

Articolo di ricerca

**Progetto GIADA****Gruppo Interdisciplinare Assistenza Donne e bambini Abusati**FOSCHINO BARBARO MG<sup>1</sup>, SIMEONE M<sup>1</sup>, CASTORO G<sup>1</sup>, BELLOMO L<sup>1</sup>, VENDEMIALE M<sup>1</sup>, DE MONTE F<sup>1</sup>.<sup>1</sup> AO Policlinico di Bari - Ospedale Pediatrico "Giovanni XXIII" - Servizio di Psicologia**Abstract**

**Razionale.** Il contesto del ricovero pediatrico appare come un'opportunità per guardare oltre la "malattia", per esplorare l'adattamento individuale e familiare del piccolo degente, per individuare problematiche sommerse destabilizzanti lo sviluppo psico-fisico del bambino, per sostenere le genitorialità vulnerabili e supportare la crescita psicofisica del bambino.

**Obiettivi.** Il progetto GIADA è finalizzato alla rilevazione dei segni e delle realtà sommerse, e alla costruzione attorno al bambino di un clima relazionale di fiducia caratterizzato dalla sintonizzazione emotiva e dall'ascolto attento.

**Metodologia.** Il progetto GIADA si realizza attraverso diversi strumenti operativi, tra cui la costituzione del gruppo interdisciplinare GIADA; la formazione specialistica; il Servizio Clinico Psicologico; l'Osservatorio Ospedaliero sul disagio infantile; e l'attività di promozione della salute che prevedono interventi precoci a supporto delle genitorialità nel contesto ospedaliero (Progetto Demetra), laboratori di educazione affettiva rivolti ai bambini degenti, campagne di sensibilizzazione sui diritti del bambino e costituzione di reti interistituzionali per azioni di prevenzione del disagio infantile.

**Risultati.** Il progetto GIADA ha permesso di costituire un gruppo interdisciplinare, di implementare la formazione specialistica, di migliorare l'assessment clinico per bambini e genitori, di costituire un Osservatorio sul disagio infantile e di realizzare attività di promozione della salute.

**Conclusioni.** Considerando che il progetto non ha avuto nessun finanziamento specifico, riteniamo che le azioni realizzate e i servizi erogati siano l'espressione evidente del "valore" che deriva dalle sinergie virtuose e dalle auspiccate integrazioni tra professionalità, servizi e "saperi" diversi.

**Parole chiave:** Abuso all'infanzia, intervento interdisciplinare, Diagnosi precoce e Qualità assistenziale.

**RAZIONALE**

In questi ultimi dieci anni è cresciuta in maniera esponenziale l'attenzione per l'infanzia richiamata in documenti legislativi innovativi [1-4]. L'assistenza pediatrica è stata finalizzata alle "esigenze psicofisiche dell'età evolutiva, con attenzione al miglioramento della qualità delle degenze e degli interventi diagnostico-terapeutici, in modo da essere sempre più rispettosi delle esigenze affettive, cognitive ed espressive del bambino, in considerazione delle diverse fasi di sviluppo infantile" [5]. Il documento adottato dagli ospedali pediatrici italiani, relativo ai diritti dei bambini in ospedale, richiama, all'articolo 11, la responsabilità di "tutelare i bambini da ogni forma di violenza, oltraggio o di brutalità fisica o mentale, di abbandono o di negligenza, di maltrattamento o di sfruttamento, compresa la violenza sessuale" [6].

Si registra, tuttavia, una forte discrepanza tra i dati dei servizi pediatrici, per cui la realtà della violenza all'infanzia è misconosciuta, inquadrata spesso come "incidente domestico" o completamente non rilevata e i dati allarmanti dei rapporti nazionali ed internazionali sulla condizione dell'infanzia e dell'adolescenza che denunciano una vera e propria "strage degli innocenti" [7].

Nell'infanzia, soprattutto in età precoce, il disagio si manifesta frequentemente in forma somatica e il pediatra, lo specialista o gli operatori sanitari ospedalieri, spesso rappresentano gli interlocutori privilegiati di queste forme "mute" di sofferenza, che non trovano

risposte diagnostiche chiare né trattamenti risolutivi [8]. Inoltre è stato rilevato un maggiore rischio di maltrattamento fisico, psicologico e di trascuratezza in bambini nati pretermine, iperattivi, malati cronici e con handicap, che "abitano" frequentemente le corsie degli ospedali [9]. Il maggiore stress derivato dal prendersi cura di bambini "difficili" rappresenta un fattore di vulnerabilità per il genitore, insieme ad altre condizioni di rischio quali la giovane età genitoriale, la prole numerosa, la povertà [10].

