



Funded by
the European Union



EUROPEAN COMMISSION - DIRECTORATE GENERAL JUSTICE AND CONSUMERS
Programme and Financial management
Grant Agreement number: 881677 – I.N.T.I.T. – REC-AG-2019 / REC-RDAP-GBV-AG-2019



Documento di consenso interprofessionale per interventi integrati di protezione, tutela e cura delle relazioni in età evolutiva

Settembre 2022

Documento coordinato da **IPRS**, in collaborazione con:



Il Progetto ha ricevuto il sostegno del



Funded by
the European Union



EUROPEAN COMMISSION - DIRECTORATE GENERAL JUSTICE AND CONSUMERS
Programme and Financial management
Grant Agreement number: 881677 – I.N.T.I.T. – REC-AG-2019 / REC-RDAP-GBV-AG-2019



Disclaimer

“This publication was funded by the European Union’s Rights, Equality and Citizenship Programme (REC 2014-2020).
The content of this *Guidelines* represents only the views of the *INTIT Implementing Team* and is their sole responsibility.
The European Commission does not accept any responsibility for use that may be made of the information it contains.”



The project was supported by



Questo documento raccoglie, inoltre, gli esiti della riflessione sulla presa in carico secondo un approccio multi-agenzia e *trauma informed*, condotta nell'ambito del progetto INTIT, in collaborazione con i partner europei del progetto stesso, e avviata a partire da diversi elementi. Da una parte, si è fatto riferimento alle indicazioni che provengono dalla letteratura scientifica sui principi del *Trauma Informed Care* e sugli standard di intervento di servizi *trauma informed* con l'approfondimento del funzionamento, in Estonia e Cipro dei servizi Barnahus³, al centro di sperimentazioni anche in Spagna e Germania. Dall'altra, è stata condotta l'analisi dello stato dell'arte in Italia del processo di adeguamento dei sistemi di tutela dei minorenni esposti a traumi a modalità integrate, multi-agenzia e trauma informed (TIC) di presa in carico. Tale analisi è stata realizzata con il sostegno del Ministero della Salute, e grazie al coinvolgimento di stakeholder di livello nazionale⁴. In Italia, è stata, inoltre, approfondita l'esperienza del servizio GIADA del UOSD di Psicologia dell'Ospedale Pediatrico Giovanni XXIII⁵ e della rete pugliese per la diagnosi e la cura precoce delle forme di violenza nei confronti delle persone di minore età, esperienza orientata dai principi del *Trauma Informed Care*.

4

Relativamente al contesto italiano degli interventi di prevenzione, rilevazione, tutela, protezione e cura dei minorenni vittime di abuso e maltrattamento all'infanzia, gli approfondimenti condotti nell'ambito del progetto INTIT, hanno permesso di delineare gli standard minimi di intervento e i fondamenti di un sistema di presa in carico multiagenzia e trauma informed dei minorenni esposti a traumi e violenza, standard e fondamenti a cui questo documento fa riferimento.

È noto come il sistema di intervento con i minorenni vittime di abuso e maltrattamento si articoli, in ambito nazionale, in più livelli, quello delle politiche (eterogenee e scarsamente coordinate nei diversi comparti), il livello relativo alla programmazione e all'organizzazione territoriale dei servizi soprattutto sanitari e di competenza regionale, con esiti disomogenei relativamente all'accesso ai LEA, e, infine, il livello delle prassi professionali fortemente condizionate da modelli organizzativi ancorati a logiche prestazionali e quindi categoriali. Accade spesso che le prassi di intervento si

³ La Barnahus (Casa del Fanciullo) è un servizio istituito sulla base di un approccio sviluppato inizialmente in Islanda, che si è rapidamente diffuso nei paesi nordici europei e, più recentemente in altri Stati membri dell'UE. I servizi Barnahus intervengono con le vittime minorenni principalmente di violenza sessuale ma anche fisica secondo gli standard e i diritti definiti dagli articoli 22 (valutazione individuale) e 23 (audizioni della vittima) della Direttiva UE sulle vittime di reato, sia durante le indagini che nel corso dei procedimenti giudiziari. L'obiettivo principale della Barnahus è quello di introdurre risposte adeguate, coordinate e multi-agenzia alla violenza sui minorenni, evitando la ri-traumatizzazione delle vittime. "Metodologia per una valutazione individuale e fondata sui diritti e i bisogni dei minorenni vittime di reato" a cura di Defence for Children International Italia (2019), p. 20. <http://www.centrostudinisida.it/public/4b54a936-ea43-4379-8d4e-f1296cd30d96.pdf>

⁴ I contributi che hanno permesso di produrre questa analisi sono stati offerti dalla platea dei relatori presenti al focus group del 24 novembre 2020, organizzato nell'ambito del progetto INTIT, rappresentanti di un ampio ventaglio di servizi e professionalità coinvolte nei sistemi di intervento con i minorenni esposti a traumi e violenza.

⁵ L'Unità Operativa Semplice Dipartimentale di Psicologia dell'Ospedale Pediatrico Giovanni XXIII di Bari è il Centro di Riferimento nella Regione Puglia per la diagnosi e la cura precoce delle forme di violenza nei confronti delle persone di minore età.



LE SFIDE APERTE NEL LAVORO SUL TRAUMA DURANTE L'INFANZIA

Complessità della lettura del trauma

È ormai noto che il nesso tra l'evento traumatico e l'impatto sullo sviluppo psicologico e sullo stato di benessere della persona di minore età non è né lineare né deterministico: dipende dal tipo di trauma a cui il/la minorenne è stato esposto, dalle risorse del bambino/a, adolescente, dalle risorse e competenze dei caregiver professionali e dal contesto ambientale (famiglia allargata, presenza di servizi, e loro accessibilità ecc.).

Il concetto di trauma dal punto di vista psicologico è stato introdotto da Freud⁶ all'inizio del 1900. Si parla di trauma per indicare un evento della vita di una persona che può intervenire all'improvviso o in maniera reiterata e che si caratterizza per la sua intensità, per l'incapacità del soggetto di rispondervi adeguatamente, nonché per la viva agitazione e per gli effetti durevoli che esso complessivamente provoca nell'organizzazione psichica.

La psicoanalisi è stata nel tempo portata a riflettere sulle difficoltà di concettualizzazione dell'esperienza traumatica. Cosa sia l'esperienza traumatica, anche quando riguarda i bambini, rimane difficile da definire, intanto se si considera l'estrema variabilità delle esperienze traumatiche a cui possono essere esposti (gravi incidenti, lutti, violenza sociale e interpersonale, traumi di crescita, ecc.) le quali possono caratterizzarsi come episodi unici e occasionali, o invece ripetuti e costanti; ma anche se si fa riferimento all'ampio novero delle condotte violente agite contro i bambini, o quelle alle quali sono costretti ad assistere, che si registrano soprattutto in ambito familiare (l'abuso sessuale, la violenza fisica, la violenza psicologica, le patologie della cura).

