

Marvita Goffredo, Grazia Tiziana Vitale
Michele Pellegrini, Maria Grazia Foschino Barbaro

Piccoli passi verso i bambini *Orfani Speciali*

Indicazioni Psicoeducative



GIADA
OSPEDALE PEDIATRICO
BARI



Le tempeste fanno mettere agli alberi radici più forti.

(Claude Mac Donald)



Associazione Italiana di
Psicoterapia Cognitiva
A.I.P.C. - Bari



Azienda Ospedaliero-Universitaria
Policlinico - Giovanni XXIII

Con il contributo di



Piccoli passi
verso i bambini *Orfani Speciali*
Indicazioni Psicoeducative

INDICE

GLI AUTORI	pag.	5
Premessa (<i>Maria Grazia Foschino Barbaro - Giancarlo Ruscitti</i>).....	»	9
Presentazione (<i>Riccardo Greco</i>)	»	11
Prefazione (<i>Susanna Pallini</i>)	»	17
Introduzione	»	19
I bambini <i>Orfani Speciali</i> .		
Dalla violenza assistita al lutto traumatico	»	23
Gli interventi psicologici in emergenza.		
Il Pronto Soccorso Psicologico Mobile.....	»	29
Piccoli passi verso i bambini <i>Orfani Speciali</i>	»	37
La comunicazione della notizia	»	39
Il rito funebre: preparazione e partecipazione	»	43
Quando i bambini assistono all'omicidio	»	49
Il ripristino delle routine	»	51
Il rientro a scuola	»	53
Le domande sul papà	»	59
L'accompagnamento al percorso giudiziario	»	61
La valutazione degli adattamenti psicosociali	»	63
Riferimenti bibliografici	»	65

Immagine di copertina:

“Piangete Bambini” scritto da *Alberto Masala* e illustrato da *Daniela Pareschi* - Ed. *Il Barbagianni editore*

Gli autori

Marvita Goffredo

Psicologa-Psicoterapeuta ad indirizzo cognitivo-comportamentale, socia ordinaria SITCC (Società italiana terapia comportamentale e cognitiva) svolge attività clinica, di formazione e ricerca nell'ambito della psicopatologia dello sviluppo. Intervener VIPPSD (Video-feedback Intervention to Promote Positive parenting and Sensitive Discipline), abilitata alla conduzione del programma COS-P (Circle of Security Parenting).

Nell'ambito della convenzione tra l'U.O. Struttura Semplice Dipartimentale PSICOLOGIA GIADA dell'Ospedale Pediatrico Giovanni XXIII e l'Associazione Italiana di Psicoterapia Cognitiva – AIPC – Bari conduce un Progetto di ricerca sui modelli di intervento per la presa in carico dei bambini orfani speciali. Docente dell'Associazione italiana di Psicoterapia Cognitiva – AIPC – Bari.

Autrice di diversi articoli e capitoli di volumi sulla violenza infantile e sulla psicopatologia dello sviluppo. Le principali aree di interesse riguardano i disturbi correlati ad eventi traumatici e stressanti e la genitorialità vulnerabile.

Grazia Tiziana Vitale

Psicologa e psicoterapeuta ad indirizzo cognitivo-comportamentale, psicologa a contratto presso l'U.O. Struttura Dipartimentale PSI-

COLOGIA dell'Ospedale Pediatrico Giovanni XXIII A.O.U. Policlinico Giovanni XXIII di Bari nell'ambito del "Gruppo interdisciplinare assistenza donne e bambini abusati G.I.A.D.A." (G.I.A.D.A.). Docente dell'Associazione italiana di Psicoterapia Cognitiva – AIPC – Bari.

Si occupa di psicopatologia dello sviluppo, di trauma infantile e di psicologia giuridica. Autrice di articoli e capitoli sulla violenza infantile.

Michele Pellegrini

Psicologo-Psicoterapeuta ad indirizzo cognitivo-comportamentale, socio ordinario della Società Italiana di Terapia Comportamentale e Cognitiva (SITCC). Terapeuta formato in EMDR e Narrative Exposure Therapy (NET). Psicologo a contratto presso l'U.O. Struttura Semplice Dipartimentale PSICOLOGIA dell'Ospedale Pediatrico Giovanni XXIII A.O.U. Policlinico-Giovanni XXIII di Bari nell'ambito del progetto "Gruppo interdisciplinare assistenza donne e bambini abusati GIADA" (GIADA). Docente dell'Associazione Italiana di Psicoterapia Cognitiva – AIPC – Bari.

Autore di diversi articoli e capitoli di volumi sulla violenza infantile e sulla psicopatologia dello sviluppo. Le principali aree di interesse sono la psicopatologia dell'età evolutiva, la valutazione dell'attaccamento e della sensibilità genitoriale, il trauma infantile e la psicologia dell'emergenza e psicotraumatologia.

Maria Grazia Foschino Barbaro

Psicologa-Psicoterapeuta ad indirizzo cognitivo-comportamentale, dirige la scuola di specializzazione in Psicoterapia Cognitiva, sede di Bari AIPC (Associazione Italiana Psicoterapia Cognitiva), docente delle scuole di Psicoterapia Cognitiva APC (Associazione Psicoterapia Cognitiva) e SPC (scuola di Psicoterapia Cognitiva). Responsabile dell'U.O. Struttura Semplice Dipartimentale PSICOLOGIA dell'Ospedale Pediatrico Giovanni XXIII A.O.U. Policlinico-Giovanni XXIII e di GIADA (Gruppo Interdisciplinare Assistenza Donne e bambini Abusati). È socia didatta della Società Italiana di Terapia Comportamentale e Cognitiva (SITCC) e componente del Consiglio Direttivo del Cismai (Coordinamento Italiano dei Servizi contro il Maltrattamento e l'Abuso all'Infanzia). Responsabile scientifico di progetti della Regione Puglia su abuso e maltrattamento all'infanzia, adozione nazionale e internazionale e umanizzazione dell'assistenza pediatrica. Autrice di numerose pubblicazioni su riviste nazionali, oltre che curatrice di diversi volumi. Le sue aree di interesse sono: la psicopatologia dell'attaccamento e dello sviluppo, il trauma infantile e le cure palliative pediatriche.

Premessa

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS; 2006) e l'Organizzazione delle Nazioni Unite (ONU; 2006), in diverse occasioni hanno definito la violenza sui minori come un problema di salute pubblica che richiede interventi urgenti e specialistici, onde rimanere nascosto e sottostimato.

D'altra parte, la realtà delle prassi della prevenzione, presa in carico e cura del trauma da violenza appare, ad oggi, ancora caratterizzata da discontinuità e disomogeneità.

In questo scenario, la Regione Puglia con delibera della Giunta Regionale del 30 novembre 2016, n. 1878, ha approvato le *“Linee guida regionali in materia di maltrattamento e violenza nei confronti delle persone minori per età”*, con lo scopo di rendere omogeneo sul territorio regionale il percorso di presa in carico di bambini e adolescenti vittime di violenza, attraverso l'implementazione di una cornice teorica di riferimento, assetti organizzativi e indicazioni operative che promuovano l'integrazione tra professionisti e servizi negli interventi di rilevazione, protezione, tutela, diagnosi e cura di questi minori. Gli indirizzi regionali propongono un modello organizzativo per la presa in carico su tre livelli, per la prima volta comprensivo dei servizi di base come le Equipe multidisciplinari territoriali ed anche di centri specialistici per la cura del trauma interpersonale, oltre che la rete delle pediatrie ospedaliere, capaci di fronteggiare efficacemente gli esiti sulla salute ad esso associati.

