

La prevenzione del maltrattamento

Giuseppe Cirillo

Servizio di Programmazione, Dipartimento Socio-Sanitario ASL Napoli centro, responsabile scientifico del Programma "Adozione Sociale"

Abstract

The Prevention of child abuse

Paediatricians and health workers in general are found to have early contact with their families. These contacts can make it clear early in the family risk factors and protective factors in relation to child abuse. Since the abuse is preventable, it is necessary for paediatricians and practitioners involved in community programs to support families, are aware of the risk and protective factors attributable to the children, the parents, the environment, in order to deploy all the actions and effective tools for prevention.

Quaderni acp 2011; 18(6): 245-249

Key words Child abuse and neglect. Prevention. Home visiting

I pediatri e gli operatori sanitari in generale hanno contatti precocemente con le famiglie. Questi contatti possono rendere evidente, anzitempo, i fattori di rischio e protettivi in relazione al maltrattamento nei bambini. Poiché l'abuso è prevenibile, è necessario che i pediatri e i medici di famiglia coinvolti in programmi comunitari di sostegno alle famiglie siano consapevoli dei fattori di rischio e di quelli protettivi relativi al bambino, ai genitori, all'ambiente, al fine di implementare tutte le azioni necessarie per la prevenzione.

Parole chiave Abuso e maltrattamento del bambino. Prevenzione. Visite domiciliari

Si veda anche a p. 276

Premessa e definizioni

In generale l'attenzione degli studiosi e degli operatori è indirizzata ai bambini e alle loro famiglie, dopo che i bambini sono stati maltrattati; pochi hanno studiato e approfondito quando e come il maltrattamento (fisico, sessuale, psicologico, trascuratezza, fallimento della supervisione) possa essere individuato prima che vada all'attenzione dell'autorità giudiziaria [1-2]. Mentre le tradizionali risposte aiutano a prevenire la ricorrenza del maltrattamento quando si sia già verificato, un nuovo framework, piuttosto che identificare i fattori di rischio per il maltrattamento e i problemi delle carenze del *caregiver*, potrebbe focalizzarsi sui fattori protettivi sia dell'ambito familiare che sociale, per sostenere le abilità dei genitori nei compiti di cura, eventualmente indirizzando il target della prevenzione verso i bambini e le famiglie più vulnerabili.

Gli sforzi della prevenzione vanno focalizzati sui bambini, sulle famiglie, sulle comunità. Ci sono diversi approcci alla prevenzione: i programmi di educazione dei genitori per migliorare le cure che i

bambini ricevono nelle loro case, gruppi di supporto per ridurre i comportamenti negativi dei genitori, programmi di *home-visiting* che forniscono servizi alle famiglie vulnerabili e programmi di tipo comunitario che coordinano i servizi di prevenzione e il capitale sociale di supporto alle famiglie.

I fattori di rischio

Molti e disparati fattori possono combinarsi perché un bambino sia maltrattato o trascurato [3]. Usando un modello ecologico come contesto per valutare il rischio, alcune caratteristiche del bambino, dei genitori e dell'ambiente possono mettere un bambino a rischio di maltrattamento: per esempio, per il bambino difficoltà emozionali/comportamentali, le malattie croniche, le disabilità fisiche e dello sviluppo, la nascita pretermine, essere non voluti o non pianificati; per i genitori la bassa stima di sé, lo scarso controllo degli impulsi, l'abuso di sostanze/alcol, la giovane età della madre o del padre, l'essere stati abusati da bambini, la depressione o altre malattie mentali, la scarsa conoscenza dello sviluppo

del bambino o aspettative non realistiche per il bambino, la percezione negativa del normale sviluppo del bambino [4]. Quali fattori ambientali, l'isolamento sociale, la povertà e la disoccupazione, lo scarso livello educativo, una casa con un genitore solo, maschi conviventi non biologicamente legati al bambino, la violenza familiare o al partner. Spesso molti fattori coesistono e sono tra loro interrelati, aumentando il rischio di maltrattamento.

Le caratteristiche del bambino

L'età del bambino: più piccolo è il bambino, più è alto il rischio di un severo o fatale maltrattamento [5].

