



LINEE GUIDA PER GLI INTERVENTI DI HOME VISITING COME STRUMENTO NELLA PREVENZIONE DEL MALTRATTAMENTO FAMILIARE ALL'INFANZIA

1. PREMESSA E INTENTI

Questo documento intende enucleare i principali requisiti di qualità degli interventi di prevenzione del maltrattamento attraverso lo specifico strumento **dell'home visiting, così come viene declinato** nel documento dell'OMS (2006) *Preventing child maltreatment: a guide to taking action and generating evidence*¹, che contiene un radicale spostamento del focus di osservazione da cui trarre iniziative per una prevenzione realistica ed efficace del maltrattamento all'infanzia. L'OMS, infatti, pone l'attenzione sulla precocità della rilevazione prendendo in esame il periodo precedente e immediatamente successivo alla nascita del figlio. I servizi, sociosanitari (consultorio) e ospedalieri, con cui la gestante viene a contatto possono rilevare precocemente segnali di disagio e attivare interventi di sostegno preventivo a difficoltà di cura e gestione della genitorialità, che rappresentano fattori di rischio rispetto all'instaurarsi di condotte inadeguate e maltrattanti sulla prole.

2. AMBITO DI INTERVENTO E DEFINIZIONI

Il focus di questo documento è, quindi, la **prevenzione efficace della violenza sui bambini e ragazzi**, ovvero di ogni forma di: maltrattamento fisico ed emotivo, abuso sessuale, abbandono e atteggiamento negligente nei confronti del bambino, nonché ogni forma di sfruttamento commerciale o di altro tipo (OMS, 2006).

La maggior parte dei maltrattamenti subiti dai soggetti infradiciottenni avviene nel contesto domestico.

Il maltrattamento familiare non è facilmente rilevabile, specie nei primi anni di vita dei figli, in quanto la famiglia non si riconosce maltrattante. Inoltre non sempre e non tutti gli educatori e gli insegnanti sono in grado di interpretare i comportamenti disfunzionali dei bambini come conseguenze del maltrattamento familiare. E, anche se intuiscono o sospettano, non sempre sono disponibili o in grado di segnalare; talvolta addirittura si rivolgono direttamente ai genitori creando situazioni confuse e di potenziale aumento del rischio per il bambino.

¹ Tradotto in italiano nel 2009 a cura del Cismai con il patrocinio della Provincia, del Comune, dell'Università di Ferrara e della Regione Emilia-Romagna www.cismai.org



La prevenzione è l'insieme di interventi multi settoriali centrati su un approccio di salute pubblica che mirano alla riduzione dei fattori di rischio attraverso un supporto ai genitori fornito da visite domiciliari, programmi di sostegno alla genitorialità e interventi più a monte nella catena causale che comprendono programmi finalizzati a combattere le situazioni di degrado, le disuguaglianze sociali e di genere, le norme sociali sulla violenza, le abitudini alle punizioni corporali e la disponibilità di alcolici, e richiedono investimenti sul lungo termine (OMS 2013).

2.1 La valutazione del rischio

É opportuno effettuare una competente e precoce diagnosi dei problemi **dei genitori** per poi attivare percorsi di cura: ciò ha valore preventivo, in quanto interviene a impedire la prosecuzione di condotte nocive al naturale sviluppo del bambino, vale a dire alla reiterazione del danno. Intervenire a danno conclamato non assicura sempre la possibilità di guarigione e ripristino del benessere dei diversi componenti della famiglia.

2.2 Quale rischio prevenire: la genitorialità fragile

La letteratura internazionale e nazionale, le ricerche e l'esperienza clinica hanno evidenziato come il maltrattamento sia sempre connesso a una disfunzionalità genitoriale dovuta a molteplici fattori che creano una "anomalia del rapporto" fra genitori e figli e può esitare in comportamenti dannosi per l'evoluzione dei bambini e delle bambine. Il rischio è che in una coppia un componente o entrambi siano portatori di conseguenze da Esperienze Sfavorevoli Infantili o comunque provati, nel corso dell'età evolutiva, da fattori distali disturbanti.

