicazione verbale efficace e la risoluzione dei conflitti interpersonali.

I terapeuti cercano di assicurarsi che il gruppo funzioni come una "base sicura", in termini di teoria dell'attaccamento, rispetto della privacy, incoraggiamento dell'accettazione dell'altro, incoraggiamento della libera espressione delle emozioni, accettazione delle proteste, ecc., in modo che venga incoraggiata l'esplorazione del mondo interno ed esterno.

L'esposizione a situazioni di violenza domestica influisce sul nucleo del sistema di attaccamento del bambino e, di conseguenza, sulla regolazione emotiva (16). Le situazioni violente sono imprevedibili e per loro stessa natura mantengono il bambino in uno stato di continua attivazione emotiva. La madre terrorizzata non può offrire protezione o conforto. Al contrario, i ruoli si invertono e il bambino diventa il protettore e il responsabile che dovrà mantenere la relazione di attaccamento. Il padre, anch'esso figura di attaccamento e potenzialmente protettivo, è fonte di pericolo e ansia. La tendenza a fuggire e ad attaccarsi alla stessa figura porta il bambino ad uno stato di confusione e terrore.

Dato che il rapporto tra il bambino o l'adolescente e la sua figura di attaccamento è profondamente modificato in situazioni di violenza domestica e abuso, il metodo MERITA viene proposto come un'esperienza emotiva **prevedibile, coerente e tollerabile**.

È un trattamento manualizzato che consente di definire un arco temporale stabile e di anticipare il contenuto delle sessioni in modo che l'esperienza sia prevedibile. I terapeuti offrono un modello positivo di autorità,

vengono presto definiti dei limiti su ciò che può e non può essere fatto e viene posta particolare attenzione al chiarimento dei malintesi, dato un senso ai comportamenti e offerte spiegazioni comprensibili e coerenti.

L'abuso domestico è concepito come un "trauma accessorio" (17), un concetto che può essere applicato anche a bambini e adolescenti che assistono a violenze domestiche. La ricerca ha dimostrato che, nella maggior parte delle persone che hanno subito un trauma, è indebolita la capacità di mentalizzare. Il crollo della mentalizzazione comporta una perdita di consapevolezza della differenza tra realtà esterna/e ed interna/e, simile a quella di un bambino di 2 o 3 anni che non ha ancora vissuto la propria mente come realmente rappresentativa e presume che i propri pensieri abbiano una realtà equivalente a quella degli oggetti del mondo fisico.

Il metodo MERITA fornisce elementi per ridurre queste modalità in cui viene vissuta la realtà psichica, come la struttura del contenitore, l'integrazione tra pensiero ed emozione e tra il mondo esterno e interno, la regolazione dell'esperienza emotiva, ecc. Ad esempio, le esperienze traumatiche, che sono vissute come pericolose e che possono causare il collasso delle possibilità di mentalizzazione, non sono affrontate direttamente; piuttosto, viene offerta la psico-educazione sul trauma, al fine di fornire significato ad esperienze e sintomi. Attraverso questa metodologia vengono prodotti effetti positivi anche sull'analisi dei sentimenti e delle esperienze emotive di ciascuno, manifesti in modo collettivo, in modo da ridurre il rischio che i partecipanti lavorino in modalità di simulazione, ovvero in modo "separato dalla realtà esterna".

Inoltre, il gruppo ci consente di osservare come ogni partecipante ha un mondo interno e come è guidato dai propri sentimenti e dalle proprie idee. Il gruppo consente l'esplorazione degli aspetti comuni e delle reciproche differenze.

Inoltre, MERITA include un principio implicito nella terapia cognitivo-comportamentale: con la pratica sono possibili nuovi modi di agire, sentire e pensare. Di conseguenza, MERITA utilizza giochi di ruolo per facilitare l'apprendimento e il cambiamento del comportamento.

Attraverso la sequenza appropriata volta a far accrescere la regolazione emotiva e la gestione delle difficoltà interpersonali, le condizioni mentali risultano migliorate in modo che il bambino o l'adolescente possano affrontare e integrare aspetti traumatici, nonché raggiungere la stabilizzazione dei sintomi e istituire una buona alleanza terapeutica.

\* Nota: la seguente versione abbreviata è formulata per bambini di 8-12 anni. Tuttavia, in ogni sessione sono possibili adattamenti specifici per adolescenti di età compresa tra 13 e 17 anni.

## **4. SESSIONI TERAPEUTICHE**

### **BLOCCO 1. RICONOSCIMENTO E VERBALIZZAZIONE DELLE EMOZIONI**

#### **SESSIONE 1: PRESENTAZIONE, INQUADRAMENTO E INIZIO DELL'IDENTIFICAZIONE E DELLA DENOMINAZIONE DELLE EMOZIONI**

##### **1. Presentazione e inquadramento (20 min)**

- Il terapeuta può individuare ciò che accomuna tutti i partecipanti. Ad esempio: “Siete tutti tra gli 8 e gli 11 anni, siete pazienti di questo centro e avete avuto situazioni difficili in famiglia, quindi questo gruppo può aiutarvi ad imparare cose nuove. Ma nel gruppo non sarà necessario parlare direttamente del vostro problema, se non volete. Potete lavorare su questi aspetti nella tua/vostra terapia individuale con il vostro terapeuta di riferimento”
- Il terapeuta spiega gli obiettivi della terapia di gruppo

##### **2. Semplice definizione di/delle emozioni (5 min)**

##### **3. La psicoeducazione sulle emozioni: dove sono? A cosa servono? Sono buone? (5 minuti)**

- Ai bambini viene chiesto dove credono che si trovano le emozioni, dove le notano e vengono ascoltate e accolte le loro risposte. Viene spiegato loro che le emozioni sono dentro di noi, le percepiamo e talvolta alcune sono viste dall'esterno, e sono come degli indizi che ci aiutano a sapere cosa succede alla persona. Ad esempio, se una persona piange, probabilmente è molto triste; se una persona trema, può essere nervosa, infreddolita o impaurita.
- Il terapeuta chiede loro come pensano che il mondo sarebbe senza le emozioni/sentimenti.

##### **4. Presentare e mettere in pratica le emozioni: "Impara a riconoscere le tue emozioni" (30 min)**

- Vengono mostrate le foto di persone di culture diverse che mostrano espressioni emotive differenti. Viene chiesto ai membri del gruppo di identificare e scrivere ciò che le persone potrebbero provare.

##### **5. Introduzione alla tecnica di rilassamento (10 min)**

Gli ultimi 10 minuti possono essere dedicati alla pratica della respirazione profonda. I terapeuti di gruppo possono usare le proprie tecniche per insegnare la respirazione profonda.

## **6. Chiusura (5 min)**

Per terminare la sessione, il terapeuta chiede a ciascuno di spiegare come si è sentito e se l'esperienza di gruppo è stata come aveva immaginato e si aspettava che fosse. Ciò rafforza l'alleanza terapeutica, condividendo gli aspetti positivi e adeguando le aspettative. È importante che tutti i membri del gruppo partecipino; i bambini/ragazzi più inibiti dovrebbero essere incoraggiati a partecipare. Il terapeuta deve cercare di assicurarsi che i membri più "partecipativi" non occupino l'intero spazio.

## **SESSIONE 2: RICONOSCIMENTO E DIFFERENZIAZIONE DELLE EMOZIONI**

### **1. Riunione e rafforzamento del lavoro di gruppo (10 min)**

### **2. Esercizio: disegnare un volto che esprime un'emozione e farla indovinare (15 min)**

### **3. Funzione delle emozioni negative (10 min)**

Il terapeuta presenta una storia adeguata all'età dei partecipanti in cui il personaggio principale passa da uno stato emotivo che nasce da una frustrazione ad uno che deriva da una soddisfazione. A tutti viene dato un foglio dove è scritta tutta la storia, ad eccezione di due spazi vuoti che devono essere riempiti con l'emozione che ritengono appropriata. Questo compito viene fatto individualmente e poi condiviso.

### **4. Esercizio con utilizzo di emoticon (15 min)<sup>2</sup>**

### **5. Esercizio del mimo (15 min)**

Questo gioco consiste nell'interpretare le emozioni. Vengono distribuite delle carte dove sono scritte delle emozioni ed i bambini devono rappresentarne il contenuto attraverso l'esercizio del mimo, senza

<sup>2</sup> Questo esercizio può essere saltato con gli adolescenti



parlare. Il terapeuta spiega al gruppo che ognuno di loro dovrebbe rappresentare l'emozione scritta sulla carta e il gruppo deve indovinare quale emozione stanno interpretando.

#### **6. Avviare la "My SAVE Card" (10 min)**

Aiutare ogni membro del gruppo ad individuare le chiavi di lettura che gli consentano di rilevare quando si sentono molto male di fronte a un'emozione negativa (quando si sentono arrabbiati, spaventati, imbarazzati, ecc.) e scriverlo sulla "My SAVE Card".

#### **7. Chiudere la tecnica di rilassamento (5 min)**

Esercizio con trattamento adeguato (esercizio facoltativo)

Quando il gruppo è composto da bambini con problemi comportamentali che trasgrediscono le regole, che hanno reazioni aggressive, viene consigliato l'applicazione di questo esercizio nelle varie sessioni. Richiede ai terapeuti di essere molto attenti a questi comportamenti e di intervenire dalle loro prime manifestazioni. Per tutto il corso del trattamento, intervenire di nuovo ogni volta che se ne presenta la necessità, di fronte a reazioni, atteggiamenti inappropriati. Si parlerà dei comportamenti di gruppo, se sono buoni per il gruppo o no, e perché. Con questo esercizio vengono elaborati degli approfondimenti e capacità di autocontrollo.

- Comportamenti proibiti. Se dopo aver avvisato e data la possibilità di modificare il comportamento il bambino continua a ripetere la stessa azione, verrà mandato a parlare con il coordinatore del centro, con il quale lavorerà all'elaborazione, mentalizzazione e al cambiamento al di fuori del gruppo.
- Il terapeuta rifletterà su quanto si è verificato e, se lo ritiene necessario, proverà a chiedere al bambino di scusarsi, in modo che il bambino possa modificare il comportamento in questione. A sua volta, il terapeuta rafforzerà l'utilizzo di parole e comportamenti positivi.

### **SESSIONE 3: EFFETTI DELLE ESPERIENZE TRAUMATICHE**

#### **1. Riassunto e programma della sessione (10 min)**

#### **2. Fornire le informazioni relative all'impatto del trauma e dello stress (25 min)**

- Terapeuta: spiega al gruppo in modo molto semplice e breve che le esperienze traumatiche includono l'essere stato testimone di una rissa o del ferimento di qualcuno o persino di una sparatoria, aver assistito ad un incidente o aver visto una persona gravemente ferita. Molte persone sperimentano un trauma per tutta la vita.

\* Nota per i terapeuti: evitare di entrare nei dettagli relativi alle esperienze traumatiche dei pazienti. Questo non è il momento di elaborare l'evento traumatico. Lascia che i partecipanti menzionino qualcosa brevemente, ma fermali prima di entrare nei dettagli. Se il gruppo è abbastanza maturo puoi parlare di alcuni dei sintomi dello stress post-traumatico. Piuttosto che spiegare tutti i sintomi, è importante che vengano capiti.

### **3. Lavorare con il video (30 min)**

Per introdurre il problema del trauma e approcciare alle emozioni che possono essere spiacevoli o traumatiche, inizia con un piacevole stimolo visivo, come un film. Una proposta è quella di lavorare con un video di "The Ugly Duckling", che dura circa 5 minuti. Il video è muto e accompagnato da musica, si assiste ai vari stati emotivi dei personaggi tipici della storia. "The Ugly Duckling" è disponibile al seguente link<sup>3</sup>:

[http://www.youtube.com/watch?v=R\\_1-F\\_i8KKI&feature=player\\_embedded#](http://www.youtube.com/watch?v=R_1-F_i8KKI&feature=player_embedded#)

- Dopo aver visto il video, viene chiesto ai bambini cosa hanno pensato e quali emozioni hanno individuato nei personaggi. Poi viene fatto vedere una seconda volta, e successivamente sono chiamati a scrivere le emozioni dei personaggi. Infine, le attribuzioni emotive che ognuno ha scritto vengono condivise con il gruppo.

Spiegare le reazioni traumatiche del personaggio principale del film, nel caso degli adolescenti.

### **4. Chiudere e praticare la tecnica del rilassamento (5 min)**

<sup>3</sup> Per gli adolescenti raccomandiamo un film tedesco "4 minutes" diretto da Chris Kraus, dal minuto 16-18:30;

## **SESSIONE 4: EFFETTI DELLE ESPERIENZE TRAUMATICHE II**

### **1. Promemoria educativo sull'impatto del trauma e dello stress sulle emozioni (10 min)**

### **2. Intensità delle emozioni (5 min)**

### **3. Autoregolazione delle emozioni (20 min)**

- Ai partecipanti viene chiesto di pensare a un'esperienza che ha avuto un impatto su di loro. Questo esercizio sarà usato per rintracciare le emozioni, prestando attenzione all'emozione stessa, alla sua intensità (quanto è forte), quale situazione si innesca e quale strategia usa il bambino. Impostare le scale per valutare l'intensità; ad esempio, "solo un po' ", "un po'", "molto". Il terapeuta può usare una scala 0-3 o se preferisce da 0-10.
- È difficile per i bambini scegliere la situazione. Ecco perché possono essere aiutati invitandoli a pensare a una situazione avvenuta la scorsa settimana che ha prodotto una forte reazione nell'ambiente familiare, sociale o scolastico. Il terapeuta propone loro di scrivere la “causa scatenante”.
- Infine, il terapeuta chiede ai bambini di scrivere i pensieri che hanno accompagnato quelle emozioni. Gli ricorda che avere emozioni e pensieri è normale, e ciò che facciamo con loro è ciò che conta. Potrebbero persino pensare: "Colpirò questa persona" o "La ucciderò" o "Mi ucciderò". Si ricorda che può succedere di avere tutti questi pensieri. Il terapeuta afferma che essere onesti con se stessi (e con il gruppo) è difficile. Infine, gli si chiede di scrivere le strategie di coping. Gli esempi possono includere l'urlare contro l'insegnante, sbattere la porta o fare una passeggiata.

### **4. Trova l'emozione nel corpo (15 min)**

### **5. Riflettere sulle emozioni vissute dall'inizio allo stato attuale nel gruppo (15 min)**

### **6. Tecnica del rilassamento e chiusura del primo blocco (10 min)**

- Esercizio con trattamento adeguato (facoltativo)

## **BLOCCO 2. IMPARARE A GESTIRE LE EMOZIONI**

### **SESSIONE 5: GESTIONE DELLE EMOZIONI SGRADUEVOLI, STRATEGIE DI COPING NELLA MENTE CORPO E COMPORTAMENTO**

- 1. Collegamento con le sessioni precedenti (5 min)**
- 2. Psicoeducazione sulle tre parti delle reazioni emotive: la mente, il corpo e il comportamento (25 min)**

Attraverso la metafora del treno e dei tre vagoni (corpo, mente e comportamento), viene insegnato come le emozioni possono essere individuate su diverse parti di noi. Quando si ha una reazione emotiva, ci sono tre parti coinvolte: il corpo, la mente e il comportamento.

- Vengono richiesti esempi su ciascun vagone citato (corpo, mente e comportamento) e sono tutti incoraggiati a partecipare spiegando come pensano che un'emozione possa essere provata nel corpo, nella mente o attraverso il comportamento.
  - “Quando fai qualcosa in uno dei vagoni, puoi fermare l'intero treno. Puoi scegliere su quale vagone vuoi concentrarti. Puoi fermare più di un vagone se vuoi, ma non è necessario. Sei tu il conducente di questo treno”.
- 3. Poster su "Il treno delle emozioni" (35 min) / Identificare e valutare le attuali strategie di coping (30 min)<sup>4</sup>**
  - 4. Identificare e valutare le attuali strategie di coping (30 min)**
  - 5. Rivedere le abilità di coping e la SAVE Card (5 min)**

Questa sessione dovrebbe concludersi con una revisione delle capacità di coping di ogni adolescente e una revisione della "My SAVE Card". Ogni membro dovrebbe completare il piano con strategie personali per affrontare le emozioni negative e spiacevoli.