L'equipe GIADA (Gruppo Interdisciplinare Assistenza Donne e bambini Abusati), che opera presso l'U.O. Struttura Semplice Dipartimentale PSICOLOGIA dell'Ospedale Pediatrico Giovanni di Bari, in qualità di Centro di Riferimento Regionale per la prevenzione, diagnosi e cura del trauma, ha contribuito attivamente alla realizzazione di questo grande lavoro di approfondimento scientifico e operativo rappresentato dal documento delle Linee Guida. GIADA è anche impegnata nella redazione di una collana di opuscoli, *"Piccoli Passi"*, nella quale questo saggio si inserisce, nell'intento ultimo di offrire ai caregivers e agli operatori del settore uno strumento operativo di cui avvalersi per ampliare il proprio sistema di conoscenze, e indirettamente risultare più efficaci nell'esercizio delle proprie funzioni di cura. Come ben spiegato dagli autori del presente opuscolo, infatti, per un bambino esposto a violenza, il primo passo verso la progressiva risoluzione della sofferenza traumatica, ancor prima della ri-elaborazione dell'evento, è insito nella possibilità di contare sulla presenza di adulti significativi (genitori e operatori regionali) che si dimostrino in grado di comprendere quanto stia accadendo in loro a seguito dell'esperienza traumatica subita e fornire un sostegno sensibile. Consapevoli della responsabilità sociale svolta dalla rete dei servizi, mi auguro che questo strumento possa essere una risorsa preziosa nelle mani di operatori sempre più attenti e capaci di decodificare le sofferenze di bambini in condizioni di vulnerabilità.

Maria Grazia Foschino Barbaro
Responsabile dell'U.O. Struttura Semplice
Dipartimentale PSICOLOGIA - GIADA
Ospedale Pediatrico Giovanni XXIII A.O.U.
Policlinico-Giovanni XXIII di Bari

Giancarlo Ruscitti
Direttore Dipartimento
Promozione della Salute,
del Benessere sociale
e dello sport per tutti.

Presentazione

Le cronache giudiziarie sono sempre più affollate dai resoconti luttuosi di vittime e carnefici delle violenze domestiche. E di giorno in giorno la conta dei femminicidi cresce come se un baco invisibile si approfondisse nelle vite di persone ordinarie, trascinando la normalità di quelle esistenze in un gorgo di progressiva folle esaltazione della violenza.

Noi lettori ci accorgiamo che in quei racconti molto si dice delle ragioni presunte dei gesti estremi e dei contesti che li hanno alimentati, ma nulla o poco delle macerie emotive che ne conseguono. La vita interrotta e la vita che ci sarà da quel fatidico momento in poi, effettivamente non sono argomento di cronaca, e tuttavia la perdita è il contenuto più reale e vero di quelle vicende; e più tragico. La morte non tocca soltanto l'uccisa, ma si riverbera, secondo una catena consequenziale, nel più ampio contesto familiare, che diventa il luogo dello smarrimento e dell'incomprensione; del dolore e della solitudine; dell'incertezza del sé e dello sconforto; dell'incredulità e dell'incapacità reattiva.

È una tragedia individuale, che diventa collettiva allorchè coinvolge la comunità di riferimento, soprattutto per la consequenzialità sulle vittime di contesto, oggi opportunamente considerate come soggetti necessari di tutela appropriata. Si tratta di un bisogno sociale cresciuto proporzionalmente al ripetersi accelerato dei delitti, fino ad assumere una valenza universale quanto alla necessità di contrasto del reato e di

contenimento delle conseguenze. La legislazione ha oggi un apparato normativo piuttosto articolato che si muove a livello internazionale, con convenzioni plurilaterali e direttive europee, e in sede nazionale, con interventi di approfondimento delle ragioni delle vittime, facilitazioni difensive e sostegno riabilitativo. Su quest'ultimo aspetto, si riscontrano le più significative disposizioni, arricchitesi, da pochi mesi, di una normativa espressamente rivolta al sostegno e alla riparazione degli orfani speciali (legge 11 gennaio 2018, n. 4).

È la rivelazione di un bisogno che ha scaturigine nella gravità e diffusione di casi, tanto numerosi da tradursi in fenomeno sociale, ed è assunto dal legislatore in funzione di promozione e di indirizzo degli interventi riparativi. L'attenzione si rivolge a comprendere tra le esigenze ristorative dell'illecito oltre che la risposta punitiva verso l'autore, ordinariamente assicurata dai presidi normativi penalistici e dal processo penale, anche la considerazione per le vittime sociali del reato, caratterizzando il bisogno riparativo non più solo mediante l'affermazione di diritti economici, quanto anche, in modo incisivo e fondante, guardando al "sé" della persona, mediante il riconoscimento di sostegni individualizzati al recupero psicologico.

Pur condizionata dai limiti di bilancio che determinano lo spostamento del carico economico dell'intervento sugli enti periferici, secondo i principi del decentramento amministrativo, e quelli di sussidiarietà e di maggiore prossimità agli utenti finali, la scelta legislativa segna un passaggio culturale, che si muove dalle garanzie di tutela dell'ordinamento nel suo complesso, fino a considerare come soggetti dell'intervento, in modo

mirato, le persone colpite. Ora è chiaro, che essendo la salute degli individui la mission propria del servizio sanitario nazionale, può ben ritenersi che ogni attività rivolta al benessere psico-fisico delle vittime di atti violenti, abbia da sempre potuto riguardare il più complesso numero di soggetti coinvolti, tanto che fossero tali in via diretta che indirettamente; a maggior ragione quando, trattandosi di violenza domestica, il nucleo familiare è il contesto del maltrattamento, e qui le conseguenze si confondono rispetto alla pervasività sulla sfera individuale. Tuttavia, non può trascurarsi che ora, l'indicazione precisa assunta a norma generale, costituisce una modalità operativa non soltanto confinata nell'ipotesi progettuale o in isolate iniziative sperimentali, ma ha una collocazione sua propria nel panorama dei servizi alla salute.

Certo, l'assenza di risorse centrali e la limitatissima entità di quelle assicurate per l'esenzione dai "ticket" sanitari, indurrà a risposte diversificate, non sempre congruenti nella distribuzione territoriale delle iniziative, e in questo senso il lavoro che è il presupposto operativo di questa pubblicazione, costituisce l'anticipazione dell'evidenza legislativa, merito della lungimiranza e della abnegazione di professionisti impegnati e autorevoli.

Da anni, il servizio regionale della Puglia usufruisce delle competenza dell'equipe Giada, costituita in seno al servizio di psicologia dell'Ospedale Giovanni XXIII di Bari, per il trattamento dei disagi indotti dalle violenze domestiche o da abusi, e la casistica trattata è venuta dispiegandosi nella varietà indistinta che conferma ogni singola evidenza psicologica del maltrattamento, qualificandosi per numerosità e gravità.

Si tratta di una risorsa insostituibile per la cura delle persone, e come tale è un soggetto erogatore di benessere sociale, partner di immediato impatto nella risposta propositiva ai casi di violenza, e successivo stabilizzatore dell'intervento di recupero, tendenzialmente risolutivo dei provvedimenti assunti dall'autorità giudiziaria intorno alla vicenda delittuosa.

I giudici minorili, sempre più rivolti ad assicurare la Giustizia del caso concreto con un approccio olistico e proattivo, che vuole affermare i diritti garantendo i mezzi per conseguire un risultato oggettivo che non rimanga ristretto alla mera espressione letterale della decisione, contano su operatori siffatti, e sulle strutture e i servizi che essi sono capaci di organizzare.

Qui riporto i miei sentimenti di gratitudine per la capacità di tradurre in lavoro operativo l'idea della rete di intervento, e li unisco all'ammirazione per le progettualità che i responsabili del servizio sanno impostare.

Nel panorama normativo regionale, è stata un'attività intorno alla quale è venuta a costruirsi l'elaborazione di strumenti giuridici generali, a metà fra atti di indirizzo e protocolli operativi, dandosi forma regolamentare alle "Linee guida in materia di maltrattamento e violenza nei confronti delle persone minori di età (DGR n. 1878/2016). Non di meno ammirevole la redazione del presente volume. Del quale colgo la molteplicità degli intenti: informativi, conoscitivi, didattici e di ricerca.

Gli autori hanno dalla loro una lunga esperienza nel trattamento degli esiti di violenza domestica e si sono fatti le ossa rispetto a casi di femminicidio, quando sono stati chiamati a soccorrere le vittime collaterali nell'immediatezza dell'evento e si sono adoperati in un'azione accurata

e tempestiva. Ora traducono in scritto questa specifica formazione professionale, affinando una metodologia operativa che divulgano in maniera chiara, assertiva ed efficace, e la propongono come modello.