Allo scopo di garantire un'efficace accoglienza del bambino abusato, abbiamo utilizzato un approccio al fenomeno di tipo interdisciplinare promuovendo il lavoro di equipe, per fronteggiare i limiti psicologici individuali. È nato così il progetto GIADA (Gruppo Interdisciplinare Assistenza Donne e bambini Abusati) [11-13]. Oltre che essere un nome femminile, la giada è una pietra preziosa ed è l'espressione di un bisogno di considerazione, di autocoscienza, di crescita della sicurezza del valore personale.

GIADA è stata dapprima costituita come un'unità funzionale trasversale all'Unità Operativa di Ostetricia e Ginecologia dell'Ospedale "Di Venere" e al Servizio di Psicologia dell'Ospedale Pediatrico "Giovanni XXIII", successivamente integrata alle Unità Operative dell'Ospedale Pediatrico "Giovanni XXIII", allo scopo di strutturare un approccio assistenziale di tipo interdisciplinare per perseguire obiettivi di diagnosi precoce e cura, prevenzione, formazione e ricerca.

**Autore Referente:** Maria Grazia Foschino Barbaro - Responsabile del Servizio di Psicologia, Ospedale Pediatrico "Giovanni XXIII", A.O. Policlinico di Bari, Via Amendola 207, 70124 Bari - e-mail: grafoschi@email.it

Abbiamo considerato il contesto del ricovero pediatrico come un'opportunità preziosa per guardare oltre la "malattia", per esplorare l'adattamento individuale e familiare del piccolo degente, per individuare problematiche sommerse destabilizzanti lo sviluppo psico-fisico del bambino e per sostenere le genitorialità vulnerabili [14].

## METODOLOGIA

L'abuso all'infanzia, purtroppo, è una realtà drammatica che è diventata oggetto di studio e di comunicazione sociale [15-18]. L'Organizzazione Mondiale della Sanità, nel Rapporto su Violenza e Salute del 2002, indica nella violenza ai bambini il più importante problema di salute del mondo, per il quale si sollecitano interventi finalizzati alla prevenzione e cura delle sue devastanti conseguenze.

La mancata rilevazione del fenomeno in ambito sanitario fa ritenere che il confronto con la realtà della violenza nell'infanzia rende questi bambini "invisibili", distanti dalla quotidianità. L'abuso può risultare "invisibile" perché non ci sono "sguardi" competenti che lo rilevano, risulta muto perché non ci sono parole per dividerlo né attenzioni per "ascoltarlo" [11].

Per realizzare le finalità illustrate abbiamo strutturato un modello operativo che si sviluppa lungo diverse direttrici che realizzano obiettivi e azioni diversificate per tipologia di destinatari:

1. *Attività rivolte agli operatori ospedalieri e ai pediatri di libera scelta*
  - Aggiornamento e formazione specialistica
  - Percorsi diagnostici interdisciplinari condivisi
  - Consulenza per la rilevazione, diagnosi e cura
2. *Attività cliniche rivolte ai bambini/adolescenti e ai genitori*
  - Rilevazione, diagnosi precoce e trattamento
  - Supporto psicologico
3. *Attività di promozione della salute rivolte alle famiglie e ai bambini degenti*
  - Intervento precoce di sostegno ai genitori
  - Laboratori di educazione affettiva
4. *Attività rivolte alla comunità*
  - Campagne di informazione e di comunicazione sociale, in collaborazione con associazioni ed Istituzioni, sui diritti dei bambini

Il progetto GIADA si realizza attraverso diversi strumenti operativi:

### A. Costituzione del Gruppo Interdisciplinare Giada.

- Gruppo di coordinamento tecnico-scientifico, composto da un gruppo di operatori ospedalieri (psicologo, pediatra di pronto soccorso, chirurgo, radiologo, neuropsichiatra infantile, caposala, ginecologa, responsabile della direzione medica, responsabile dell'Ufficio per il miglioramento della qualità e amministrativo) che ha la funzione di definire le linee operative da attuare;
- rete interdisciplinare di referenti, trasversale alle Unità Operative dell'Ospedale Pediatrico "Giovanni XXIII", alle Cliniche Pediatriche Universitarie e all'Ufficio Qualità del Policlinico di Bari; costituita da operatori ospedalieri (pediatri, infermieri professionali, assistente sociale, avvocato, amministrativi).

### B. Formazione Specialistica.

- Corso di formazione di base per gli operatori ospedalieri;
- percorso di sensibilizzazione rivolto a insegnanti, operatori sociali e sanitari;

- corso per pediatri su "Bambini violati";
- corso di formazione specialistica: "La violenza ai danni dell'infanzia. Prevenzione, rilevazione, diagnosi e cura", finalizzato all'approfondimento dei percorsi diagnostico-terapeutici ed all'istituzione di reti con i pediatri ed i servizi socio-sanitari del territorio.