Qualsiasi fattore che renda più difficile assistere il bambino o che lo presenti differente dalle aspettative dei genitori aumenta il rischio del maltrattamento. Per esempio, un bambino con molte necessità e richieste o un bambino con bisogni speciali di salute possono mettere a dura prova la resistenza dei genitori. I bambini con disabilità fisica, dello sviluppo, o con problemi emozionali/comportamentali, sono maggiormente esposti al maltrattamento [3]. I bambini con disabilità sono maltrattati circa tre volte più facilmente che non i bambini senza disabilità.

Anche i bambini nati prematuramente possono essere soggetti a rischio aumentato di subire un maltrattamento [5]. Molti bambini prematuri possono essere più a rischio di abuso, per il fatto che essi sono percepiti dai loro genitori come meno attrattivi e con maggiori richieste e bisogni. Molti esperti hanno suggerito che la precoce e spesso prolungata separazione di questi bambini dai loro genitori può contribuire alla loro vulnerabilità. Allo stesso modo i bambini che non sono stati programmati o non voluti sono a rischio di maltrattamento [6].

Anche i **fattori genitoriali** possono rendere i bambini più vulnerabili a essere maltrattati [7]. I fattori di rischio dei genitori sono sia interni (competenza e

Per corrispondenza:

Giuseppe Cirillo

e-mail: dirg.cirillo@aslna1.napoli.it

vulnerabilità con cui i genitori affrontano le situazioni) che esterni (fattori di stress o di isolamento sociale). I fattori che possono diminuire la capacità dei genitori di far fronte allo stress della genitorialità comprendono una bassa stima di sé, scarso controllo degli impulsi, inclusa una tendenza a reagire violentemente in risposta allo stress, l'uso di sostanze, l'abuso di alcol (l'abuso di sostanze è di maggiore impatto sulla trascuratezza). La farmacologico-dipendenza è spesso accompagnata da altri problemi come la malattia mentale, il non avere una dimora fissa, o la violenza domestica, tutti a loro volta correlati con il maltrattamento.

I servizi per l'abuso di sostanze raramente comprendono le capacità genitoriali. Le poche iniziative realizzate riguardano l'aiuto ai genitori nei programmi ambulatoriali con metadone.

La giovane età della madre o del padre rappresenta un fattore di rischio per maltrattamento [8]. I genitori, che sono stati abusati o trascurati a loro volta da bambini, possono essere genitori nell'unico modo che hanno imparato. La depressione dei genitori o altri disturbi mentali, in modo particolare la depressione postpartum, influenzano la crescita e lo sviluppo del bambino e possono sottoporlo a rischio di maltrattamento. La depressione è un problema significativo sia per i padri che per le madri [9-10]. La relazione tra la depressione materna e la genitorialità è stata meglio studiata e offre una guida per definire i programmi di educazione genitoriale per prevenire l'abuso e la trascuratezza. Le madri depresse hanno difficoltà a mantenere un'interazione con i loro bambini, e questi tendono ad avere una percentuale maggiore di comportamenti negativi.

I fattori scatenanti a partire dal bambino

I genitori possono giocare un ruolo nella prevenzione del maltrattamento se conoscono le situazioni che comunemente scatenano il maltrattamento e se identificano alcuni dei fattori che possono rendere un bambino più vulnerabile al maltrattamento.

Alcuni elementi del normale sviluppo del bambino rappresentano spesso i fattori scatenanti del maltrattamento. Schmitt descrive quelli che chiama i "Sette peccati mortali" dei bambini [11].

Egli cita le fasi dello sviluppo normale che possono creare difficoltà in molti genitori: le coliche, stare svegli di notte, l'ansia di separazione, il comportamento normale di esplorazione, il normale negativismo, il normale scarso appetito e la resistenza all'uso della toilette. Egli suggerisce che è molto utile che gli operatori sociosanitari e principalmente i pediatri anticipino questi normali stadi dello sviluppo e forniscano alle famiglie delle guide su come trattare meglio queste situazioni potenzialmente difficili.

Il pianto è un comune fattore scatenante per l'abuso al bambino ed è il più comune per trauma da scuotimento violento alla testa. Tutti i bambini piangono; il pianto comincia generalmente nel primo mese di vita e la durata del pianto aumenta e raggiunge un picco tra i 2 e i 4 mesi di età, e l'incidenza del trauma alla testa segue lo stesso andamento.