<sup>4</sup> Per adolescenti dai 13 ai 17 anni;

## **6. Tecnica di rilassamento e chiusura (10 min)**

### **SESSIONE 6: NUOVE ABILITA' DI COPING, AUTOSTIMA**

#### **1. Nuove strategie di coping (20 min)**

#### **2. Definizioni positive di sé stessi: focus sulle strategie di coping mentale (20 min)**

- Spiegare al gruppo che una strategia molto utile è pensare o dire qualcosa di positivo non appena ti rendi conto che stai pensando o dicendo qualcosa di negativo su te stesso. Ad esempio, invece di pensare: "Sono inutile", un adolescente può dire: "Faccio del mio meglio"
- Chiedere ai membri del gruppo di rilasciare diverse dichiarazioni positive su se stessi e di scriverle sul foglio
- Spiegare che le affermazioni di sé e altre strategie di coping NON sono progettate per nascondere o evitare i sentimenti, ma per dare ai bambini il controllo sulle proprie emozioni ed essere in grado di scegliere quando tollerare quelle spiacevoli.

#### **3. Riconoscimento degli aspetti positivi sugli altri membri del gruppo (25 min)**

- Spiegare che è difficile non solo vedere le cose positive in noi stessi, ma anche vedere gli aspetti positivi negli altri. A volte ci concentriamo solo sugli aspetti negativi negli altri, perché siamo stati rifiutati o danneggiati da qualcuno e abbiamo sofferto, ma non tutte le persone sono uguali e imparare a riconoscere gli aspetti positivi degli altri può aiutarci a fare amicizia e a non perdere il legame. Altre persone possono aiutarci nel fronteggiare le difficoltà.

\* Nota: Per alcune persone è difficile descriversi attraverso delle auto-affermazioni positive. Date alcune circostanze della vita, potrebbe essere necessario incoraggiare il gruppo. Vengono in mente più facilmente le idee negative su sé stessi e sul mondo. Inizialmente, pensare positivamente può sembrare sciocco o impossibile per alcune persone. Così il terapeuta aiuta ogni membro del gruppo a trovare almeno un'affermazione positiva di sé e che può aiutarlo a credere in sé stesso: qualità personali, abilità sul piano sportivo, sociale, artistico e culturale, ecc.

#### **4. Tecnica di rilassamento e chiusura (10 min)**

### **SESSIONE 7: NUOVE STRATEGIE DI COPING, AUTO-CURA**

#### **1. Ricordare come fermare il treno delle emozioni (10 min)**

#### **2. Violenza domestica (20 min)**

I terapeuti dovrebbero assicurarsi che i bambini effettuino una sessione individuale nei giorni successivi a questa sessione di gruppo.

Questo punto può contraddire l'approccio generale di MERITA, che non affronta direttamente le situazioni di violenza domestica subite dai bambini che partecipano al gruppo. I terapeuti potrebbero non voler affrontare in modo diretto questo problema per paura che i bambini possano rivivere le situazioni di violenza subita. È essenziale che valutino attentamente se il gruppo è preparato dopo il lavoro svolto durante le sessioni precedenti, con lo scopo di affrontare questo problema senza il rischio di una fuoriuscita emotiva da parte dei partecipanti.

La violenza tra genitori è affrontata qui dal punto di vista del coping e di ciò che i bambini potrebbero fare.

- Viene utilizzato il foglio "Violenza domestica". Il terapeuta distribuisce il file e lo legge nel gruppo. Ogni partecipante può leggere un paragrafo. Un'alternativa è visualizzare il video sulla prevenzione della violenza domestica realizzato dal nostro team: tratta di un ragazzo di 9 anni che narra l'esperienza di assistere alla violenza; spiega quanto si sente male e offre possibili alternative (<https://www.project-save.eu/>).
- Dopo la lettura, lasciare che i bambini esprimano opinioni e commenti. Alcuni dei bambini possono evocare esperienze personali; essere empatici e incoraggiarli ad affrontare questi problemi nello spazio della terapia individuale.

#### **3. Presentare la tecnica del rilassamento attraverso i 5 sensi (25 min)**

- Il terapeuta propone ai partecipanti del gruppo di scrivere qualcosa in relazione a ciascuno dei 5 sensi che li rassicura (udito, olfatto, gusto, vista e tatto). Ad esempio, sentire, ascoltare la musica che gli piace; toccare, un massaggio, ecc. Discutere le strategie che ha già usato per calmarsi e le situazioni in cui li ha usati. Rafforzare l'uso di appropriate strategie utili a mantenere la calma.

#### 4. Rilassamento e chiusura (10 min)

### SESSIONE 8: COMPETENZE PER UNA COMUNICAZIONE CHIARA

Introduzione al gruppo:

"Hai il diritto di dire" no "o di chiedere in caso di dubbio. Il modo migliore per farlo è usare le parole piuttosto che le azioni. "

#### 1. Link alle sessioni precedenti (5 min)

#### 2. Presentare le abilità per una comunicazione chiara: esprimere il tuo punto di vista e dire quello che vuoi (20 min)

- Il terapeuta domanda se conoscono cos'è la comunicazione e se pensano di saper comunicare bene con i loro amici, familiari, insegnanti, ecc. Viene detto loro che ci sono molti bambini e adulti che hanno difficoltà e che oggi verranno forniti due messaggi chiave per una buona comunicazione.

➤ ESPRIMERE IL TUO PUNTO DI VISTA

➤ DIRE COSA VUOI

#### 3. Gioco di ruolo per una comunicazione chiara (20 min)

Spiegare che in questi gruppi verrà insegnato come affrontare problemi simili. Ci si concentrerà su come comunicare bene con gli altri e che il modo migliore è esercitarsi, attraverso la rappresentazione di giochi di ruolo, o ciò che per loro chiameremo "teatro".

- Tutti i membri del gruppo devono partecipare al gioco di ruolo. Il terapeuta può stimolare i più inibiti, riconoscendo che potrebbe sembrare difficile la prima volta, ma che andando avanti lo diventerà sempre di meno.
- È anche importante sottolineare quanto sia importante la comunicazione non verbale come gesti, posizioni, espressioni e tutto ciò che viene visto anche se non detto. I gesti di interesse potrebbero essere l'ascolto, il cenno del capo, le espressioni facciali di interesse, ecc. Questi sono quelli che puoi usare e aggiungere nel gioco di ruolo.

#### **4. Identificare le situazioni difficili ed eseguire un gioco di ruolo (20 min)**

#### **5. Respirazione, rilassamento, visualizzazione (10 min)**

### **BLOCCO 3. COMPRENDERE NEL MODO CORRETTO GLI ALTRI**

#### **SESSIONE 9: ASSERTIVITÀ E RECIPROCIÀ**

##### **1. Presentazione del terzo blocco (5 min)**

##### **2. Sapere come dire "No" e saper ascoltare (15 min)**

- Chiedere al gruppo se qualcuno ha qualche esempio di una situazione recente in cui avrebbe voluto dire "no" ma non poteva. Chiedere al gruppo di aiutare a identificare come la persona avrebbe potuto dire "no" con rispetto.
- Spiegare quanto sia importante sapere dire "no" e sapere come ascoltare gli altri. Saper ascoltare ed essere aperti su ciò che l'altra persona intende dirci, sono essenziali per una buona comunicazione, ma lo è anche se si intende dire "no".



- Per molti bambini che hanno subito traumi e / o situazioni traumatiche può essere molto difficile dire "no".

### **3. Gioco di ruolo dell'assertività e della reciprocità (30 min)**

### **4. Diritti e doveri personali di base (10 min)**

- Distribuire la scheda "Diritti personali di base". Spiegare che, come esseri umani, ogni persona ha diritto a tutto ciò che è nella scheda, non importa chi sia o cosa abbia fatto (promuovere il dialogo nel gruppo).
- Distribuire la scheda "Obblighi personali di base". Spiegare che, oltre ai diritti, ogni essere umano ha anche il dovere di garantire i diritti degli altri. Sottolineare l'importanza di riconoscere questi doveri e le loro conseguenze. Non dimenticare i tuoi diritti o i tuoi doveri!

### **5. Rivedere le abilità di coping e la SAVE Card (15 min)**

## **SESSIONE 10: SAVE CARD E LE BUONE RELAZIONI TRA COMPETENZE DI GIOCO / NEGOZIAZIONE**

### **1. Collegamento con sessioni precedenti (5 min)**

### **2. My SAVE Card (25 min)**

- Questa scheda è scritta e rivista individualmente con l'aiuto del terapeuta. Si consiglia di terminarla nella sessione 11 in modo che nell'ultima sessione ci siano solo attività di gruppo.

### **3. Compito comune: costruzione del Game of Good Relations (Gioco delle buone relazioni) (35 min)/capacità di negoziazione e cooperazione (35 min)**

The Game of Good Relations è un adattamento MERITA del classico gioco dell'oca<sup>5</sup>.

È un gioco in cui si alternano domande su tutti gli argomenti trattati con giochi di ruolo su comunicazione, assertività e negoziazione e viene presentato come una revisione generale dell'intera terapia. In questa sessione il gioco è pronto per essere svolto nella sessione successiva. Usando un gioco che tutti conoscono, viene stimolata la loro attenzione e collaborazione.

### **Capacità di negoziazione e cooperazione<sup>6</sup>**

Le capacità di negoziazione sono necessarie in molte situazioni interpersonali. La negoziazione spesso implica la combinazione di cooperazione e autonomia e richiede un duro apprendimento. Il successo nella negoziazione implica che gli adolescenti possano contrastare le loro diverse posizioni, pur mantenendo una relazione di tipo cooperativo; cioè, gli adolescenti possono mantenere un equilibrio tra l'affermazione delle loro posizioni e la cooperazione e la fiducia.

### **Discussione di gruppo / visualizzazione (opzionale, 15 min)**

### **4. Respirazione, rilassamento e chiusura (5 min)**

## **SESSIONE 11: COMPETENZE SOCIALI E RECUPERO DELLA FIDUCIA**

### **1. Ricordare che questa è la penultima sessione (5 min)**

Il terapeuta comunica che inizia la penultima sessione; pertanto, il gruppo sta per concludersi e questo evoca pensieri ed emozioni in tutti i partecipanti.

\* Nota per i terapeuti: le ultime due sessioni sono dedicate al rafforzamento delle abilità e delle conoscenze sviluppate nelle sessioni precedenti. Possono includere attività programmate nelle sessioni precedenti per le quali non c'era tempo, che si svolgevano rapidamente o che devono essere ripetute in alcune aree che i terapeuti desiderano esplorare ulteriormente.

<sup>5</sup> Il gioco dell'oca è un classico gioco da tavolo in cui ogni giocatore lancia un dado e fa avanzare il proprio segnalino su una tavola a forma di spirale con quadrati a motivi geometrici. A seconda del quadrato su cui cade, vai avanti o indietro e su alcuni quadrati è indicata una punizione

<sup>6</sup> La sessione di competenze di negoziazione viene offerta dai 13 ai 17 anni;

## **2. Praticare le abilità sociali (10 min)**

- **Il terapeuta invita i bambini a spiegare alcuni conflitti relazionali che hanno avuto di recente e suggerisce un gioco di ruolo.**

## **3. Il gioco della guida e del cieco (20 min)**

## **4. L'importanza di potersi fidare di un'altra persona (10 min)**

## **5. Pratica nel sapere di chi fidarsi (10 min)**

- Il terapeuta racconta una storia legata alla fiducia, ed i partecipanti devono identificare da 3 a 5 tratti o caratteristiche personali che renderebbero un amico affidabile e da 3 a 5 tratti o caratteristiche personali che indicano che un amico NON è affidabile. I contributi del gruppo sono scritti in due colonne ("Affidabile" e "Inaffidabile") sulla lavagna.

## **6. Terminare la SAVE card (10 min)**

In questa sessione è molto importante che i partecipanti esaminino e finalizino la "My SAVE Card".

## **7. Chiudere (5 min)**

# **SESSIONE 12: CONSOLIDAMENTO E SALUTI**

Ordine del giorno:

## **1. Gioco delle buone relazioni (40 min) / Festa d'addio<sup>7</sup>**

- Il terapeuta introduce il gioco delle buone relazioni. È un gioco in cui vengono poste domande su tutti gli argomenti precedentemente trattati attraverso giochi di ruolo relative ad emozioni,

<sup>7</sup> La festa di addio è opzionale per gli adolescenti dai 13 ai 17 anni. Dovrebbe essere divertente ed eseguita in un'atmosfera rilassata dove le attività prioritarie possono essere ripetute;

comunicazione, assertività, negoziazione, ecc., Vengono presentate come revisione della terapia di gruppo.

- Dovrebbe essere divertente ed eseguito in un ambiente rilassato.

## **2. Valutazione (25 min)**

- La valutazione viene eseguita con l'intero gruppo. Il terapeuta pone al gruppo diverse domande e incoraggia tutti a esprimere apertamente le proprie opinioni.

– Come ti sei sentito nel gruppo?

-- Quali aspetti della terapia ti sono piaciuti di più? Cerca di specificare le attività che hai preferito.

-- Quali suggerimenti o proposte hai per migliorare la terapia? (quali aspetti aggiungeresti / rimuoveresti, spenderesti più / meno tempo su ...)

-- In che modo il gruppo ha aiutato ognuno di voi?

-- Quali aree rimangono da migliorare?

- Il terapeuta fornisce a ogni bambino la My SAVE card per aiutarli a riflettere sugli aspetti migliorati e quelli che rimangono da migliorare. Questa carta viene portata a casa come promemoria e rinforzo dello scopo del gruppo.