Non è neanche chiaro come il trauma produca i suoi effetti patogeni, né quando li produca. Sappiamo che un'esperienza traumatica può produrre effetti a distanza di tempo che sembrano irrompere nella vita di chi credeva di aver dimenticato (il trauma può riattualizzarsi con il ricordo dell'esperienza dolorosa) o di chi non ne ha proprio memoria. È anche difficile definire come si innesti l'azione patogena dopo un evento traumatico, ossia come il trauma produca i suoi effetti: un'esperienza dolorosa che non può essere elaborata può attivare risposte neuro-fisiologiche legate alla sofferenza, al terrore ed all'annichilimento che si provano nel trauma, generando un

6

⁶ Freud S., (1916) *Introduzione alla psicoanalisi*. La psicologia prende in prestito il termine trauma – che in greco antico significa ferita con perforazione o lacerazione – dalla medicina e dalla chirurgia, nel cui ambito indica una lacerazione del tessuto cutaneo, oppure una lesione di un organo interno senza perforazione degli strati superficiali (ad esempio: traumi addominale o cerebrale cosiddetti “chiusi”) nonché, in alcuni casi, le conseguenze di una violenza esterna sull'insieme dell'organismo. La psicoanalisi, sin dalle sue origini, ha ripreso l'idea del trauma trasponendo sul piano psichico i tre significati che questa parola ha in medicina e chirurgia: quello di shock violento, quello di lacerazione, quello di insieme di conseguenze sull'organismo nel suo complesso.



meccanismo difensivo di attacco e fuga che si produce anche in momenti in cui la valenza traumatica degli eventi è minore e determinando un progressivo disadattamento del soggetto che perde la capacità di rispondere in modo adeguato alle situazioni.

Ancora, non c'è una relazione tra l'entità dell'esperienza traumatica e gli effetti che essa produce. Vediamo bambini/e esposti/e ad eventi traumatici di grande rilevanza assorbire l'urto e rielaborarlo mostrando una grande resilienza, mentre in altri casi, esperienze che apparirebbero meno significative, si mostrano capaci di produrre effetti patogeni importanti in chi la sperimenta.

I quesiti a cui si è fatto riferimento in questo paragrafo, occupano oggi gran parte della ricerca sul trauma, nella quale si osserva una singolare convergenza degli apporti di costrutti teorici diversi, provenienti dalle neuroscienze, dal cognitivismo e dal comportamentismo, dall'approccio sistemico-relazionale, dalle scuole socio-pedagogiche, nonché dalla psicoanalisi⁷. La letteratura sulle "Esperienze Avverse Infantili"⁸ sottolinea, infatti, come, una volta verificatosi un evento avverso nella vita di un bambino, in assenza di un contesto di *caregiving* adeguato o di interventi di sostegno alla genitorialità durante i momenti di crisi, la probabilità che egli ne viva altri aumenta in modo significativo, motivo per cui si apre una catena di rischi precoci, con un impatto sulla salute delle persone lungo tutto il corso della vita (Hughes et al., 2017).

Il trauma è una ferita che può minare gli equilibri sui quali un individuo ha costruito e organizzato la propria esperienza di sé e degli altri, la propria vita, la propria stessa sopravvivenza. Può produrre in chi lo vive una precipitosa distruzione del senso di continuità del Sé, cioè una minaccia schiacciante all'integrità della persona accompagnata da ansia di annichilimento, in situazioni dalle quali non c'è speranza di protezione, sollievo o rassicurazione (Bromberg, 2012)⁹.

⁷ Citato da IPRS (2022) nell'articolo *Trauma e Minori* (a cura di) Attilio Balestrieri e Raffaele Bracalenti, a cui si rimanda per un approfondimento sul tema <https://www.iprs.it/trauma-e-minori/>.

⁸ Nello studio Adverse Childhood Experiences (ACE), condotto da Kaiser Permanente e dai Centri statunitensi per il controllo e la prevenzione delle malattie, è stato chiesto a quasi 80.000 adulti seguiti da un'organizzazione sanitaria di prevenzione e monitoraggio (HMO) di rispondere a un questionario sulle esperienze infantili avverse, tra cui abusi infantili, negligenza e disfunzioni familiari. L'11% ha dichiarato di aver subito abusi emotivi da bambino, il 30,1% ha riferito di aver subito abusi fisici e il 19,9% abusi sessuali. Inoltre, il 23,5% ha riferito di essere stato esposto all'abuso di alcol in famiglia, il 18,8% è stato esposto a malattie mentali, il 12,5% ha assistito a maltrattamenti della madre e il 4,9% ha riferito di abuso di droga in famiglia. Lo studio ACE ha dimostrato che le esperienze avverse nell'infanzia sono molto più comuni di quanto non sia riconosciuto e che hanno una forte relazione con la salute degli adulti a distanza di mezzo secolo. Lo studio ha confermato le precedenti indagini che hanno rilevato una relazione altamente significativa tra esperienze infantili avverse e depressione, tentativi di suicidio, alcolismo, abuso di droghe, promiscuità sessuale, violenza domestica, fumo di sigaretta, obesità, inattività fisica e malattie sessualmente trasmissibili. Inoltre, lo studio ha dimostrato che gli individui che hanno avuto 4 o più ACE hanno il 50%-70% di probabilità in più di sviluppare disturbi dell'umore e dell'ansia, abuso di sostanze e disturbi del controllo degli impulsi. Felitti VJ, Anda RF. The Relationship of Adverse Childhood Experiences to Adult Health, Well-being, Social Function, and Health Care. Chapter 8 in *The Effects of Early Life Trauma on Health and Disease: the Hidden Epidemic*; Editors: Lanius R, Vermetten E, Pain C. Cambridge University Press., 2010.

⁹ Bromberg, P. (2012) *L'ombra dello Tsunami*, Editore, Raffaello Cortina Editore.



Se nel caso di un adulto il trauma può far vacillare o addirittura crollare l'equilibrio su cui si regge la sua esistenza, nel caso dei minorenni esposti a traumi ripetuti e cumulativi nell'età dello sviluppo, tali esperienze possono minare alla base le condizioni per un equilibrio futuro innescando una serie di cambiamenti, prima neurobiologici, poi adattativi, con un impatto negativo sulla salute.

Gli studi sull'effetto dell'esposizione a quello che, in letteratura, viene definito un "trauma complesso"¹⁰, mostrano che le aree di impatto e i correlati segnali, sono molteplici e dipendono dall'età del bambino coinvolto: più piccolo è il bambino quando inizia l'esposizione a tali esperienze, maggiore l'impatto sullo sviluppo. Vengono citati i seguenti ambiti in cui gli effetti possono prodursi: cognitivo (attenzione, concentrazione, pensieri negativi); relazionale (problemi familiari, interruzioni dell'attaccamento, difficoltà nelle relazioni affettive); dell'umore (depressione, ansia); comportamentale (es. comportamenti ripetitivi e compulsivi); somatico (disturbi del sonno, emicrania, enuresi notturna, disturbi del comportamento alimentare, problemi di attaccamento, di attenzione e apprendimento, ecc.). All'origine di questi effetti, la letteratura scientifica – per altro in continua espansione, nel campo della biologia molecolare, della genomica, dell'immunologia e delle neuroscienze, delle scienze sociali e educative – indica cambiamenti nella neurobiologia del cervello. Tali cambiamenti sono il risultato di una prolungata esposizione a stress cosiddetto tossico generato da esperienze avverse durante l'infanzia, in assenza di relazioni che possano offrire sostegno, mitigandone gli effetti. Gli stessi studi sottolineano, altresì, il maggior rischio di disagio ed effetti a lungo termine in seguito a vissuti traumatici, che riguarda i minorenni che hanno sperimentato più esperienze sfavorevoli.

Come si diceva, la responsabilità di elaborazione e superamento del trauma non risiede solo nel bambino/a, adolescente e nelle sue capacità ma anche nel contesto in cui il/la minorenne è collocato/a. Un evento avverso che riguarda un bambino inserito in una rete relazionale e affettiva relativamente ben funzionante capace di favorire il superamento, l'elaborazione e la mentalizzazione dell'esperienza traumatica, da parte del/della bambino/a che la sperimenta, è ben altro rispetto al trauma che si produce quando i *caregivers* non possono offrire questo sostegno.