Sono stati sviluppati programmi per aiutare i genitori ad affrontare meglio il pianto dei bambini. Dias et al. hanno implementato un programma nei nidi a New York per insegnare ai neogenitori i danni dello scuotimento violento dei bambini e cosa fare quando i bambini piangono [12]. Essi hanno riscontrato che durante i primi 5 anni del programma l'incidenza delle violenze alla testa si sono ridotte del 47%. Questi programmi hanno mostrato di migliorare la conoscenza delle madri circa il pianto e la loro risposta comportamentale.

La disciplina può diventare maltrattante quando la punizione è usata inappropriatamente in risposta a comportamenti dello sviluppo normale di un bambino. Genitori impreparati possono equivocare l'ansia da separazione, il normale gioco esplorativo, e il normale negativismo, per esempio, può essere confuso con un comportamento anomalo o inaccettabile e determinare misure punitive per correggerlo.

Il *toilet-training* e gli incidenti legati all'uso della toilet sono un altro comune fattore scatenante per il maltrattamento. Ustioni da immersione sono frequentemente inflitte dai *caregiver* in media all'età di 32 mesi dei bambini, in risposta all'encopresi [13].

I fattori protettivi

Nella valutazione di fattori di rischio di maltrattamento gli operatori sociosanitari e soprattutto i pediatri possono identi-

ficare e considerare i fattori di forza delle famiglie, in quanto il maltrattamento si verifica quando i fattori di rischio sono più grandi di quelli protettivi e i fattori di stress eccedono i fattori di sostegno. Possono essere identificati fattori protettivi quali l'attaccamento tra i membri familiari; la conoscenza da parte dei genitori dello sviluppo dei bambini, la resilienza emotiva dei genitori, le connessioni sociali dei genitori e il concreto supporto come cibo, vestiario, casa, trasporti e servizi.

Sebbene la prevenzione oggi ricerchi l'interdipendenza di cause multiple del maltrattamento dei bambini, molti interventi vengono focalizzati su particolari fattori di rischio. Il risultato è un ampio range di attività di prevenzione incoerenti, isolate e sotto-finanziate.

Si è notato che diversi fattori proteggono un bambino dal maltrattamento e aiutano i bambini ad avere resilienza rispetto agli effetti del maltrattamento. Usando lo stesso scenario ecologico, i fattori protettivi comprendono le caratteristiche del bambino e della famiglia e fattori di sostegno esterni alla famiglia.

I connotati caratteriali del bambino che possono essere protettivi sono, per esempio, l'abilità cognitiva intorno alla media, il controllo di sé e l'autoresilienza; anche una forte e sicura relazione familiare rappresenta un elemento protettivo importante così come a livello extrafamiliare lo è l'accesso a buoni servizi sanitari, educativi e di welfare sociale.

Il ruolo dei pediatri

I pediatri (*vedi box*), giocando un ruolo fondamentale nel promuovere il benessere del bambino e aiutando i genitori a farli crescere bene, possono avere un importante ruolo nella prevenzione del maltrattamento dei bambini [10].

I pediatri hanno contatti con le famiglie durante i cambiamenti e i momenti di stress (per esempio quando il bambino è ammalato), per cui possono diventare familiari con i fattori di stress e di forza della famiglia.

I pediatri, inoltre, sono spesso connessi con le risorse comunitarie che hanno come priorità il welfare del bambino e della famiglia. La letteratura mostra che i genitori vedono i pediatri come rispettabili consiglieri e consulenti. I pediatri, come è dimostrato, accettano bene

questo ruolo sia di prevenzione del maltrattamento attraverso l'uso di guide anticipatorie, sia valutando nel corso delle visite di bilancio di salute i problemi dei genitori.

Un'azione deve essere intrapresa se l'abilità della famiglia ad allevare e proteggere il bambino è compromessa in maniera tale che il bambino può essere considerato a rischio di abuso: prendere tempo per sollecitare una storia più chiara o fare un counselling a un genitore frustrato. Un caso più complicato può richiedere l'invio della famiglia a un servizio comunitario per il sostegno genitoriale o per un intervento contro la violenza familiare. Se c'è un dubbio significativo circa la sicurezza del bambino, la capacità dei *caregiver* di proteggerlo, o si sospetta un maltrattamento, il pediatra deve di conseguenza contattare i servizi di tutela del bambino.