Quindi è una “ricetta” di intervento e come tale, ha bisogno di un contesto allargato che la recepisca, mediante una struttura che sia in grado di farne applicazione. E allora, è una fonte di conoscenza, un moltiplicatore di interesse e di sensibilità, ma soprattutto è un contenitore di idee e di progetti che devono trovare un ambiente consapevole e motivatamente determinato. Dando sfogo alla volontà legislativa diretta a disseminare sui territori una cultura di soccorso riparativo dei traumi da femminicidio, le autonomie locali potranno attivarsi per strutturare, secondo forme disparate, una propria organizzazione; questo lavoro farà comprendere gli obiettivi di risultato, e i rischi dell’attendismo inoperoso, e nel contempo servirà a ponderare i bisogni e a configurare i mezzi necessari.

Il singolo professionista ne apprezzerà la visione strategica, trovando una mano sicura che lo accompagnerà nel suo lavoro di strada di fronte alla vita vera e alle pietre sparse di identità frammentate, rese macerie dalla violenza che li ha resi orfani degli affetti più diretti: orfani speciali.

Riccardo Greco
Presidente
Tribunale per i Minorenni di Bari

Prefazione

Nell'esperienza dei bambini, l'evento della morte, sebbene doloroso e più raro che negli adulti, è comunque da ascrivere tra gli eventi biologici necessari, che fanno parte delle vicende umane. Basti pensare alla perdita dei nonni, con cui tutti i bambini si confrontano. Ben differente è l'esperienza dell'omicidio di una persona cara, ancora diverso se è il genitore ad essere ucciso, e ancor più se l'omicida è l'altro genitore. In tal caso, l'evento assume una valenza assolutamente e necessariamente traumatica, ove le emozioni sono dirompenti e le attribuzioni di colpa inevitabili.

Nonostante tali considerazioni e l'orrore che desta un tale fenomeno, gli autori inviano, comunque, a chi si prende cura di questi bambini, orfani speciali, un messaggio di *speranza*: è possibile ricondurre tale evento dirompente per l'equilibrio psicologico ad una possibile elaborazione. Anche se costituisce un'esperienza dai risvolti disumani, gli operatori possono aiutare i bambini ad elaborarla in modo tale da essere integrata nella loro *consapevolezza* e dunque nella loro *memoria*, senza esiti patologici.

Gli autori mostrano con parole piane, con strumenti molto pratici come aiutare operatori, genitori e bambini a raggiungere tale risultato. L'espressione *piccoli passi operativi* è una buona esemplificazione della prassi da seguire basata sulla *verità comunicativa* coniugata con la *vicinanza affettiva*. Il bambino viene informato, preparato, accompagnato, consolato e sorretto, ma mai allontanato emotivamente e cognitivamente

dall'esperienza. Gli autori hanno affrontato il tema con molta semplicità e le modalità di gestione che propongono hanno senz'altro il risultato (come gli autori stessi affermano) di *mitigare la paura e il senso d'impotenza* degli operatori. Operatori spaventati spaventerebbero i bambini, operatori impotenti minerebbero la fiducia dei bambini nelle loro risorse, operatori incerti confonderebbero i bambini.

I bambini hanno necessità di percepire e sperimentare in chi si prende cura di loro una solidità emotiva e un atteggiamento fattivo e organizzante, per potersi rispecchiare in tale atteggiamento e ritrovare a loro volta una loro personale capacità di reagire e fronteggiare l'evento senza esserne distrutti. Questo opuscolo dunque costituisce una *guida* per gli operatori, che, come tale, li aiuta a ad elaborare essi stessi la tragedia degli orfani speciali: una guida è una piccola base sicura che può aiutare gli operatori a ritrovare in se stessi quell'equilibrio che può consentire loro di funzionare come *contenitori emotivi* ed *equilibratori* di circostanze così devastanti.

Favorendo la *comprensione*, *integrazione* e *gestione* dell'esperienza, questa guida *aiuta* gli operatori ad aiutare i bambini ad affrontare non solo l'impatto emotivo, ma anche il cambiamento drastico nella loro esistenza, privata dei loro riferimenti esistenziali.

Susanna Pallini

Professore associato di Psicologia
dello sviluppo e dell'educazione
Dipartimento di Scienze della Formazione
Università di Roma Tre

Introduzione

Dopo non poche resistenze, il 21 dicembre scorso in Senato viene approvato il Ddl sugli Orfani Speciali¹: il decreto riconosce le profonde conseguenze negative sulla salute psicologica e sociale che questi bambini subiscono nell'immediato dell'esperienza traumatica e negli anni successivi, e garantisce loro sostegno economico, assistenza legale e psicologica per l'intero ciclo di vita.

Ma chi sono gli Orfani Speciali? È la Baldry (2011) a coniare per prima questa espressione per indicare tutti quei bambini, bambine, adolescenti, ma anche giovani adulti o già adulti, la cui madre è stata uccisa dal padre. In altre parole, sono i figli e le figlie del femminicidio, i cui bisogni e vissuti sono stati ritenuti unici e speciali, diversi da quelli che, pur orfani di madre, non si trovano nella condizione di doversi riconoscere simultaneamente figli della vittima e figli del carnefice.

In Italia l'attenzione per questi bambini nasce in sordina, nel 2012, con la pubblicazione e diffusione dei dati raccolti nell'ambito del progetto europeo *Switch-Off*, ed è andato a sostanzarsi negli anni sino alla definizione di prassi operative, legislative e politico-sociali *ad hoc*.

Ad oggi non si dispone di dati precisi sull'entità del fenomeno; tuttavia, stando al numero di casi di femminicidio, si stima che in

Italia, negli anni dal 2010 al 2015, vi siano stati circa 1600 orfani speciali (Baldry, 2017). Non siamo di fronte a grandi numeri, tuttavia la pervasività degli esiti riscontrati (Baldry, 2011; Alisic et al., 2015) è tale da aver imposto un'attenzione speciale e specialistica trasversale a più ambiti di azione.

Nel 2016 ha inizio il nostro cammino accanto ad alcuni bambini orfani speciali. In un paese della provincia di Bari, una donna è uccisa a coltellate dal proprio marito, probabilmente davanti agli occhi del loro figlio più piccolo. Tre bambini, tre fratelli di 6, 5 e 4 anni, in pochi istanti perdono la mamma ed anche il papà, posto in stato detentivo.

A distanza di un anno, circa, in un paesino della provincia di Foggia, un'altra giovane donna è uccisa dal proprio marito: a restare da soli, questa volta, sono due bambini di 7 e 10 anni.

Diversamente dalla consueta prassi psicologica nei casi di lutto, il nostro operato, nei confronti di questi minori, ha avuto inizio già qualche ora dopo la tragedia. I tanti elementi di violenza insiti nell'accaduto hanno imposto l'urgenza di mitigare il senso di impotenza vissuto dagli operatori già attivi sul caso (forze dell'ordine e servizio sociale territoriale), e definire insieme cosa fare e come procedere nei confronti di questi tre piccoli bambini.

La nostra azione ha visto dunque l'istituzione di un'equipe di Pronto Soccorso Psicologico Mobile che si è occupata della progettazione ed implementazione di un piano di interventi integrati,

interdisciplinari e intersettoriali, a partire dalla fase di emergenza, teso al perseguimento dei seguenti obiettivi:

- essere di sostegno ai bambini durante l'intera fase di crisi, dalla comunicazione della notizia, passando per la partecipazione al rito funebre, sino al recupero della routine scolastica;
- mettere in rete tutti gli operatori chiamati a confrontarsi con questi bambini affinché, pur nel rispetto dei diversi ruoli e competenze, nessun agito professionale esponesse questi piccoli ad ulteriori elementi di traumaticità;
- predisporre le linee di intervento da attuare nei mesi successivi, superata la fase di emergenza.

Il presente opuscolo nasce, quindi, dal desiderio di condividere le prassi operative messe in campo e risultate efficaci nella presa in carico globale di questi bambini.

