

Le linee guida per gli interventi di Home Visiting nella prevenzione del maltrattamento all'infanzia



Sintesi a cura di Giuseppe Cirillo

A novembre 2017 il Cismai (Coordinamento Italiano dei Servizi contro il Maltrattamento e l'Abuso all'Infanzia) ha pubblicato le linee guida per gli interventi di Home Visiting nella prevenzione del maltrattamento all'infanzia. Le linee guida sono il frutto dei lavori di una Commissione scientifica (Maria Teresa Pedrocchi Biancardi, Marianna Giordano, Francesca Imbimbo, Donata Bianchi, Andrea Bollini) che ha lavorato a questa tematica dal 2015 al 2017.

Il focus sulla prevenzione rende queste linee guida particolarmente interessanti per il pediatra, così come l'assunzione dell'importanza dell'home visiting che ripropone fortemente questa modalità di sostegno all'interno dei progetti personalizzati e integrati.

Il sostegno alla genitorialità e l'home visiting sono i caposaldi della strategia della prevenzione precoce del maltrattamento secondo l'OMS. Prevenzione attenta ai fattori di rischio ma fondata sul potenziamento dei fattori di protezione e sulla resilienza, sia individuale che familiare e comunitaria.

Le raccomandazioni che il Cismai elenca per una corretta applicazione dell'home visiting si ispirano alle indicazioni dell'OMS contenute nel documento "Preventing child maltreatment: a guide to taking action and generating evidence" del 2006.

L'home visiting non viene inteso come visita domiciliare o interventi a domicilio, ma come un percorso preciso con regole e strumenti particolari.

Secondo la proposta di legge (8 marzo 2017) dell'On. Sandra Zampa, la prevenzione del maltrattamento deve prevedere azioni di sistema coordinate e strutturate, con la necessità di istituire servizi socio-sanitari di cure domiciliari, ovvero servizi di consulenza pedagogica domiciliare (home visiting, in favore di minori nella fascia di età compresa fra zero e tre anni).

Così come il maltrattamento è un processo che si snoda nel tempo, anche gli interventi non possono essere episodici ma devono partire dall'analisi dei dati di cui

gli operatori sociosanitari entrano in possesso al momento del parto, ma anche prima in gravidanza, e dall'osservazione e dall'ascolto dei bisogni, anche quelli non esplicitati.

L'home visiting è uno strumento per il quale occorrono risorse economiche adeguate, risorse umane qualificate, capacità di fare rete con le strutture pubbliche e le realtà associative del territorio. È di fondamentale importanza la formazione degli operatori perché siano preparati ad affrontare il disagio intergenerazionale che tanta parte ha nel perpetuare condizioni di difficoltà e di isolamento.

La maggior parte dei maltrattamenti subiti dai bambini e ragazzi avviene nel contesto domestico. Il maltrattamento familiare non è facilmente rilevabile, soprattutto nei primi anni di vita dei figli. Di qui la necessità di interventi preventivi secondo l'OMS (2013) intesi come "*l'insieme di interventi multisettoriali 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*".

Il processo degli interventi di prevenzione, secondo queste linee guida, in accordo con quelle dell'OMS, prevede:

- **la valutazione del rischio:** è opportuno effettuare una competente e precoce diagnosi dei genitori;
- **la genitorialità fragile:** disfunzionalità genitoriale che creano un'anomalia del rapporto fra genitori e figli, anche conseguenza di esperienze sfavorevoli infantili della coppia genitoriale o comunque provati nel corso dell'età evolutiva da fattori distali disturbanti;
- **l'individuazione del rischio:** attraverso reti osservative nei luoghi del percorso pre e neonatale (consultori familiari, percorsi preparto, reparti ospedalieri di ostetricia, di neonatologia e pediatria,

reparti di Pronto Soccorso), screening di possibili segnali predittivi di genitorialità fragile come povertà cronica, basso livello di istruzione, parti in età adolescenziale, carenza di relazioni interpersonali, 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, condizioni di monogenitorialità;

- **l'Home Visiting:** 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. Tale progetto potrebbe trovare inizialmente qualche difficoltà nell'accoglienza da parte delle famiglie ma anche all'interno dei servizi;
- **il target:** il progetto non è applicabile a qualsiasi situazione; la scelta delle famiglie a cui proporre l'Home Visiting è circoscritta a coloro che sono in situazioni di rischio ma sono anche portatori di risorse e disponibili a condividere le loro storie. Anche la genitorialità complicata da disabilità o disturbo di sviluppo dei figli rappresenta un target prioritario;
- **la Rete:** l'home visiting deve essere inserito in un lavoro di rete più ampio non solo nella fase di rilevazione dei fattori di rischio e prima valutazione ma in un progetto in cui, oltre all'intervento domiciliare, siano prevedibili altre opportunità (sostegno psicologico, gruppi di incontro, monitoraggio del servizio sociale...). Il progetto deve essere impostato da subito sul principio e la pratica dell'integrazione sociale e sanitaria con il coinvolgimento e la condivisione con servizio tutela minori, consultorio familiare, percorso nascita, anestesia, ostetricia, neonatologia, pediatria;
- **l'intervento di prevenzione attraverso l'Home Visiting:**