Le modalità di cura genitoriale possono risultare inadeguate per due ordini di fattori: i caregiver possono essere responsabili del trauma come soggetti attivi (di abuso e maltrattamento, ecc.), o come soggetti passivi in quanto incapaci di leggere e soddisfare i bisogni dei figli (per incuria, incapacità di proteggerli, incapacità educativa ecc.), ossia per quello che Ferenczi definisce "omissione di soccorso", elemento che, come si diceva, concorre in modo significativo, e spesso fa

¹⁰ D'Andrea, Ford, Stolbach Spinazzola and Bessel A. van der Kolk (2012) *Understanding Interpersonal Trauma in Children: Why We Need a Developmentally Appropriate Trauma Diagnosis*, American Journal of Orthopsychiatry 2012, Vol. 82, No. 2, 187–200.



si che l'evento o gli eventi a cui il/la minorenni è stato esposto/a abbiano effettivamente un impatto traumatico.

In tali casi può accadere che l'esperienza avversa, a cui è esposto il/la minorenni, generi un effetto disgregante anche sulla famiglia, investita direttamente da questa dimensione traumatica tanto da dover rendere necessario, come accade a volte, un allontanamento della persona di minore età dai propri genitori, per salvaguardarla nel momento in cui sia lei, sia loro, sono più fragili e per consentire ai sistemi di aiuto di prendersi cura di sia del minorenni, sia della sua famiglia.

Questa reazione del sistema delle relazioni intorno al/alla bambino/a è estremamente significativa nel determinare che impatto produrrà il trauma sul benessere del/della minorenni ovvero se tale impatto sarà rilevante oppure se il/la bambino/a riuscirà a produrre una risposta di resilienza. Com'è noto e come sottolineano gli studi sulle esperienze sfavorevoli infantili e le teorie di riferimento per l'analisi dell'ecosistema in cui i bambini crescono¹¹, il contesto significativo per il/la minorenni non coincide solo con la famiglia, coinvolge anche quella rete di contesti e attori che fanno parte del sistema di tutela in cui i professionisti operano (scuola ed extra scuola, servizi sociali territoriali, servizi di neuropsichiatria infantile, comunità socioeducative, agenzie educative, servizi per il contrasto alla violenza di genere, autorità giudiziarie, ecc.).

Proprio perché il concetto di trauma è così complesso, proprio perché è difficile creare una relazione diretta tra il tipo di trauma e il tipo di conseguenze che si producono nel minorenni e nella rete familiare, il tema della valutazione risulta anch'esso molto complesso.

Nelle situazioni di violenza che coinvolgono bambini e adolescenti, le professionalità che hanno in carico il caso, sono spesso chiamate a valutare se un trauma c'è stato e quali effetti abbia prodotto. Gli effetti del trauma sono visibili in base al tipo di risposta che fornisce il/la bambino/a o l'adolescente, il/la quale esprimerà un qualche tipo di malessere, una qualche forma di sofferenza, che può essere legata a dimensioni sociali, relazionali, ad una minore capacità di perseguire compiti evolutivi (arresto nell'acquisizione del linguaggio, comportamenti oppositivi, ecc.) o di apprendimento (calo nel rendimento scolastico, difficoltà a concentrarsi, difficoltà di attenzione ecc.), e relazionali (isolamento, ritiro sociale, autoesclusione dal mondo esterno, ecc.). Un evento traumatico perturberà una o più di queste dimensioni, ed è qui che il trauma si rende visibile. Sebbene anche i bambini si mostrino spesso capaci di esprimere un loro dolore psichico, di divenirne consapevoli, fino a chiedere aiuto, in ragione della loro età, del loro grado di discernimento, della possibilità di fidarsi e affidarsi all'adulto, più frequentemente esprimono tale sofferenza in altri modi (attraverso il gioco, il disegno, nel loro modo di agire e interagire, ecc.). Per

¹¹ Il modello ecologico di sviluppo del bambino di Bronfenbrenner (1979, 2006) citato in AGIA (2022) "La dispersione scolastica in Italia: un'analisi multifattoriale. Documento di studio e di proposta".



questo si è soliti cogliere tale sofferenza nei comportamenti disfunzionali che mettono in atto, nelle difficoltà che sperimentano lungo i processi di crescita e nel raggiungere una adeguata gestione delle relazioni e dell'affettività.

Le professionalità coinvolte non sono, però, solo chiamate a cogliere e valutare gli elementi di rischio. I fattori di resilienza sono altrettanto rilevanti.

Come sottolineano Masten e Reed (2002) nel loro manuale di psicologia positiva, la conclusione più sorprendente che emerge da tutte le ricerche sulla resilienza nell'età dello sviluppo è che la straordinaria capacità di recupero dei bambini deriva da processi ordinari. Le evidenze raccolte indicano che i bambini resilienti hanno sistemi di protezione che operano a loro favore. La resilienza non deriva da qualità rare e speciali, ma dal funzionamento dei sistemi sociali, dalle menti e dai corpi dei bambini, dalle loro relazioni in famiglia e nella comunità, dalle scuole, dalle religioni a cui aderiscono e dalle tradizioni culturali: questi sistemi e le loro interazioni sono all'origine tanto di un buon adattamento e di uno sviluppo adeguato, quanto della resilienza. Non è possibile prevenire tutti i rischi che possono compromettere il benessere dei bambini e dei giovani. Pertanto, sta agli adulti e ai professionisti in campo, apprendere come preservare, proteggere e recuperare le competenze per un buon adattamento e sviluppo, equilibrio che potrebbe essere stato minato dall'esposizione ad eventi avversi che hanno impoverito proprio tali competenze, ma che è destinato ad essere continuamente minacciato dalle avversità e dai rischi con i quali la vita confronta ciascuno di noi¹².

Nella definizione offerta dagli autori, la resilienza rappresenta un processo dinamico di adattamento positivo nonostante le avversità. Nella prospettiva dello sviluppo, significa che, nonostante le esperienze avverse, il bambino raggiunge gli obiettivi salienti delle sue tappe in modo coerente con l'età¹³. Per i bambini, i percorsi di resilienza si fondano sulla possibilità di vivere relazioni sicure, stabili, affettive, e continue nel tempo; e di essere inseriti in un contesto di crescita nel quale possano giocare, esplorare ed essere esposti ad una varietà di opportunità e attività necessarie all'acquisizione di capacità, conoscenze, competenze. Nella promozione della resilienza i bambini devono poter vivere esperienze sfidanti adeguatamente sostenuti e protetti.

¹² Masten, A. S., & Reed, M.-G. J. (2002). Resilience in development. In C. R. Snyder & S. J. Lopez (Eds.), *Handbook of positive psychology* (pp. 74–88).

¹³ *Ibidem* pag. 76



Più vertici di osservazione senza dimenticare il contesto

Da quanto sopra evidenziato relativamente alla complessa definizione di trauma e rilevazione dei suoi effetti, dei rischi e dei fattori protettivi, deriva l'importanza di affidare l'osservazione e la valutazione sul caso a più professionalità, ognuna al lavoro con i propri strumenti nei diversi contesti di vita delle persone, e questo in ragione:

- della molteplicità dei segnali da leggere in chiave multidimensionale della persona e del sistema famiglia, con particolare riguardo anche ai suoi contesti di vita. I segnali considerati singolarmente rappresentano solo un frammento, quindi non esaustivo, di una situazione più complessa che produce comportamenti adattivi e/o reattivi, i quali vanno colti e valutati per le loro interconnessioni;
- dei contesti diversi in cui i segnali si producono che necessitano di un'osservazione specifica secondo le rispettive competenze e gli strumenti professionali;
- della temporalità nella quale avvengono le manifestazioni di disagio, i luoghi dove esse si presentano e vengono agite;
- del fatto che contesti diversi devono mostrare flessibilità nelle loro risposte contando su una identità di ruolo e sulla consapevolezza della specificità e complementarità delle funzioni che ciascuno svolge;
- dei molteplici bisogni che devono trovare risposta contemporaneamente, in una progettualità condivisa, dove convergono risorse e percorsi di accompagnamento specifici, sia per il/la minorenni, nel rispetto dei suoi compiti di sviluppo, sia per l'adulto/gli adulti, nel sostegno e nel recupero delle responsabilità di cura;
- del fatto che in ogni contesto le persone devono essere accolte rispetto alle loro vulnerabilità ma anche alle risorse e potenzialità;
- del fatto che le persone hanno il diritto ad essere accolte nella loro complessità e globalità e di partecipare in modo attivo e direttamente ai processi che li riguardano.