### C. Servizio Clinico Psicologico (rivolto a bambini e genitori).

Vengono ricercati i segni dell'abuso, i significati dei sintomi (distinguendo quelli reali dagli psicosomatici), i metodi diagnostici efficaci per riconoscerli ed esplorarli, e le metodologie opportune per curarli [19; 20].

### D. Osservatorio Ospedaliero sul Disagio Infantile.

Svolge un'attività sistematica, a cadenza semestrale, di rilevazione qualitativa e quantitativa delle condizioni di abuso ai danni dei bambini allo scopo di studiarne le implicazioni psicofisiche e favorirne l'individuazione precoce.

Una definizione condivisa a livello scientifico ed operativo [20] riferisce l'abuso a diverse tipologie di comportamento: patologia delle cure, abuso fisico e psicologico, sfruttamento ed abuso sessuale, violenza domestica. Tale classificazione ha l'obiettivo di discriminare il fenomeno abuso nelle diverse sfumature al fine di facilitare l'individuazione e il riconoscimento delle sue diverse espressioni.

Per patologia delle cure si intende l'inadeguatezza delle cure riferibile a diversi tipi di patologie:

- l'incuria, un comportamento omissivo nei confronti dei bisogni psicofisici del bambino; si osserva un'inadeguatezza nei confronti dei bisogni del bambino;
- la discuria, una forma in cui le cure che non sono adeguate alle necessità evolutive del bambino; frequentemente i genitori caricano il bambino di loro aspettative negando i suoi bisogni personali;
- l'ipercura: "il troppo amore" limita la realizzazione personale del fanciullo bloccandone l'autonomia e le potenzialità evolutive. La forma più nota di ipercura è la "sindrome di Munchausen per procura" in cui l'ansietà genitoriale espone il bambino a continue visite e trattamenti determinandogli sentimenti di vulnerabilità e fragilità che compromettono lo sviluppo di un'identità solida [11].

Per "violenza fisica o maltrattamento" si intende un comportamento aggressivo, caratterizzato non solo da punizioni fisiche, ma anche da violenze più sottili. "L'abuso psicologico" comprende atteggiamenti di rifiuto, di denigrazione con minacce e squalifiche del bambino. "L'abuso sessuale" riguarda il coinvolgimento del bambino in pratiche sessuali anche non caratterizzate da violenza esplicita. Per "violenza assistita intrafamiliare" si intende qualsiasi atto di violenza fisica, verbale, psicologica, sessuale ed economica compiuta su figure di riferimento o su altre figure significative adulte o minori; di tale violenza il bambino può fare esperienza direttamente o indirettamente (quando il minore è a conoscenza della violenza).

La differenziazione delle diverse tipologie di abuso risulta opportuna ai fini di pervenire ad una classificazione del fenomeno, ma, nella realtà, l'esperienza della violenza è particolarmente complessa e le varie modalità sfumano l'una nell'altra e sovente si sovrappongono. Secondo un'indagine del Censis [21], l'abuso all'infanzia si consuma prevalentemente in ambito familiare (90%), soprattutto ad opera del padre naturale, l'8% in ambito

extrafamiliare, ma comunque da parte di adulti noti al bambino, una ridottissima percentuale (2%) di autori risultano completamente estranei. È un fenomeno trasversale a tutte le fasce di età, dalla prima infanzia all'adolescenza. Un recente rapporto su 1088 denunce di abuso ai danni dei bambini evidenzia una prevalenza dell'abuso sessuale (34%), seguito dall'abuso multiplo (18%), dal 16% di condizioni di trascuratezza, dal 12% di abuso fisico, dal 6% di abuso psicologico e dal 14% di condizioni definite a rischio.

#### E. Attività di Promozione della Salute.

- Interventi precoci a supporto dei genitori, nel contesto ospedaliero: nella prima infanzia, la protezione e la cura del bambino sono affidate esclusivamente alla capacità genitoriale di decodificarne bisogni, necessità e malesseri [22]. La letteratura psicologica ha evidenziato l'efficacia degli interventi precoci di supporto ai genitori, che assumono il valore di unici fattori di protezione, per la prevenzione del disagio infantile [23]. Alla luce di queste considerazioni sono stati strutturati due specifici programmi: Progetto Demetra (in corso di realizzazione), Progetto O.A.Si. "Obiettivo Attaccamento Sicuro" (non ancora avviato).