Programmi di prevenzione e intervento

Sostenere i genitori nei loro compiti di cura significa da parte dei pediatri e dei servizi innanzitutto entrare in contatto e relazione con le famiglie; se poi questo avviene nell'ambito di un programma di sostegno precoce in gravidanza e al parto, questo implica che gli operatori si possano trovare precocemente di fronte a situazioni di rischio e a fattori protettivi e quindi potendo tentare, anche se in modo dinamico, di predire il maltrattamento e/o la trascuratezza. Il sottile limite che a volte separa la possibilità di sostenere da quella di esercitare la giusta tutela del minore rappresenta una delle prove più grandi che i nostri servizi debbono affrontare nei programmi di sostegno alle famiglie, ormai diffusi in quasi tutte le regioni italiane.

Poiché il maltrattamento del bambino è soggetto a numerosi fattori di rischio e protettivi simultaneamente, l'analista deve determinare la strategia più efficace in particolari situazioni: se incrementare le conoscenze dei genitori, modificare le attitudini e i comportamenti genitoriali, o cercare di influenzare i contesti in cui vivono le famiglie. Alcuni programmi di prevenzione mostrano risultati positivi. I più promettenti appaiono essere quelli che sono focalizzati sugli interventi precoci, identificando i fattori di rischio precocemente per fornire servizi che ne

BOX: GUIDA PER I PEDIATRI

1. Ottieni una completa storia sociale, iniziale e periodica. Lo strumento per lo screening genitoriale compreso nello strumento Bright Futures e nel kit sulle risorse (<http://brightfutures.aap.org>) può essere utilizzato per lo screening dei fattori di rischio e dei problemi; identifica e costruisce sui fattori di forza della famiglia, sulla resilienza e sui fattori di mediazione; identifica e indirizza le ansie dei genitori; rinforza la genitorialità [10]. Il rinforzo costruisce sicurezza e senso della competenza.
2. Riconosci la frustrazione e l'irritazione che spesso accompagnano la genitorialità. Fornisci una guida anticipatoria circa gli stadi di sviluppo che possono determinare stress o diventare i fattori scatenanti del maltrattamento del bambino. Un bilancio di salute può essere utile come cornice.
3. Parla con i genitori circa il pianto del loro bambino e di come essi lo affrontano. Capisci la loro percezione del pianto e quali strategie adottano per affrontarlo. Il pediatra dovrebbe informare i genitori circa il comportamento infantile e insegnare risposte alternative.
4. Nella cura ai bambini con disabilità, bisogna essere consapevoli della loro maggiore vulnerabilità e osservare i segni di maltrattamento. Dare ai genitori informazioni circa la condizione del bambino. Le azioni possono comprendere sessioni di gruppi di istruzione con i genitori. Valutare lo stress dei genitori e fornire loro tecniche per affrontarlo. Dai alla famiglia informazioni per concedersi una pausa nelle cure e identifica altri membri della famiglia che possono essere di aiuto.
5. Essere attenti ai segni e ai sintomi di violenza tra i partner e di depressione post-partum. Familiarizza per primo con le appropriate risorse comunitarie.
6. Guida i genitori nel dare una disciplina efficace. Incoraggia i genitori a usare alternative alle punizioni fisiche, come tecniche di time out e rinforzo positivo.
7. Parla ai genitori del normale sviluppo sessuale e consigliali circa il modo di prevenire l'abuso sessuale.
8. Incoraggia i *caregiver* a utilizzare l'ambulatorio pediatrico come tramite per accedere ad altri esperti e risorse. Informati circa le risorse territoriali e, quando appropriato, invia queste famiglie a queste risorse.
9. Fai attività di *advocacy* per programmi comunitari e risorse che possono realizzare un'efficace prevenzione, interventi, ricerche e trattamento per il maltrattamento e per programmi indirizzati ai problemi sottostanti che contribuiscono al maltrattamento dei bambini (per esempio povertà, abuso di sostanze, segni di malattia mentale e scarse capacità genitoriali).
10. Fai attività di *advocacy* per interventi positivi comportamentali e supporti nelle scuole.
11. Riconosci segni e sintomi di maltrattamento e comunica il sospetto alle autorità competenti.

riducono l'impatto sullo sviluppo dei bambini. L'assunzione chiave dell'intervento precoce comprende l'ipotesi del vantaggio cognitivo (incrementando le capacità cognitive dei bambini precocemente si supporta lo sviluppo individuale) e l'ipotesi del sostegno alla famiglia (la partecipazione migliora le pratiche genitoriali, le attitudini, le aspettative e il coinvolgimento nell'educazione dei bambini, riduce lo stress dei genitori e migliora lo sviluppo del bambino) [14]. Fin dai primi anni '70 sono stati sperimentati programmi di visite domiciliari alle donne durante la gravidanza e dopo il parto [15]. Le caratteristiche per il suc-

cesso di questi programmi comprendono l'alta intensità del trattamento, uno staff ben formato, un focus realistico operativo su specifiche abilità dei genitori e la capacità di coinvolgere e motivare i genitori ad alto rischio di maltrattamento dei loro bambini. Infine la necessità di tipologie multiple di servizi a cui i genitori possono accedere attraverso molteplici possibilità di accesso.

