

Il sistema di prevenzione italiano della violenza all'infanzia: criticità e punti di forza

Andrea Bollini – *Direttore Centro Studi Sociali sull'Infanzia e l'Adolescenza*

Gli Stati generali sul Maltrattamento all'Infanzia, proclamati dal Cismai in occasione del ventennale della Convenzione dell'ONU, prendono avvio proprio dalla dimensione della prevenzione dell'abuso, perché in questo campo l'Italia appare molto in ritardo.

so), mentre al centro troviamo l'area del target a rischio.

La prevenzione primaria riguarda la generalità della popolazione. In Italia i minori sono 10.149.827, le famiglie con figli minori sono complessivamente 5.812.000 (cfr. Figura 2). Anche a livello di percezione, la

facili da stimare. Kevin Brown, uno studioso che a lungo in Europa si è occupato di questo, sulla base delle medie europee stabilisce che all'incirca il 7% della popolazione minore può essere considerato in questa seconda fascia. Parliamo all'incirca di 700.000 minori.

Il 10% di questo frammento è inserito in percorsi di recupero quindi rientra nella prevenzione terziaria, quella che si attiva laddove il danno si è già verificato.

Si parla con rammarico di stime e di proiezioni, perché il nostro Paese e le nostre Regioni non si sono dotate di un sistema di monitoraggio omogeneo sul maltrattamento. Non è ovunque così: negli Stati Uniti abbiamo statistiche storiche che risalgono già a 30 anni fa, lo stesso in Inghilterra, in Spagna e in tanti altri paesi europei. In Italia si riscontra una difficoltà culturale per l'ostruzionismo mosso soprattutto dalle Regioni, che, in pochissime e su base volontaria, hanno aderito alla prima sperimentazione nazionale di raccolta dati avvenuta qualche anno fa. Credo che questa assenza di un sistema di monitoraggio sia una delle grandi criticità del sistema italiano di protezione. Infatti, non possiamo costruire interventi basati su rigorosi metodi scientifici quando non abbiamo una base epidemiologica, necessaria per studiare tutti quei fattori di rischio, di protezione, di etiologia



Figura 1 – La piramide della prevenzione dell'abuso all'infanzia

Per visualizzare i tre livelli della prevenzione, primaria, secondaria e terziaria, la letteratura fa riferimento ad una piramide (figura 1), dove la base è costituita dalla popolazione target della prevenzione primaria (tutti) ed il vertice da quella terziaria (le vittime di abu-

prevenzione primaria sembrerebbe quasi una nebulosa, proprio perché riguarda un ambito estremamente vasto e coinvolge tantissimi livelli di intervento.

La prevenzione secondaria è quella che viene rivolta ai target a rischio che, in quanto tali, sono dif-



Figura 2 – Stime dei target group dei tre livelli di prevenzione in Italia



Figura 3 – Settori coinvolti nelle politiche di prevenzione del maltrattamento

Table: the child wellbeing index

Rank	Country	Health	Subjective wellbeing	Children's wellbeing	Material resources	Behavior and Risk	Education	Housing and environment
1	Netherlands	2	1	1	7	4	4	5
2	Sweden	1	2	2	13	1	5	3
3	Norway	5	5	3	2	2	10	1
4	Ireland	8	9	4	1	3	14	9
5	Finland	12	6	5	4	2	7	4
6	Denmark	3	3	10	5	15	12	5
7	Greece	15	16	7	5	13	11	10
8	Germany	17	12	8	12	5	6	13
9	Ireland	14	10	14	10	12	5	2
10	Luxembourg	5	17	16	3	11	16	7
11	Austria	10	2	7	8	13	10	6
12	Cyprus	19	1	1	13	1	1	13
13	Spain	13	4	17	10	8	10	13
14	Belgium	18	13	18	15	20	1	12
15	France	20	14	19	11	10	13	10
16	Czech Republic	9	22	1	5	20	3	12
17	Slovakia	7	15	2	16	10	13	15
18	Poland	14	20	11	14	1	1	1
19	Italy	15	18	20	17	5	11	1
20	Portugal	11	11	13	11	4	10	13
21	Hungary	17	20	11	10	10	15	10
22	Greece	16	3	10	11	20	21	14
23	United Kingdom	14	21	15	24	16	10	17
24	Finland	17	11	17	1	14	1	1
25	Poland	16	11	19	1	1	1	1
26	Latvia	18	24	24	22	22	18	20
27	Lithuania	19	27	25	25	25	25	24
28	Malta	20	23	11	1	14	1	1

Figura 4 – Ricerca sul benessere dei bambini a livello europeo

fondamentali per la programmazione di interventi adeguati ed efficaci.