- Progetto DEMETRA: per il sostegno ai genitori di bambini con malattie croniche ricoverati per rischio di disabilità, malformazioni, cardiopatie e prognosi infausta. Le malattie croniche ad insorgenza infantile rappresentano esperienze di stress per i genitori che sono più esposti a sperimentare sentimenti di inadeguatezza e depressione [24-27]. Tale impatto emotivo costituisce un fattore di rischio per la qualità della relazione di attaccamento fra bambino e caregiver. Abbiamo, pertanto, strutturato, direttamente in corsia, spazi di counseling per sostenere l'adattamento alla malattia e favorire la comunicazione genitore-bambino [28].

- Interventi rivolti ai bambini degenti: la letteratura psicologica [20;29] ha evidenziato l'efficacia degli interventi di prevenzione dell'abuso, rivolti ai bambini, durante l'ospedalizzazione. A tale scopo, a partire da aprile 2006, sono stati strutturati dei laboratori di educazione affettiva [30] rivolti ai piccoli degenti che, a cadenza settimanale, utilizzando il gruppo dei pari come cassa di risonanza, promuovono le abilità sociali ed emotive.

- Campagne di sensibilizzazione sul fenomeno della violenza

all'infanzia, sui diritti dei bambini e sui dati del nostro Osservatorio, attraverso i mass-media.

- Costituzione di reti interistituzionali: nel novembre 2005 con l'Assessorato ai Diritti Civili e Sociali del Comune di Bari è stato sottoscritto un protocollo di intesa per azioni di prevenzione del disagio infantile da realizzare nel contesto ospedaliero.

## RISULTATI E VALUTAZIONE

Di seguito riportiamo i risultati raggiunti nei diversi ambiti del progetto.

### Formazione specialistica

Nei corsi realizzati sono stati ottenuti i seguenti risultati:

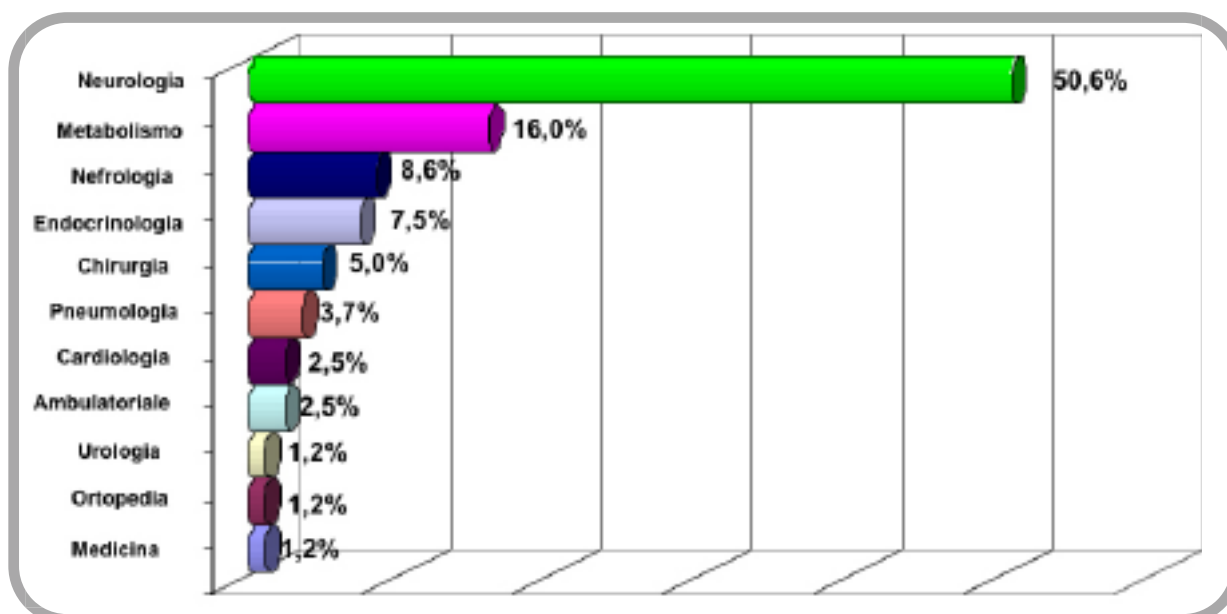
1. alto gradimento del corso da parte di tutte le categorie professionali coinvolte;
2. attivazione dei professionisti coinvolti nell'individuazione dei casi di abuso e incremento del lavoro di rete per la gestione degli stessi;
3. aumento degli invii ai centri specialistici.

Il progetto formativo ha stabilito collaborazioni scientifiche con i centri di riferimento nazionale (Ospedale "Bambino Gesù", Ospedale "Meyer", Osservatorio Nazionale sull'Infanzia).