Nella prima sezione si affrontano gli elementi di traumaticità che connotano la condizione dei bambini orfani speciali e gli esiti sulla salute a breve, medio e lungo termine ad essi associati. Tale parte si chiude con la presentazione dell'equipe di Pronto Soccorso Psicologico, delle finalità e azioni da essa perseguite, a partire dalla fase di emergenza sino al ripristino delle routine.

La seconda sezione si propone, invece, l'obiettivo di entrare nel merito della dimensione operativa degli interventi in emergenza implementati dal Pronto Soccorso Psicologico. Si condividono, infatti, attraverso un linguaggio semplice, pur non privo di scientificità, i *piccoli passi*

Marvita Goffredo, Grazia Tiziana Vitale
Michele Pellegrini, Maria Grazia Foschino Barbaro

da percorrere affinché i bambini orfani speciali e gli adulti affidatari possano sentirsi accolti e sostenuti sin dai primi momenti successivi alla tragedia, in uno sforzo di prevenzione rispetto alle possibili conseguenze negative determinate dall'esperienza traumatica.

I bambini *Orfani Speciali* **Dalla violenza assistita al lutto traumatico**

Il lutto di un genitore viene sempre a configurarsi come un'esperienza profondamente dolorosa che soverchia le normali strategie di fronteggiamento del bambino che la subisce (Onofri, La Rosa, 2015). Con il venir meno di una figura di accudimento, infatti, oltre ai tanti cambiamenti di ordine pratico nella quotidianità, i bambini in genere perdono il senso di sicurezza interna: il mondo fisico ed anche tutti i contesti relazionali sono percepiti come imprevedibili e poco sicuri. Sul piano affettivo, le emozioni prevalenti saranno, dunque, dapprima l'ansia e la paura, poi nel tempo la rabbia, la tristezza e la vergogna. La sofferenza emotiva talvolta *"non ha voce"* e trova uno spazio di espressione esclusivo nel corpo e nei comportamenti: in questi bambini si potrebbero osservare sintomi somatici (dolori addominali, cefalea), paura del buio, difficoltà di separazione, problemi del sonno, calo del rendimento scolastico, irritabilità, aggressività, disinteresse e scarsa motivazione verso tutto (ibi.)

L'entità di tali risposte, tuttavia, varia da bambino a bambino in relazione ad alcuni fattori: la qualità della relazione affettiva perduta, l'età e lo sviluppo cognitivo, le risorse psicologiche in suo possesso, le circostanze della morte, le reazioni degli altri adulti significativi e non in ultimo le modalità (tempi, modi) con cui gli si comunica la

notizia della morte (box di approfondimento 1). È proprio in relazione all'analisi di questi aspetti, i quali producono un effetto moderatore rispetto all'entità delle conseguenze, che facilmente si intuisce come per i bambini orfani speciali l'esperienza della perdita assuma un carattere di traumaticità di gran lunga più pervasivo delle condizioni di lutto genitoriale avvenuto per cause naturali o fortuite.

Questi bambini, infatti, si trovano in un solo momento a dover fronteggiare la perdita di entrambi i genitori: la mamma è morta uccisa violentemente, ed il papà, qualora non sia morto anch'egli suicida, viene quasi sempre posto in stato detentivo poiché reo. La famiglia allargata materna (nonni e zii) rimane l'unico spazio relazionale nel quale ricercare il senso di protezione e sicurezza perse.

A corollario vi sono poi alcune peculiarità che acuiscono la traumaticità dell'esperienza. Dapprima vi è la consapevolezza che la morte della propria mamma sia stata causata da un agito violento del papà, quindi dell'altra figura di attaccamento. Oltre alle inevitabili conseguenze sul piano della sicurezza interna (Diano, 2005), si impone per questi bambini la necessità di confrontarsi con una rappresentazione di Sé intrinsecamente fondata su aspetti dissociativi, di non-integrazione: si è, e lo si sarà per sempre, figli della vittima e figli dell'autore dell'omicidio.

A ciò si aggiunge il dato secondo cui molti di questi bambini sono in una condizione di vulnerabilità psicologica preesistente, in quanto già vittime di violenza assistita: per molti di questi, infatti, l'omicidio

della mamma rappresenta il tragico epilogo di una storia familiare caratterizzata da anni di violenza domestica (CISMAI, 2017; Kaplan et al., 2001). La letteratura scientifica sul tema ben chiarisce, oramai, come anche la violenza assistita sia una forma di maltrattamento che determina esiti gravi a breve, medio e lungo termine, sul funzionamento emotivo, cognitivo, comportamentale e relazionale dei bambini che ne sono vittima (Buccoliero & Soavi, 2018 a,b). I bambini orfani speciali si trovano dunque a dover fronteggiare ed elaborare un lutto traumatico disponendo di limitate risorse psicologiche. Su un piano squisitamente clinico, inoltre, il quadro degli esiti sarà aggravato per tutti quelli che sono stati testimoni diretti dell'omicidio della propria mamma: i flashback e i ricordi di quanto visto ostacoleranno il fisiologico compimento del processo di elaborazione della perdita, agendo, piuttosto, da ri-attivatori traumatici.

Seguono, in ultimo, tutte le altre problematiche di ordine pratico che derivano dalla perdita della propria famiglia. Il sequestro della casa e l'impossibilità di accedervi per un tempo non definito nei casi in cui l'omicidio sia avvenuto nel contesto domestico; l'affidamento ad altri familiari, o nel caso in cui non vi sia un nucleo familiare disponibile all'accoglienza, il collocamento presso una struttura residenziale per minori; il coinvolgimento nel contesto giudiziario; il trasferimento presso una nuova abitazione, spesso sita in un'altra città; il cambiamento della scuola e l'allontanamento dagli amici di sempre.

A fronte di tutte queste considerazioni è facile ipotizzare la presenza di esiti sulla salute psicofisica estremamente negativi e pervasivi.

La letteratura scientifica a riguardo non è cospicua e per lo più di matrice internazionale (Alisic et al., 2015); il panorama italiano, invece, ad oggi conta unicamente sulle evidenze raccolte nell'ambito del progetto Switch Off (Baldry, 2011).

Nonostante tale esiguità, si coglie una sostanziale omogeneità tra gli studi. Emerge, infatti, la presenza di problematiche a breve e medio termine di natura prevalentemente post-traumatica, in associazione a sintomi dissociativi: pensieri ed immagini intrusive relative all'accaduto, evitamenti cognitivi e comportamentali, appiattimento affettivo, disturbi del sonno, sintomi somatici, stati affettivi negativi, comportamenti aggressivi e distruttivi (auto ed etero-diretti), difficoltà di attenzione e concentrazione legate ad assorbimento mentale con conseguente calo delle performance, regressioni nel funzionamento globale⁽¹⁾. Sul piano diagnostico, la letteratura a disposizione converge verso il Disturbo da Stress Post-traumatico (secondo i criteri del DSM IV-TR – APA, 2000); tuttavia stando anche alla recente rivisitazione nosografica attuata nel DSM 5 (APA, 2013), si potrebbe ipotizzare un evoluzione psicopatologica verso il Disturbo da Lutto Persistente Complicato. Molti di questi bambini, infatti, vivono la morte della propria madre assistendovi direttamente (criterio A) e per questo

1 - Per un maggiore approfondimento si rimanda a Baldry, 2017.

potrebbero non riuscire a completare il processo di elaborazione della perdita poiché le memorie della figura di attaccamento perduta agiscono da ri-attivatore traumatico. A ciò è da aggiungersi che il contesto di caregiving in cui sono inseriti a seguito dell'omicidio (il più delle volte nonni e zii materni), essendo esso stesso in difficoltà nell'integrare il personale processo di elaborazione del lutto con i bisogni mostrati da questi bambini (Baldry, 2017), può agire da fattore di rischio determinando il persistere di intensa sofferenza e stati interni negativi (pensieri, emozioni) per un tempo di gran lunga superiore rispetto al fisiologico processo di elaborazione di un lutto (criterio B). Stando al quadro delineato, al di là di una corretta attribuzione diagnostica, ai fini della quale saranno necessari nuovi studi empirici sugli adattamenti psicosociali, appare chiaro che i bambini orfani speciali non possono essere considerati unicamente vittime di un lutto avvenuto in circostanze violente. Sono, piuttosto, bambini esposti a multiple e ripetute esperienze sfavorevoli infantili nel proprio contesto familiare e dunque con uno sviluppo traumatico.