## **3. Saluti (10 min)**

## **Bibliografia:**

1. Augustyn M, Groves BM. Training Clinicians to Identify the Hidden Victims. *American Journal of Preventive Medicine* [Internet]. 2005 Dec; 29(5):272–8. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0749379705003193>
2. Kering PA, FAE, BCA, & WM. Assessment and intervention for PTSD in children exposed to violence. In R. A. Geffner, P. G. Jaffe, & M. Suderman (Eds.), *Children Exposed to Domestic Violence: Current Issues in Research*. Geffner RAJPGSM, editor. New York: The Hawort Press; 2000
3. National Child Traumatic Stress Network. *Interventions for Children Exposed to Domestic Violence: Core Principles*. 2015;
4. Graham-Bermann SA, Lynch S, Banyard V, DeVoe ER, Halabu H. Community-Based Intervention for Children Exposed to Intimate Partner Violence: An Efficacy Trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. Apr. 2007;75(2):199–209
5. Overbeek MM, de Schipper JC, Willemen AM, Lamers-Winkelmann F, Schuengel C. Mediators and Treatment Factors in Intervention for Children Exposed to Interparental Violence. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*. 2017; 46(3):411–27
6. Downing G, Wortmann-Fleischer S, von Einsiedel R, Jordan W, Reck C. *Infant and early childhood mental health: core concepts and clinical practice*. Brandt K, editor. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2013. 261–280
7. Facchini S, Martin V, Downing G. Pediatricians, Well-Baby Visits, and Video Intervention Therapy: Feasibility of a Video-Feedback Infant Mental Health Support Intervention in a Pediatric Primary Health Care Setting. *Frontiers in Psychology* [Internet]. 2016 Feb 16 [cited 2020 Jul 10];7:179. Available from: [/pmc/articles/PMC4754769/?report=abstract](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26444444/)
8. Feldman R. *Coding interactive behavior manual*. Unpublished Manual. 1998

9. Høivik SS, Lydersen S, Drugli BB, Onsøien R, Hansen BB, Nielsen BSB. Video feedback compared to treatment as usual in families with parent-child interactions problems: A randomized controlled trial. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*. 2015 Feb 12; 9(1)
10. Downing G. Work with mentalization in Video Intervention Therapy: Help for children, adolescents, and their parents. In *Strumenti de valutazione e interventi de sostengo alla genitorialita*. Lambruschi F& LF, editor. Rome: Carocci; 2015
11. Shea MT, McDevitt-Murphy M, Ready DJ, Schnurr PP. Group therapy. *Effective treatments for PTSD: Practice guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies*. Foa EBKTM; FMJCJA, editor. Guilford Press.; 2009. 306–326
12. Lacasa F, Alvarez-Segura M, Navarro MA, Ortiz E, Richart T. *Manual de Tratamiento grupal de Regulación Emocional e Interpersonal para niños y adolescentes*. Barcelona: Ediciones San Juan de Dios; 2014
13. Cloitre M, Koenen KC, Cohen LR, Han H. Skills training in affective and interpersonal regulation followed by exposure: A phase-based treatment for PTSD related to childhood abuse. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2002;70(5):1067–74
14. Cloitre M, Cohen L, Koenen K. *Treating Survivors of Childhood Abuse. Psychotherapy for the Interrupted Life*. New York: The Guildford Press; 2006
15. Cloitre M, Stovall-McClough KC, Miranda R, Chemtob CM. Therapeutic alliance, negative mood regulation, and treatment outcome in child abuse-related posttraumatic stress disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2004 Jun;72(3):411–6
16. Lacasa F, Álvarez M, Navarro MÁ, Richart MT, San L, Ortiz EM. Emotion Regulation and Interpersonal Group Therapy for Children and Adolescents Witnessing Domestic Violence: A Preliminary Uncontrolled Trial. *Journal of Child and Adolescent Trauma* [Internet]. 2018;11(3):269–75. Available from: <http://dx.doi.org/10.1007/s40653-016-0126-8>

17. Fonagy P, Target M. Attachment, Trauma and Psychoanalysis: Where psychoanalysis meets neuroscience. In *Mind to Mind: Infant Research, Neuroscience, and Psychoanalysis* . 1.<sup>a</sup>. Jurist E, Slade A, Bergner S, editors. New York: Other Press; 2008. 15–49.

# **CAPITOLO 4**

## **PROGRAMMA DI SUPPORTO POST-TRAUMA PER FAMIGLIE: PROGRAMMI FAMILIARI**

Flavia Cirillo<sup>1</sup>; Celia Nogueira<sup>2</sup>; Fernando Lacasa<sup>3</sup>; Anna Butjossa<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Psicoterapeuta familiare, Dipartimento di Scienze neurologiche e Psichiatriche, Unità di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza, IRCCS Ospedale pediatrico Bambino Gesù, Roma, Italia

<sup>2</sup>Psicoterapeuta familiare del CSMij Cornellà — Ospedale Sant Joan de Déu, Barcellona. Programma TEVI

<sup>3</sup>Psicologo infantile e dell'adolescenza del CSMij Cornellà — Ospedale Sant Joan de Déu, Barcellona.  
Programma TEVI

### **1. IL CICLO DELLA VIOLENZA: DOVE SI INCONTRANO IL RELAZIONALE E IL BIOLOGICO**

È impossibile immaginare lo sviluppo di un essere umano indipendente dalle relazioni con altri esseri umani. A partire dalla nascita, le componenti biologiche, psicologiche e relazionali interagiscono per garantire uno sviluppo sano. L'individuo nasce e cresce all'interno di una rete di relazioni, motivo per cui, coloro che devono prendersi cura del bambino e della sua crescita, se non sono in grado di farlo per molteplici motivi, possono influenzare la traiettoria dello sviluppo del bambino. Le cure malsane possono costituire un fattore di rischio per l'insorgenza di quadri psicopatologici. Fattori come l'abuso, l'abbandono e la violenza in famiglia aumentano il rischio di produrre problemi emotivo- comportamentali fino ad arrivare a quadri psicopatologici come lo stress post-traumatico, interrompendo così i sistemi in evoluzione come quello dell'attaccamento. I precoci problemi emotivo- comportamentali associati ad un attaccamento insicuro o disorganizzato aumentano i sentimenti di vulnerabilità e influenzano ulteriormente lo sviluppo di reazioni psicopatologiche di fronte ai successivi eventi della vita (1).



La “relazione” è la base dello sviluppo umano e della trasmissione di stili comportamentali da generazione a generazione. Il modo in cui l'attuale generazione si preoccupa della prole oppure no, può influenzare il modo in cui le generazioni successive si preoccuperanno o non riusciranno a farlo.

Gli interventi terapeutici volti ad affrontare la violenza in famiglia hanno formati diversi e comportano l'attuazione di più strategie complementari. È necessario un intervento individuale per affrontare la psicopatologia ed effettuare il recupero delle risorse personali. Allo stesso tempo è necessario un intervento per modificare gli schemi relazionali famigliari e fornire feedback sulle risposte violente. Ciò dovrebbe essere associato a strategie di gruppo volte a migliorare i disturbi che i modelli di violenza causano nella socializzazione. Queste strategie possono essere trattate in più setting terapeutici. Nel caso di relazioni violente, subite in famiglia, si effettua un percorso di terapia familiare, se esse si manifestano anche nelle relazioni con i coetanei si svolge una terapia di gruppo. Infine se le relazioni violente influenzano la regolazione emotiva e la capacità di distinguere i segnali sociali, si effettua una terapia individuale.

**Il maltrattamento è un modello relazionale** che si estende oltre singoli episodi di aggressione (2). È un fenomeno di natura relazionale, prodotto nel cuore della relazione. Invece di parlare di individui che sono intrinsecamente abusanti, dobbiamo parlare di relazioni abusanti di vario genere e grado, senza considerare alcun caso come caso assoluto (3). Se semplifichiamo eccessivamente la complessità del maltrattamento, limitiamo la possibilità di agire e risolvere il problema (4).

La violenza nella famiglia è un problema strutturale originato da una relazione specifica (5) e deve essere definita **in termini di una sequenza di atti e atteggiamenti che conducono alla violenza, in modo da permetterci di svolgere un lavoro relazionale globale**. Siamo tutti in grado di cambiare il nostro sistema cambiando il ruolo che svolgiamo in esso (5). È importante evitare definizioni restrittive e semplicistiche, mentre tutti i cambiamenti devono essere supportati da una **definizione dinamica dell'interazione**, con ogni persona responsabile di ciò che accade e di ciò che può derivare dal cambiamento (6). Nessuno considerato una "vittima" può emergere da quella condizione senza prima capire come vi partecipa, in modo da poterlo modificare, e nessun "bullo" può lasciarsi alle spalle quel ruolo senza prima immaginare di avere la libertà di farlo (6).

Le interazioni violente creano tra i membri un insieme di relazioni complesse. Le azioni esplicitamente violente si mescolano con altre, più sommerse: insabbiamenti, omissioni, smentite, collusione ed emarginazione, nonché altre di natura opposta come compensazione, riparazione, consolazione (3). Il primo obiettivo nel lavoro familiare è quello di proteggere i bambini e gli adolescenti. Una volta che sono state prese misure sufficienti per fermare il maltrattamento, lavorare con la famiglia diventa praticabile. Laddove

è possibile coinvolgere nel lavoro familiare l'autore della violenza, spesso si riscontra che chi fa ricorso ad atteggiamenti violenti è consumato da sentimenti di rabbia e paura, e sente che non ha altri mezzi per affermarsi se non con la violenza. In altre parole mostra un'impotenza estrema (7).

L'esperienza clinica e la letteratura mettono in luce la presenza di una relazione fra il comportamento abusante in età adulta e l'esperienze infantili sfavorevoli. Anche se non vi è una correlazione diretta è possibile rintracciare nella storia infantile dell'abusante episodi di violenza e di trascuratezza fino a far emergere la figura di un bambino traumatizzato e ferito. Generazione dopo generazione si condivide l'esperienza di crescere in famiglie disfunzionali "vittime di una sorta di ingiustizia sociale". I bambini nascono, crescono e diventano adulti in una società che fa poco per sostenerli o istruirli su come trattare i propri figli. Allo stesso modo, la società non riesce a proteggere i bambini o ad aiutarli a imparare come essere genitori in futuro. I bambini maltrattati sono vittime di madri e padri che non hanno imparato a loro volta ad essere genitori, proprio come i loro progenitori che non hanno avuto l'opportunità di apprenderlo (8). Il passaggio da una generazione ad un'altra di schemi interattivi disfunzionali, senza possibilità di trasformarli e correggerli è un elemento a supporto della trasmissione della violenza e di come essa può essere appresa.

Il modello per il trattamento della famiglia include l'idea che per i genitori di oggi la principale fonte di risorse che consentono loro di trattare bene i propri figli nasca dalle stesse esperienze positive che hanno avuto con i genitori quando erano bambini (9). Queste risorse sono attivate facendo ricorso all'è esperienze materne e paterne vissute. Tuttavia, se il trattamento familiare non è sufficiente per far emergere le risorse positive, si cercherà di farle emergere attraverso una relazione terapeutica individuale.

Il funzionamento della famiglia come fonte di resilienza implica un ambiente familiare ricco di affetto, stabilità e regole di comportamento appropriate e chiare. Gli adulti con capacità di empatizzare e di accudire i figli, contribuiscono a sviluppare legami di attaccamento sicuri e protetti (8).

## **2. FATTORI DI RISCHIO CHE PROMUOVONO LA VIOLENZA**

Come inizia la violenza? L'inizio degli episodi di violenza domestica può dipendere da uno o più eventi negativi particolari. La violenza domestica e i maltrattamenti sorgono e si sviluppano attraverso catene di feedback relazionali: ciò significa che la violenza deve essere letta e vissuta come una "Patologia della relazione" (10).

Dal momento che si tratta di una patologia della relazione in grado di confondere e distorcere le esperienze emotive, gli adulti che maltrattano quasi mai lo fanno con intenzionalità e lucida determinazione. Appare fondamentale pertanto quando si parla di interventi contro la violenza domestica non solo proteggere i più fragili delle dinamiche familiari ma coinvolgere, quando è possibile anche coloro che maltrattano o che sono a rischio di agire il maltrattamento, allo scopo di accompagnarli in un percorso di consapevolezza dei danni che infliggono ai familiari.

Esistono più fattori di rischio alla base del funzionamento familiare, che aumentano la probabilità di sviluppare schemi interattivi violenti. I principali fattori di rischio (11) sono identificati come:

- Povertà
- Disoccupazione
- mancanza di istruzione
- maltrattamenti subiti durante l'infanzia
- disfunzione parentale
- scarse interazioni familiari
- violenza di vicinato

La tensione socioeconomica, la discordia coniugale e i problemi dei genitori sono stati studiati come fattori di rischio per comportamenti severi e offensivi all'interno della famiglia. Si ritiene che questi fattori di rischio influenzino negativamente la capacità dei genitori di usare strategie di disciplina positive ed efficaci. La presenza di condizioni stressanti nel sistema familiare può aumentare l'ostilità e il conflitto dei genitori, interferendo con la capacità di negoziazione, l'assunzione di responsabilità e il riconoscimento dei bisogni e delle cure dei bambini. Il forte conflitto può essere espresso in forme di violenza all'interno della famiglia e coinvolgere i bambini esponendoli a dinamiche aggressive, rendendo la famiglia negligente, caotica e maltrattante (12).

Indipendentemente dalla forma di violenza subita dal bambino, la paura è una componente sempre presente poiché il bambino è costretto a vivere in una condizione di terrore costante a causa della presenza di comportamenti minacciosi e intimidatori che determinano sentimenti di inadeguatezza e impotenza, nonché la sensazione di essere totalmente indifeso e incapace di chiedere o ricevere aiuto.

Ciò ha un impatto diretto sulla percezione della sicurezza personale, provocando elementi imprevedibili e fonti di insicurezza insite nell'ambiente affettivo primario. "La presenza di un genitore al contempo figura protettiva ma anche fonte di trascuratezza e abuso o del quale si ha paura, destabilizza profondamente il bambino e le sue percezioni rispetto a chi è da ritenersi affidabile, presente, buono e chi invece spaventa, minaccia ed è cattivo "(13). Quando oltre alla violenza assistita, si instaurano anche altre condizioni di rischio, ovvero il vero e proprio maltrattamento infantile e le pratiche genitoriali avverse, la probabilità di una reiterazione dei comportamenti violenti diventa ancora più alta (14). In questi casi "l'ambiente familiare è caratterizzato da gravi disfunzioni che incidono sulla capacità del bambino di autoregolare le proprie emozioni, le sue percezioni e le aspettative nei confronti degli altri che saranno caratterizzate, ad esempio, dall'incapacità di stabilire reciprocità emotive" (15).

Ne deriva una compromissione delle dimensioni afferenti al funzionamento familiare in cui l'irritabilità di un membro, la comunicazione assente, i conflitti e la difficoltà di riconoscimento dei problemi possono portare a litigi fino alla violenza. Questo può trasformarsi in un ciclo negativo in cui le dimensioni malfunzionanti provocano violenza e la violenza genera malfunzionamento in una spirale senza fine



La figura illustra come la violenza nasce e cresce all'interno delle dimensioni della famiglia che si influenzano reciprocamente e ogni dimensione è a sua volta causa ed effetto delle altre.

Risulta pertanto evidente come la violenza domestica ed il malfunzionamento familiare siano strettamente connessi tra di loro.

E' importante trovare modi per interrompere questo ciclo negativo perché ciò aiuta a migliorare il funzionamento familiare. In questo ambito, il modello McMaster rappresenta un importante strumento per aiutare a comprendere il funzionamento familiare. Esso agisce sul ciclo negativo attraverso l'analisi delle dimensioni familiari e l'intervento sulle stesse. Si tratta di uno strumento in grado di aiutare i terapeuti a fornire interventi efficaci alle famiglie.

### **3. ROTTURA DEL CICLO DELLA VIOLENZA: TERAPIA FAMILIARE**

Come professionisti, siamo impegnati a comprendere e sostenere il cambiamento dei membri della famiglia e di intervenire per proteggere i diritti dei bambini e degli adolescenti. L'intervento della legge è necessario ma non sufficiente. Aiuta a esporre e stabilire i limiti dei comportamenti che circoscrivono il nostro intervento. Inoltre, attingendo alle risorse di cui dispongono le famiglie, cerchiamo di aiutarle a riorganizzare le loro vite senza violenza per interrompere il ciclo della sofferenza che si trasmette di generazione in generazione.

La terapia familiare, ponendo il focus sulla violenza in famiglia, ha lo scopo di migliorare le relazioni di fiducia dei bambini che hanno subito maltrattamenti o abusi, aiutandoli a prevenire o a ridurre gli esiti psicopatologici, che emergono spesso in queste condizioni (17). Una famiglia può funzionare come unità di comprensione e soluzione ai fenomeni di violenza, proprio perché è nella famiglia che possono emergere queste possibilità (6).

Al fine di mantenere un'ampia prospettiva che includa tutti gli attori della famiglia e le possibili situazioni che potrebbero interferire con il suo funzionamento, utilizziamo gli elementi del Modello di terapia familiare McMaster, sia nell'Ospedale Bambino Gesù di Roma che nell'Ospedale Sant Joan de Déu a Barcellona, a cui aggiungiamo elementi che abbiamo sviluppato dalla nostra esperienza.