La multidisciplinarietà: dall'osservazione degli elementi di rischio e delle risorse, alla valutazione unitaria, al progetto

Da quanto evidenziato in premessa, discende che il lavoro con minorenni esposti a traumi e violenze rende necessario che si realizzi una valutazione e una progettualità il più possibile coerenti e adeguate in relazione ai seguenti elementi:



- l'eventuale esperienza traumatica;
- le caratteristiche del minorenni: esperienze, competenze personali, vulnerabilità, relazioni significative, interessi e aspettative;
- gli indicatori di rischio, i fattori protettivi e le risorse, familiari, istituzionali e della comunità;
- le azioni riparative, di sostegno e curative da individuare e realizzare, quanto più possibile, insieme alla famiglia e al minorenni.

La valutazione della dimensione traumatica non è di esclusiva competenza di una professione, richiede infatti un approccio integrato multidimensionale e multiprofessionale, che includa le dimensioni sociale, educativa, pedagogica, relazionale, clinica, sanitaria. Inoltre, i luoghi frequentati dai bambini, dai ragazzi e dagli adolescenti, possono essere formali ed informali nella definizione socioeducativa e per questo attendono valutazioni multidimensionali della persona e delle reti personali.

Il focus dell'osservazione è lo stesso per tutti ma ogni professionalità applica i propri strumenti e può cogliere segnali diversi, in contesti diversi:

- Lo psicologo: la valutazione del trauma non può eludere il doppio livello di valutazione del funzionamento psicologico del/la minorenni e della qualità del legame con i caregiver. Lo psicologo raccoglie queste informazioni attraverso colloqui/interviste standardizzate (es AAI) ai genitori/tutori/caregiver significativi nella vita del/della bambino/a, osserva la relazione tra genitore/caregiver-bambino/a e valuta l'esperienza traumatica anche attraverso test standardizzati. La valutazione clinica, si effettua su un doppio binario ascoltando sia i genitori che il/la minorenni. La valutazione delle capacità genitoriali evidenzia risorse e criticità dell'adulto nel suo ruolo educativo, mentre la valutazione dello stato psichico del/della minorenni permette di lavorare sulle risorse e sulle psicopatologie. La valutazione psicologica approfondisce le reazioni del/della bambino/a e dei genitori/tutori, i cambiamenti nel comportamento del/della bambino/a, le risorse dell'ambiente per creare attorno al/alla minorenni e alla famiglia una rete stabile di sostegno e cura, la qualità delle relazioni di attaccamento primario del/della bambino/a, il grado di consapevolezza dei genitori delle difficoltà che il/la minorenni sta attraversando, dei suoi vissuti e dei suoi bisogni, il grado di alleanza genitoriale, la rete sociale di supporto (famiglia allargata, figure di riferimento, ecc.).
- L'assistente sociale valuta le risorse personali, culturali, relazionali e affettive degli adulti di riferimento, più significativi nella vita del/della minorenni; valuta le competenze delle figure genitoriali nelle responsabilità di accompagnamento della persona di minore età nei compiti di sviluppo. Valuta e monitora la qualità del contesto di vita del/della minorenni, la qualità delle cure, la capacità di cogliere le esigenze del/della bambino/a e di rispondere ad esse in



modo adeguato, fornendo opportunità ed esperienze coerenti con le sue fasi di crescita e le sue attitudini. Valuta le risorse esistenti nel contesto familiare, la qualità delle relazioni e delle reti nelle quali sono inseriti sia la persona di minore età sia gli adulti. Questi fattori di valutazione contribuiscono a formulare progetti realistici e a prefigurare percorsi trasformativi a favore della persona in età evolutiva e del suo contesto di vita.

- L'insegnante osserva e monitora l'acquisizione delle competenze cognitive e di apprendimento in relazione allo stile cognitivo, alle abilità mnesiche e di organizzazione dei contenuti. Si avvale del confronto di altri professionisti quando ritiene che ci siano difficoltà nei processi di apprendimento e nell'area delle relazioni. Rileva il grado di motivazione e di partecipazione alle attività proposte, la qualità della comunicazione e del linguaggio, il grado di autonomia nello studio, le competenze trasversali (leadership, creatività, ecc.). Osserva e valuta il comportamento in classe del minore, la qualità delle relazioni con gli adulti e con i pari (relazione, interazione e socializzazione) nei momenti formali e informali, la risposta alle richieste dell'insegnante, la capacità di adesione e rispetto delle regole, la qualità della presenza e del sostegno che la famiglia offre al/alla minore nel suo percorso scolastico e la qualità della collaborazione della famiglia con la scuola.
- L'educatore Professionale valuta il grado di autonomia raggiunto dal/dalla minore in rapporto alla sua età, osserva e interviene sulle dinamiche relazionali nella quotidianità, osserva e valuta le competenze genitoriali in atto e le risposte del/della minore alle sollecitazioni dei *caregivers*, può cogliere direttamente e valutare l'efficacia delle risorse disponibili e verificare quali risorse siano effettivamente attivabili nel contesto familiare e allargato; osserva elementi che riguardano la relazionalità e la capacità di apprendimento in contesti diversi dalla scuola.
- Il pediatra monitora lo sviluppo del/della bambino/a (attraverso visite e bilanci di salute); può rendersi conto della presenza di segni di violenza fisica (visita il bambino svestito) o di disturbi che possono apparire segnali di disagio o trauma; monitora le situazioni di rischio di bambini/e adolescenti, anche attraverso il *follow up* di situazioni che è necessario monitorare dopo la dimissione dall'ospedale o dal pronto soccorso; raccoglie osservazioni sulla capacità dei genitori di seguire le cure proposte, sulla risposta dei genitori allo stress collegato alle condizioni di salute dei figli, sulle modalità di relazione tra il caregiver e il/la minore mentre sono nello studio o in sala d'attesa.
- L'operatore sociale (assistente familiare, OSS e altre figure che realizzano interventi di sostegno all'infanzia). Tanto quanto altri adulti, quali ad esempio l'allenatore/allenatrice sportivo/a, gli operatori sociali sono quelle figure che più di altre hanno la possibilità di entrare in contatto con la persona di minore età, perché stringono con lei/lui un rapporto di fiducia nell'ambito di



un percorso di sostegno e accompagnamento che spesso prevede un contatto quotidiano, anche di tipo informale, ma significativo. Queste figure hanno un canale di osservazione privilegiato dei segnali ambientali, comportamentali, cognitivi, emotivi ma a loro viene spesso precluso l'accesso a informazioni sulla condizione di rischio a cui il minorenne è esposto, per il timore che tali informazioni possano influenzare la relazione e portare ad una stigmatizzazione del/della bambino/a o adolescente; in tal modo, però, si rinuncia tanto alle informazioni che tali professionalità/figure hanno raccolto, che potrebbero offrire elementi utili alla valutazione del caso, quanto alla funzione protettiva che la relazione con loro può offrire quando li si rende più consapevoli del ruolo che svolgono all'interno di un progetto di sostegno multidimensionale a quel/la minorenne.