Una delle modalità strategiche per fornire una serie di servizi familiari è l'*home visiting* che ovviamente non si focalizza solo sulla prevenzione del maltrattamento e della trascuratezza; tuttavia i servizi che sono offerti, come il supporto socia-

le, i riferimenti alla rete territoriale, il sostegno genitoriale, le informazioni sulla salute, i materiali educazionali, possono aiutare anche a prevenire il maltrattamento.

Educazione (teoria dell'apprendimento)

La distribuzione di materiale educativo alla famiglia quando un bambino nasce è un modo efficace per insegnare ai neogenitori una salutare relazione bambino-genitori e le pratiche delle cure al bambino [16].

L'American Academy of Pediatrics (AAP) ha sviluppato il "Connected Kids", un intervento ambulatoriale inizialmente conosciuto come Programma per la prevenzione e l'intervento contro la violenza (VIPP) [17].

Il "Connected Kids" è un programma che utilizza un approccio basato sulla resilienza e sulla guida anticipatoria e ha l'obiettivo di aiutare gli operatori delle cure primarie a utilizzare la loro relazione terapeutica per sostenere le famiglie nella prevenzione della violenza. Il programma comprende una guida clinica, materiale educativo online, e materiale per l'educazione dei genitori e per la formazione dei pediatri e dei genitori sulla disciplina, la genitorialità e altri argomenti. Maggiori informazioni su questo programma sono disponibili sul sito www.aap.org/connectedkids.

Home visiting

Avendo personale professionale o para-professionale esperto, i servizi domiciliari, piuttosto che ambulatoriali o comunitari, rendono possibile l'adattamento dei servizi ai bisogni di ciascuna famiglia. Gli operatori domiciliari possono anche valutare i fattori ambientali che influenzano le pratiche familiari di allevamento del bambino. Poiché questi servizi possono inizialmente essere forniti a tutte le famiglie identificate da fattori di rischio demografici o geografici, essi possono anche avere la funzione di valutazione per successivi servizi.

I programmi di visite domiciliari, in cui famiglie selezionate (adolescenti, basso reddito, basso livello di istruzione) ricevono contatti regolari con personale formato, rappresentano un modello di prevenzione che è stato largamente utilizzato e fortemente correlato a una riduzione significativa del maltrattamento.

La *task force* dell'AAP sui servizi comunitari di prevenzione ha stabilito che in 21 programmi in cui sono disponibili i monitoraggi, l'*home visiting* è associata a una riduzione media del maltrattamento di più del 50% [18].

L'abuso e la trascuratezza dei bambini sono il risultato dello stress e dell'isolamento sociale, della qualità del quartiere per cui ogni strategia per prevenire il maltrattamento dei bambini dovrebbe indirizzarsi sia alle dimensioni interne che esterne e avere un focus simultaneo sul rafforzamento delle famiglie a rischio e il miglioramento dei quartieri a rischio. Questi acquistano la loro importanza sia direttamente, con scuole, parchi e altri supporti primari, che indirettamente formando le attitudini e i comportamenti dei genitori e influenzandone autostima, il capitale sociale e i processi motivazionali [19].

Si ipotizza che il capitale sociale (definito da Robert Putnam come le caratteristiche dell'organizzazione come il network, le norme, e la fiducia sociale che facilita il coordinamento e la cooperazione per il bene comune) del quartiere influenzi i tassi di maltrattamento in un modello dinamico [20].

Le politiche pubbliche, che forniscono licenze di maternità e paternità, così come sussidi per le cure del bambino possono anche essere visti come sostegni a livello comunitario.

Pagare la maternità porta a promuovere l'attaccamento genitori-bambino nei primi e cruciali mesi di vita e allevia lo stress finanziario della perdita di reddito. L'asilo gratuito o a basso costo promuove il lavoro riducendo i costi delle cure. Il programma Triplo P (Positive Parenting Program) fornisce solide evidenze che le iniziative su scala di comunità possono prevenire l'abuso sul bambino [21]. Esso consiste di diversi livelli di intervento.