### **4. MODELLO DI VALUTAZIONE PER FAMIGLIE CON DINAMICHE VIOLENTE**

Il modello McMaster si basa sul sistema familiare, la cui struttura e organizzazione sono fattori importanti per spiegare il comportamento dei membri della famiglia. I modelli relazionali del sistema familiare influenzano il comportamento dei membri, determinandone il funzionamento generale (16). La violenza

domestica ha un suo modello relazionale che contribuisce a renderla degenerativa e pericolosa. Il modello McMaster ci aiuta a identificare modelli relazionali, i fattori che causano la violenza e le dimensioni malfunzionanti.

Nella nostra intenzione di essere guidati dai principi teorici e pratici del modello, non abbiamo mai dimenticato quanto sia fondamentale innanzitutto valutare la gravità della violenza domestica e quando intervenire per proteggere i membri prima di indagare sulle loro dinamiche relazionali.

L'adozione del modello McMaster contribuisce a:

- riconoscimento di comportamenti violenti
- riconoscimento degli effetti negativi della violenza
- promozione dell'autoefficacia dei genitori
- miglioramento dello stile genitoriale

Il modello si basa sull'aiutare la famiglia a sviluppare la comprensione e agire per risolvere le difficoltà familiari, lavorando con un terapeuta collaborativo che fa sentire i pazienti ascoltati e compresi. Il terapeuta aiuta a sviluppare una storia significativa basata su relazioni e percezioni dei bambini e della famiglia.

#### **4.1 PILASTRI FONDAMENTALI DEL MODELLO MCMASTER**

Il modello McMaster si basa su tre pilastri fondamentali: l'efficacia delle relazioni, la valutazione del funzionamento familiare, l'attivazione e la risoluzione dei problemi (16).

- **L'efficacia delle relazioni** in cui il terapeuta è impegnato a comprendere i bambini, i genitori e il funzionamento della famiglia in cui sono inseriti. Tale efficacia si basa su un atteggiamento collaborativo, che fa sentire i pazienti ascoltati e capiti. Particolare attenzione è rivolta al consenso, alla fiducia, alla riservatezza e ai confini professionali; il terapeuta aiuta i pazienti a sentirsi a proprio agio e a gestire l'espressione emotiva, ma è importante mantenere i limiti professionali. È fondamentale comunicare alla famiglia che il terapeuta ha lo scopo di cercare di porre rimedio ai problemi familiari che hanno creato situazioni difficili.

*Esempio: il terapeuta dice: "Ho motivo di credere che siate in grave difficoltà. Vi chiederò di completare alcuni test sulla natura del funzionamento della famiglia. Quindi, vi chiederò, al termine della terapia, di rifarli. Mi aiuterete. Ci saranno momenti in cui chiederò a vostro/tuo figlio di non venire per discutere di qualcosa che riguarda molto di più la relazione di coppia".*

- **La valutazione del funzionamento familiare e delle dimensioni critiche.** Il terapeuta analizza ed esplora le percezioni delle diverse dimensioni della famiglia e fino a che punto interferiscono nella vita dei singoli membri.

*Esempio: il terapeuta dice: "Vi farò alcune domande per capire meglio che tipo di famiglia siete e come agite quando siete tutti insieme. Non voglio giudicarvi dal problema che avete. La mia intenzione è solo quella di capire come ciascuno di voi percepisce i problemi familiari e cosa ognuno fa per affrontarli. "*

- **L'attivazione e la risoluzione dei problemi.** "Attivare" i genitori significa comprendere l'importanza della riflessione su a) cosa ha portato alla disfunzione familiare e b) cosa deve essere fatto per trovare soluzioni. "Attivazione" descrive un cambiamento nell'orientamento mentale nei genitori. La risoluzione dei problemi fa parte di questo processo di attivazione.

*Esempio: il terapeuta mira ad aiutare la famiglia a non ripetere lo stesso modello mentale e comportamento disfunzionale. Raggiungere qualcosa (non importa quanto piccolo) aiuta l'autostima e cambia i modelli interattivi.*

Il modello McMaster comprende due strumenti: il FAD (Family Assessment Device), un questionario di autovalutazione progettato per valutare le dimensioni della famiglia e basato sulle impressioni degli individui sul funzionamento della propria famiglia, e il Mcsiff (McMaster Structured Interview of Family Functioning), un'intervista strutturata sul sistema familiare su carta (16).

Il compito dell'intervistatore è quello di chiedere, rivedere ed esplorare in profondità ogni dimensione per ottenere informazioni sufficienti in modo da poter effettuare una valutazione chiara e ragionevole dell'efficacia della famiglia nella gestione dei componenti di ciascuna dimensione. Per questi motivi, il modello McMaster consente di valutare un'ampia gamma di fattori che caratterizzano il funzionamento familiare; tra questi, uno dei principali è rappresentato da episodi di violenza domestica. Per trarre vantaggio

dal modello, la sua gestione richiede la conoscenza della violenza domestica; i terapeuti devono sapere come si verifica la violenza domestica, come identificarla e come aiutare i genitori a capirla, gestirla e affrontarla.

La violenza domestica ha alcune caratteristiche peculiari. Sulla base delle nostre osservazioni cliniche possiamo affermare che una buona percentuale di famiglie in cui si verifica la violenza domestica presenta una struttura interna instabile, a livello di relazione e di coppia e in termini di organizzazione. I genitori hanno spesso conflitti irrisolti con le proprie famiglie. In questo tipo di situazione familiare i bambini vivono in un clima violento e sono in grado di assistere a scene di violenza o di vivere in un'atmosfera intrisa di violenza. In tali famiglie, i genitori hanno generalmente subito precedenti maltrattamenti o abbandoni durante l'infanzia o mancanza di garanzie affettive. L'insoddisfazione cronica nei confronti dei propri bisogni strumentali (pratici), emotivi e di attenzione viene spesso espressa con rabbia fino al punto di compiere maltrattamenti.

Durante il trattamento, osserviamo spesso alti livelli di eccitazione improvvisa e sentimenti di non essere compresi o ascoltati da un membro della famiglia. Inoltre, osserviamo un atteggiamento nei confronti della violenza da parte dell'abusante come fosse uno strumento per risolvere i problemi o per raggiungere i propri obiettivi.

I familiari presentano una distorsione nell'interpretazione degli affetti e delle relazioni, arrivando al punto di non discriminare più tra violenza e normalità. La sofferenza delle prime esperienze si trasforma in adattamento. Molto spesso i genitori rispondono "cosa abbiamo fatto di sbagliato?" oppure "anche mio padre l'ha fatto e io non ho sofferto". In questo tipo di situazioni le famiglie forniscono spiegazioni per comportamenti violenti e creano le loro motivazioni. In questo modo, la vittima e l'aggressore possono "sopravvivere".

Le famiglie presentano caratteristiche multi-problematiche e molteplici fattori di rischio cumulativi. Spesso queste famiglie sono note ai servizi territoriali per comportamento anomalo, per problemi psichiatrici e / o per motivi economici. È difficile discernere le diverse forme di abuso, ma quasi tutte presentano maltrattamenti multipli tra genitori e tra genitori e figli. Hanno anche atteggiamenti negativi nei confronti di trattamenti specialistici e preferiscono risolvere i loro problemi in modo indipendente. Solo nelle circostanze più urgenti le famiglie violente contattano i servizi territoriali.

## **4.2 VALUTAZIONE DEL FUNZIONAMENTO FAMILIARE E DELLA VIOLENZA**



La violenza è strettamente collegata alle alterazioni del funzionamento familiare. È importante ricordare che il livello di funzionamento è verificato dal terapeuta attraverso l'analisi delle dimensioni del modello McMaster, che sono risoluzione dei problemi, reattività/risposta affettiva, controllo del comportamento, coinvolgimento affettivo, comunicazione e ruoli. A dimostrazione dell'importanza di queste dimensioni, uno studio ha evidenziato la frequenza con cui i partner identificano la comunicazione come un problema maggiore nel matrimonio rispetto all'aggressione fisica. Inoltre, segnalano comunicazioni meno costruttive per colpa reciproca e maggiore evitamento (18).

Per comprendere il funzionamento della famiglia, è importante esaminare in profondità le dimensioni e le caratteristiche principali legate agli episodi di violenza domestica:

1. In generale, nelle famiglie violente c'è l'incapacità di affrontare i problemi per paura di generare conflitti.
2. Spesso la rabbia o l'ostilità di un partner, unita alla scarsa capacità di risolvere problemi e discordia nelle relazioni, rappresentano un fattore predittivo significativo della violenza.
3. Nelle famiglie violente il controllo del comportamento altrui può degenerare in scatti di ira e violenza a scopo educativo verso i figli e verso il partner.
4. Generalmente nelle famiglie violente il grado di vicinanza tra le persone può essere descritto nei loro stili di attaccamento (sicuro, ansioso o sprezzante). Le relazioni caratterizzate da ostilità e distacco hanno la massima aggressività fisica e le coppie distaccate e ostili hanno maggiori probabilità di avere famiglie in conflitto e bambini con problemi comportamentali.
5. Nelle famiglie violente c'è la paura di sollevare argomenti per timore che l'altro possa arrabbiarsi.
6. In generale, una discrepanza di potere in un matrimonio in cui un partner è succube è un fattore di rischio per la violenza tra marito e moglie.
7. La delegittimazione del ruolo da parte di un partner rispetto a un altro può trasformarsi in mortificazione e violenza psicologica.

Quando tre o più di queste caratteristiche sono presenti e persistono nel tempo, possono indicare una famiglia con dinamiche violente. È possibile intercettare queste caratteristiche analizzando le dimensioni del funzionamento familiare, permettendoci di riconoscere comportamenti violenti nelle diverse dimensioni del funzionamento familiare, come (19):

#### **4.2.1 Risoluzione dei problemi:**

- L'unità familiare non riconosce l'esistenza di un problema o la sua entità e non ha gli strumenti per agire.
- La famiglia non identifica correttamente il problema. Ciò può attivare la proiezione, lo spostamento o la distorsione.
- La famiglia è vagamente consapevole del problema, ma non può discuterne, impedendone l'identificazione.
- La famiglia non può affrontare il problema se non generando più conflitti.

*Esempio: quando la famiglia ha preso una decisione, a volte il figlio ha contribuito a prenderla. Tuttavia, il padre si sente escluso.*

*Il terapeuta dice: "Capisco che quando si tenta di parlare di un problema, qualcuno è in difficoltà e tutti voi siete preoccupati. Scopriamo quali sono le cause".*

#### **4.2.2 Comunicazione:**

La famiglia non comunica ma prevalgono:

- Silenzio
- Dialoghi caotici
- Dialoghi irrilevanti
- Messaggi chiaramente e direttamente articolati secondo gli standard ordinari, ma alcuni membri della famiglia non ascoltano o comprendono ciò che è stato comunicato.

*Esempio: il figlio non vuole esprimere le sue preoccupazioni riguardo a sé stesso, alla madre o a ciò che accade a casa. Quando lo fa, la madre e il suo partner lo incolpano per essersi confidato. Pertanto, la famiglia non è in grado di comunicare in modo chiaro e diretto.*

*Il terapeuta dice: "Sarei interessato a sapere quali sono i meccanismi attraverso i quali provate a sminuirvi a vicenda. Vorrei parlaste uno alla volta, finché non sarete in grado di parlarvi senza aggredire".*

#### **4.2.3 Ruoli:**

- Difficoltà nel sostenere materialmente la famiglia
- Conflitti nella distribuzione delle faccende domestiche
- Inversione di ruolo: bambini adultizzati
- Concessione di potere: simmetria o complementarietà rigida

*Esempio: il padre ha un grave conflitto con uno dei bambini che, ai suoi occhi, non riesce a fare come gli viene detto; i bambini sentono di non essere presi in considerazione per le esigenze mutevoli e confuse del padre. Il terapeuta chiede: "Ritieni che i compiti domestici siano assegnati in modo equo? Se qualcuno non riesce a fare le sue faccende, è perché non può, o non ha tempo, o per diversa mentalità?".*

#### **4.2.4 Reattività affettiva:**

- Rigorosa limitazione della gamma di emozioni
- Costante sovrapproduzione di emozioni
- Confusione nell'assumersi la responsabilità delle proprie emozioni
- Frequenti episodi di sbalzo d'umore.

*Esempio: il compagno torna a casa e chiede alla madre perché non ha preparato la cena e se questo è intenzionale. La madre risponde che non aveva avuto tempo e lui la insulta.*

*Nelle famiglie in cui l'interazione degenera in violenza verbale e / o fisica durante il trattamento, l'interazione tra i membri della famiglia deve essere scoraggiata. Invece, la famiglia è incoraggiata a*

*ragionare (18). I membri sono invitati a essere specifici nel loro discorso, usando la concretezza dei dettagli come antidoto per rompere le emozioni.*

*Il terapeuta dice "Non dirmi cosa senti ma cosa pensi".*

#### **4.2.5 Coinvolgimento affettivo:**

- Nessun coinvolgimento: nessun interesse o coinvolgimento viene mostrato o sperimentato, oppure c'è solo coinvolgimento cognitivo, senza affetto
- Coinvolgimento narcisistico: interesse per l'altro solo se avvantaggia se stesso
- Coinvolgimento eccessivo e invadenza

*Esempio: il padre si sente escluso quando la madre parla con il figlio e si arrabbia con la madre perché afferma di sapere tutto e di decidere tutto.*

*Il terapeuta chiede: "Quando si sente escluso, si allontana o resta lì? In entrambi i casi, cosa pensa? "*

#### **4.2.6 Controllo comportamentale:**

- Il comportamento dei familiari comporta rischi fisici per sé stessi o per gli altri
- I membri della famiglia mostrano schemi bizzarri, antisociali o eccessivi nelle aree di alimentazione, sonno, disintossicazione, sessualità e aggressività, ad esempio alcolismo, abuso di droghe, incesto, perversione o promiscuità sessuale, anoressia nervosa, abuso di un bambino o compagno
- I comportamenti dei familiari rivelano la loro mancanza di rispetto per gli altri
- I membri della famiglia non sono d'accordo tra loro sulle regole comportamentali da seguire.

*Esempio: il partner assaggia la zuppa e chiede a sua moglie gli ingredienti. Non gli piace ed è convinto che sua moglie abbia cucinato "senza amore". Reagisce esageratamente e inizia a schiaffeggiarla.*

*In questa dimensione, indaghiamo come ciascun membro tratta l'altro e cosa ciascuno si aspetta dall'altro.*

*Il terapeuta chiede "Quando torni a casa dopo il lavoro, cosa ti aspetti che facciano tua moglie e i tuoi figli? Ci sono situazioni che ti fanno arrabbiare?".*

*È facile incontrare famiglie i cui membri hanno perso fiducia l'uno nell'altro e c'è una costante ricerca di attenzione al punto di usare la violenza. Esempio: "Non volevo ferirla. Non mi ascolta".*

La tabella seguente riassume gli obiettivi di ciascuna dimensione del modello McMaster del funzionamento familiare e le differenze di efficacia di ciascuno di essi.