Integrare le osservazioni

Se, come si diceva, non c'è un unico punto di vista che sia in grado, preso singolarmente, di esaurire la valutazione complessiva della situazione in esame relativamente alle condizioni di rischio, alla tipologia di trauma, alla condizione traumatica, alle conseguenze e agli interventi più adeguati, è altrettanto vero che non basta "affiancare" l'una all'altra le osservazioni raccolte, queste vanno fatte oggetto di interpretazione condivisa. Sono infatti necessari:

- una strutturazione dei servizi che metta al centro l'integrazione professionale e istituzionale e quindi dispositivi organizzativi che permettano di connettere informazioni, punti vista, risorse e modelli di lavoro quali, a titolo esemplificativo, équipe a geometria variabile su tutto il territorio, case di comunità, case management (si tratta di dispositivi che sono attualmente previsti nella programmazione dei servizi sanitari e sociosanitari, in diverse linee guida, nei LEA e nei LEPS, nei modelli di governance contenuti nel Piano di azione nazionale della Garanzia Infanzia Italia, nel V Piano Nazionale Infanzia e Adolescenza).
- una condivisione a livello culturale e istituzionale di protocolli operativi all'interno del sistema dei servizi sociali, sanitari, sociosanitari, educativi e scolastici, nonché nella relazione con le Autorità giudiziarie anche attraverso occasioni di formazione congiunta.



LE SFIDE DELLA COLLABORAZIONE TRA PROFESSIONALITÀ DIVERSE

Molta parte delle condizioni favorevoli all'instaurarsi di adeguati processi di collaborazione dipende dall'organizzazione e dall'assetto dei servizi in cui i singoli operatori si trovano ad intervenire e dalle prassi strutturate di cooperazione interservizi. Eppure, le singole professionalità, ciascuna nella propria area di competenza, e in accordo fra loro, possono agire efficacemente per avvicinare il più possibile gli standard di lavoro ai principi etici dell'intervento *Trauma Informed* con persone esposte a traumi e per costruire contesti virtuosi di collaborazione. È a questo orizzonte di qualificazione degli interventi che questo documento guarda.

È interesse del/la minore e degli adulti di riferimento che i professionisti collaborino.

L'integrazione e la collaborazione servono senz'altro ad offrire risposte più adeguate, ma hanno anche un valore simbolico per le persone che vivono condizioni di marginalità e precarietà, che hanno sperimentato perdite e fratture nella loro esistenza. Queste persone hanno bisogno di sentirsi accolte da un contesto che non riproduce la frammentarietà delle loro esperienze di vita, un contesto, al contrario, capace di sostenerle nello sforzo di ricomporre tale frammentarietà, restituendo loro il potere di operare un cambiamento.

Cooperare però è una sfida: è un compito cognitivo, relazionale ed evolutivo, in cui le persone riescono nella misura in cui i professionisti che con loro lavorano sanno svolgerlo. D'altra parte, per i professionisti è un compito tanto più complesso quando le competenze non sono ben definite, la formalizzazione è scarsa, i linguaggi sono diversi e non facilitano la comunicazione. Questi ostacoli sono ancora maggiori se i professionisti chiamati a collaborare lavorano in servizi e organizzazioni differenti.

Un approccio unitario può essere ostacolato anche dalla rigidità delle istituzioni, rispetto alle regole di ordine burocratico. Se le istituzioni sono eccessivamente autoriferite e non esistono luoghi formalizzati per l'incontro tra servizi e professionisti, è facile che si riproducano gerarchie di competenze in ragione della rappresentazione sociale delle professioni.

Viene così meno la centratura sulla persona e sulla sua interezza e specificità, e con essa la possibilità, per le professionalità, di condividere con tempestività il proprio punto di vista e le informazioni raccolte da ciascuna sulla famiglia e sul minore, spesso opponendo ragioni di privacy. Accade che dietro a queste ragioni si nascondano, come già esplicitato in premessa, difficoltà relative alle prassi di lavoro vigenti nelle organizzazioni e nei servizi di riferimento, prassi che contrastano la possibilità di costituire équipe interprofessionali e interservizio sui casi.



I professionisti e in generale i soggetti che collaborano nei percorsi di accompagnamento hanno riferimenti etici e deontologici che non sempre sono esplicitati attraverso forme codificate, condivise e diffuse e questo può effettivamente rendere più complessa la collaborazione. Tuttavia, in tutti i dispositivi c'è il rispetto del codice e il segreto d'ufficio, in quanto norme generali della riservatezza che appartengono alla pubblica amministrazione.

Le professioni si sviluppano necessariamente attraverso percorsi specifici, che definiscono l'identità professionale, ma poi sono necessarie occasioni di confronto, conoscenza reciproca su ruoli, funzioni, competenze e linguaggi, per convergere verso visioni integrate e obiettivi comuni.

Il segreto professionale e la privacy

Il segreto professionale, la privacy, si interpongono spesso, talvolta in modo improprio, nella comunicazione tra professionalità, impedendo uno scambio di informazioni su aspetti che andrebbero in realtà condivisi per favorire una valutazione multidisciplinare e interventi che possano attivare tutte le risorse professionali e anche le risorse comunitarie.

Nel riflettere su un tema così complesso come questo dello scambio di informazioni, è necessario far riferimento ad una serie di aspetti, tra cui, quali informazioni debbano essere condivise, con quali obiettivi, in quale contesto e con quali modalità e regole concordate, garanti della riservatezza dei soggetti interessati.

Relativamente al primo punto, ossia quali informazioni condividere, è necessario ricordare che, quando ad essere coinvolti sono dei minorenni, tutti i professionisti che le intercettano (anche solo in quanto adulti) hanno pari responsabilità nel segnalare le situazioni di rischio e possiedono conoscenze e strumenti di valutazione che consentono di selezionare le informazioni rilevanti a questo fine.

Nella fase di rilevazione e valutazione, come nei momenti di condivisione con altri professionisti e altre istituzioni, il rispetto della riservatezza consiste nella capacità di finalizzare le azioni professionali alle esigenze delle persone.

Se si assume tale principio, risulta evidente che debbano essere condivise le informazioni inerenti all'esistenza di un rischio o di un pregiudizio per un/una minorenni, la complessità della situazione familiare in cui un/a bambino/a o adolescente si trova, la necessità che un genitore sia sostenuto nel suo ruolo di cura.

Gli obiettivi di una tale condivisione sono molteplici: intanto quello di poter attivare tempestivamente altre professionalità e opportunità di sostegno per quel/quella minorenni e per



quella famiglia. La condivisione di informazioni è anche uno strumento importante di prevenzione del rischio di ri-vittimizzazione, per evitare che la persona si trovi costretta a raccontare, più volte, e in più contesti, la propria storia. È fondamentale precisare che, la necessità di tale condivisione, va in primo luogo comunicata e concordata con la persona per creare e salvaguardare una relazione fiduciaria ma anche con l'obiettivo di renderla consapevole di poter essere accompagnata da una rete di professionisti e di risorse.

L'informazione va condivisa all'interno di un setting di lavoro non occasionale e/o informale, ossia all'interno dell'équipe che si costituisce attorno al caso, e secondo modalità concordate - eventualmente attraverso la sottoscrizione di un documento di consenso sulle prassi da adottare.