2.3 Come arrivare all'individuazione del rischio.

Il percorso indicato dall' OMS prevede **lo screening** di possibili segnali predittivi di genitorialità fragile, insicura, incapace di affrontare in modo adeguato le responsabilità proprie della maternità/paternità, come:

- povertà cronica,
- basso livello di istruzione,
- parti in età adolescenziale,
- carenza di relazioni interpersonali,
- carenza di reti e di integrazione sociale,
- esperienze di rifiuto, violenza, abuso subite nell' infanzia,
- accettazione della violenza e punizioni come pratiche educative,
- accettazione della pornografia infantile,
- scarse conoscenze e disinteresse per lo sviluppo del bambino,
- condizione di monogenitorialità.

In assenza di uno screening sistematico su tutta la popolazione, la rilevazione precoce può avvenire attraverso la costruzione di **reti osservative** nei luoghi del percorso pre - e neo natale:

- consultori familiari,
- percorsi preparto,
- reparti ospedalieri di ostetricia, di neonatalità e pediatria,
- reparti di Pronto Soccorso.



3. LO STRUMENTO: HOME VISITING (HV)

I contenuti e i metodi dell'HV secondo i criteri presentati dall'OMS (2006) **prevedono un'azione sistematica centrata sul sostegno precoce al/ai genitore/i e al loro disagio**, soprattutto quello connesso agli intrecci traumatici generati dall'esperienza parentale con le esperienze sfavorevoli subite nella loro infanzia. Si tratta di organizzare visite domiciliari nei primi mesi di vita del bambino da parte di personale che inizialmente può anche essere sanitario, possibilmente la stessa assistente sanitaria conosciuta in ospedale, per poi **essere sostituita da un operatore professionale preparato specificamente per questo servizio**. L'home visiting è uno strumento operativo per accompagnare e sostenere la genitorialità fragile attraverso la costruzione di una relazione di aiuto.

Le ricerche evidenziano come i programmi di HV riducono i rischi di maltrattamento e promuovono le risorse genitoriali.

La progettazione di un programma di HV deve tener presente che:

Si tratta di un progetto innovativo, che potrebbe trovare inizialmente difficoltà nella sua applicazione,

- non solo da parte dell'utenza, specie in una cultura familiare come quella italiana, ancora molto restia ad aprirsi all'accoglienza in casa di persone estranee;
- la diffidenza nei confronti della novità potrebbe riguardare anche i professionisti e i servizi impegnati per la ridefinizione delle funzioni e delle relazioni che propone.

3.1. Target

Il progetto non è applicabile a qualsiasi situazione.

La scelta delle famiglie a cui proporre l'HV è circoscritta a coloro che sono in situazioni di rischio ma sono anche portatrici di risorse. Non tutte le giovani neomamme o i loro partner sono disposti a condividere le loro storie, spesso rimosse o caratterizzate da esperienze così traumatiche da essere considerate indicibili dalle vittime, che si possono nascondere dietro la diffidenza, il sospetto che la proposta di aiuto nasconda una volontà intrusiva e giudicante, la presunzione di autosufficienza orgogliosa e scostante.

Può anche accadere che genitori maltrattanti chiedano aiuto e sorga in loro una disponibilità al cambiamento. Una volta verificata la reale volontà di modificare i comportamenti maltrattanti e di accettare un programma di recupero delle competenze genitoriali, potrebbe essere possibile adottare il metodo OMS anche in queste situazioni, naturalmente con una valutazione attenta rispetto alla qualità e alla gravità del maltrattamento e un monitoraggio rigoroso che consenta di verificare concretamente l'interruzione delle condotte maltrattanti e i progressi di benessere del figlio e di tutto il nucleo.