	OBIETTIVI	MASSIMA EFFICACIA	MINIMA EFFICACIA
<b>Soluzione di problemi</b>	Per completare con successo attività di base, sviluppo e crisi	Abilità ad identificare il problema, parlarne con la persona giusta, pensare ad alternative, prendere una decisione sul da farsi, mettere in moto il piano, vedere come si sviluppa, determinare se il problema è stato risolto	Rifiuto o incapacità a riconoscere il problema, nessuna comunicazione con la giusta persona al riguardo, ripetizione di situazioni non realizzabili, incapacità di compiere azioni per risolvere il problema, nessuna valutazione per verificare se il problema è stato risolto
<b>Comunicazione</b>	Comprensione reciproca	Chiara e diretta	Confusa ed evasiva
<b>Ruoli</b>	Assunzione del ruolo	Funzioni familiari necessarie volte: fornitura di risorse, supporto e crescita	Le funzioni familiari non sono correttamente distribuite o non vengono svolte: inversione di ruoli con membri trascurati
<b>Reattività/Risposta</b>	Gestione delle	Esiste una vasta gamma	C'è una vasta gamma

<b>affettiva</b>	emozioni	di risposte affettive, quantitativamente e qualitativamente appropriate rispetto agli stimoli	di risposte affettive che sono o esagerate o incoerenti rispetto al contesto
<b>Coinvolgimento affettivo</b>	Ottenere sicurezza ed autonomia	Empatia	Simbiosi, narcisismo, mancanza di attaccamento
<b>Controllo del comportamento</b>	Adattamento e manutenzione	Stile democratico	Stile caotico, laissez faire o eccessivamente rigido

#### 5. TRATTAMENTO FAMILIARE: TERAPIA SISTEMICA DELLA FAMIGLIA CENTRATA SUL PROBLEMA (PCSTF)

Dopo la valutazione, il terapeuta passa al trattamento familiare, che lavorerà a livello di struttura sottostante indagando dove è nata la violenza familiare, quali reazioni emotive derivano dalla violenza e lavorando sulla gestione dell'aggressività, della paura e della depressione, condividendo le responsabilità genitoriali.

Il modello McMaster prevede il coinvolgimento di tutti i membri della famiglia quando possibile o in alternativa il genitore vittima e i figli.

Complessivamente, gli interventi di valutazione e trattamento consistono in 14 sessioni di 1 ora ciascuna, una volta alla settimana: 2 sessioni di valutazione, 11 sessioni terapeutiche e 1 sessione finale. Il numero di sessioni può essere ridotto a 8 se il focus del trattamento lo consente, oppure può essere aggiunta una sessione aggiuntiva, se necessario.

Sessioni	Fasi	Obiettivi
2	VALUTAZIONE	Riconoscere i comportamenti violenti

		Comprendere i problemi, necessità, e i punti di forza della famiglia
11	TRATTAMENTO	Stabilire obiettivi e condizioni Lavorare con le dimensioni modificate Assegnazione attività in sessioni
1	CHIUSURA	Riepilogo del trattamento Riflessione su come i problemi sono stati risolti Incoraggiare la fiducia nelle risorse Offerta di follow-up

Il trattamento della famiglia avviene attraverso il PCSTF (Terapia sistemica centrata sul problema della famiglia) che opera partendo dal presupposto che cambiare il processo sistemico all'interno della famiglia può cambiare il comportamento individuale (16). Durante il trattamento, il terapeuta e i membri della famiglia identificano, negoziano e implementano strategie per modificare quei comportamenti che sono stati identificati come contribuenti all'insorgenza di problemi.

*Esempio: proporre di svolgere attività di "problem solving". Spesso i genitori non parlano per paura di litigare al punto che non escono più e vedono amici e famiglie di origine. La figlia di 10 anni, attraverso i sintomi ossessivi, li tiene uniti e impegnati, costringendoli a comportamenti ripetitivi sotto il suo controllo. Il terapeuta esorta i genitori a riflettere su quanto "non parlare per evitare la crisi" aumenti il disagio piuttosto che risolverlo. La strategia è far capire ai genitori che la soluzione che hanno messo in atto per risolvere i loro problemi peggiora la situazione aumentando il circolo vizioso. Il terapeuta li aiuta a riflettere sull'importanza di non tenersi tutto dentro. Il terapeuta chiede loro: "Tacere vi fa sentire meglio?" ed entrambi rispondono "No, stiamo peggio."*

*La violenza verbale, fisica e psicologica si verifica quando i circoli relazionali vengono innescati e mantenuti da tutti. Il trattamento cerca di aiutare a risolvere i relativi circuiti negativi e i membri sono incoraggiati a riconoscere i segni di disagio e la perdita imminente di controllo.*

L'obiettivo è produrre un cambiamento comportamentale nella famiglia, identificando e impostando le attività su cui lavoreranno durante le sessioni. Questi nuovi comportamenti sono spesso praticati in sessioni ripetute prima che le famiglie tentino di eseguirle a casa. Spesso con il terapeuta, le attività vengono svolte con l'obiettivo di fornire aiuto ai membri della famiglia e seguire insieme lo stato di avanzamento dell'attività (21).

Alla conclusione del trattamento, ai membri della famiglia viene chiesto di riassumere ciò che è accaduto durante il trattamento e di dichiarare ciò che hanno imparato, sottolineando ciò che il terapeuta ha visto. A loro viene chiesto cosa farebbero se i problemi su cui hanno lavorato si ripresentassero, sottolineando l'idea che il funzionamento della famiglia è un processo continuo e incoraggiando la fiducia tra i membri della famiglia, i quali ora sono attrezzati per andare avanti da soli grazie a ciò che hanno imparato in terapia, rafforzando le loro capacità e arricchendo le loro risorse.

## 1. CONCLUSIONI

Il modello McMaster offre una serie di vantaggi rispetto ad altri approcci al trattamento delle famiglie in cui vi è violenza. Dalla prima sessione le dimensioni offrono al clinico un quadro chiaro di quali siano le difficoltà della famiglia. Una valutazione più dettagliata con FAD e McSiff consente alla famiglia di iniziare a riflettere su cose che non avevano mai considerato prima e persino di contemplare i cambiamenti prima dell'inizio della fase di intervento. Il modello consente il riconoscimento del comportamento violento e degli effetti negativi che produce. Concentrandosi sui punti di forza più che sui punti deboli, riduce il senso di colpa e l'ansia dei membri della famiglia e trasmette implicitamente il messaggio che il terapeuta confida nella famiglia per ottenere un cambiamento efficace. L'enfasi sul qui e ora implica un orientamento attivo e consente di vedere più chiaramente gli obiettivi del trattamento. Il formato è flessibile, in modo che possa continuare dopo le quattordici sessioni se, ad esempio, il terapeuta lo ritenesse utile o se si desidera lavorare su altri problemi. In alternativa, il numero di sessioni può essere ridotto per un lavoro più ristretto. Infine, il rapporto costi-benefici favorevole offerto dalla terapia familiare McMaster lo rende ideale nel sistema sanitario pubblico, dove una terapia efficace con un numero ridotto di sedute è all'ordine del giorno.



Con il modello McMaster e la nostra esperienza clinica siamo in grado di affrontare la violenza in famiglia in modo specifico ed operativo. Non bisogna dimenticare che affrontare un problema di questo tipo richiede un approccio globale e un solido lavoro di squadra. Non bisogna mai abbassare la guardia né pensare di sapere tutto. Quando assistiamo a dinamiche violente persistenti la sensazione di fallimento e impotenza può portare alla paralisi. Per tali motivi non dobbiamo cadere nella trappola della semplificazione o nel mascherare la complessità.

Tuttavia, non dobbiamo dimenticare che ogni famiglia ha punti di forza, fattori protettivi e risorse di trasformazione nascosti: sensibilità, attenzione e modelli di comportamento che possono determinare il benessere del bambino e il suo sviluppo futuro.

Era in quel dolore  
Quell'amore è venuto da me e  
Con voce armoniosa disse:  
Continua a vivere!  
Io sono la vita!  
Il tuo paradiso è nei miei occhi!  
Non sei solo!  
Collezione tutte le tue lacrime  
Cammino con te e ti sostengo  
Sorridi e spera! Io sono l'amore!

(Aria La mamma morta ("Hanno ucciso mia madre") dall'Atto III dell'opera Andrea Chénier, 1896, di Umberto Giordano)

## Bibliografía:

1. De Bellis, M. D. Developmental traumatology: The psychobiological development of maltreated children and its implications for research, treatment, and policy. In *Development and Psychopathology*. 2001; 13: 539-564.
2. Linares, J. L. *Terapia Familiar Ultramoderna. La inteligencia terapéutica*. Barcelona: Herder Editorial; 2012.
3. Linares, J. L. *Del abuso y otros desmanes. El maltrato familiar, entre la terapia y el control*. Barcelona: Paidós Familiar; 2002.
4. Linares, J. L. *Prácticas alienadoras familiares. El síndrome de alienación parental reformulado*. Barcelona: Gedisa Editorial; 2015.
5. Pittman, F. S. *Momentos decisivos. Tratamiento de familias en situaciones de crisis*. Barcelona: Paidós Terapia Familiar; 1990.
6. Perrone, R & Nannini, M. *Violencia y abusos sexuales en la familia. Un abordaje sistémico y comunicacional*. Buenos Aires: Paidós Terapia Familiar; 1997.
7. Cirillo, S. *Malos padres. Modelos de intervención para recuperar la capacidad de ser padre y madre*. Barcelona: Gedisa Editorial; 2012.
8. Barudy, J. & Dantagnan, M. *La fiesta mágica y realista de la resiliencia infantil. Manual y técnicas terapéuticas para apoyar y promover la resiliencia de los niños, niñas y adolescentes*. Barcelona: Gedisa Editorial; 2011.
9. Barudy, J., Dantagnan, M., Comas, E. & Vergara, M. *La inteligencia Maternal: Manual para apoyar la crianza bien tratante y promover la resiliencia de madres y padres*. Barcelona: Gedisa Editorial, 2014.
10. Krug. E., *Preventing Child Maltreatment: A guide to taking action and generating evidence*. World Health Organization, 2006.
11. Patwardhan I., Duppong Hurley K., Thompson R.W., Mason W.A., Ringle J.L. Child maltreatment as a function of cumulative family risk: Findings from the intensive family preservation program. In *Child Abuse Negl*. 2017; 70: 92-99.
12. Alpaslan A. H., Kocak U., Avci K., Guzel H. I. Association between elimination disorders and abusive maternal attitudes. *Journal of Forensic and Legal Medicine*, 2016.
13. Salerno A., op. cit., 2014.

14. Bonechi A. & Tani F., *Le ferite invisibili: l'abuso psicologico nelle relazioni di coppia*. Psicologia clinica dello sviluppo; 2011.
15. Salerno A., *Psicodinamica delle relazioni violente. Aspetti psicologici, clinici e sociali*, 2016
16. Ryan, C. E., Epstein, N. B., Keitner, G. I., Miller, I. W., & Bishop, D. S. *Evaluating and treating families: The McMaster approach*. New York: Taylor & Francis; 2005.
17. Cancrini, L. *Hurt Children and Adult Mental Disorders*. In *Journal of Family Psychotherapy*. 2007. 17:3-4, 155-174
18. Fatmeh A. A., Ph.D, Reem A. A., Ph.D, *Jordan Men's and Women's attitudes toward intimate partner violence and its correlates with family functioning and demographics*. *Journal of Interpersonal Violence*; 2018.
19. Heru A. M., M.D., Stuart G. L., Ph.D., Recupero P. R., J.D., M.D., *Family Functioning in Suicidal Inpatients With Intimate Partner Violence*. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry*; 2007.
20. Minuchin S., Nichols M.P., *Quando la famiglia guarisce*, Rizzoli; 1993
21. Archambault R., Mansfield A. K., Evans D., Keitner G. I., *Using the Tenets of the Problem-Centered Systems Therapy of the Family (PCSTF) to Teach the McMaster Approach to Family Therapists*. *Family Process*, Vol. 53, n. 4; 2014
22. Archambault R., Mansfield A. K., Evans D., Keitner G. I., *op. cit.*; 2014.
23. Asen E., Peter Fonagy, P., *Mentalizing Family Violence Part 2: Techniques and Intervention*. In *Family Process*, 2017; 56 n.1: 22-44

## CAPITOLO 5

# IMPLEMENTAZIONE DELL'HELP DESK: L'ESPERIENZA DEL CENTRO A.P.E.

Chiara Caprini<sup>1</sup>, Cristina Ciuffa<sup>2</sup>, Mariassunta Consorti<sup>3</sup>, Anita Riggi<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Assistente sociale specializzato - Ospedale Fatebenefratelli, Roma. Centro APE.

<sup>2</sup>Psicologo, psicoterapeuta - Fondazione Fatebenefratelli, Roma. Centro APE.

<sup>3</sup>Psicologo, psicoterapeuta - Ospedale Fatebenefratelli, Roma. Centro APE.

### 1. INTRODUZIONE

Il Centro “Accoglienza Persone Esposte – A.P.E.” nasce a Novembre 2011 ed è volto al supporto psicologico, sociale, medico e legale delle persone vittime di violenza, maltrattamenti e stalking.

Il Centro si basa sulle raccomandazioni europee della Convenzione del Consiglio d'Europa sulla prevenzione e la lotta alla violenza contro le donne e alla violenza domestica dell'11/05/2011 (1).

L'équipe è così strutturata:

- **3 medici** dell'ospedale Fatebenefratelli, il cui impegno richiesto è di effettuare la valutazione clinica e partecipare alla riunione mensile di équipe.
- **2 psicologhe:** una psicologa dell'ospedale Fatebenefratelli ed una psicologa consulente della Fondazione Fatebenefratelli.
- **2 assistenti sociali** dell'ospedale Fatebenefratelli.
- **2 avvocatessse consulenti:** una civilista e matrimonialista, ed una penalista.
- **Coordinatrice del centro:** un'assistente sociale dell'ospedale Fatebenefratelli.

L'équipe interviene su due livelli:

- area di cura e care, con il fine di accogliere, sostenere e rinforzare le persone vittime di violenza con interventi multidisciplinari individuali e di gruppo, ma anche con il lavoro di rete insieme ai servizi presenti sul territorio. Inoltre, è fondamentale l'abilità di riconoscere quale tipo di violenza ha subito la persona che contatta il Centro.
- area della formazione, tesa a sensibilizzare, formare e prevenire comportamenti e culture violente con varie iniziative, sia all'interno che all'esterno dell'ospedale, rivolte agli utenti del Centro A.P.E, agli operatori sanitari e sociali dei servizi ed anche agli studenti delle scuole.

## **LIVELLI DI INTERVENTO**

### **2.1 Area di "cure e care", si realizza principalmente attraverso:**

- a) l'accoglienza (di persona, telefonica, telematica), effettuata da una psicologa o da un'assistente sociale. Gli obiettivi principali sono: ascoltare le persone che fanno una richiesta di aiuto relativa alla violenza, capire la loro situazione attraverso un approccio empatico, offrire supporto e prendere un appuntamento per attivare una valutazione specifica del caso.
- b) la valutazione multidimensionale e multiprofessionale che richiede l'intervento di medici, psicologhe ed assistenti sociali. Questa valutazione è centrata sugli aspetti fisici, psicologici e sociali della persona coinvolta.
- c) la costruzione di un percorso personalizzato che include interventi individuali e di gruppo. L'équipe del Centro A.P.E. considera il lavoro di gruppo uno strumento fondamentale, che offre alle persone l'opportunità di confrontarsi e di riflettere sulle proprie emozioni, difficoltà e sulle strategie per affrontare le ripercussioni della violenza. Ciò attiva le risorse e stimola capacità interpersonali. Il Centro A.P.E. non effettua psicoterapie, l'équipe, se necessario, invia le persone all' UOPC (Unità Operativa Psicologico Clinica) dell'ospedale Fatebenefratelli.
- d) comprendere il fenomeno della violenza sviluppando una capacità adeguata di riconoscere tale elemento. Violenza è: "qualsiasi atto che provoca, o può provocare, danno fisico, sessuale o

psicologico, comprese le minacce di violenza, la coercizione e la deprivazione arbitraria della libertà, sia nella vita pubblica che privata” (2). La violenza è trasversale, può colpire chiunque a prescindere dall’età, dallo status sociale e dalla situazione economica. Ci sono diverse tipologie riconosciute di violenza:

- 1) Violenza fisica
- 2) Violenza psicologica
- 3) Violenza sessuale
- 4) Violenza economica
- 5) Violenza assistita
- 6) Stalking

La **violenza fisica** è ogni forma di violenza contro il corpo, gli affetti e le proprietà della persona. Comprende ogni atto fisico finalizzato a danneggiare l’altro: quando qualcuno spinge, strattona, colpisce, dà pugni, schiaffi o calci, o quando qualcuno colpisce con un oggetto, cerca di strangolare, tira i capelli, blocca con la forza non permettendo di muoversi. Comprende la distruzione di oggetti, documenti, foto, cose particolarmente care alla vittima.