Le informazioni devono essere condivise nell'équipe non come semplice trasmissione di dati ma contestualizzandole all'interno della relazione professionale e per la loro rilevanza nella situazione specifica, secondo il punto di vista del professionista e il significato attribuito dalle persone interessate.

Sul piano concreto, la condivisione di informazioni deve poggiare su una reciproca conoscenza delle regole etiche e delle prassi professionali in campo ma anche sulla capacità dei professionisti di meta-comunicare. Può svilupparsi solo in un clima di fiducia e conoscenza tra professionisti e al tempo stesso lo alimenta, favorendo il lavoro interprofessionale.

L'efficacia degli interventi con il/la minorenne non poggia solo sulle figure professionali coinvolte ma anche sul ruolo degli attori della comunità educante. Ogni figura adulta, quale siano il ruolo e la funzione che svolge, ha il dovere di segnalare una condizione di rischio o pregiudizio per un/a minorenne. Al dovere di informare deve però corrispondere un diritto di tali figure ad essere informate e ad essere coinvolte nella rete di lavoro, in misura del sostegno che possono offrire.

È possibile darsi delle regole per una corretta condivisione delle informazioni che coinvolga anche tali figure non professionali di riferimento. Dall'analisi dei codici etici e deontologici in relazione al lavoro di équipe multiprofessionali, emerge che, nel caso in cui vengano coinvolti professionisti che non hanno un codice deontologico di riferimento, i codici etici di condotta che si applicano a



psicologi¹⁴, medici¹⁵, assistenti sociali¹⁶ e educatori professionali^{17 18} vengono estesi a tutti i membri dell'équipe di intervento. Sono tenuti al rispetto dei medesimi codici etici tutti coloro che partecipano all'attuazione degli interventi compresi i familiari o altre figure di sostegno espressione della comunità.

In tali casi si ricorre alla stipula di un accordo di partenariato che prevede codici di condotta per ogni ruolo, specificando chiaramente i diritti da proteggere (privacy, dati sensibili) nonché i possibili requisiti da rispettare (riservatezza delle indagini/procedimenti giudiziari), il quadro delle leggi applicabili (vale a dire in Italia, la legge sulla privacy, sulla violazione del segreto preprocessuale artt. 326, 379-bis C.P.).

In ogni caso, il lavoro integrato tra i professionisti e le organizzazioni richiede che:

- la persona sia preventivamente informata dell'utilità di tale collaborazione per una migliore efficacia dell'intervento e che questo comporta uno scambio di informazioni;
- la persona sia consapevole che in determinate situazioni il professionista è tenuto a trasmettere informazioni che la riguardano per il rispetto di norme giuridiche;
- la persona sia correttamente informata sul ruolo e sulle prassi dell'intervento delle altre professionalità coinvolte;
- la persona interessata, quando possibile, sia coinvolta direttamente nella condivisione delle informazioni.

18

Per le persone, soprattutto minorenni, sapere che le informazioni su di loro sono state correttamente condivise, con trasparenza e favorendo il loro coinvolgimento, è importante perché significa che esiste una rete di adulti che si prendono cura di loro.

¹⁴ <https://www.psy.it/codice-deontologico-degli-psicologi-italiani>

¹⁵ <https://portale.fnomceo.it/wp-content/uploads/2018/03/CODICE-DEONTOLOGIA-MEDICA-2014.pdf>

¹⁶ <https://cnoas.org/wp-content/plugins/download-attachments/includes/download.php?id=6048>

¹⁷ L' Albo per gli Educatori Professionali è stato istituito di recente con la legge 3/2018. Esso è all'interno dell'Ordine Multi professionale TSRM - PSTRP (Tecnici Sanitari di Radiologia Medica e delle Professioni Sanitarie Tecniche, della Riabilitazione e della Prevenzione) che racchiude ben 19 professioni sanitarie e si è dotato di una Costituzione Etica (CE) valida per tutte le professioni rappresentate. <https://www.tsrp.org/wp-content/uploads/2021/07/Costituzione-Etica-7-LUGLIO-2021.pdf>

¹⁸ Lo specifico Codice Deontologico di riferimento degli Educatori Professionali è stato elaborato nel biennio 2015-2016 dall'Associazione Nazionale Maggiormente Rappresentativa ANEP (ora Associazione Tecnico scientifica). Tale Codice è stato recepito dalla Federazione degli Ordini TSRM-PSTRP; insieme alla Costituzione Etica. Devono attenersi tutti gli Educatori Professionali iscritti all'albo o all'elenco speciale ad esaurimento. <https://www.tsrp.org/index.php/codici-deontologici-tsrp-e-pstrp/>



L'intervisione come dispositivo a tutela degli operatori e a garanzia di famiglie e minorenni

Il lavoro in un'équipe multidisciplinare è anche il contenitore delle risonanze personali, il luogo dove elaborare le emozioni che gli operatori affrontano nelle situazioni di violenza e maltrattamento verso bambini e adolescenti. La collaborazione è necessaria quindi per condividere e utilizzare adeguatamente la dimensione emotiva che caratterizza il lavoro di aiuto.

Attraverso il processo di intervisione che contraddistingue il lavoro di équipe, le identità e le competenze professionali si rafforzano nella relazione con le altre professionalità, con una ricaduta positiva nei processi di accompagnamento.

Il fatto che l'eventuale decisione su un caso venga assunta da più professionisti è anche una garanzia etica nei confronti della famiglia e dei minorenni stessi, per superare i rischi di valutazioni basate su visioni parziali e discrezionali.

Prevenire attivamente i rischi di ri - traumatizzazione e ri - vittimizzazione

La collaborazione tra le professionalità è tra i principali strumenti che permettono di ridurre il rischio di ri - traumatizzazione e ri - vittimizzazione. Come si diceva, è in virtù di questa collaborazione che le persone possono evitare di dover raccontare ripetutamente la loro storia, di ripetere memorie traumatiche, di sostenere loro il peso della relazione con l'istituzione fatta di professionalità, linguaggi, prassi, luoghi diversi, relazione che comporta uno sforzo cognitivo ed emotivo di grandissima rilevanza, tanto più per quelle persone che attraversano momenti di particolare fragilità.

Pertanto, la collaborazione deve realizzarsi in modo che ogni professionalità possa ingaggiarsi secondo il principio della responsabilità condivisa e non delegabile. Nessuna agenzia coinvolta, nessun professionista, pena il fallimento dell'intervento, può delegare la propria responsabilità sul caso anche se può delegare alcune funzioni. Nessuno può venir meno ai propri compiti senza compromettere l'intervento complessivo ed esporre il/la minorenne e la famiglia al rischio di ri-traumatizzazione e vittimizzazione secondaria.

Vale però la pena sottolineare che i rischi di ri-traumatizzazione non risiedono solo nella mancanza di prassi o protocolli condivisi di intervento multi-professionale e multi-agenzia, sono anche nelle modalità operative dei singoli professionisti quando non tengono adeguatamente conto dei segnali del trauma e dei fattori che espongono a nuovi rischi, o quando, in modo più o meno consapevole, agiscono forme di coercizione, discriminazione, etichettamento.



PRINCIPI SUI QUALI LE PROFESSIONALITÀ HANNO RAGGIUNTO UN CONSENSO

Le considerazioni fatte mostrano come il lavoro con bambini/e e adolescenti esposti a traumi e violenza impegnino i professionisti in un processo tanto complesso da avere un impatto tanto sul ruolo, quanto sulla rappresentazione sociale delle professioni coinvolte.

Proprio a tutela dei professionisti e delle persone che a loro si rivolgono, si ritiene necessario ribadire alcuni principi che diventano sostanziali in funzione dell'impatto culturale, organizzativo e metodologico che l'approccio *trauma informed* comporta.