### Osservatorio Ospedaliero sul Disagio Infantile

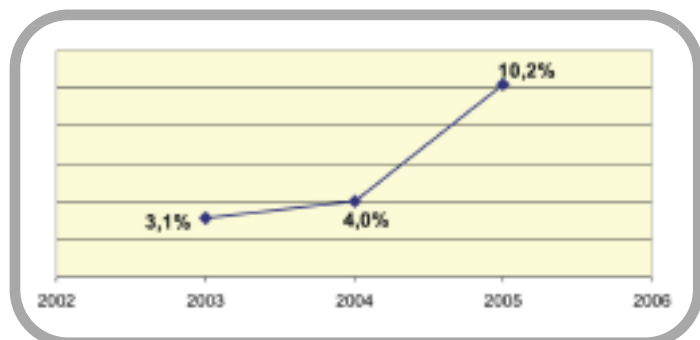
La rilevazione ha coinvolto i bambini seguiti dal Servizio di Psicologia dell'Ospedale Pediatrico "Giovanni XXIII" da gennaio 2003 a dicembre 2005. Complessivamente sono stati coinvolti 1449 bambini, di cui il 54% maschi ed il 46% di sesso femminile. Circa la metà dei soggetti valutati è stata inviata dall'Unità Operativa di Neurologia, mentre l'altra metà del campione dalle restanti Unità Operative dell'Ospedale secondo la distribuzione rappresentata nella Figura 1.

Figura 1 - Frequenza di invio dai reparti



Dall'analisi delle cartelle psicologiche (n. 1449), relative a 36 mesi, abbiamo rilevato 81 bambini in condizioni di abuso, di cui 17 nel 2003 (3,1% di 552 soggetti), 18 nel 2004 (4% di 448 soggetti) e 46 nel 2005 (10,2% di 449 soggetti), con un tasso d'incidenza medio (Figura 2) del 5,8% ed un'equa distribuzione fra i sessi.

Figura 2 - Incidenza di abuso



L'aumento significativo dei casi individuati dal 2003 al 2005 è riferibile, a nostro avviso, ad un'analisi approfondita e sistematica dei fattori di rischio e degli indicatori dell'abuso, quale risultato delle attività di formazione dell'equipe. Relativamente alle fasce d'età, al sesso e alla ASL di appartenenza dei bambini, non si rilevano differenze significative nel corso dei tre anni. In linea con i dati epidemiologici nazionali, il disagio associato all'abuso assume diverse fisionomie, il 33,3% dei bambini abusati, infatti, è stato ricoverato per accertamenti relativi ad alterazioni dello sviluppo (ritardo psicomotorio, disturbo della crescita, ritardo linguistico, deficit staturponderale), seguiti da disturbi neurologici (26%) ed emotivo-comportamentali (10%) (Tabella 1).

Tabella 1 - Diagnosi di ingresso dei bambini abusati

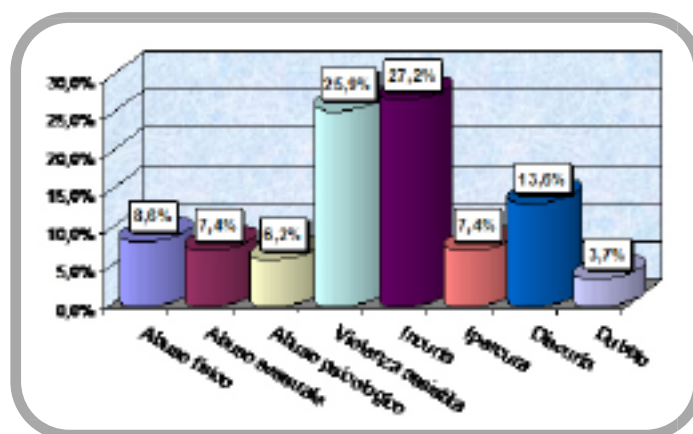
Diagnosi di ingresso	Numero	N%
Alterazioni dello sviluppo	27	33,3%
Disturbi neurologici	21	26,0%
Disturbi emotivo-comportamentali	8	10,0%
Malattie genetiche e metaboliche	7	8,6%
Disturbi minzionali e genito-urinari	6	7,4%
Disturbi respiratori	4	4,9%
Disturbi gastrointestinali	4	4,9%
Disturbi cardiologici	1	1,2%
Lesioni e algie	1	1,2%
Altro	2	2,5%
Totale	81	100,0%

La ricerca dei "significati" di questi sintomi ci ha consentito di rilevare condizioni di abuso riferibili essenzialmente alla patologia delle cure (48,2%), alla violenza assistita (25,9%), all'abuso fisico (8,6%) e sessuale (7,4%), seguito da quello psicologico (6,2%) e da condizioni di dubbio (3,7%) (Figura 3).