La **violenza psicologica** è il tipo di violenza più difficile da riconoscere. Molte persone non la percepiscono come violenza pur causando questa una forte perdita di sicurezza, di autostima e di serenità fino ad arrivare ad effetti patologici significativi. Proprio per tale motivo non va sottovalutata e bisogna imparare a riconoscerla. Comprende una serie di atteggiamenti e comportamenti che si insinuano nella relazione in maniera graduale, al punto tale che la vittima non riesce più a rendersi conto di quanto siano dannosi e minino la sua identità. Avviene quando qualcuno insulta, minaccia, tormenta, critica continuamente, umilia o ridicolizza la persona che ne è vittima.

La **violenza sessuale** concerne tutte le forme di coinvolgimento in attività sessuali senza il pieno consenso della persona. Nella coppia si verifica quando un partner impone rapporti all’altro nonostante questo non ne abbia voglia, o gli fa pressioni ricattando o minacciando conseguenze negative, lo/la costringe a guardare o ad utilizzare materiale pornografico, o ad avere rapporti con altre persone senza il suo pieno consenso.

Al di fuori della coppia vi sono atti di violenza quando si è costretti ad avere rapporti da una o più persone non conosciute, oppure quando un parente, un conoscente o un amico non accettano che si dica loro di no.

La **violenza economica** si riferisce a quegli atteggiamenti volti a costringere e mantenere in una posizione di dipendenza economica la persona, al fine di esercitare su di essa un controllo totale.

La **violenza domestica** si realizza in famiglia quando un/a bambino/a oppure un/a ragazzo/a assiste a forme di violenza fisiche, verbali, psicologiche, sessuali o economiche, attuate su adulti o minori importanti per lui/lei.

**Stalking:** consiste in una serie di comportamenti volti a controllare e limitare la libertà della persona, talvolta sono messi in atto dal partner o ex partner e assumono vere e proprie forme di persecuzione (3). Tali comportamenti possono diventare ossessivi e persecutori se continuati nel tempo, producono paura e terrore nella vittima e destabilizzano il suo equilibrio emotivo.

## 2.2 Area di "formazione"

La formazione è focalizzata sul riconoscimento e sulla prevenzione delle situazioni a rischio attraverso un lavoro di informazione e spiegazione. Uno dei punti focali di tale lavoro è l'importanza di comprendere il rapporto tra la violenza e i falsi stereotipi ad essa legati. I falsi stereotipi sulla violenza più comuni sono:

- **La violenza domestica è presente esclusivamente in contesti familiari culturalmente ed economicamente poveri.** I maltrattamenti riguardano le donne di tutto il mondo, a prescindere dalla religione, dallo stato sociale e culturale. Le classi ricche tendono a denunciare meno per vergogna o per la difficoltà ad essere credute.
- **La violenza è causata da occasionali e sporadiche perdite di controllo.** La maggior parte degli episodi di violenza sono premeditati, non sono atti irrazionali, tendono a stabilire un clima di controllo sulla donna all'interno di una relazione.
- **La violenza è causata dall'assunzione di droghe ed alcol.** Alcolismo e tossicodipendenza non sono mai le cause dirette della violenza; la maggior parte delle persone violente non sono né alcoliste né tossicodipendenti.

L'identità maschile è associata a diversi stereotipi che contribuiscono al ciclo della violenza. A volte non è facile riconoscerli, poiché costruiti storicamente e presenti nel profondo delle nostre conoscenze (ad esempio: l'uomo non piange; l'uomo deve pensare prima al lavoro e al successo; l'uomo deve essere forte; l'uomo

deve guadagnare di più della sua donna; l'uomo non ha bisogno di parlare; l'uomo deve provvedere alla sua donna).

Gli stereotipi «obbligano» le persone a conformarsi a quello che si deve fare per essere un “uomo normale”. Questo può, talvolta, far sentire inadeguati, “mai abbastanza uomini” e perciò causare sofferenza. Succede inoltre che è molto facile pensare che tale sofferenza sia causata dal partner o dalla famiglia, che vengono vissuti come il principale ostacolo nel sentirsi “un vero uomo”. La violenza nelle relazioni affettive infatti è, molto spesso, un comportamento che l'uomo mette in atto come reazione al dolore che prova per effetto del confronto con questi stereotipi, scambiandolo come sofferenza inflitta dal partner e dalla famiglia.

Una grande conquista è riconoscere quanto questi stereotipi influiscano sul nostro atteggiamento e sul modo in cui viviamo i nostri rapporti di coppia. La strada per il cambiamento passa attraverso la consapevolezza che *ogni uomo può essere uomo a suo modo, libero da stereotipi*. C'è bisogno di un profondo cambiamento, modificando un sistema di relazione che deve iniziare a funzionare in modo sostanzialmente diverso.

Sarebbe auspicabile:

- sviluppare una buona ecologia della relazione;
- non avere paura delle diversità tra uomo e donna;
- capire che ci devono essere confronto, fiducia, rispetto e condivisione.

### **3. IMPLEMENTAZIONE DELL'HELP-DESK**

L'helpdesk è un servizio che offre alle vittime della violenza ascolto e accoglienza, insieme con consulenza psicologica, sociale, medica, e legale.

Passi per sviluppare un servizio di aiuto per persone vittime di violenza:

- Accoglienza telefonica, in cui un'operatrice specializzata, una psicologa o assistente sociale risponde alla persona che chiama. Spesso il primo contatto avviene telefonicamente, il telefono talvolta aiuta a superare il senso di vergogna connesso alla violenza subita.



- Colloqui di accoglienza, in cui un'operatrice specializzata, una psicologa o assistente sociale analizzano la situazione della persona vittima di violenza, i suoi bisogni, e attivano un percorso di valutazione multidimensionale, solo dopo la firma del consenso informato da parte dell'utente.
- Valutazione multidimensionale: un medico, una psicologa e un'assistente sociale valutano individualmente la persona vittima di violenza e, dopo essersi confrontate, definiscono un progetto individuale strutturando un percorso di uscita dalla violenza.
- Informazioni e consulenza legale con le avvocatesse che collaborano con il Centro.
- Interventi di carattere relazionale o psico-sociale, non terapeutico, attraverso un percorso di colloqui, a cadenza periodica e di durata variabile, in base alle esigenze della persona.
- Colloqui di sostegno psicologico o invio per una psicoterapia, se ritenuto necessario, presso professionisti che collaborano con il Centro.
- Gruppi di sostegno e di auto-aiuto.
- Accompagnamento nella ricerca di una soluzione abitativa; aiuto nella ricerca del lavoro e nella formazione.
- Affiancamento nella fruizione dei servizi, nelle procedure amministrativo-burocratiche.
- Supporto nel percorso giudiziario.

I punti più difficili incontrati nell'attuazione dell'helpdesk possono essere riassunti in tre aree:

- 1) Comunicazione: i differenti linguaggi utilizzati dai numerosi professionisti (medici, psicologi, assistenti sociali e avvocati) hanno talvolta confuso le informazioni sui casi. Per evitare ciò è risultato molto utile un incontro mensile con tutti i professionisti nel quale si è discusso dei punti e delle situazioni nevralgiche.
- 2) La disinformazione: spesso la base delle poche denunce presentate dalle vittime della violenza è la mancanza di consapevolezza e di informazioni da parte delle persone che ricevono le richieste d'aiuto. Per porvi rimedio, formiamo costantemente professionisti sanitari, educativi e sociali per garantire

che siano in grado di riconoscere situazioni di violenza e di indirizzare correttamente la persona che è vittima di violenza, evitando qualsiasi tipo di ridimensionamento della gravità della situazione.

- 3) Isolamento dei servizi di assistenza: fondamentale nel lavorare con le vittime della violenza è la costante stimolazione e cura del lavoro di rete con i vari servizi territoriali che spesso tendono ad agire individualmente, creando frammentazione. Per evitare ciò è essenziale sviluppare una rete che consenta una cooperazione efficiente tra i vari servizi territoriali favorendo l'integrazione dei diversi interventi orientati alla persona.

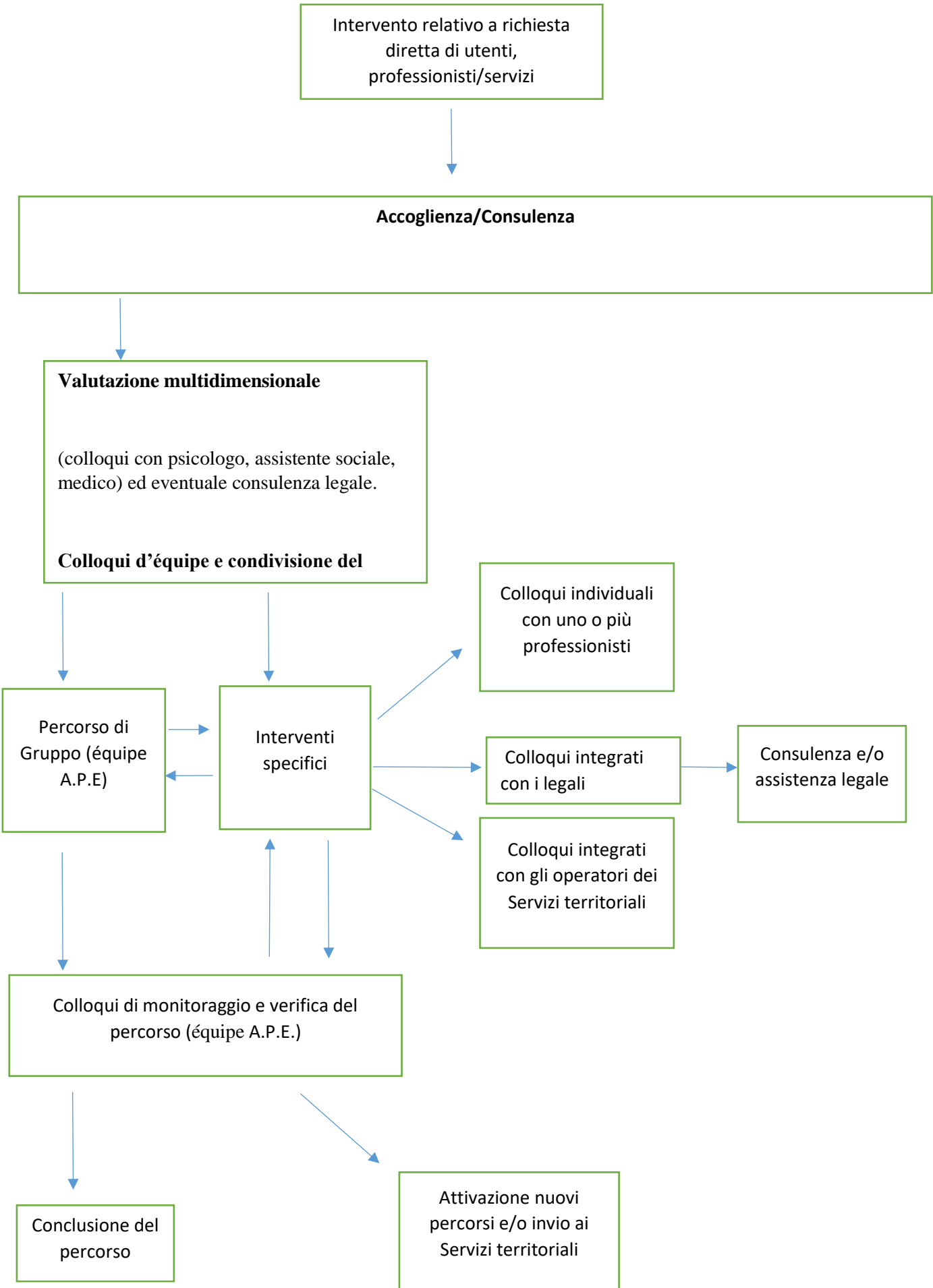
Il Centro A.P.E. prevede un'apertura diretta nei giorni di lunedì e giovedì dalle ore 9.00 alle ore 15.00 e un'apertura indiretta in tutti gli altri giorni tramite email all'indirizzo: [centroape@fatebenefratelli-isolatiberina.it](mailto:centroape@fatebenefratelli-isolatiberina.it)

Tel. 06.68370440 - Sito: [www.fatebenefratelli-isolatiberina.it](http://www.fatebenefratelli-isolatiberina.it)

## **Bibliografia**

1. Convenzione del Consiglio d'Europa sulla prevenzione e la lotta alla violenza contro le donne e alla violenza domestica, Istanbul 2011.
2. Dichiarazione sull'eliminazione della violenza contro le donne 1993.
3. Convegno Accoglienza e gestione della violenza dal pronto soccorso al centro A.P.E, Roma 2016.

**Schema riassuntivo del percorso dell'utente al Centro A.P.E.**



## **CAPITOLO 6**

# **PROTOCOLLO DI COOPERAZIONE TRA CENTRI SANITARI E AUTORITÀ PUBBLICHE**

Chiara Caprini<sup>1</sup>, Cristina Ciuffa<sup>2</sup>, Mariassunta Consorti<sup>3</sup>, Anita Riggi<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Assistente sociale specializzato - Ospedale Fatebenefratelli, Roma. Centro APE.

<sup>2</sup>Psicologo, psicoterapeuta - Fondazione Fatebenefratelli, Roma. Centro APE.

<sup>3</sup>Psicologo, psicoterapeuta - Ospedale Fatebenefratelli, Roma. Centro APE.

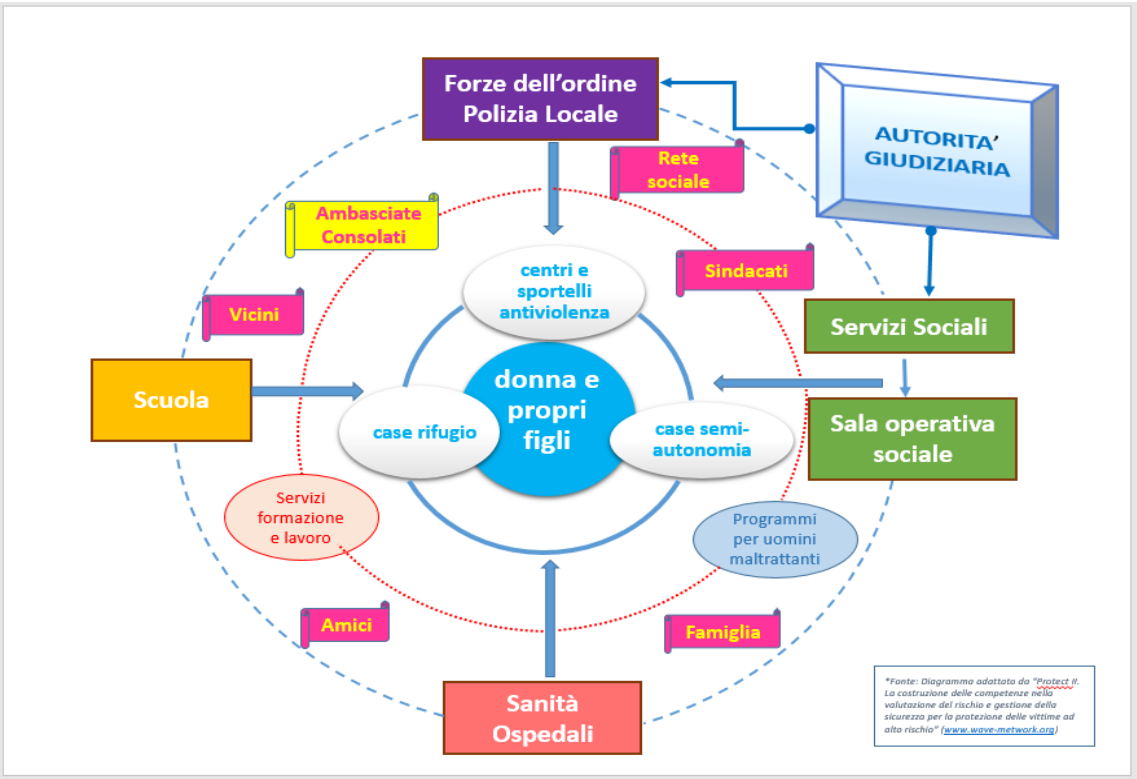
### **1. PREMESSA**

In generale, la conoscenza delle relazioni umane tra cittadini che a vario titolo chiedono aiuto ai servizi del proprio territorio, consente agli operatori stessi di avviare percorsi integrati di cura e sostegno più adeguati ed includenti. Tale metodica d'intervento è altrettanto utile (se non strategica) per tutti coloro che, a vario titolo, si prendono cura dei minori vittime di violenza e cercano di proteggerli, creando ed alimentando una rete territoriale diffusa fatta di servizi pubblici, di realtà private e di terzo settore, di scuole e Forze dell'Ordine, di volontariato ed altro ancora.