L'impegno ad operare secondo un approccio multiagenzia e trauma informed

Chiunque, nell'ambito della giustizia, dei servizi sociali, sanitari, educativi e scolastici, si trovi ad operare con bambini/e e adolescenti che hanno subito un trauma, è chiamato a:

- Considerare l'importanza del riconoscimento dell'impatto traumatico delle esperienze sfavorevoli infantili. Il trauma infantile rappresenta un'epidemia nascosta. Lavorare con minorenni esposti a traumi non riconosciuti espone il professionista al rischio di fraintendere i segnali del trauma in atto che possono tradursi in comportamenti disfunzionali (es. comportamenti oppositivi, problemi di dipendenza), comportamenti che espongono il/la minorenne ad un rischio maggiore e la cui interpretazione non correlata al trauma, può portare gli interventi ad affrontare i sintomi - e spesso a fraintenderli - piuttosto che la loro causa.
- Riconoscere l'impatto sui professionisti del lavoro con persone esposte a traumi e dello stress a cui sono esposti quando incontrano storie di violenza e sofferenza che riguardano minorenni e devono assumere la responsabilità delle decisioni sul caso.
- Riconoscere l'importanza del lavoro multi-agenzia con i minorenni esposti a traumi e violenza, a partire dalla centralità della fase di analisi dei fattori di rischio e di protezione che deve essere multidisciplinare perché necessita del contributo e della prospettiva di tutte le professionalità e agenzie coinvolte sul caso, ma anche in fase di intervento, laddove la collaborazione deve ispirarsi al principio della responsabilità condivisa e non delegabile e prevenire il rischio di ri-traumatizzazione e ri-vittimizzazione.
- Rendere bambini/e, adolescenti e famiglie protagonisti del processo di aiuto avendo fiducia nella capacità di resilienza dei minorenni esposti a traumi e delle loro famiglie, vedendo le famiglie come risorsa e non solo come problema e valorizzando le relazioni significative.



Principi metodologici

1. Ogni professione ha la responsabilità di verificare nei rispettivi setting e con gli strumenti propri l'esistenza di un trauma, la qualità delle risorse e i possibili interventi attivabili sia nei rispettivi contesti organizzativi, sia in ragione delle specifiche professionalità.
2. Ogni situazione, pertanto, richiede una valutazione frutto del confronto tra i diversi approcci e contesti di osservazione, riconoscendo pari dignità ed essenzialità della prospettiva di ognuno.
3. Ogni prospettiva per contribuire efficacemente ad una lettura integrata della situazione, deve poter essere offerta in un contesto di reciproco riconoscimento da parte delle differenti appartenenze professionali e organizzative, dove esiste un linguaggio condiviso, modalità collaborative, una chiara identificazione dell'“oggetto” sul quale operare¹⁹.
4. Il segreto professionale, la privacy, non devono interpersi impedendo uno scambio di informazioni su aspetti che andrebbero condivisi per favorire una valutazione multidisciplinare e interventi che possano attivare anche le risorse della comunità educante.
5. È necessario rendere minorenni e famiglie protagonisti del processo di aiuto, accompagnarli in tutte le fasi, fin dal momento in cui entrano in contatto con le istituzioni, valorizzando il più possibile le risorse esistenti. Laddove la condizione di rischio per la persona di minore età preveda anche l'intervento degli organi giudiziari è necessario accompagnare il nucleo familiare anche nelle diverse fasi del procedimento affinché comprendano il nuovo contesto nel quale si trovano e possano quindi esercitare i loro diritti, avendo ricevuto le informazioni necessarie.
6. In relazione alla fase dell'intervento in corso e in relazione al loro ruolo nell'esperienza del minore, i genitori devono essere sempre sostenuti e coinvolti, in quanto *caregivers* naturali, per poter essere in grado di partecipare al superamento del trauma e dei suoi effetti.
7. Ogni contesto di vita del minore esposto a traumi, può concorrere a promuovere fattori di resilienza: chiunque contatti il minore in tali ambiti può essere “mediatore” attivo di resilienza.

¹⁹ Vergani E., (2022), Multi-agency. Gruppi collaborativi nella complessità. Maggioli, Sant'Arcangelo di Romagna.



Principi organizzativi

8. È necessario porre i professionisti in condizione di valutare le situazioni in tempi e modi accettabili, considerando sia i protocolli operativi di valutazione delle singole professionalità, sia i soggetti di tale valutazione che interagiscono attivamente nel processo valutativo.
9. Il lavoro multidisciplinare richiede l'individuazione, in ogni specifica situazione problematica, di un *case manager* che, in base al bisogno prevalente, alla fase del percorso, alle organizzazioni coinvolte, svolga il ruolo di coordinamento e raccordo tra tutti i soggetti interessati.
10. È auspicabile che i professionisti possano usufruire di spazi mentali e organizzativi dove poter raccogliere le diverse osservazioni che ciascuno porta in una valutazione integrata, che non è una semplice somma dei diversi punti di vista, ma la sintesi delle diverse osservazioni e interpretazioni
11. Le informazioni sul caso vanno condivise all'interno di un setting di lavoro non occasionale e/o informale, ossia all'interno dell'équipe che si costituisce attorno al caso, secondo modalità concordate e formalizzate, eventualmente attraverso la sottoscrizione di un documento di accordo istituzionale e di consenso professionale sulle prassi da adottare.
12. È necessario creare delle interlocuzioni e protocolli d'intervento (protocolli d'intesa) tra le diverse istituzioni che si trovano frequentemente coinvolte nelle situazioni traumatiche per i minorenni, quali: ospedali, forze dell'ordine, centri famiglia, magistratura, servizi sociosanitari, comuni.
13. È necessario promuovere sistematiche occasioni di formazione integrata e multidisciplinare nonché la ricerca costante di un linguaggio condiviso perché favorisce il lavoro congiunto e l'accompagnamento adeguato delle famiglie e dei minorenni nelle fasi e circostanze più delicate e complesse dei loro percorsi di vita.



GLOSSARIO

“Se i limiti del mio linguaggio significano i limiti del mio mondo - come efficacemente afferma Wittgenstein - possiamo anche dedurre che il perimetro del mio mondo è definito dal mio linguaggio, riferito non solamente al vocabolario ma, più estesamente, all’ordine del discorso”²⁰.

L’attenzione al linguaggio è importante per creare e diffondere una cultura condivisa dalla quale discende la “postura professionale”: non solo per comprendersi ma anche per co-costruire setting operativi condivisi.

La costruzione di setting condivisi, passa quindi anche attraverso il superamento di alcune ambiguità lessicali, corrispondenti ad ambiguità culturali, che rischiano di alimentare le difficoltà comunicative e operative tra professionisti e sistemi.

La condivisione dei significati che ciascun elemento del sistema attribuisce ai termini professionali specifici, si traduce in migliore comunicazione. Il lessico utilizzato può meglio chiarire i confini e le caratteristiche del ruolo, favorendo una migliore collaborazione nel rispetto dell’autonomia professionale²¹.

Al linguaggio utilizzato nelle comunicazioni scritte tra servizi e tra istituzioni, va prestata una cura particolare.

Di seguito si segnalano alcuni concetti (antinomie) individuate nell’ambito del lavoro di ricerca e confronto nazionale su “Indicazioni e criteri operativi per gli assistenti sociali, nelle azioni di protezione, tutela e cura delle relazioni in età evolutiva” redatte dal Consiglio nazionale dell’Ordine degli assistenti sociali nel 2021.

Altri termini – concetti tra quelli maggiormente in uso nelle differenti discipline sono qui riportati con la finalità di contribuire alla co – costruzione di un linguaggio comune e condiviso.