#### Attività di promozione della salute: Progetto Demetra

Sono stati coinvolti complessivamente più di 1500 genitori che hanno espresso apprezzamento e soddisfazione per l'iniziativa. Il progetto Demetra ha consentito di riconoscere "gli indicatori" funzionali o disfunzionali dell'adattamento genitoriale, così da eviden-

Figura 3 - Tipologie di abuso



ziare le condizioni di vulnerabilità. La condivisione sociale delle emozioni negative, attraverso le attività di aiuto e counseling, ha permesso alle mamme di chiarire la complessità delle esperienze vissute, ed inoltre il confronto aperto con gli operatori ha consentito di far emergere e valorizzare le risorse e le strategie personali. Complessivamente le madri da noi incontrate hanno sperimentato di poter fare affidamento sul personale sanitario, non solo sul partner ed i familiari. Abbiamo registrato, infatti, che, alla dimissione, la funzione di sostegno sociale è stata riconosciuta in misura maggiore rispetto all'inizio del ricovero. L'aver offerto uno spazio di comunicazione competente ha ridotto il carattere traumatico dell'esperienza vissuta, consentendo alle mamme di riuscire ad esprimere il dolore, narrare e "riflettere" sulla sofferenza e ritrovarsi comprese e accolte da un ascolto rispettoso e attento.

Il Progetto Demetra offre al genitore un sostegno teso a mobilitare le sue risorse personali perché possa essere, per il proprio bambino, il riferimento più "importante" in una fase critica per la famiglia. Il sostegno reso ai genitori li porta a non essere sopraffatti dal dolore, aiutandoli a trovare "un significato e un senso" in quello che stanno sperimentando per un cambiamento nelle priorità e negli scopi della vita.

#### Laboratori di educazione affettiva

Ai bambini che partecipano all'iniziativa viene somministrato un questionario emotivo-comportamentale prima e dopo il trattamento, allo scopo di testare l'efficacia delle attività proposte. L'esperienza è troppo recente per trarre bilanci e valutazioni complessive, tuttavia i bambini hanno dimostrato un vivace interesse per le attività svolte e abbiamo potuto osservare promettenti rielaborazioni sul piano cognitivo ed emotivo.

#### CONCLUSIONI

Le esperienze traumatiche dilanano e lacerano l'animo umano [31; 32]. In particolare l'esperienza dell'abuso all'infanzia può essere rappresentata come un'esplosione silenziosa, che frammenta e disorienta l'Identità Personale. I bambini che subiscono violenza non hanno diritti, non hanno nessun controllo sulle loro esperienze e sui loro sentimenti e questo può farli sentire senza dignità.

L'abuso minaccia il bisogno di inviolabilità del sé, in particolare la violenza intrafamiliare minaccia anche la necessità di punti di riferimento e di sicurezza nei confronti della figura del genitore.



Il progetto GIADA ci consente di “decodificare” segni e realtà sommerse, di costruire attorno al bambino un clima relazionale di fiducia caratterizzato dalla sintonizzazione emotiva e dall’ascolto attento; le modalità empatiche e collaborative attivano le risorse personali, sia dei genitori che dei bambini.

Tuttavia siamo consapevoli che la complessità del fenomeno della violenza ai danni dei bambini non si esaurisce nell’erogazione di questo o quel servizio, nell’intervento di un professionista o di un altro. L’esperienza ci insegna che spesso i casi vengono presi in carico parzialmente, per la sovrapposizione di specialisti o servizi, per la confusione sulle responsabilità dei professionisti coinvolti. Al contrario, è necessario costruire un contesto di presa in carico globale e coordinata tra i vari servizi ed operatori. Tale azione ha lo scopo di contribuire a risolvere i problemi sanitari e psicosociali dell’utenza e di adempiere a funzioni di controllo sociale preventivo e di tutela verso minori, disabili, emarginati ecc.; di attivare le risorse dell’utenza, della rete dei servizi, della comunità.

Sulla base di tali considerazioni, nei piani futuri ci faremo promotori della costituzione di un tavolo permanente per la definizione di percorsi diagnostici, terapeutici e di protezione condivisi sul territorio comunale e regionale con: Assessorato alle Politiche della Salute e Assessorato alle Politiche Sociali della Regione Puglia, Comune di Bari, Prefettura, Tribunale dei Minori, Polizia. Inoltre prevediamo di attivare Gruppi di auto-mutuo aiuto sulle funzioni genitoriali e programmi strutturati di intervento precoce per promuovere la qualità dell’attaccamento per genitori in situazioni di vulnerabilità previsti nell’ambito del Progetto O.A.Si., destinato a coppie genitoriali in condizioni di rischio.