I settori coinvolti nelle politiche di prevenzione sono tanti (figura 3) e questo dà conto della complessità di organizzare un sistema di prevenzione del maltrattamento coerente. Abbiamo un livello statale, regionale, provinciale e comunale, ma anche del privato sociale, oggi sempre più significativo. Abbiamo organizzazioni filantropiche che finanziano progetti di prevenzione, o organizzazioni, ad esempio religiose, che li portano avanti per conto proprio. È una galleria molto composita e, dobbiamo dire, ad oggi anche molto sconosciuta.

Negli ultimi anni l'UNICEF ha predisposto un sistema di indicatori per capire i livelli di benessere dei bambini nei singoli Stati europei, che rappresentando dei benchmark di riferimento. La ricerca più recente (figura 4) in questo settore è stata condotta dall'Università di York, la Child Poverty Action Group, sui dati 2005-2009. Il nostro Paese si colloca al 19° posto, con alcune aree particolarmente critiche: sulle relazioni dei bambini con gli adulti e con le altre figure di riferimento siamo nella fascia bassa, per i servizi educativi siamo al 23° posto, al 20° per l'alloggio e l'ambiente. Anche l'UNICEF ha stilato una graduatoria analoga, dove il nostro Paese è in una posizione un po' più alta; ma occorre sicuramente lavorare per migliorare nel complesso il livello di benessere dei bambini, e questi indicatori ci illuminano sui settori sui quali dobbiamo intervenire con maggior forza. Anche il recente lavoro di ricerca condotto dal Centro nazionale di documentazione e analisi sull'infanzia e l'adolescenza ci offre uno spaccato sul livello di benessere all'interno delle regioni italiane.

Altro dato significativo è che i dati OCSE pongono l'Italia al 20° posto per spesa sociale per le famiglie fra gli Stati dell'organizzazione. Nel 2006 l'impegno equivaleva

all'1,3% del PIL, un valore molto basso che testimonia degli scarsi investimenti nel settore.

Il maltrattamento all'infanzia, infatti, non è ancora considerato un problema di salute pubblica nazionale. L'OMS lo ribadisce già dal 2002, ma l'Italia stenta a recepire il messaggio. Tra l'altro, da una lettura ancora sommaria dei nuovi LEA (Livelli Essenziali di Assistenza) e del Piano nazionale sulla prevenzione sanitaria, che a breve saranno approvati, il maltrattamento sui minori e la sua prevenzione risultano scarsamente contemplati. Vengono solo privilegiati gli interventi riparativi (e anche su questo le risorse sono insufficienti) e l'approccio repressivo del maltrattamento.

Negli ultimi mesi ci sono state diverse proposte di legge, alcune in itinere nel nostro Parlamento, mirate sulla repressione che, a parte i costi carcerari, comporta uno scarso investimento, guadagna l'attenzione dei media, dà l'idea che comunque i bambini sono protetti perché gli adulti abusanti vanno a finire in carcere. Non è così, perché sappiamo che il punto debole del nostro sistema giudiziario è la certezza della pena; comunque ben venga la repressione ma, se non si accompagna ad una politica organica di prevenzione, l'efficacia dell'intervento sarà molto limitata e tutti gli studi svolti fin qui ce ne danno prova.

La prevenzione viene raramente inserita nei programmi dei servizi universalistici (vedremo fra poco uno di questi esempi) e nei pochi programmi in essere si registra un approccio asistematico, non basato su epidemiologie e misurazione dei risultati e degli impatti, con obiettivi spesso slegati dal fenomeno che si vuole prevenire. Anche su questo forse è necessario sviluppare più informazione e più formazione.

In genere in Italia si ha una concezione della famiglia quale un nucleo che gode di salute solo in rapporto ai problemi di tipo sanitario e non a quelli psicologici, emotivi e

relazionali. In una rubrica radiofonica che si occupa di salute, condotta anche grazie al contributo di Alberto Pellai, il concetto di salute fortunatamente è stato esteso, e ben vengano questi momenti di sensibilizzazione dell'opinione pubblica. Ho partecipato ad una di queste trasmissioni. I contributi degli ascoltatori miravano a dire che la prevenzione è necessaria e riguarda tutti, dal comune cittadino fino al servizio (e meno male che ci sono i servizi). Questo ci dice che l'opinione pubblica percepisce la gravità del maltrattamento e la necessità di contemplare, nel modello di crescita della salute del bambino, anche gli aspetti psicologici, emotivi e relazio-

Un altro dato fonte di preoccupazione è il taglio di risorse ai servizi sociali, previsto dal 2009 al 2011, dalle leggi finanziarie. È un ambito da sempre penalizzato rispetto agli investimenti di bilancio, ed oggi non si può ridurre quel poco che l'Italia ha conquistato, anzi ci sarebbe bisogno di incrementare costantemente gli investimenti per uguagliare i livelli degli altri Stati europei.