Valutazione sociale vs indagine

Entrambi i termini fanno riferimento all’attività di conoscenza di una determinata situazione.

Per *valutazione sociale* si intende sia l’operazione iniziale di conoscenza della situazione personale, ambientale, al fine di individuare il progetto di intervento più adeguato, sia il monitoraggio

²⁰ Vergani E., op.cit. pag. 31

²¹ “Indicazioni e criteri operativi per gli assistenti sociali, nelle azioni di protezione, tutela e cura delle relazioni in età evolutiva”, CNOAS 2021.



dell'intervento stesso, sia infine la ricostruzione conclusiva del processo e il parere professionale, condivisi con i protagonisti del percorso, sui risultati raggiunti.

Si caratterizza per essere orientata da ipotesi e al progetto di aiuto, non si esaurisce in un'istantanea, meramente descrittiva della situazione familiare e personale, si integra con altri pareri professionali in una sintesi di saperi, rispettosa della unitarietà della persona. Il rispetto della complessità delle situazioni richiede che i differenti, parziali, punti di vista, abbiano spazio di espressione in un processo partecipato.

Non può essere meramente "adempitiva", quale risposta alla richiesta del magistrato.

Di conseguenza la scelta delle modalità di conduzione e degli strumenti da utilizzare sono determinati in autonomia dal professionista, sulla base dei saperi professionali. Strumenti quali il colloquio presso il servizio o presso il domicilio hanno molteplici finalità: costruire la relazione, raccogliere elementi di analisi e di valutazione, costruire con il minore e la sua famiglia l'esperienza di un percorso condiviso. Quanto emerge nella valutazione è osservato nel rispetto delle sensibilità delle persone coinvolte, diventa contenuto di riflessione e consapevolezza sui dati di realtà della situazione, insieme alle persone che la vivono, per concordare obiettivi di cambiamento e modi per ottenerlo.

Seppur con un linguaggio differente, è quanto viene comunicato all'organo giudiziario.

Il termine *indagine* evoca un'attività di ricognizione ambientale, di raccolta di informazioni, destinata ad un uso di altri. L'indagine, secondo il termine utilizzato dagli organi della magistratura, in modi diversi denominata – sociale, familiare, socio-ambientale, psico-socio-ambientale – è finalizzata alla formazione della decisione che sarà assunta all'interno del procedimento civile (e che si sommerà alle altre fonti delle quali si avvale la magistratura) che determinerà le forme più idonee sotto il profilo giuridico e secondo la qualità delle condizioni di vita rilevate.

La decisione rimanderà, peraltro, non solo a interventi regolativi, si riferirà nuovamente ai professionisti che hanno valutato la situazione iniziale e che potranno accompagnare il nucleo familiare verso il miglioramento delle condizioni di rischio individuate.

Incarico vs mandato

Nei procedimenti di tutela giudiziaria l'azione dell'assistente sociale è condotta all'interno dei mandati della professione (istituzionale, sociale, professionale) e la richiesta della magistratura si configura come incarico, definito all'interno del rapporto tra istituzioni differenti che collaborano con pari dignità, con ruoli e professionalità complementari.



L'incarico si esaurisce nell'espletamento del compito richiesto: talvolta alla stregua di quanto disposto dall'art. 68 del c.p.c., in qualità di ausiliari del giudice, talaltra nell'ambito di una più generale esigenza tutelare o di specifiche condizioni. Ciò evidenzia la necessità di una revisione di tali norme derivanti da un assetto delle istituzioni profondamente modificato dall'evoluzione normativa degli ultimi cinquanta anni.

L'intervento dell'assistente sociale, infatti, articola azioni e interventi in una cornice più ampia – metodologica e deontologica – che trascende lo specifico incarico. Inoltre, l'obiettivo comune ai due sistemi è il benessere della persona di età minore: seppure distinti, i percorsi che i due sistemi percorrono sono complementari e interdipendenti e la segnalazione del rischio può essere effettuata da ciascuno dei due per essere rivolta all'altro. L'efficacia dei provvedimenti e la finalità dello stesso procedimento giudiziario, non può prescindere da un accompagnamento al cambiamento.

Monitoraggio vs controllo

La consapevolezza della specificità del contesto nel quale si sviluppa la collaborazione tra i due sistemi è fondamentale per determinare anche la specificità dell'attività di monitoraggio.

Nel contesto giudiziario la verifica del procedere di una situazione familiare ha una ricaduta diretta sull'applicazione dei dispositivi che regolano giuridicamente le responsabilità familiari e genitoriali nei confronti dei figli minorenni, in termini più o meno limitativi: è quindi diretta al comportamento e alla condizione delle persone.

Per l'assistente sociale la valutazione in itinere o monitoraggio è orientata all'efficacia e adeguatezza del progetto, è collocata nel processo d'aiuto. Non è utile solo alla rilevazione dei progressi o degli inciampi, ma è anche, e soprattutto, occasione di condivisione, di consapevolezza, di apprendimento sociale dall'esperienza in atto, apprendimento che riguarda tutti i protagonisti della relazione.

La funzione propria del Servizio sociale è quella di protezione e promozione delle relazioni familiari, anche nella cornice giudiziaria. Tale funzione permane, e casomai va rinforzata, anche se la valutazione iniziale, il monitoraggio di quanto accade durante il percorso di protezione e la valutazione di esito dell'assistente sociale, contribuiscono a “formare” il giudizio del magistrato, il quale dispone, sulla base di tale “giudizio”, le misure finalizzate al controllo e alla limitazione dei comportamenti.



Trauma informed care

Quando si parla di *Trauma Informed Care* non si fa riferimento ad un servizio o un trattamento specifico ma all'approccio complessivo che orienta l'offerta dei servizi. Il modello si fonda sulla consapevolezza che il trauma interpersonale infantile è un trauma complesso, cumulativo, all'origine di forme di psicopatologia in età adulta, che rimane un'epidemia sommersa, soprattutto nei servizi, poco diagnosticato, poco riconosciuto, poco trattato. Il concetto di *Trauma Informed Care (TIC)* è stato sviluppato negli Stati Uniti, sostenuto da una ricerca finanziata dalla US Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA).

In parte mutuando la definizione proposta dal SAMHSA, è *trauma informed*, un programma, un'organizzazione o un sistema:

- a) "consapevole" della centralità che gli aspetti che riguardano il trauma assumono nell'orientare gli interventi;
- b) che considera l'impatto che le esperienze traumatiche producono nella vita delle persone e conosce i possibili percorsi per il recupero;
- c) che riconosce i segni e i sintomi del trauma nei clienti, nelle famiglie, nel personale e in altre persone coinvolte nel sistema, che condivide la responsabilità dell'intervento;
- d) che risponde integrando completamente le conoscenze sul trauma nelle politiche, procedure e pratiche e cerca di resistere attivamente alla ri-traumatizzazione²².

I sistemi TIC con i minorenni vittime di abuso e maltrattamento mirano all'obiettivo di rilevare i segnali e gli effetti del trauma prima che producano un impatto sullo sviluppo della persona di minore età e di formulare precocemente diagnosi e piani assistenziali interdisciplinari e integrati in rete con altre Istituzioni ed Enti Sanitari, Sociali e Giudiziari.

²² SAMHSA's Concept of Trauma and Guidance for a Trauma-Informed Approach, SAMHSA's Trauma and Justice Strategic Initiative July 2014, p. 9, https://ncsacw.acf.hhs.gov/userfiles/files/SAMHSA_Trauma.pdf



Funded by
the European Union



Πανεπιστήμιο Κύπρου
University of Cyprus



The project was supported by