### **2. LAVORO DI RETE FONDAMENTALE PER LA COOPERAZIONE TRA ISTITUZIONI**

Nell'ottica di rete non è possibile scindere la persona dal suo ambiente di vita. Ciò nonostante, in queste circostanze, potrebbe essere necessario porre in essere interventi per la sicurezza di persone vittime di violenza attraverso una rete di servizi dedicati, in grado di sviluppare nel tempo nodi sostanziali che, attivandosi, alimentano la stessa rete.

**TAVOLO CITTADINO DI ROMA CAPITALE**



**3. COSTRUIRE UN PROTOCOLLO E MANTENERLO ATTIVO ED EFFICACE NEL TEMPO: l’esperienza dell’Ospedale San Giovanni di Dio Fatebenefratelli, Isola Tiberina**

Obiettivo delle Linee guida europee (1) e nazionali (2) è fornire un intervento adeguato ed integrato nel trattamento delle conseguenze fisiche e psicologiche che la violenza maschile produce sulla salute della donna.

Il percorso per le donne che subiscono violenza dovrà garantire una tempestiva ed adeguata presa in carico delle donne a partire dal triage fino al loro accompagnamento/orientamento, se consenzienti, ai servizi pubblici e privati dedicati presenti sul territorio di riferimento, al fine di elaborare, con le stesse, un progetto personalizzato di sostegno e di ascolto per la fuoriuscita dall’esperienza di violenza subita, in accordo con la Direttiva 2012/29/UE (3) del Parlamento Europeo e del consiglio del 25 ottobre 2012 che istituisce norme minime in materia di diritti, assistenza e protezione delle vittime di reato (2012).

Di seguito sono riportati i servizi dedicati alla protezione delle donne che subiscono violenze:

- Servizi sanitari del Servizio sanitario nazionale, ospedalieri e territoriali;
- Servizi socio-sanitari territoriali;
- Centri anti violenza e Case rifugio;
- Forze dell'ordine e Forze di Polizia locali;
- Procura della Repubblica presso il Tribunale ordinario e presso il Tribunale per i Minorenni;
- Tribunale (civile- penale- per i minorenni);
- Enti territoriali (Regioni- Province- Città metropolitane- Comuni).

### **3.1 ACCESSO AL PRONTO SOCCORSO E AL TRIAGE**

Il personale infermieristico addetto al triage, con un'adeguata formazione professionale, procede al tempestivo riconoscimento di ogni segnale di violenza, anche quando non dichiarata. A tal fine può avvalersi di informazioni relative ad eventuali precedenti accessi al Pronto Soccorso del territorio, da parte della donna.

Si raccomanda alle Regioni di adeguare i sistemi informatici aziendali e regionali (4). Nella zona del triage deve essere presente materiale informativo (cartaceo e/o multimediale) visibile e comprensibile anche da donne straniere, relativo a:

- Tipologie di violenza;
- Effetti della violenza sulla salute di donne e bambine/i;
- Normativa di riferimento;
- Indicazioni logistiche sui servizi pubblici e privati dedicati presenti sul territorio.

Attribuire un codice di emergenza (rosso o giallo) alla donna; deve essere riconosciuta una codifica di urgenza relativa, codice giallo o equivalente, così da garantire una visita medica tempestiva (di solito tempo di attesa massimo 20 minuti), e ridurre al minimo il rischio di ripensamenti o allontanamenti volontari. Alla donna presa in carico dovranno essere assicurate l'assistenza e la protezione richieste dal caso specifico. L'assegnazione del codice giallo o equivalente determina l'attivazione del percorso per le donne che subiscono violenza. Oltre al codice del triage, verrà assegnato un identificativo di Percorso definito nell'ambito dell'organizzazione del Pronto Soccorso che concorre a determinare l'attivazione del Percorso stesso. Nel caso in cui la donna abbia fatto accesso al Pronto Soccorso con figlie/i minori è opportuno che gli stessi restino con la madre e che siano coinvolti nel suo stesso percorso.

Informare la donna delle possibilità di sporgere denuncia o querela, anche contattando direttamente le forze dell'ordine.

Il verbale di dimissione deve essere completo di diagnosi e prognosi, riportando i codici di diagnosi (principale o secondaria) ICD9-cm:

- 995.50 abuso/ maltrattamento su minore;
- 995.53 abuso sessuale su minore;
- 995.80 abuso/ maltrattamento su adulto;
- 995.83 abuso sessuale su adulto;
- 995.51 violenza psicologica su minore

In mancanza di possibili soluzioni immediate, e se previsto da accordi con la Direzione Sanitaria di riferimento, l'operatrice/operatore sanitaria/o prospetta alla donna la possibilità di rimanere in osservazione breve intensiva (OBI) o comunque in ambiente ospedaliero per un tempo non superiore alle 36/72 ore, al fine di garantire la sua protezione e messa in sicurezza. Il colore del codice attribuito per riferita violenza è sempre ROSSO o GIALLO.

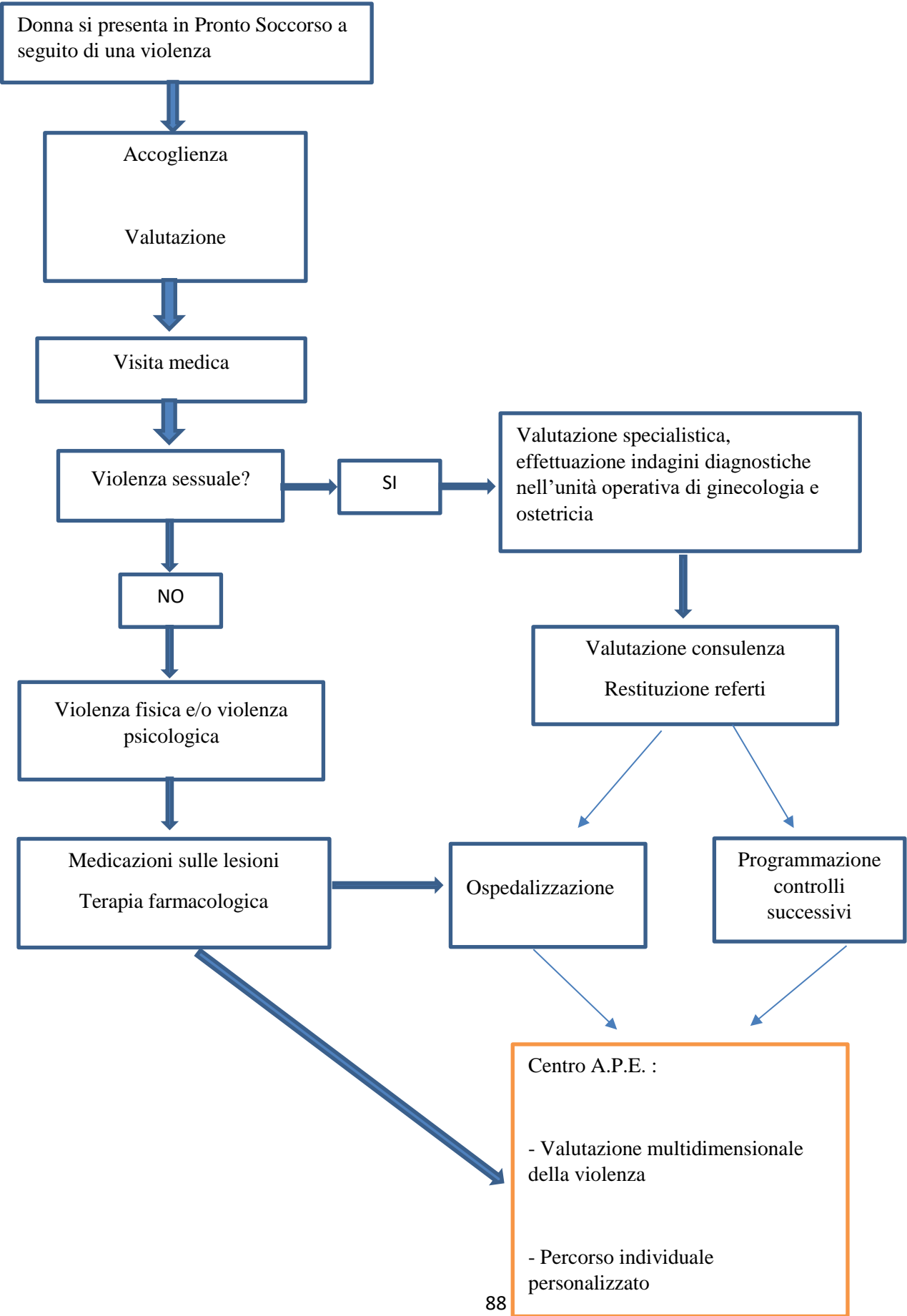
### **3.2 L'ESPERIENZA DELL'OSPEDALE SAN GIOVANNI CALIBITA**

Relativamente al Pronto Soccorso, si utilizzano i riferimenti normativi del decreto ed il contributo dei consulenti interni all'ospedale: psicologi, assistenti sociali, alcuni medici e l'équipe APE che, in quota parte, corrisponde al personale sopra citato.

#### **Modalità operative**

“ 3.6.8 Il medico può inoltre richiedere consulenza psichiatrica e procedere alla segnalazione al Centro APE previo consenso del/della paziente. Se la richiesta di supporto da parte del Centro APE avviene durante il turno di notte o durante i festivi, il personale medico/infermieristico provvederà ad indicare il recapito telefonico del Centro in cartella di Pronto Soccorso” (5).

**L'ESPERIENZA DELL' OSPEDALE FATEBENEFRATELLI E DEL CENTRO A.P.E.**





### ***Bibliografia***

- 1 Convenzione del Consiglio d'Europa. Prevenzione e la lotta contro la violenza nei confronti delle donne e la violenza domestica. Istanbul, 2011.
- 2 D.P.C.M 24/11/2017. Linee guida nazionali per le aziende sanitarie e le aziende ospedaliere in tema di soccorso e assistenza socio-sanitaria alle donne vittime di violenza G.U. Serie Generale 2018; 24.
- 3 Direttiva 2012/29/UE. Istituzione norme minime in materia di diritti, assistenza e protezione delle vittime di reato 2012.
- 4 Digs 196/2003. Codice in materia di protezione dei dati personali 2003; n.196.
- 5 Ospedale Generale San Giovanni Calibita -Fatebenefratelli Direzione Sanitaria. Procedura Operativa per la gestione di riferita violenza 2015; n.2.

## **CAPITOLO 7**

# **MANUALE SULL'ASSISTENZA DEI BAMBINI IN STRUTTURA SANITARIA PER ACUTI**

Michael Melter<sup>1</sup>; Stephan Döring<sup>2</sup>, Barbara Hofer<sup>3</sup>; Marion Riedl<sup>4</sup>; Tobias Hirschberger<sup>5</sup>; Stephanie Hägele<sup>6</sup>

<sup>1</sup>M.D., Ph.D., Professore di pediatria – Medico Pediatra Primario presso l’Ospedale pediatrico dell’Università di Regensburg (KUNO) – Krankenhaus Barmherzige Brüder Regensburg - Klinik St. Hedwig.

<sup>2</sup>M.D. – Medico senior – Ospedale pediatrico dell’Università di Regensburg (KUNO) – Krankenhaus Barmherzige Brüder Regensburg - Klinik St. Hedwig

<sup>3</sup>Capo Infermiera – Krankenhaus Barmherzige Brüder Regensburg - Klinik St. Hedwig

<sup>4</sup>Medico Specialista ,di ostetricia e ginecologia- Krankenhaus Barmherzige Brüder Regensburg - Klinik St. Hedwig

<sup>5</sup>Avvocato – Capo del dipartimento Affari giuridici – Krankenhaus Barmherzige Brüder Regensburg

<sup>6</sup>Assistente dell’Amministratore Delegato – Krankenhaus Barmherzige Brüder Regensburg - Klinik St. Hedwig

Il numero dei casi sospetti o confermati di pericolo per i minori è aumentato in tutto il mondo negli ultimi anni per via di una maggiore consapevolezza della protezione dei minori. I legislatori hanno reagito di conseguenza e hanno adeguato le leggi e il quadro giuridico. Pertanto, i concetti relativi alla protezione dell'infanzia stanno diventando sempre più importanti nell'ambito dell'assistenza ospedaliera. Questi concetti sono già parte integrante del lavoro quotidiano del personale di diversi ospedali pediatrici. A lungo termine, dovrebbero essere stabiliti in modo estensivo.

La procedura in caso di sospetta esposizione di minori al pericolo presentata in questo manuale implica un concetto orientativo sviluppato dal gruppo di protezione dei minori ("Kinderschutzgruppe") del KUNO Klinik St. Hedwig Regensburg-Krankenhaus Barmherzige Brüder. Si basa essenzialmente su linee guida comuni per la protezione dell'infanzia e rispetta l'approccio interdisciplinare richiesto dalla legislazione.

## **1.1 OBIETTIVI DELLA PROCEDURA IN CASO DI SOSPETTO DI PERICOLO PER I MINORI**

- La protezione dei bambini e degli adolescenti è la priorità assoluta e allo stesso tempo l'obiettivo più importante della procedura quando si sospetta un pericolo per i bambini.
- Per raggiungere questo obiettivo, le responsabilità e le procedure interdisciplinari e multiprofessionali sono definite sulla base di linee guida.
- Grazie alla pratica standardizzata, i gruppi professionali possono agire in modo appropriato in questo settore sensibile.
- Un aspetto importante è il collegamento in rete tra ospedali e organizzazioni non cliniche, come gli uffici di assistenza ai giovani, gli enti di "aiuto tempestivo", le strutture per l'assistenza medico-sociale in generale e i medici registrati di uno studio privato, al fine di creare le strutture e le reti necessarie.

## **1.2 AMBITO DI APPLICAZIONE DELLA PROCEDURA IN CASO DI SOSPETTO DI PERICOLO PER I MINORI**

- Il processo per il sospetto di pericolo per i bambini comprende l'assistenza interdisciplinare specifica per i minori (nei settori della medicina pediatrica e dell'adolescenza, della chirurgia pediatrica, dell'urologia pediatrica, dell'anestesia pediatrica, della radiologia pediatrica, dell'ostetricia e della ginecologia).
- Il trattamento professionale e sensibile delle persone di contatto del bambino/adolescente e della famiglia interessata è fondamentale.
- In collaborazione con i servizi sociali interni e gli avvocati, vengono creati e controllati dei moduli e dei documenti, si prendono contatti con l'ufficio di assistenza ai giovani, col medico di famiglia (pediatra) e, se necessario, con la polizia e il tribunale della famiglia (penale). Inoltre, tutte le informazioni necessarie vengono trasmesse alle suddette istituzioni.

