

**Intervento Roberta Luberti, Presidente del C.I.S.M.A.I.- Associazione Artemisia Firenze**

**Apertura della Giornata di Studio  
*Bambini mal-trattati e organizzazione dei Servizi***

A nome del C.I.S.M.A.I., do il benvenuto a tutti i partecipanti, ed esprimo grande soddisfazione per l'interesse che tale iniziativa ha suscitato, segno del bisogno di confronto su questo tema per quanti lavorano nel campo del maltrattamento e dell'abuso a danno di bambini e bambine.

Ringrazio quanti hanno partecipato a vari livelli alla costruzione della giornata, in primo luogo la Commissione scientifica del CISMAI sui modelli organizzativi, che ha costituito il comitato scientifico, nelle persone di Paola Baglioni, Anna Bainotti, Teresa Bertotti, Franca Magnani, Daniela Ioris, Andrea Pinna, Isa Strona, Franca Seniga, tutti i relatori presenti, il Centro specialistico il Faro di Bologna e la segreteria del CISMAI di Firenze per il supporto tecnico e organizzativo.

Un ringraziamento particolare alla Regione Emilia Romagna, che ha creduto nell'importanza di questa iniziativa, dando per la sua realizzazione appoggio e apporti fondamentali.

Il lavoro del C.I.S.M.A.I. si è svolto per molta parte proprio attraverso le commissioni scientifiche, che hanno prodotto in questi anni documenti importanti, quali il documento *Requisiti minimi dei servizi contro il maltrattamento e l'abuso all'infanzia*, su cui si è basata la ricerca svolta dalla commissione sui modelli organizzativi per la realizzazione dell'incontro di oggi, la *Dichiarazione di consenso in tema di abuso sessuale all'infanzia*, i *Requisiti di qualità dei centri residenziali che accolgono minori vittime di maltrattamento e abuso*, le *Linee-guida per la valutazione clinica e l'attivazione del recupero della genitorialità nel percorso psicosociale di tutela dei minori*.

Oltre al lavoro derivato dalla diretta partecipazione, a vari livelli, di rappresentanti e professionisti del CISMAI in diverse sedi, governative e regionali, e al loro lavoro capillare nelle realtà locali, le indicazioni contenute nei documenti rispetto alla presa in carico dei casi nelle diverse fasi dell'intervento e nelle interconnessioni delle professionalità implicate, e la loro proposizione ed applicazione, hanno avuto un peso non solo presso gli operatori, per il loro lavoro con i bambini e le loro famiglie, ma anche sulla crescita di un pensiero complesso ed articolato rispetto alla prevenzione, la tutela e la cura, che ha segnato documenti governativi, linee guida regionali, protocolli operativi a livello locale.

Ciò che ha contrassegnato fin dal suo nascere il CISMAI è stato il forte accento posto sulla necessità di integrazione e sulla multidisciplinarietà, di cui necessitano le diverse fasi dell'intervento. E si è evidenziato sempre più negli anni lo scarto tra una visione complessa, che sottolinea la necessità che la presa in carico si declini attraverso fasi strettamente interconnesse e la messa in rete di risorse professionali di aree diverse ma obbligatoriamente complementari, e una visione tradizionale della cura, intesa solo come psicoterapia, e dell'intervento sociale interpretato come insieme di azioni-tampone, poco o per nulla incisive di fronte alle disfunzionalità familiari, che caratterizzano i casi di nostra pertinenza.

Visione quindi disattenta alle reali necessità e ai significati della protezione e della cura, e poco incidente sulle cause più profonde della sofferenza dei bambini e delle loro famiglie, e quindi sulla possibilità di riparazione del danno. Individuare i segnali di disagio, dando forma a elementi di sospetto circa la presenza di possibili comportamenti dannosi per i bambini all'interno della famiglia, rappresenta una funzione, che non si esaurisce tutta nella prima fase dell'intervento e che vede coinvolte diverse professionalità.

Se inizialmente quello che può emergere è un unico tipo di maltrattamento, a seguito di interventi di approfondimento il quadro si può complessificare con la rilevazione di altri tipi di violenza perpetrati sullo stesso minore, configurandosi quindi la situazione come un caso di maltrattamenti multipli.

Non solo: sappiamo come all'interno dello stesso nucleo familiare, se inizialmente può essere rilevato un tipo di maltrattamento su uno dei figli, è possibile che si rilevino la stessa o altre forme di violenza sui fratelli e sulle sorelle, durante gli interventi di valutazione, se essi coinvolgono, come dovrebbero, anche gli altri soggetti della fratria.

La valutazione rappresenta anch'essa un momento che richiede elevato livello di integrazione multidisciplinare, al fine di arrivare a pareri diagnostici e prognostici, rispetto a quanto è successo o sta succedendo, al tipo e all'entità dei danni riportati, al grado di assunzione di responsabilità da parte degli adulti coinvolti, alle risorse protettive e alle risposte agli input di cambiamento (Requisiti minimi dei servizi contro il maltrattamento e l'abuso all'infanzia), e deve necessariamente coinvolgere tutti i membri della famiglia, secondo modalità attente alle esigenze di protezione fisica e mentale delle vittime.