Il livello più generale arriva a tutti i membri della comunità attraverso campagne mediatiche che insegnano le basi del ruolo genitoriale positivo, includendo alcuni messaggi fondamentali: promuovi la sicurezza del bambino, gestisci il comportamento del bambino, dai una efficace disciplina e assicura le cure primarie sanitarie.

Il messaggio ai genitori è comunicato attraverso quotidiani a basso costo, news

letters, mailing list di massa, presentazione a forum di comunità e sul sito web della comunità. Il programma riserva poi più intensivi e costosi trattamenti per progressivamente più piccoli gruppi di famiglie che sono a maggior rischio di maltrattamento. Il livello finale e più intensivo è il trattamento individuale familiare.

Gli elementi comuni ai programmi efficaci

L'intervento precoce risulta in un migliore e più durevole risultato per i bambini, sebbene un intervento più ritardato sia meglio di niente e possa aiutare i genitori con una genitorialità sotto stress. I genitori possono trarre beneficio dall'aspetto sociale del lavoro nel gruppo dei pari che è preferibile al lavoro individuale. Questo dovrebbe comunque includere l'*home visiting* come parte di un servizio multicomponente. Interventi di maggiore durata con follow-up e sessioni di rinforzo sono raccomandati per problemi di maggiore severità o per i gruppi ad alto rischio.

Infine gli interventi che lavorano in parallelo, sebbene non necessariamente nello stesso tempo, con i genitori, le famiglie e i bambini sono considerati la pratica migliore.

Una massiccia evidenza attualmente mostra che l'abuso nei bambini è associato con più alti tassi di spesa sanitaria. Il rapporto costo/efficacia sull'investimento nei bambini piccoli è ora diffusamente accettato. La ragione per implementare programmi di sostegno genitoriale per ridurre anche gli alti costi sociali dell'abuso e trascuratezza è ormai fortemente consolidata. ♦

Bibliografia

- [1] Korbin J, Spilsbury J. "Cultural Competence and Child Neglect," *Neglected Children: Research, Practice, and Policy*. Edited by Howard Dubowitz Thousand Oaks: Sage Publications, 1999, pp. 69-88.
- [2] Pivetta S, Macaluso A, Materassi P, et al. È possibile prevenire l'abuso? *Medico e Bambino* 1998; 17:46-50.
- [3] Sullivan PM, Knutson D. Maltreatment and disabilities: a population-based epidemiological study. *Child Abuse Negl* 2000;24:1257-73.
- [4] Brofenbrenner U. Ecology of the family as a context for human development: research perspective. *Dev Psychol* 1986;22:723-42.
- [5] Wu SS, Ma CX, Carter RL, et al. Risk factors for infant maltreatment, a population-based study. *Child Abuse Negl* 2004;28:1253-64.

[6] Altemeier WA 3rd, O'Connor S, Vietze PM, et al. Antecedents of child abuse. *J Pediatr* 1982;100:823-9.

[7] Sidebotham P, Golding J, ALSPAC Study Team. Avon Longitudinal Study of Parents and Children. Child maltreatment in the "children of the nineties" a longitudinal study of parental risk factors. *Child Abuse Negl* 2001;25:1177-200.

[8] Stier DM, Leventhal A, Anne T. Berg, et al. Are children born young mothers at increased risk of maltreatment? *Pediatrics* 1993;91:642-8.

[9] Cadzow SP, Armstrong KL, Fraser JA. Stressed parents with infants: reassessing physical abuse risk factors. *Child Abuse Negl* 1999;23:845-53.

[10] Flaherty G, Stirling J Jr, and the Committee on Child Abuse and Neglect. The Pediatrician's Role in Child Maltreatment Prevention. *Pediatrics* 2010;126:833-41.

[11] Schmitt BD. Seven deadly sins of childhood: advising parents about difficult development phases. *Child Abuse Negl* 1987;11:421-32.

[12] Dias MS, Smith K, Mazur P, et al. Preventing abusive head trauma among infants and young children: a hospital-based, parent education program. *Pediatrics* 2005;115:470-7.

[13] Maguire S, Moynihan S, Mann M, et al. A systematic review of the features that indicate intentional scalds in children. *Burns* 2008;34:34-41.