## **1.3 PROCEDURA GUIDATA DOPO L'ANNUNCIO O L'ARRIVO DI UN BAMBINO/ADOLESCENTE IN CASO DI SOSPETTO DI PERICOLO PER IL BAMBINO**

Di seguito viene spiegata passo dopo passo la procedura dopo l'annuncio e/o l'arrivo di un bambino/adolescente in ospedale in caso di sospetto di pericolo per il bambino. La cronologia deve essere considerata più come un quadro di suggerimento che come una rigida linea guida.

#### *Fase 1:*

In un caso sospetto, il servizio medico risponde alla chiamata telefonica del medico iscritto all'albo (pediatra), dell'ufficio di assistenza ai minori o della polizia. Il servizio medico informa il medico responsabile e fornisce i documenti relativi al caso, compresi i contatti e i numeri di telefono perchè possano essere richiamati.

#### *Fase 2:*

Dopo un'anamnesi dettagliata dei problemi presentati e del decorso dell'infortunio da parte del servizio medico, occorre dimostrare dal punto di vista giuridico se esiste una base giuridica sufficiente per l'esecuzione di un esame medico. Se, da un punto di vista clinico, il sospetto di pericolo per il bambino è confermato, si effettua un esame clinico dettagliato in presenza di un'infermiera o di un altro medico in qualità di testimone, al fine di evitare incongruenze nella storia clinica (principio dei quattro occhi). Inoltre, le lesioni esterne vengono trattate con un protocollo standardizzato di documentazione fotografica.

#### *Fase 3:*

Il servizio infermieristico procede al ricovero infermieristico e lo documenta, conservando gli indumenti indossati, determinando la presenza di anomalie nell'aspetto e nella zona genitale e registrando il comportamento sociale del paziente nei confronti dell'accompagnatore e del caregiver, nonché confermando la presenza dell'accompagnatore.

#### *Fase 4:*

In caso di sospetti reati sessuali, il servizio medico stabilisce se vi sono indizi per un esame medico-giudiziario immediato (ginecologico). Inoltre, si deve decidere che tipo di monitoraggio seguire, ad esempio,

il monitoraggio centralizzato o la sorveglianza della terapia intensiva, o se la cura può essere continuata ambulatorialmente. Il servizio sociale interno deve essere consultato come importante interfaccia e supporto. Inoltre, la polizia e/o l'ufficio di assistenza ai giovani vengono contattati tempestivamente in caso di pericolo immediato per il paziente, i fratelli e le sorelle e/o altri membri della famiglia (ad esempio in caso di rischio di sospetta recidiva) o se una persona coinvolta ha tendenze suicide. Lo stesso vale per le recenti perdite di sangue da lesioni.

#### *Fase 5:*

I casi ospedalieri e ambulatoriali con lesioni non chiare dal punto di vista forense vengono discussi a posteriori e l'ulteriore procedimento viene coordinato con l'istituto forense competente. Se necessario, si tengono regolarmente delle conferenze interdisciplinari del gruppo di protezione dell'infanzia per esaminare i casi. La prima discussione con i genitori del bambino/adolescente viene utilizzata per parlare del procedimento successivo e della diagnostica in caso di tracce di lesioni non chiare o non plausibili per l'anamnesi descritta. L'interpretazione finale del caso viene effettuata progressivamente, dopo aver completato i referti clinici ed escluso le diagnosi differenziali.

#### *Fase 6:*

Il servizio sociale interno si occupa dell'anamnesi sociale e della situazione familiare in collaborazione con il case management. Se necessario, l'ufficio di assistenza ai giovani viene informato nell'ambito della posizione di garante.

Il bambino / adolescente interessato viene dimesso se la questione della responsabilità (fase del piano sociale) è stata chiarita e la successiva assistenza può essere garantita in stretta collaborazione con i medici residenti (pediatra) e con le strutture di assistenza medico-sociale.

## **CONCLUSIONE**

L'approccio interdisciplinare e la stretta collaborazione tra i singoli gruppi professionali, nonché il coinvolgimento di un consulente legale, sono essenziali per garantire una valutazione olistica e completa e il successivo trattamento mirato di un caso sospetto o giustificato di pericolo per i minori. Una procedura

standardizzata con responsabilità chiaramente definite fornisce ai collaboratori la necessaria sicurezza nel trattare con il paziente e offre al paziente la massima protezione possibile.

## **Bibliografia**

**AWMF online (2019)**]: Das Portal der wissenschaftlichen Medizin: Child Protection Guideline. URL:

[https://www.awmf.org/fileadmin/user\\_upload/Leitlinien/027\\_D\\_Ges\\_fuer\\_Kinderheilkunde\\_und\\_Jugendmedizin/027-0691e\\_S3\\_Child\\_Protection\\_Guideline\\_2019-08.pdf](https://www.awmf.org/fileadmin/user_upload/Leitlinien/027_D_Ges_fuer_Kinderheilkunde_und_Jugendmedizin/027-0691e_S3_Child_Protection_Guideline_2019-08.pdf).

**BMFSFJ (2020)**] Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend: Das Bundeskinderschutzgesetz. URL: <https://www.bmfsfj.de/>.

**DGKiM (2020)**] Deutsche Gesellschaft für Kinderschutz in der Medizin. URL: <https://www.dgkim.de/>.

**[Stmas (2020)]** Bayerisches Staatsministerium für Familie, Arbeit und Soziales: Gewalt gegen Kinder und Jugendliche. Erkennen und Handeln. Leitfaden für Ärztinnen und Ärzte i. URL: <https://www.aerzteleitfaden.bayern.de/>.

**UpToDate (2020)**] UpToDate: Physical child abuse: Recognition. ULR. ULR: [https://www.uptodate.com/contents/physical-child-abuse-recognition?search=child%20abuse&source=search\\_result&selectedTitle=1~150&usage\\_type=default&display\\_rank=1](https://www.uptodate.com/contents/physical-child-abuse-recognition?search=child%20abuse&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1).

## CAPITOLO 8

# MANUALE SULL'ASSISTENZA MEDICA AI RIFUGIATI E MIGRANTI MINORENNI IN STRUTTURA SANITARIA PER ACUTI

Michael Melter<sup>1</sup>; Stephan Döring<sup>2</sup>, Barbara Hofer<sup>3</sup>; Marion Riedl<sup>4</sup>; Tobias Hirschberger<sup>5</sup>; Stephanie Hägele<sup>6</sup>

<sup>1</sup>M.D., Ph.D., Professore di pediatria – Medico Pediatra Primario presso l’Ospedale pediatrico dell’Università di Regensburg (KUNO) – Krankenhaus Barmherzige Brüder Regensburg - Klinik St. Hedwig.

<sup>2</sup>M.D. – Medico senior – Ospedale pediatrico dell’Università di Regensburg (KUNO) – Krankenhaus Barmherzige Brüder Regensburg - Klinik St. Hedwig

<sup>3</sup>Capo Infermiera – Krankenhaus Barmherzige Brüder Regensburg - Klinik St. Hedwig

<sup>4</sup>Medico Specialista ,di ostetricia e ginecologia- Krankenhaus Barmherzige Brüder Regensburg - Klinik St. Hedwig

<sup>5</sup>Avvocato – Capo del dipartimento Affari giuridici – Krankenhaus Barmherzige Brüder Regensburg

<sup>6</sup>Assistente dell’Amministratore Delegato – Krankenhaus Barmherzige Brüder Regensburg - Klinik St. Hedwig

Nel 2015, un gran numero di rifugiati è arrivato in Europa. Molti di loro hanno cercato aiuto. Sono arrivati con i loro scarsi averi e la speranza di una vita migliore e più sicura, senza peraltro sapere molto del paese che li ospitava né della sua gente. Molti rifugiati non erano in grado di comunicare nella lingua locale. Per questo motivo, nel KUNO Klinik St. Hedwig Regensburg-Krankenhaus Barmherzige Brüder è stato avviato un progetto per le cure mediche e l'assistenza ai rifugiati e ai migranti.

## **OBIETTIVI DEL PROGETTO**

L'obiettivo primario è quello di migliorare le cure acute) ai rifugiati e migranti minorenni negli ospedali per casi acuti. Questo include i seguenti aspetti:

- Miglioramento delle cure mediche e dell'assistenza ai rifugiati e migranti minorenni
- Garanzia di un'assistenza medica di alta qualità, coordinata e affidabile per i rifugiati e migranti minorenni
- Minimizzazione del rischio di infezione per gli altri pazienti
- Protezione dei dipendenti dai rischi di infezione (chiarimento delle vaccinazioni necessarie)
- Sviluppo di servizi medici speciali per i rifugiati e i migranti minorenni
- Abilitazione della comunicazione e dell'informazione
- Integrazione di rifugiati e migranti nella formazione per l'assistenza

## **PROCEDURA GUIDATA PER IL TRATTAMENTO MEDICO E L'ASSISTENZA AI RIFUGIATI E MIGRANTI MINORENNI**

Per migliorare e facilitare l'assistenza acuta ai rifugiati e ai migranti minorenni, è stata stabilita una linea guida presso il KUNO Klinik St. Hedwig Regensburg-Krankenhaus Barmherzige Brüder, che copre l'intera traiettoria dei pazienti e dei loro parenti durante il soggiorno in ospedale. Tra gli aspetti importanti vi sono il primo punto di contatto al momento del ricovero del paziente, la comunicazione e l'informazione, il coordinamento delle cure prima e dopo il ricovero e la fornitura di contatti con le istituzioni di supporto e di informazioni sulle segnalazioni alle autorità competenti.

### *Ricovero del paziente*

All'arrivo del paziente sono richiesti i documenti d'identità, la prova dello stato di residenza e la prova dell'assicurazione sanitaria. Se l'origine della famiglia non è chiara, è possibile scoprire quale lingua parlano



i pazienti e le loro famiglie utilizzando l'illustrazione delle varie bandiere nazionali e mostrando i nomi dei paesi scritti nella rispettiva lingua nazionale.

### *Comunicazione e informazione*

Un aspetto importante del trattamento dei rifugiati e dei migranti minorenni è la comunicazione, per comprendere i pazienti, spiegare le opzioni di trattamento e quindi creare fiducia. Di conseguenza, sono stati sviluppati diversi strumenti per semplificare la comunicazione e l'informazione durante il soggiorno in ospedale.

Per chiarire semplici argomenti relativi al processo di trattamento si utilizzano libri con pittogrammi. Questi sono rilevanti, ad esempio, per ottenere risposte a domande circa l'esperienza del dolore e la sua localizzazione e per facilitare la comunicazione, soprattutto con pazienti molto giovani. Inoltre, sono disponibili anche dei tablet elettronici con applicazioni di traduzione.

Le conversazioni dei medici con i piccoli pazienti stranieri, difficili e specifiche, possono essere condotte con l'aiuto di interpreti giurati online. Per le conversazioni quotidiane è disponibile un registro che riporta la conoscenza delle lingue straniere da parte del personale dell'ospedale. Inoltre, si può ricorrere a dei libri per bambini che spiegano il ricovero in ospedale e ad altro materiale informativo destinato ai bambini in diverse lingue.

Le informazioni tradotte per i pazienti, come i menu o i procedimenti validi nel reparto, promuovono la comunicazione e trasmettono un senso di ospitalità e sicurezza ai pazienti. Pittogrammi e immagini degli ingredienti principali possono essere utilizzati anche per facilitare l'ordinazione dei cibi.

Durante il ricovero, l'attenzione si concentra sulle misure di promozione dell'igiene. Per questo motivo, viene utilizzato un volantino in diverse lingue che spiega a immagini il comportamento igienico. Un'informazione e un'educazione mirate sui rischi igienici e sulle misure igieniche interne possono spesso prevenire la diffusione di infezioni. Si utilizzano anche volantini che forniscono ai pazienti informazioni sulle malattie infettive diffuse nel loro paese d'origine o nei paesi attraversati durante il volo, nonché informazioni su eventuali vaccinazioni.

L'attuale pandemia COVID-19 è un esempio importante di quanto sia necessario sensibilizzare l'opinione pubblica sulle misure di sostegno all'igiene. Informazioni utili come i visitatori, la distanza e le norme igieniche sono disponibili per i pazienti stranieri in varie lingue, sia in formato cartaceo che digitale.

Inoltre, può essere utile un materiale didattico e informativo in varie lingue per il periodo successivo alla dimissione dall'ospedale. Questo include, ad esempio, opuscoli per l'orientamento iniziale dei richiedenti asilo, consigli sanitari per i genitori rifugiati e i richiedenti asilo, informazioni e contatti riguardanti importanti organizzazioni umanitarie e autorità (ad esempio, l'ufficio di assistenza sociale e l'ufficio per l'assistenza ai giovani), nonché indirizzi di contatto per l'intermediazione di rifugiati e migranti minorenni non accompagnati.

### *Coordinamento delle cure prima e dopo il ricovero*

Prima del ricovero in ospedale, i responsabili della gestione interna del caso si occupano della pianificazione e del coordinamento del ricovero, organizzando visite ambulatoriali e ospedaliere, farmaci, cibo, assistenza medica e altro ancora. Inoltre, il case management pianifica l'organizzazione dell'assistenza post-dimissione (servizio infermieristico, assistenza domiciliare). I volontari sostengono inoltre le famiglie durante l'intero periodo di degenza.

### *Organizzazione dei contatti e segnalazione alle autorità competenti*

Se necessario, le famiglie bisognose di protezione vengono segnalate ai servizi sociali, ad esempio all'ufficio di assistenza ai giovani. Se viene individuato un maggiore bisogno di aiuto, si possono stabilire contatti con centri di consulenza sociale, servizi ambulatoriali e altri servizi di assistenza.

## **CONCLUSIONE**

Per migliorare e facilitare la degenza in ospedale dei rifugiati e migranti minorenni, e delle loro famiglie, è importante fornire loro tutte le informazioni necessarie nella loro lingua madre e utilizzare vari strumenti di comunicazione. Si raccomanda di avere a disposizione una selezione di materiale informativo per le diverse età e di utilizzare sia la comunicazione cartacea che quella digitale. Inoltre, l'intermediazione e l'informazione sulle organizzazioni di aiuto post degenza rappresentano una misura importante.

## **Bibliografia**

**BAMF (2015)]** Bundesamt für Migration und Flüchtlinge. URL: [https://www.bamf.de/DE/Startseite/startseite\\_node.html](https://www.bamf.de/DE/Startseite/startseite_node.html).

**BMFSFJ (2012)]** Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. URL: <https://www.bmfsfj.de/>.

**BMG (2015)]** Bundesministerium für Gesundheit. URL: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/>.

**BPtK (2016)]** Bundespsychotherapeutenkammer: Ratgeber für Flüchtlingseltern. Wie helfe ich meinem traumatisierten Kind? URL: [https://www.bptk.de/wp-content/uploads/2019/01/20160408\\_BPtK\\_RatgeberFluechtlingseletern\\_deutsch.pdf](https://www.bptk.de/wp-content/uploads/2019/01/20160408_BPtK_RatgeberFluechtlingseletern_deutsch.pdf).

**BZgA (2016)]** Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. URL: <https://www.bzga.de/>.

**[RKI (2020)]** Robert Koch Institut. URL: [https://www.rki.de/DE/Home/homepage\\_node.html](https://www.rki.de/DE/Home/homepage_node.html).