Un altro target è quello della genitorialità complicata da disturbi psichiatrici dei figli, come autismo, ADHD, insufficienza mentale, DSA, disturbi della deambulazione che trovano i genitori impreparati o incapaci di mettere in pratica i comportamenti richiesti dalla NPI. Il sostegno al nucleo da parte di personale specializzato può alleggerire il clima complessivo, rendendo più efficace, con il valore terapeutico del buon-trattamento, la terapia formalizzata prescritta (Malacrea 2004).

3.2. In un progetto di rete.

L'inserimento dell'HV in un lavoro di rete più ampio **rappresenta un elemento di appropriatezza**: non solo nella fase di rilevazione e prima valutazione, ma in un progetto in cui, oltre l'intervento domiciliare,



siano prevedibili altre opportunità. Si considera particolarmente utile la possibilità di connettere più dispositivi: quali sostegno psicologico, gruppi di incontro, controllo del servizio sociale, ecc. L'assenza di una reale offerta di rete pregiudica spesso l'efficacia dell'HV perché la prevenzione del mal-trattamento richiede un lavoro complesso e multidimensionale.

4. L'INTERVENTO DI PREVENZIONE ATTRAVERSO L'HV

4.1 Rilevazione/prima valutazione

Quando al servizio territoriale di base arriva da parte del Pronto Soccorso, del Consultorio o di un presidio ospedaliero la segnalazione della presenza di una madre/coppia a rischio per segnali individuati dagli operatori socio-sanitari che si occupano della gravidanza e del puerperio, **deve attivarsi un'équipe multi professionale**. L'équipe di base analizza e valuta tutti gli elementi esposti nella segnalazione, approfondendo in particolar modo l'intreccio tra fattori di rischio e di protezione, in modo da poter formulare una prognosi minimamente documentata di modificabilità. In caso positivo, l'équipe stabilirà i primi tratti del progetto a partire dalla scelta di un operatore domiciliare.

RACCOMANDAZIONI

- **Si raccomanda** che l'équipe sia composta almeno da assistente sociale, educatore professionale, psicologo esperto dell'età evolutiva e/o della famiglia: si auspica che l'équipe sia stabile, affiatata e coesa rispetto all'approccio scientifico che mette il bambino e la sua relazione con l'adulto di riferimento al centro e al primo posto nel riconoscimento dei diritti alla cura. Questa équipe deve poter contare su figure professionali che integrino altre competenze nei casi in cui la situazione richieda approfondimenti in campo psichiatrico, neuropsichiatrico e medico.
- **Si raccomanda**, per la costituzione dell'équipe, la scelta dei soggetti da coinvolgere: preferibilmente già esperti e preparati, selezionati tra il personale già in organico, dovranno partecipare a una riunione plenaria con i Direttori dei rispettivi reparti di appartenenza per essere bene informati sulla natura, lo stile, la finalità del progetto. Anzitutto il personale in attività presso i vari reparti che si occupano della maternità prima e dopo il parto, nonché personale educativo che afferisce alla tutela territoriale.
- **Si raccomanda** l'uso di strumenti standardizzati di valutazione iniziale relativi ai fattori di rischio, al modello di legame di attaccamento e pregresse esperienze sfavorevoli infantili.

4.2 Progetto di intervento

All'inizio dell'intervento, che si svolge a casa delle famiglie, viene presentato, spiegato e discusso un metodo di sostegno che prevede un certo numero di ore di visita, una frequenza settimanale, una durata minima e massima e un codice condiviso di comportamento; tutto questo viene sintetizzato in un contratto sottoscritto dalle parti.

Dovranno inoltre essere valutati e concordati il tempo e la cadenza di incontri tra genitori/e e operatore, già prima della nascita o, se il rischio è emerso più avanti, senza la presenza del bambino, con lo scopo di dare significato, riflettere insieme e valutare le attività svolte e il percorso effettuato nel periodo in questione.

In caso vengano prese decisioni o segnalate difficoltà, al termine dell'incontro verrà firmato da entrambe le



parti un breve verbale, che sarà condiviso successivamente con l'équipe multiprofessionale.