L'alta complessità assistenziale associata alla loro condizione impone, dunque, la necessità di interventi integrati in setting multipli, interdisciplinari e intersettoriali, attivi dalla fase di emergenza e continuativi nel tempo, con frequenti monitoraggi e il progressivo adattamento degli stessi in relazione all'evoluzione dei fattori di protezione e rischio a carico dei bambini e dell'intero sistema in cui sono inseriti.

Gli interventi psicologici in emergenza Il Pronto Soccorso Psicologico Mobile

Gli interventi psicologici in emergenza rappresentano un importante fattore prognostico rispetto alla qualità degli adattamenti, a breve e medio termine, conseguiti da un individuo esposto ad un evento traumatico (Iacolino, 2016). La tempestività con la quale queste azioni sono messe in campo nell'immediato della crisi e poi nei giorni successivi riduce, infatti, la possibilità di reazioni acute da stress e agisce da fattore di protezione rispetto all'entità degli esiti negativi che si sviluppano nel tempo come conseguenza dell'esperienza traumatica subita.

Generalmente le azioni previste attengono, dapprima, alla creazione di uno spazio relazionale informale e solidale nel quale le vittime possono trovare contenimento allo stato di shock e stordimento iniziale; segue un intervento psicoeducativo volto a condividere informazioni sui più comuni effetti fisici, emotivi, cognitivi e comportamentali che fisiologicamente seguono all'esposizione ad un'esperienza traumatica, così da attuare un processo di normalizzazione e accrescere negli individui il senso di controllo sui propri stati interni, anche attraverso la condivisione di semplici strategie di fronteggiamento; in ultimo, si provvede a creare una rete di supporto sociale attorno ai soggetti coinvolti dal trauma, la

quale, in parallelo alla rete di figure professionali già attiva, offra uno spazio di libera espressione della sofferenza, garantendone il contenimento, e fornisca aiuto sul piano pratico (Ochberg, 1995). Anche nelle condizioni di lutto, ancor più quando la morte è avvenuta in circostanze traumatiche, un intervento psicologico peritraumatico può configurarsi come una valida risorsa nel tentativo di modularne l'impatto nell'immediato e a medio termine. D'altra parte, come già in precedenza accennato nel caso specifico di un lutto in età evolutiva, gli esiti sullo sviluppo saranno strettamente connessi ad aspetti individuali del bambino (età, sviluppo cognitivo, funzionamento psicologico, ecc.), ma anche alla qualità della relazione affettiva che viene a stabilirsi con l'adulto che si prenderà cura di lui e alla modalità che quest'ultimo troverà per affrontare con il piccolo la realtà di quanto è accaduto.

Sul piano operativo, pertanto, è opportuno pensare ad un intervento multifocale che fornisca una risposta parallela ai bisogni del bambino ed anche del nuovo contesto affettivo in cui questi è inserito (Cassibba, Zavattini; 2007).

Tale considerazione acquisisce maggiore rilevanza nel lavoro con i bambini orfani speciali. Nella gran parte dei casi, infatti, accade che questi siano affidati ai familiari materni, i quali, essendo essi stessi vittima di un grave lutto, hanno la necessità di trovare contenimento e regolazione ai propri vissuti di disperazione e rabbia, affinché possano a loro volta fungere da figura di riferimento per il bambino.

Quando la morte avviene in maniera improvvisa, ancor più dei casi in cui questa è conseguenza di una lunga malattia, un bambino ha bisogno che gli si dica cosa è avvenuto, che qualcuno risponda alle sue domande, lo incoraggi ad esprimere i suoi pensieri, gli offra la possibilità di salutare a modo proprio la persona defunta coinvolgendolo nei riti funebri e gli offra la vicinanza e l'ascolto necessari per affrontare il dolore della perdita (Fitzgerald, 2004).

Nello specifico, nel tempo della crisi, un bambino avrà bisogno di:

- conoscere la realtà di quanto è accaduto, onde sperimentare vissuti intensi di ansia e paura connessi al non vedere più intorno a sé le proprie figure di riferimento e al doversi, nel frattempo, confrontare con una realtà che non è più la stessa (ci si trasferisce presso un'altra casa, non si va a scuola, si incontrano tante persone mai viste);
- ottenere una chiara risposta ai dubbi e alle domande che affollano la mente; in caso contrario, con il passare del tempo, i bambini troveranno in solitudine le risposte ricercate, o piuttosto sceglieranno di allontanarsi con la mente, attuando una sorta di distacco dalla realtà presente, ogni qualvolta stimoli interni o esterni richiameranno l'attenzione su aspetti di sé e della propria storia di vita ancora confusi;
- trovare accoglimento e validazione alle proprie emozioni, anche quando queste non saranno espresse a parole, ma attraverso i comportamenti (box di approfondimento 1).

Sulla scorta di queste riflessioni, mutate dalla letteratura, ma che hanno trovato chiara evidenza anche nella nostra esperienza diretta con i bambini orfani speciali, abbiamo istituito un servizio di **Pronto Soccorso Psicologico Mobile** che a partire dalla scoperta del cadavere, assolve alla gestione della fase di emergenza, accompagnando questi bambini e le famiglie affidatarie sino al ripristino delle routine.

Nello specifico, le finalità e le azioni perseguite sono le seguenti:

1. **Raccordo con i servizi territoriali di competenza** (servizio sociale, consultorio, neuropsichiatria infantile) e gli operatori del mondo giudiziario e legale (tutore dei minori, magistratura) al fine di definire il piano di interventi integrati, interdisciplinari e intersettoriali da implementare.
2. **Comunicazione della notizia al bambino**, da effettuarsi presso il domicilio alla presenza delle figure di riferimento, e monitoraggio sistematico dell'adattamento dei bambini.
3. Nei giorni antecedenti il rito funebre, organizzazione di **attività laboratoriali nel contesto scolastico** del minore al fine di preparare la scuola al rientro dei bambini. Le attività sono da rivolgere alle famiglie, agli insegnanti e agli alunni del plesso scolastico.
4. **Preparazione alla partecipazione al rito funebre**, da effettuarsi presso il domicilio alla presenza delle figure di riferimento.

5. **Accompagnamento al ripristino delle routine**, con particolare attenzione al rientro nel contesto scolastico.
6. **Condivisione** con gli operatori del settore di **indicazioni psicoeducative** per il fronteggiamento di alcune tematiche peculiari della condizione degli orfani speciali: la rievocazione della scena traumatica per i bambini che vi abbiano assistito, le domande sul papà.
7. **Predisposizione del percorso di assistenza sociosanitaria**, da avviare dopo i primi sei mesi dall'accaduto, teso al monitoraggio degli adattamenti a medio termine conseguiti dal bambino e dal nucleo affidatario, ai fini della pianificazione del programma di interventi più adeguato.

Box di approfondimento 1

LA MORTE E LE REAZIONI AD ESSA IN ETÀ EVOLUTIVA

In **età prescolare**, i bambini, non essendo ancora in grado di distinguere la fantasia dalla realtà, non riescono a comprendere il significato dell'espressione "*per sempre*". La morte è percepita come una condizione temporanea e reversibile: un bambino a questa età chiederà spesso agli adulti vicini dove la persona deceduta sia andata e quando ritornerà. Inoltre, anche la dimensione di universalità è ancora assente; credono, dunque, che la morte riguardi le persone anziane, essendo causata unicamente dalla vecchiaia. In questa fase evolutiva, i bambini sono ancora incapaci di comprendere il significato delle proprie sensazioni interne e comunicarle, ma sono già altamente ricettivi e perspicaci rispetto alle emozioni vissute dagli adulti per loro significativi. Anche in assenza di una chiara condivisione, sapranno cogliere lo stato di tensione, di ansia e dolore che grava sul clima familiare.