Nel caso di eventuali finanziamenti riteniamo prioritario l’organizzazione di diverse azioni:

- costruzione di banche dati e collegamento in rete tra ospedale e territorio per il monitoraggio di indicatori specifici (frequenza dei ricoveri, visite al pronto soccorso, frequenza di visite specialistiche radiologiche, ortopediche, neurologiche, neuropsichiatriche, chirurgiche, frequenti richieste di cambiamento del pediatra);
- interventi diagnostici realizzabili attraverso l’impiego di risorse professionali dell’area psico-socio-sanitaria, in grado di cooperare nei servizi coinvolti: ospedale, territorio, autorità giudiziaria;
- consulenza telefonica per il supporto specialistico a pediatri ed agli operatori ospedalieri.

In conclusione, riteniamo che il sostegno ai genitori e la protezione dei bambini, promossi dal progetto GIADA, restituiscano al contesto ospedaliero pediatrico quella umanità, fatta di compassione e condivisione, ma anche di competenza e responsabilità, però “a misura di bambino”.

## BIBLIOGRAFIA

1. L. 28 agosto 1997, n. 285, in materia di "Disposizioni per la promozione di diritti e di opportunità per l'infanzia e l'adolescenza", pubblicata in G.U. n. 207 del 5 settembre 1997.
2. L. 23 dicembre 1997, n. 451, in materia di "Istituzione della Commissione parlamentare per l'infanzia e dell'Osservatorio nazionale per l'infanzia", pubblicata in G.U. n. 302 del 30 dicembre 1997.
3. L. 3 agosto 1998, n. 269, in materia di "Norme contro lo sfruttamento della prostituzione, della pornografia, del turismo sessuale in danno di minori, quali nuove forme di riduzione in schiavitù", pubblicata in G.U. n. 185 del 10 agosto 1998.

4. D.P.R. 13 giugno 2000, in materia di “Approvazione del Piano nazionale di azione e di interventi per la tutela di diritti e lo sviluppo dei soggetti in età evolutiva per il biennio 2000/2001”, pubblicato in G.U. del 21 agosto 2000 n. 194
5. Ministero della Sanità, D.M. 24 aprile 2000, in materia di “Adozione del progetto obiettivo materno-infantile relativo al Piano sanitario nazionale per il triennio 1998-2000”, pubblicato in G.U. del 7 giugno 2000 n. 89
6. Associazione degli Ospedali Pediatrici Italiani ONLUS. Carta dei diritti dei bambini in ospedale [Online]. 2005 [Ultima consultazione: 16 feb 2009]. Disponibile su: <http://www.aopi.it/cartadiritti.html>.
7. Ronfani L, Malacauso A, Tamburini G. Rapporto sulla salute del bambino in Italia: problemi e priorità. Disponibile su: <http://www.acp.it/allegati/RAPPOR10.pdf>.
8. Foschino Barbaro MG. Il volo di Icaro: le forme invisibili del disagio infantile. Tutto Sanità 2000;47.
9. Di Blasio P. Psicologia del bambino maltrattato. Bologna: Il Mulino; 2000.
10. Di Blasio P, Acquistapace V. La prevenzione della violenza all’infanzia tra fattori di rischio e fattori protettivi. Firenze: Quaderni dell’Istituto degli Innocenti; 2004.
11. Foschino Barbaro MG, De Monte F, Fanelli R, Vendemmiale M. Gli operatori sanitari e il fenomeno invisibile dell’abuso all’infanzia. Tutto Sanità 2003;64.
12. Foschino Barbaro MG, Clarizio V, Vendemmiale M, De Monte F, Pellicchia G. Un osservatorio ospedaliero per l’infanzia abusata, Tutto Sanità 2003;67.
13. Foschino Barbaro MG et al. Aspetti psicologici e relazionali dell’abuso all’infanzia. Atti del Corso di Formazione per operatori sanitari; 5-6 set 2003; Bari, Italia; 2003.
14. Gruppo di lavoro per la protezione dei bambini delle cliniche pediatriche. Disponibile su: [www.swiss-paediatrics.org](http://www.swiss-paediatrics.org).
15. Blasio P, Milani L, Acquistapace V. Bambini con molti problemi: violenza all’infanzia e intervento dei servizi. Maltrattamento e abuso all’infanzia 2003;5(2):87-110.
16. Regione Piemonte. Linee guida per la segnalazione e la presa in carico dei casi di abuso sessuale e maltrattamento ai danni di minori [Ultima consultazione: 16 feb 2009]. Disponibile su: <http://www.regione.piemonte.it/polsoc/servizi/abuso.htm>.
17. Bianchi D, Ciccotti E, Ricciotti R. Misurare i maltrattamenti: un contributo alla comprensione della violenza. Famiglia oggi 2006;28(1):49-60.
18. Chard KM. An Evaluation of cognitive processing therapy for the treatment of posttraumatic stress disorder related to childhood sexual abuse. Journal of Consulting and Clinical Psychology 2005;73(5):965-71.
19. Montecchi F. Dal bambino minaccioso al bambino minacciato. Gli abusi sui bambini e la violenza in famiglia: prevenzione, rilevamento e trattamento. Milano: Franco Angeli; 2005.
20. Montecchi F. Gli abusi all’infanzia: i diversi interventi possibili. Milano: Franco Angeli; 2005.
21. Manna E. Censis: sintesi della ricerca “Sfruttamento sessuale minori”. Firenze: Pianeta Infanzia due, Centro di documentazione e analisi per l’infanzia e l’adolescenza, Istituto degli innocenti; 1998.
22. Camisasca E, Di Blasio P. Una ricerca di follow-up su famiglie maltrattanti e abusanti. Fattori di rischio e di protezione. Età Evolutiva 2002;72:89-96.
23. Cassibba R, van IJendoorn MH. L’intervento clinico basato sull’attaccamento. Promuovere la relazione genitore-bambino. Bologna: Il Mulino; 2005.
24. Bowlby J. Attaccamento e Perdita. Torino: Bollati Boringhieri; 1972.