Infine, non deve essere esclusa la possibilità che gli interventi di HV possano esitare nella decisione di un allontanamento definitivo del bambino dal contesto familiare (per esempio nei casi di maltrattamento grave al figlio e/o di violenza domestica consolidata e cronica, per i quali l'intervento di H.V. è inappropriato): in queste situazioni l'intervento potrebbe tuttavia accompagnare i genitori ad accettare un momentaneo allontanamento come scelta consapevole in vista di una modificazione dei comportamenti pericolosi per un rientro in condizioni di sicurezza.

RACCOMANDAZIONI

- **Si raccomanda** l'attenzione alla dimensione temporale: il tempo è rilevante nella estensione (minimo 6 mesi), nella frequenza (almeno 2 volte a settimana), nell'intensità (almeno 2 ore ogni volta).
- **Si raccomanda** l'attenzione allo sviluppo di una relazione con i genitori, in particolare fra la madre e l'operatrice, basata sulla condivisione, il supporto, l'osservazione perché il fare nell'HV si realizza nella condivisione, non nell'insegnamento né nella sostituzione, proponendo ai genitori opportunità e punti di vista nello sviluppo della relazione con i figli, nell'accudimento fisico ed emotivo, nella gestione domestica, nell'organizzazione delle routine, nel fronteggiare le ordinarie difficoltà, nell'integrazione sociale, nella mediazione relazionale dei genitori tra loro, con le famiglie d'origine, con i servizi.
- **Si raccomanda** che la scelta degli operatori preveda la possibilità di evitare turn over troppo frequenti, per non sottoporre la famiglia o la madre in difficoltà alla fatica di adattarsi ripetutamente a sostituzioni.
- **Si raccomanda** di riportare in équipe ogni situazione di maltrattamenti diretti sul bambino di cui l'operatrice sia testimone, sia riferito da uno dei datori di cure o da terzi al fine di assumere i necessari provvedimenti di tutela e protezione del bambino.
- **Si raccomanda** altresì di riportare in équipe per valutare gli opportuni interventi di segnalazione e protezione, anche ogni evento di violenza domestica sulla madre di cui l'operatrice può essere stata testimone diretta o riferiti dalla madre stessa o da terzi.

4.3 Monitoraggio e supervisione

La programmazione deve prevedere da subito la formazione dell'équipe multiprofessionale che mensilmente verificherà, sulla scorta delle relazioni degli operatori e dei loro protocolli osservativi, l'andamento del progetto.

Si deve prevedere da subito una figura di supervisore stabile che mensilmente ascolti le difficoltà emerse dalla pratica e verifichi l'applicazione corretta delle regole stabilite.

RACCOMANDAZIONI

- **Si raccomanda** che l'operatore tenga aggiornato il protocollo di osservazione o eventuali altri strumenti concordati con la rete.
- **Si raccomanda** che i tempi e le modalità di incontro delle équipe di base e allargate sulle varie situazioni siano decisi in base alle necessità e alle disponibilità, concordate con la rete.
- **Si raccomanda** di strutturare strumenti della valutazione di efficacia e follow up da gestire nell'ambito dell'équipe.



5. LA RETE

Il progetto deve essere impostato fin da subito sul principio e la pratica dell'integrazione sociale e sanitaria, i cui responsabili devono confrontarsi, discutere, esercitarsi nel dialogo per acquisire linguaggi e punti di vista comuni. La riuscita dell'intervento si fonda sul coinvolgimento e la condivisione del progetto con: servizio tutela minori, consultorio familiare, percorso nascita, anestesia, ostetricia, neonatalità, pediatria.