In **età scolare**, la comprensione del concetto di morte giunge a compimento. A partire dai sette anni, i bambini acquisiscono il concetto di irreversibilità e universalità: la morte è percepita come un evento permanente, riconducibile alla perdita delle funzioni vitali, che può riguardare tutti, anche i bambini, poiché può essere determinata da malattie e incidenti.

In queste due fasi evolutive, le reazioni alla morte generalmente potranno essere:

- *ansia e paura*: la morte di un adulto significativo, soprattutto se improvvisa, può alimentare le normali ansie di separazione

e perdita delle relazioni affettive. Tali vissuti si estendono agli altri soggetti significativi ed anche a se stessi, imponendo così la necessità di attuare numerosi comportamenti di controllo dell'altro e dell'ambiente esterno, e richiedere continue rassicurazioni. Possono insorgere nuove paure, anche per eventi e condizioni prima vissute con serenità;

- *rabbia*: dopo un lutto, i bambini spesso manifestano scoppi di collera ed aggressività anche in assenza di una motivazione chiara ed evidente. Questi comportamenti, spesso considerati eccessivi e privi di una logica, svelano il profondo vissuto di rabbia che essi provano. Questa emozione può essere diretta verso la persona deceduta, verso gli altri adulti significativi ed anche verso se stessi.
- *tristezza*: quasi mai riconosciuta e condivisa dagli stessi bambini, questa emozione si manifesta con una limitazione nella capacità di mantenere l'attenzione nelle attività svolte, attraverso il calo nelle performance scolastiche, i cambiamenti nella condotta alimentare e le problematiche del sonno. Nei bambini molto piccoli, la tristezza può presentarsi per brevi lassi temporali, per poi lasciare spazio a momenti di svago e focalizzazione su attività piacevoli, a causa della difficoltà, tipica a questa età, nel tollerare per lunghi periodi temporali emozioni molto intense;
- *senso di colpa*: la condizione di egocentrismo propria di questi anni, può indurre i bambini a riconoscere nel proprio comportamento la causa della morte della persona amata, e dunque, a sentirsi responsabili dell'accaduto. Tale vissuto può concorrere allo strutturarsi di una rappresentazione di sé come di un bambino cattivo, oltre che alimentare i rimpianti per quello che si sarebbe potuto fare e dire prima della scomparsa.

Come conseguenza di questo grande carico emotivo, è possibile si manifestino alcune regressioni nello sviluppo, in particolare rispetto alle abilità e capacità acquisite da poco tempo (perdita del controllo sfinterico, riduzione delle autonomie, ricorso ad un linguaggio infantile, pianto inconsolabile). Tali comportamenti sono da intendersi come il segnale di uno stato di sofferenza in corso e dunque indicativi di un maggiore bisogno di attenzione e cura nel bambino.

In **adolescenza**, il concetto di morte è oramai percepito e compreso come in età adulta; tuttavia, gli importanti cambiamenti fisici e psicologici che connotano questa fase evolutiva complicano il confronto con questa esperienza, generando ulteriore caos e confusione. L'insolubile, quanto fisiologico, conflitto tra la spinta all'autonomia e il desiderio di vicinanza e dipendenza, il quale permea ogni dimensione della vita di un adolescente, influenzerà anche le modalità di reazione e fronteggiamento al lutto. A seguito della morte di una persona amata, è possibile, infatti, che un adolescente oscilli tra il bisogno di affrontare la situazione in maniera autonoma, assumendo, dunque, scelte e comportamenti responsabili e controllati, e un vissuto di rabbia determinato dal sentirsi costretto ad adempiere a questo ruolo. Ciò lo spingerà a mettere in atto comportamenti distruttivi per sé e gli altri.

La rabbia, dunque, piuttosto che la tristezza, potrebbe essere l'emozione prevalente: i comportamenti aggressivi auto ed etero diretti divengono la strategia privilegiata per mascherare il proprio dolore e vulnerabilità.

Sul piano comportamentale si potrà osservare calo nelle performance scolastiche, tendenza all'isolamento, assunzione di stili di vita a rischio e sintomi somatici, in assenza di una causa organica.

Piccoli passi verso i bambini *Orfani Speciali*

Il lutto in età evolutiva implica un pattern di risposte emotive e comportamentali molto differente da quello che comunemente si osserva negli adulti, altamente variabile anche da bambino a bambino. In tal senso, dunque, la cornice di riferimento entro cui si inserisce l'intero piano di interventi del Pronto Soccorso Psicologico Mobile assume carattere psicoeducativo ed ha la finalità di orientare gli adulti che si prendono cura di questi bambini - caregivers affidatari e operatori - sulle possibili reazioni conseguenti alla perdita e su quali specifici piccoli **passi operativi** siano da compiere al fine di promuoverne un migliore adattamento alla perdita, stando alle loro caratteristiche specifiche.



La comunicazione della notizia



Il rito funebre: preparazione e partecipazione



Quando i bambini assistono all'omicidio



Il ripristino delle routine



Il rientro a scuola

Le domande sul papà

La valutazione degli adattamenti psicosociali

La comunicazione della notizia

La prima necessità che si impone nell'immediato dell'accaduto attiene all'aiutare i bambini a riconoscere ed accettare la realtà della duplice perdita subita.

Nelle condizioni di perdita affettiva, quali potrebbero essere nella fattispecie di questa esperienza il lutto materno e anche l'allontanamento per detenzione della figura paterna, gli adulti di riferimento talvolta preferiscono non rendere subito i bambini partecipi dell'accaduto, al fine di tutelarli da una verità ritenuta troppo dolorosa. Benchè tale scelta sia motivata da intenti benevoli, il silenzio ed i segreti sembrano non "fare bene" ai bambini. Mostrarsi indifferenti, affermare che nulla sia cambiato anche quando il clima emotivo in casa è chiaramente carico di vissuti negativi, o piuttosto eludere alcune domande "difficili" poste dagli stessi bambini, accresce nei piccoli il vissuto di disorientamento esponendoli alla necessità di elaborare in autonomia il significato di quanto percepito e affrontarne in solitudine i risvolti emotivi; nel tempo ne risulterà, inoltre, minato il sentimento di fiducia riposto negli Altri significativi. Oltre a tali aspetti, la condizione dei bambini orfani del femminicidio implica alcune peculiarità che rendono ancora più saliente sul piano psicologico la scelta di condividere sin da subito la tragica notizia e consentire loro la partecipazione ai funerali e alla sepoltura. In

primo luogo, diversamente da quanto accade nelle altre situazioni di perdita legata alla morte, qualora l'omicidio sia stato commesso nel contesto domestico è inevitabile il sequestro dell'immobile: i bambini non potranno, pertanto, avere accesso alla propria abitazione per un tempo indefinito, né recuperare con facilità beni e oggetti per loro di valore. Inoltre, è da considerare la forte risonanza nella comunità di appartenenza e il clamore mediatico che segue ai casi di morte per femminicidio: per giorni il racconto dell'accaduto è oggetto di discussione tra la gente ed è notizia ai telegiornali; talora, allo stesso rito funebre sono presenti numerose giornalisti con telecamere. Cresce così in maniera esponenziale il rischio che i bambini apprendano in maniera accidentale e da altri estranei o dai giornali e dalla televisione la dolorosa verità su quanto ha sconvolto la propria famiglia.