25. Zanolini M. La famiglia di fronte alla disabilità. Stress, risorse e sostegni. Trento: Erickson; 2002.
26. Jennings KD. Social networks of mothers of physically handicapped preschoolers: group differences and relations of mother-child interaction. *Journal of Applied Developmental Psychology* 1995;16(2):193-209.
27. Tamburini G. Supporto alla funzione genitoriale e promozione della salute mentale in età evolutiva. Atti Conferenza Nazionale sulla Salute Mentale; 10-12 gen 2001; Roma, Italia. Roma: Ministero della Sanità; 2001.
28. Bugental DB, Ellerson PC, Lin EK, Rainley B, Kokotovic A, O'Hara N (2002), A cognitive view approach to child abuse prevention, *Journal of Family Psychology* 2002;16(3):243-258.
29. Montecchi F. Abuso sui bambini: l'intervento a scuola: linee-guida ed indicazioni operative ad uso di insegnanti, dirigenti scolastici e professionisti dell'infanzia. Milano: Franco Angeli; 2002.
30. Di Pietro M. L'educazione Razionale Emotiva per la prevenzione e il superamento del disagio psicologico dei bambini. Trento: Erickson; 1992.
31. Malacrea M, Lorenzini S. Bambini abusati, linee guida nel dibattito internazionale. Milano: Cortina; 2002.
32. Monteleone J (a cura di). Gli indicatori dell'abuso infantile. Torino: Centro Scientifico Editore; 1999.

## GIADA Project - Abused Women and Children Aid Interdisciplinary Group

**Rationale.** The context of the paediatric admission seems to be a valuable opportunity to look beyond the "disease", to explore the individual and the family adaptation of the young patient, to identify the hidden issues destabilizing the physical and psychic development of the child, to support the vulnerable parenting and the physical and psychic growth of the child.

**Objectives.** The Giada Project is aimed at the revelation of the hidden signs and realities, and at the creation of a relational atmosphere of confidence for the child, characterized by the emotional synchronization and by the attentive listening.

**Methods.** The Giada Project is realized through different operating instruments, among which the setting up of the interdisciplinary group Giada; the specialized training; the Psychological Clinical Service; the Hospital Observation on the child uneasiness; the activity of health promotion which consist of precocious interventions supporting the parenting in the hospital context (Demetra Project), laboratories of emotional education for the child patient, campaigns for rights of the children and the constitution of interinstitutional networks for actions of prevention of the child uneasiness.

**Results.** The Giada Project has let the constitution of an interdisciplinary group, to implement the specialized training, to better the clinical assessment for children and parents, to form an Observation on the child uneasiness and to realize activities of health promotion.

**Conclusions.** Considering the fact that the project has not had any specific financing, we believe that the actions taken and the services supplied are the clear expression of the "value" deriving from the virtuous synergies and from the expected integrations between professionalism, services and different "knowledge".

**Key words:** Child Abuse, Interdisciplinary intervention, Precocious Diagnosis, Quality of the Assistance Service.