La prevenzione si basa sul contrasto dei fattori di rischio. Per questo crediamo che la nostra attenzione, a livello nazionale e regionale, con l'impegno di operatori, studiosi, ricercatori e quant'altri, debba concentrarsi sullo studio mira-



Figura 5 – Esempio di un progetto sanitario sulla prevenzione delle patologie infantili

nali. Un esempio di segno diverso (non sia una critica, è soltanto una constatazione per riflettere) è il programma "Genitori più" del Ministero della Salute, che mira a rendere le famiglie più consapevoli sulla salute dei propri bambini e a fare scelte preventive, ma si concentra prevalentemente sulla prevenzione dei problemi fisici. Le difficoltà relazionali vengono inserite solo all'ultimo punto (figura 5), e come fattore protettivo di prevenzione viene consigliata la lettura di un libro, un consiglio sempre apprezzabile ma naturalmente non sufficiente.

to dei fattori di protezione (figura 6). È su questo che dobbiamo lavorare, riorientare i servizi, formulare programmi: sul rafforzamento dei fattori protettivi e della resilienza nei bambini, nelle famiglie, negli adulti.

In concreto la maggior parte degli interventi si concentra sugli adulti. Non possiamo pensare che bastino alcuni corsi a scuola perché i bambini diventino più consapevoli e imparino a proteggersi da soli, individualmente. Occorre concentrarsi sulla famiglia e sugli adulti di riferimento, ma anche sulla comu-



Figura 6 – Strategie di prevenzione e fattori

nità, sul ruolo che la comunità può avere per ridurre o eliminare l'incidenza dei fattori di rischio del maltrattamento.

Alcune priorità d'intervento già sono state ricordate: concentrarsi sugli stili educativi e di attaccamento, sulla conoscenza consapevole da parte dei genitori di quelle che sono le proprie funzioni genitoriali e le particolarità legate allo sviluppo del bambino: come la mente del bambino si struttura, di che cosa ha bisogno per crescere in modo sano. Sono questioni che non rientrano in un "apprendimento naturale" da parte dei genitori, anzi tutt'altro.

Dobbiamo poi coniugare strettamente il supporto all'educazione familiare con l'intervento dei servizi per investire sulla resilienza genitoriale. Uno dei fattori protettivi è proprio la capacità che la famiglia ha di superare i momenti di crisi.

Altre modalità di azione sono i servizi di accesso e i servizi di supporto ai genitori: la rete sociale di

integrazione e soprattutto l'aver una comunità capace di dare risposte, più responsiva; la formazione dei nuovi genitori; i programmi di rafforzamento dell'attaccamento sicuro e precoce; il saper guidare i genitori a comportamenti appropriati per fasce di età del bambino, in relazione alle fasi di sviluppo; la gestione dello stress e il problem solving legati alla resilienza; i sistemi di sicurezza economica con programmi mirati di riduzione della povertà infantile. Ribadiamo l'importanza dell'*home visiting*, soprattutto in una fase prenatale e neonatale, perché le famiglie problematiche possano essere condotte nel loro cammino di neogenitorialità.

La sfida maggiore da parte nostra è come trasformare e sviluppare i servizi esistenti, che si attivano dopo che il maltrattamento è accaduto, in sistemi coordinati che erogano servizi a tutte le famiglie prima che il maltrattamento si verifichi. Non è un compito da poco. È un compito impegnativo ma che ci

dà anche una prospettiva di lavoro e ci invita ad elaborare nuove strategie di coordinamento a livello sia nazionale sia regionale. Avvertiamo la necessità di un riconoscimento pubblico della prevenzione, che vada al di là delle mere attestazioni di principio e si estrinsechi in programmi mirati.

L'altra urgenza riguarda un piano nazionale per la prevenzione del maltrattamento all'infanzia, richiesto dalle raccomandazioni dell'OMS del 2002 e rispetto al quale ancora, in Italia, non è stato fatto nulla. Parliamo di programmi su larga scala che richiederanno l'impiego di risorse statali e regionali. Sta poi a noi identificare e pianificare i programmi - questa è la sfida di innovazione che ci attende come servizi - per consentire la partecipazione al finanziamento da parte delle organizzazioni filantropiche. Bisogna essere innovatori e propositivi, assicurare e verificare con appositi strumenti l'effettiva pianificazione ed attuazione dei programmi di prevenzione, approfittando del bagaglio di strumenti che ci viene anche dalle Linee guida dell'OMS da poco tradotte in lingua italiana.

Una frase di Einstein ci è molto familiare nel nostro agire quotidiano: "in mezzo alle difficoltà, c'è sempre l'opportunità". Siamo abituati ad operare all'interno delle difficoltà, familiari e sociali, e siamo abituati anche a capire che proprio nel mezzo della difficoltà risiedono le opportunità. Su questo sicuramente lavoreremo e ci auguriamo che gli Stati generali sul maltrattamento possano far emergere nuove informazioni e contributi utili a tradurre questo quadro generale sulla prevenzione in azioni concrete.