COSA E COME RACCONTARE L'ACCADUTO



- **Riferimento esplicito alla morte della mamma e a come questa sia avvenuta**
- **Informazioni sul papà**
- **Informazioni sui cambiamenti di vita conseguenti all'accaduto**
- **Uso di parole chiare e attinenti al piano di realtà**
- **Comunicazione in presenza di adulti significativi**

- La comunicazione deve fare riferimento non solo all'aspetto della morte della mamma, ma contenere anche informazioni relative al perché della morte e soprattutto ai cambiamenti immediati che l'evento comporterà. È necessario riferire chi si prenderà cura di loro, ed eventualmente dare informazioni rispetto all'abitazione provvisoria nei casi di sequestro dell'immobile, al fine di garantire un minimo sentimento di sicurezza e prevedibilità.
- Le parole da scegliere devono essere semplici e attinenti al piano della realtà, così da evitare pensieri fantasiosi e alimentare possibili speranze di ritorno.
- È opportuno fornire anche qualche informazione in merito alla figura paterna; di frequente, sono gli stessi bambini a porre domande in tal senso. Ugualmente, è opportuno fornire sempre elementi di realtà utilizzando parole semplici che non lascino spazio alla fantasia.
- È auspicabile che sia un adulto familiare a parlare con il/i bambini. Qualora l'adulto più indicato, in virtù di un legame di vicinanza preesistente, appartenga alla famiglia materna, sono da considerare le difficoltà, assolutamente fisiologiche, che questi potrebbe incontrare nel contenere il proprio cordoglio per la perdita della congiunta e la rabbia nei confronti del responsabile dell'atrocità, nonché il papà dei bambini. Potrebbe dunque essere lo Psicologo del Consultorio Familiare di appartenenza a gestire questo momento ed occuparsi, sempre in presenza delle figure affidatarie, della comunicazione della notizia.

Di seguito alcune parole possibili per poter comunicare l'accaduto:

“Devo darti una notizia che ti renderà molto triste. È successa una cosa molto brutta. La tua mamma è morta”.

“Alcune volte gli adulti possono fare del male alle persone che hanno accanto, anche quelle a cui vogliono bene. Il tuo papà era tanto arrabbiato, ha perso il controllo e ha fatto molto male alla mamma, l'ha uccisa. La tua mamma è morta.”

“Anche papà si è fatto male (riferimento al gesto eventualmente commesso) ed ora si trova in ospedale / è morto anche lui.”

“Adesso papà si trova in carcere, un posto dove vanno a vivere per un tempo tutte le persone che non rispettano le regole e compiono azioni sbagliate. Per il momento non è possibile parlare con lui; più in là vedremo se troviamo un modo per comunicare con lui.”

“Da oggi (riferimento alle figure affidatarie) si prenderanno cura di te. Vivrai qui con loro e con loro potrai parlare per esprimere quello che pensi o che provi. Di qualunque cosa tu senta il bisogno puoi parlarne con loro.”

Il rito funebre: preparazione e partecipazione

Su un piano simbolico, il funerale e la sepoltura rappresentano i rituali del saluto e del distacco definitivo dalla persona defunta. Gli adulti si chiedono spesso se sia opportuno esporre i bambini a tale cerimonia, temendo possa essere questo un momento di ulteriore traumaticità per loro. Diversamente dalla logica comune, la partecipazione al rito funebre assume un importante valore terapeutico. Quando si perde un Altro significativo, soprattutto se improvvisamente, si è colti da uno stato di *shock*: lo smarrimento è tale da avvertire una sensazione di irrealtà che ben trova la sua espressione in parole del tipo *“lo non ci posso credere, non può essere che non ci sia più”*. Il rito funebre (veglia funebre, funerale e sepoltura) aiuta a riprendere contatto con la realtà. Quando è un bambino a perdere improvvisamente il proprio genitore questi vissuti di disorientamento ed incredulità possono risultare accresciuti in considerazione di una capacità ancora parziale di comprensione del concetto di morte. Pertanto, nel caso di bambini in età prescolare la partecipazione al rito funebre promuoverà il processo di riconoscimento ed accettazione della realtà della morte-perdita, facilitando la comprensione dell'aspetto di irreversibilità.

Per i bambini in età scolare e per gli adolescenti, invece, così come accade per gli adulti, il rito del funerale e della sepoltura rappresenteranno

un'occasione, socialmente accettata, in cui sarà possibile esprimere liberamente il proprio dolore, anche attraverso il pianto e salutare definitivamente il caro defunto.

LA SALMA

Così come la notizia della morte e la partecipazione ai funerali, anche la visione della salma rappresenta un'esperienza che comunemente si ritiene di dover "evitare" ai bambini. In realtà, nell'eventualità sia possibile pianificarlo all'esito dell'autopsia, per i bambini può rappresentare un ulteriore ausilio rispetto al processo di accettazione ed elaborazione della morte, poiché li confronta con la realtà del distacco definitivo, oltre che offrire loro la possibilità concreta di salutare la propria mamma.

- Spiegare al bambino dove la salma giace (chiesa o obitorio), anticipando quello che vedranno (*"Il corpo della mamma sarà fermo, immobile, sarà freddo"*).
- Chiedere se ha voglia di salutarla con un bacio, una carezza, una preghiera o il segno della croce.

Sarà sempre il bambino a decidere se accettare la proposta o meno. Qualora non voglia vedere la salma, non è opportuno forzarlo; si potrà cogliere l'occasione per approfondire il tema, indagando eventuali paure, normalizzando le sue perplessità ed accettando la sua decisione.

COME PREPARARE I BAMBINI AL RITO FUNEBRE



- **Descrizione realistica del funerale e della sepoltura**
- **Scelta dei “regali di addio”**
- **Parlare delle emozioni che si possono provare**
- **Condivisione di strategie di fronteggiamento delle emozioni**
- **Modi alternativi per dare l’ultimo saluto**

- Fornire una descrizione realistica del funerale e della sepoltura: dove si svolgerà la cerimonia, se la bara sarà aperta o chiusa, in cosa consiste il funerale, cosa si potrà fare durante il rito. È opportuno fare esplicito riferimento alla possibilità che in chiesa o al cimitero alcuni adulti a loro cari potrebbero piangere o gridare perché sono molto tristi per quanto è accaduto, così che non se ne spaventino.
- Chiedere se ha voglia di preparare una lettera, una preghiera o un disegno, scegliere un oggetto a sé caro, o da ricercare e/o acquistare, da donare alla propria mamma e lasciare nella bara (quest’ultima proposta è da scartare qualora l’abitazione sia sotto sequestro). Nel caso di bambini più grandi e di adolescenti si

potrebbe pensare di coinvolgerli nella scelta dell'abito da far indossare alla mamma defunta.

- Parlare delle più comuni manifestazioni emotive e comportamentali che tutti, grandi e piccoli, vivono generalmente durante questi momenti, affinché il bambino si senta legittimato nel manifestare a modo proprio il dolore, e gli adulti si mostrino maggiormente comprensivi di queste modalità di espressione, piuttosto che rimproverarle. In età evolutiva, le emozioni molto intense sono espresse generalmente attraverso due modalità tra di loro antitetiche: l'irrequietezza psicomotoria o, al contrario, il congelamento psicomotorio.
- Condividere semplici strategie per la gestione del comportamento dei bambini durante il rito funebre.

Il bambino potrebbe manifestare l'impulso di muoversi in continuazione per girovagare nella chiesa e nel cimitero, toccando tutto ciò che è nelle sue possibilità, l'istinto di correre o anche parlare a voce alta. Uno tra i familiari, il più vicino sul piano affettivo, evitando qualsiasi forma di rimprovero e/o punizione può prendere il bambino per mano e accompagnarlo in sacrestia o fuori dalla chiesa dove potranno passeggiare e conversare tranquillamente, per poi rientrare in un tempo successivo. Qualora il bambino si mostrasse invece come assente o bloccato, l'adulto significativo potrà mantenere con lui, per l'intera durata della cerimonia, un contatto fisico (es. tenergli la mano, un braccio attorno alle spalle).

Si potrebbe decidere di suggerire direttamente ai bambini, soprattutto se già in età scolare, alcune semplici indicazioni comportamentali a cui ricorrere per gestire al meglio le proprie sensazioni e impulsi. Ad esempio si potrebbe dire loro che se sentono la necessità di parlare o voler camminare possono avvicinarsi in autonomia ad un adulto (già concordato) e chiedere di poter uscire o recarsi nella sacrestia della chiesa.

- Proporre al bambino modi alternativi di dare l'ultimo saluto. Nonostante le informazioni condivise, infatti, può accadere che il bambino non voglia partecipare al funerale: in questo caso non è mai bene forzarlo, piuttosto approfondire con lui, in un clima di tranquillità e ascolto, le motivazioni sottostanti. Si potrebbe, ad esempio, proporre di recarsi nella chiesa in cui giace il feretro nelle ore di veglia antecedenti al funerale, in assenza di altra gente, e salutare qui con una preghiera, una lettera e/o un disegno la mamma defunta; andare qualche giorno dopo direttamente al cimitero e lasciare sulla lapide oggetti e/o foto; andare in chiesa nei giorni successivi e accendere insieme una candela in segno di ultimo saluto.