Ma essa attiene anche ai primi momenti dell'intervento, in primo luogo come valutazione tempestiva degli indicatori di pericolosità/letalità fisica e psicologica, quando ad esempio si rilevino situazioni di violenza domestica.

E così come la valutazione concerne e attraversa anche le altre fasi della presa in carico e come una protezione adeguata è fondamentale per i percorsi di valutazione e terapia, anche la riparazione del danno è inerente a tutto il percorso: pensiamo alla capacità di cogliere ed accogliere i segnali di disagio e di ascoltare le richieste di aiuto, capacità fondamentale per la rilevazione, ma che può avere già per le vittime valenza terapeutica rispetto all'esperienza di essere "viste" nella loro sofferenza; pensiamo alla protezione, come momento di interruzione della violenza ma anche come possibilità di esperire risposte da parte di un mondo adulto consapevole e soccorrevole; pensiamo ai momenti valutativi, fondamentali per le scelte operative attinenti alla protezione e alla cura del minore e, ove possibile, al recupero delle competenze genitoriali, ma che possono rappresentare passaggi importanti di ascolto e di chiarificazione per tutti i membri della famiglia.

Nel documento Requisiti di qualità dei servizi residenziali che accolgono minori vittime di maltrattamento e abuso, vengono segnalate come funzioni che tali servizi devono svolgere: la protezione efficace rispetto ai rischi di rivittimizzazione; il sostegno del minore nei momenti critici e nelle fasi più delicate del percorso; l'osservazione del bambino rispetto ai danni fisici e psichici e alle risorse presenti sia a livello individuale che relazionale; l'osservazione ed il sostegno delle relazioni tra il bambino e i familiari (se non sospese dall'autorità giudiziaria) e della loro evoluzione nel tempo; l'offerta di esperienze emozionali correttive, adeguate ai bisogni evolutivi del minore, la facilitazione alla rielaborazione delle esperienze traumatiche, il rinforzo agli interventi delle equipe psicosociali su minori e genitori; l'accompagnamento del minore seguente alla valutazione (rientro in famiglia, affido, adozione).

Il lavoro della comunità quindi è inteso come intervento complesso dove la funzione della protezione è strettamente connessa al lavoro riparativo.

Per quello che riguarda la valutazione medica, nell'Assemblea annuale dei soci del 2003 è stato approvato il documento *Semeiotica medica dell'abuso sessuale nei bambini prepuberi. Requisiti e raccomandazioni*, stilato da un gruppo di ginecologi, medici legali e pediatri coordinati dalla dott.ssa Giolito del Progetto Cappuccetto Rosso dell'asl 4 di Torino, progetto associato al Cismai.

Anche qui si sottolinea l'aspetto multidisciplinare della diagnosi, e si legge che uno degli obiettivi della valutazione clinica è "rassicurare il bambino, quando possibile,

sul suo stato di salute fisica” e che altro obiettivo è “identificare i bisogni medici, che insieme ad una adeguata valutazione dei bisogni psicologici e sociali, possano contribuire al recupero della vittima”.

Tali sottolineature nel documento dei medici fanno ben notare come ci sia stato un percorso di acquisizione di consapevolezza che ha coinvolto negli anni tutte le professionalità- se non tutti i professionisti-, consapevolezza cioè di far parte di un processo dove si deve tenere sempre presente l’obiettivo della protezione, anche mentale, delle vittime e quello della riparazione del danno, e che richiama tutti ad un’assunzione di responsabilità di più ampio respiro.

Assunzione di responsabilità, che risignifica le regole deontologiche delle diverse categorie professionali. Lo sviluppo dello studio sui danni a breve, medio e lungo termine dei traumi infantili e sui percorsi terapeutici, imprescindibilmente collegato agli approfondimenti sul lavoro sociale e sulle connessioni con l’area giudiziaria, ha via via consolidato il convincimento della necessità di una complessificazione del pensiero sul versante delle scelte e delle metodologie operative, della prevenzione, della formazione degli operatori, dei rapporti interistituzionali, delle scelte politiche ed amministrative e dell’allocazione delle risorse.

A questa giornata, dedicata, in una fase di significativi cambiamenti, alla riflessione e allo scambio di esperienze e conoscenze sugli assetti organizzativi dei servizi, fondamentali al fine di assicurare interventi di qualità, è sotteso tutto il patrimonio di cultura sviluppatosi in questi anni a partire da un’operatività mai rassegnata a ripiegarsi su un esistente spesso duro e incoerente rispetto a quanto si è arrivati a conoscere sui bisogni di tutela e di cura dei nostri più piccoli concittadini.

Cultura frutto sempre della confluenza e dello scambio tra saperi professionali, costruiti capillarmente con fatica ma anche con la consapevolezza della loro validità e preziosità.

Auguro a tutti che questa sia una giornata che segni un’altra tappa significativa e produttiva per il nostro lavoro con i bambini e le bambine e con le loro famiglie.