- *rilevazione e prima valutazione*: comunicazione dalla rete osservativa all'équipe multiprofessionale territoriale che utilizzerà preferenzialmente strumenti standardizzati di valutazione relativi ai fattori di rischio, al modello di legame di attaccamento e pregresse esperienze sfavorevoli infantili;
- *progetto di intervento*: sottoscritto tra le parti con indicazione delle ore di visita, una frequenza settimanale, una durata minima e massima e un codice condiviso tra le parti;

si raccomanda l'attenzione:

- alla dimensione temporale nella estensione (minimo sei mesi), nella frequenza (minimo due volte alla settimana), nell'intensità (almeno due ore ogni volta);
- allo sviluppo di una relazione con i genitori in particolare fra la madre e l'operatrice, 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 della routine, nel fronteggiare le ordinarie difficoltà, nell'integrazione sociale, nella mediazione relazionale dei genitori fra loro, con le famiglie di origine, con i servizi;

- alla scelta degli operatori ad evitare turnover troppo frequenti;
- a riportare in équipe ogni situazione di maltrattamento diretta sul bambino di cui l'operatrice sia testimone, o riferita da uno dei datori di cure o da terzi, o anche ogni violenza domestica sulla madre;

- **il monitoraggio e la supervisione**: aggiornamento costante del protocollo di osservazione o altri strumenti concordati con la rete. Strutturare strumenti della valutazione di efficacia da gestire nell'ambito dell'équipe. L'équipe multiprofessionale mensilmente verificherà l'andamento del progetto, prevedendo una figura di supervisore stabile;
- **la formazione**: la formazione alla prevenzione del maltrattamento infantile attraverso l'home visiting deve essere 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.

Per il *primo livello* (tutti gli operatori): rafforzare la capacità di individuare i se-

gnali di sofferenza relazionale e le fragilità della gestante e del nucleo.

Per il *secondo livello* (il personale-équipe multiprofessionale a cui afferiscono le segnalazioni): mettere in grado di effettuare una valutazione dell'incrocio fra i fattori di rischio e di protezione, una prognosi di recuperabilità (capacità della madre di chiedere aiuto, partecipazione consapevole del padre, l'impegno ad accogliere in casa l'operatore con fiducia, oltre che seguirne le indicazioni).

Per il *terzo livello* (operatori domiciliari): rafforzare gli operatori nella capacità di sostenere senza sostituirsi, accettare tempi adeguati per instaurare la relazione di fiducia e situazioni di frustrazione rispetto all'idea di aiuto attivo; capacità di mantenersi vigili rispetto alla tutela del minore, garantire la supervisione a tutti gli operatori secondo una calendarizzazione conosciuta, condivisa e rigorosamente osservata;

- **la valutazione di efficacia**: durante e alla fine dell'intervento e nel follow-up deve riguardare tutti gli operatori coinvolti, che devono essere forniti di protocolli osservativi della relazione genitoriale e del benessere del bambino.

✉ peppe.cirillo@libero.it

A COLPO D'OCCHIO

Soluzione del quesito di p. 60

Bambino di 3 anni già in trattamento per polmonite basale sinistra

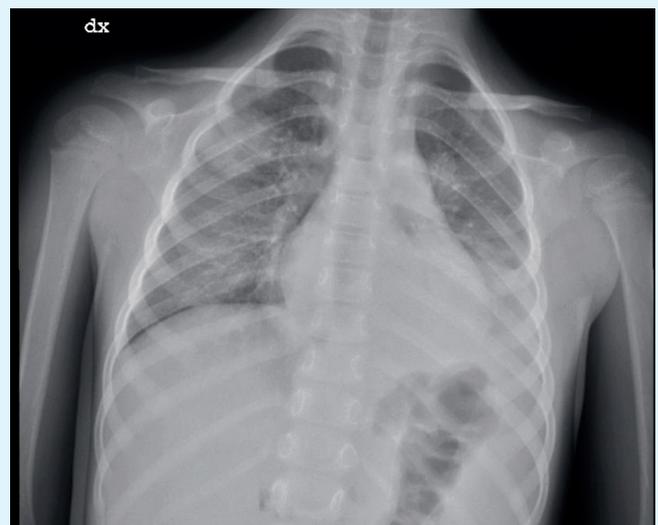
Empiema pleurico sinistro

Evoluzione verso l'empiema di una polmonite da pneumococco che solo quattro giorni prima aveva il quadro radiologico visibile nella figura, dove era presente un modesto versamento pleurico di spessore massimo circa 1 cm. L'evoluzione sfavorevole si è verificata nonostante trattamento con ceftriaxone e clindamicina ev con conferma ecografica di un ampio versamento corpuscolato e organizzato. La risoluzione si è avuta solo dopo posizionamento di drenaggio pleurico.

Fletcher MA, Schmitt HJ, Syrochkina M, Sylvester G. Pneumococcal empyema and complicated pneumonias: global trends in incidence, prevalence, and serotype epidemiology. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis* 2014;33:879-910.

Seeger FJ, Seeger K, Maier A, et al. Therapy of 645 children with parapneumonic effusion and empyema-A German nationwide surveillance study. *Pediatr Pulmonol* 2017;52:540-7.

Wiese AD, Gri n MR, Zhu Y, et al. Changes in empyema among U.S. children in the pneumococcal conjugate vaccine era. *Vaccine* 2016;34:6243-9.



Vuoi esaminare nuovi casi e indovinare la diagnosi? Visita la pagina della rubrica al seguente link:

<http://www.acp.it/a-colpo-docchio>