RACCOMANDAZIONI

- **Si raccomanda** di organizzare un evento formativo in cui tutte le figure coinvolgibili nel progetto si confrontino per far emergere dissidenze, perplessità, punti oscuri, elementi di positività o problematicità del progetto nelle sue finalità.
- **Si raccomanda** di formulare una prima bozza di progetto dettagliato, comprensivo di preventivo, da sottoporre alle autorità competenti non solo riguardo ai costi economici, ma anche alla tempistica, alle risorse umane necessarie, alla specificità della loro preparazione personale di base e alle competenze integrative necessarie per lo svolgimento del progetto.
- **Si raccomanda** di curare con la massima attenzione la qualità delle relazioni tra i diversi servizi e professionisti, le diverse competenze, le diverse responsabilità per evitare che fraintendimenti, rigidità professionali, pregiudizi personali o di settore, assurde tentazioni di competitività possano minare un'attività mirata proprio a eliminare o almeno ridurre queste tensioni nell'utenza.

6. LA FORMAZIONE

La formazione alla prevenzione del maltrattamento infantile attraverso l'HV in epoca pre e perinatale deve prevedere un'articolazione specifica a seconda del livello in cui gli operatori devono agire.

In ogni livello si auspica che la formazione sia non solo nozionistica, ma accompagnata da esempi concreti, da esperienze vissute, da momenti in cui con esercizi di **problem solving**, di simulate, di giochi di ruolo, i soggetti possano misurarsi sulla loro fluidità relazionale e sulla capacità di gestire situazioni nuove.

6.1 Il primo livello

Destinatari: tutti gli operatori, per implementare le capacità di rilevazione e di segnalazione.

RACCOMANDAZIONI

- **Si raccomanda** che la formazione sia finalizzata a rafforzare la capacità di individuare i segnali di sofferenza relazionale e le fragilità della gestante e del nucleo.

6.2 Il secondo livello

Destinatari: il personale dei servizi di tutela territoriale, a cui afferiscono le segnalazioni delle situazioni a rischio.

RACCOMANDAZIONI

- **Si raccomanda** che la formazione sia finalizzata a mettere in grado l'équipe multiprofessionale (psi-



co-socio-sanitaria) di effettuare una valutazione dell'incrocio tra i fattori di rischio e di protezione distali e prossimali, oltre che una prognosi di recuperabilità (la capacità della madre di chiedere aiuto, la partecipazione consapevole del padre e l'impegno ad accogliere in casa l'operatore con fiducia, oltre che di seguirne le indicazioni).

6.3 Il terzo livello

Destinatari: gli operatori domiciliari, che entrano nelle case a supporto delle madri e delle famiglie.

RACCOMANDAZIONI

- **Si raccomanda** che la formazione sia finalizzata a rafforzare gli operatori nella capacità di sostenere senza sostituirsi, di correggere senza giudicare, di accettare tempi adeguati per instaurare la relazione di fiducia e situazioni di frustrazione rispetto all'idea di aiuto attivo, di salvaguardare gli aspetti di autorevolezza professionale in una quotidianità apparentemente priva di setting. Inoltre sembra importante la capacità di mantenersi vigili rispetto alla tutela del minore, senza affrettare i tempi e senza interrompere la buona relazione con l'utente
- **Si raccomanda** di garantire la supervisione a tutti gli operatori del progetto come condizione imprescindibile per la correttezza, la tenuta e l'efficacia dell'intervento domiciliare, in tempi e modi diversi, ma secondo una calendarizzazione conosciuta, condivisa e rigorosamente osservata.

7. LA VALUTAZIONE DI EFFICACIA

La valutazione di efficacia - durante e alla fine dell'intervento, oltre che in follow-up - deve riguardare tutti gli operatori coinvolti.

In particolare è indispensabile che l'operatore domiciliare sia fornito di appositi protocolli osservativi della relazione genitoriale e del benessere del bambino (adeguatezza delle cure, responsabilità reciproca, interventi educativi, salute psicofisica della madre, sviluppo psicofisico del bambino, qualità dell'atmosfera familiare) per registrare determinati comportamenti e valutare la loro modifica nel tempo.

Sarebbe auspicabile il coinvolgimento di istituti universitari o di ricerca pubblici o privati al fine di individuare strumenti di valutazione di efficacia confrontabili.