[14] Kugler K, Hansson R. Relational Competence and Social Support among Parents at Risk of Child Abuse. *Family Relations* 1988;37:328-32.

[15] Johnson Z, Howell F, Molloy B. Community mother's programme: a randomized controlled trial of non professional intervention in parenting. *BMJ* 1993;306:1449-52.

[16] Black B, Teti L. Promoting Meal-Time Communication between Adolescent Mothers and Their Infants through Videotape. *Pediatrics* 1997;99:6-15.

[17] Sege RD, Flanagan E, Levin-Goodman R, et al. American Academy of Pediatrics. American Academy of Pediatrics "Connected Kids" program: case study. *Am J Prev Med* 2005;29:215-9.

[18] Layzer J, Goodson B. National Evaluation of Family Support Programs. Department of Health and Human Services, ACYF (Cambridge: Abt Associates, 2001).

[19] Garbarino J, Kosteleny K. Child Maltreatment as a Community Problem. *Child Abuse Neglect* 1992;16:455-64.

[20] Putnam R, Aloe B. America's Declining Social Capital. *J Democracy* 1995; 6:65-78.

[21] Sanders M, Markie-Dadds C, Turner K. Theoretical, Scientific, and Clinical Foundations of the Triple P-Positive Parenting Program: A population Approach to Promotion of Parenting Competence, Parenting Research and Practice. Monograph n. 1. St. Lucia, Queensland Australia: The Parenting and Family Support centre at the University of Queensland, 2003.

Associazione Culturale Pediatri TABIANO 21, BAMBINI A RISCHIO

17-18 febbraio 2012 - Hotel Astro

Venerdì 17 febbraio

- ore 8,45 BAMBINI AMMALATI DI... RISCHIO *Moderano G.C. Biasini*
Sindrome metabolica (*R. Tanas, Ferrara*)
Insufficienza renale (*L. Peratoner, Trieste*)
Povertà (*G. Tamburlini, Trieste*)
- ore 11,20 *Intervallo, caffè e parmigiano*
- ore 11,40 SESSIONI PARALLELE
Valutare e comunicare il rischio (*R. Tanas, Ferrara*)
Certezze e incertezze in nefrourologia pediatrica (*L. Peratoner, Trieste*)
Il pediatra e il disagio sociale (*G. Tamburlini, Trieste*)
- ore 13,00 *Colazione di lavoro*
- ore 15,00 BAMBINI A RISCHIO PER ... *Moderano E. Barbi, P.Villani*
Anafilassi (*E. Barbi, Trieste*)
Diabete (si può predire e prevenire?) (*M. Pocecco - T. Suprani, Cesena*)
Testa storta (*L. Genitori, Firenze*)
Scroto acuto (*G. Riccipetoni, Milano*)
Liber scriptus (*C. Panza, Parma*)
- ore 18,00 SESSIONI PARALLELE
Urgenze in pediatria (*C. Germani, L. Calligaris*)
Il calcolo dei carboidrati: rivoluzione nella cura del diabete?
(*T. Suprani, C. Geraci*)
Teste grandi e teste piccole (*L. Genitori*)
Calendario urologico (*G. Riccipetoni*)
- ore 20,00 CENA MUSICALE (*intrattengono: V. Canepa & M. Zecca*)

Sabato 18 febbraio

- ore 8,45 ANCORA RISCHI *Moderano P. Siani (Napoli), L. Peratoner (Trieste)*
Prematurità (*late preterm*) (*G.C. Biasini, Cesena*)
Gravidanza indesiderata (*S. Castelli, Massarosa*)
Allergia: c'entra lo svezzamento? (*L. Calligaris-E. Barbi, Trieste*)
- ore 11,00 *Intervallo, caffè e parmigiano*
- ore 11,30 FOCUS: MALTRATTAMENTO E ABUSO
Pensieri (confusi) sulla pedofilia (*L. Peratoner, Trieste*)
Prevenire: ruolo del pediatra di famiglia (*C. Berardi, Perugia*)
L'approccio in PS pediatrico (*C. Germani, Trieste*)
- ore 12,30 COMPILAZIONE DEL QUESTIONARIO (*C. Panza, Parma*)
- ore 12,45 ARRIVEDERCI

Segreteria organizzativa:

TERME DI SALSOMAGGIORE E TABIANO

Tel. 0524 565523 - Fax 0524 565497 - mail: info@grandhoteltermastro.it