Quando i bambini assistono all'omicidio

Un bambino che abbia assistito all'omicidio potrebbe rappresentare nei disegni la scena traumatica dell'uccisione così come la ricorda, o piuttosto ripetere nel gioco alcune immagini, suoni o parole a cui ha assistito: è il modo che i piccoli utilizzano per esprimere quanto passa loro nella testa e sentono dentro di sé.

Lasciare che questo accada senza mostrare espressioni di paura.

Può essere utile accostarsi al bambino e rispecchiare con le parole, creando una narrazione, quanto sta disegnando o mettendo in scena con i giochi, nel tentativo di mostrarsi rispettosi e accoglienti della volontà del bambino di esprimere i propri pensieri.

Se tali comportamenti persistono con una frequenza elevata sarà necessario rivolgersi ad un professionista.

Il ripristino delle routine

Ogni qualvolta un bambino è colpito da un'esperienza traumatica, la possibilità di ristabilire in breve tempo le proprie abitudini ed attività costituisce sempre un fattore protettivo di indiscusso valore rispetto alla qualità degli adattamenti conseguiti, poiché contribuisce al recupero parziale di una condizione di prevedibilità e sicurezza interna. Per i bambini orfani speciali, l'opportunità di ripristinare la propria quotidianità richiede un tempo variabile soprattutto in relazione ad alcuni aspetti di ordine materiale, tra tutti l'attesa dei tempi tecnici per il dissequestro della casa o piuttosto la necessità di trasferirsi in un nuovo quartiere o una nuova città.

VECCHIE E NUOVE ABITUDINI

Per quanto difficile, è importante ***ridurre al minimo i cambiamenti*** legati ai momenti salienti della quotidianità (risveglio, pasti, attività pomeridiane, andare a letto) e, d'altra parte, ***costruire insieme nuove routine***. In questo ci si può far aiutare direttamente dal bambino, chiedendogli di raccontare come era organizzata prima la sua giornata e se aveva abitudini particolari che gli piacerebbe mantenere.

Le abitudini legate alle festività e ricorrenze (il Natale, la festa della mamma e del papà, i compleanni), subiscono inevitabilmente

dei cambiamenti, causando emozioni negative. ***Non ostacolare l'espressione delle emozioni spiacevoli connesse al ricordo*** di momenti e sensazioni che appaiono perduti, e dare spazio al racconto e recupero di piacevoli episodi del passato. Alcune emozioni non possono essere evitate; poterle esprimere e condividere con altre persone importanti è però un modo per renderle più facili da gestire. Si può condividere con loro la possibilità di preparare un dono, un disegno da regalare al proprio genitore perduto o anche lasciarli liberi di scegliere se dedicare quanto realizzato ad un altro familiare divenuto significativo a seguito del lutto.

Potrebbe essere di aiuto ***trovare nel corso della giornata brevi momenti per ricordare la mamma defunta*** attraverso il racconto partecipato di episodi avvenuti quando era in vita o la messa in atto di semplici rituali di commemorazione come la preghiera, la visita al cimitero o il guardare le foto in cui si è insieme. Questi piccoli spazi di condivisione offriranno al bambino la possibilità di esprimere i sentimenti di nostalgia e tristezza in maniera più adeguata e ne consentiranno l'elaborazione; saranno inoltre funzionali a creare una traccia di continuità e coerenza tra passato e presente, in uno sforzo di prevenzione rispetto all'insorgenza di processi dissociativi sul piano delle memorie autobiografiche.

Il rientro a scuola

La scuola ed il gruppo dei pari sono due contesti di estremo valore per il benessere dei bambini; il ripristino delle abitudini legate al contesto scolastico e alle attività ricreative e socializzanti pomeridiane è quanto mai fondamentale.

Nel caso di un bambino orfano speciale questo momento richiede grande attenzione. Infatti, oltre alle problematiche connesse alla fisiologica sintomatologia post-traumatica (es. difficoltà di attenzione, assorbimento cognitivo, irrequietezza psicomotoria, ecc.), le quali potrebbero ostacolare la sua partecipazione alle attività della classe e/o del gruppo rendendolo oggetto di scherno o isolamento, per un bambino orfano speciale si impone la questione del segreto di quanto accaduto e del sentimento di vergogna annesso.

Inoltre, i casi di morte per femminicidio colpiscono violentemente l'intera cittadinanza: la morte per omicidio sconvolge non solo i figli della vittima ma anche gli altri bambini compagni di classe. Questi potrebbero aver appreso la notizia sentendo parlare i propri genitori o dai telegiornali, ed esserne scossi a tal punto da manifestare anch'essi lievi reazioni post-traumatiche o piuttosto esserne incuriositi e desiderosi di fare domande al proprio compagno coinvolto nella situazione.

È, dunque, opportuno che nei giorni che precedono il rientro a

scuola, il Consultorio familiare territoriale in sinergia con il Servizio Sociale incontrino i docenti e i genitori dei bambini compagni di classe, ed anche questi stessi, così da preparare tutti al rientro a scuola del compagno che ha subito la perdita dei genitori.

• **L'incontro con i docenti e i genitori** si pone dapprima l'obiettivo di offrire uno spazio di condivisione emotiva rispetto ad un evento tragico, che per gravità e violenza ha inevitabilmente scosso l'intera comunità sociale.

Si condivide, inoltre, la necessità di rendere tutti i bambini partecipi dell' accaduto, suggerendo le parole da utilizzare, a misura di bambino, per spiegare concetti difficili come la morte e la violenza.

La possibilità che i bambini conoscano la verità ridurrà il rischio che si diffondano informazioni false, e accrescerà la loro capacità di essere vicini emotivamente al proprio compagno di classe in maniera adeguata. In tal senso, può essere utile spiegare il valore, in termini di sostegno sociale, assunto dalla eventuale partecipazione di tutti i compagni di classe al rito funebre ed anche alle manifestazioni di cordoglio e lutto organizzate dalla cittadinanza.

È questa, in ultimo, l'occasione per fornire semplici informazioni di carattere psicoeducativo sulle più comuni reazioni che i bambini generalmente manifestano a seguito di un'esperienza traumatica, e condividere strategie per poterle gestire al meglio. La morte per omicidio, infatti, potrebbe aver scosso tutti i bambini della

comunità, a tal punto da determinare anche in loro lievi reazioni post-traumatiche o più semplicemente vissuti di ansia e paura associati al pensiero che possa accadere anche a loro.

Per i docenti, inoltre, l'acquisizione di queste informazioni accrescerà la propria capacità di "leggere" correttamente i comportamenti assunti dal bambino orfano nel contesto classe come sintomi post traumatici (es. dis-regolazione comportamentale, distrazione frequente, momenti di assorbimento nei pensieri o nella fantasia, ecc.).

INCONTRO CON I DOCENTI e I GENITORI



- **Spazio di condivisione dei vissuti connessi alla tragedia**
- **Individuazione delle parole più giuste, a misura di bambino, da utilizzare per poter parlare con i propri figli e alunni di quanto è accaduto, affrontando temi delicati come la morte e la violenza**
- **Valorizzazione del sostegno sociale e della partecipazione alle manifestazioni di cordoglio organizzate dalla cittadinanza**
- **Psicoeducazione sulle possibili reazioni dei bambini in seguito all'esposizione ad esperienze traumatiche**

• **Le attività laboratoriali con i bambini della classe** si propongono l'obiettivo di offrire loro uno spazio di condivisione dei vissuti e pensieri su quello che è accaduto al proprio compagno, per poi giungere alla definizione chiara e reale dell'evento tragico, senza lasciare spazio alla fantasia. Attraverso alcune attività espressive, per le quali ci si può avvalere di diverse metodologie e ausili in relazione all'età (disegno, pittura, scrittura, circle time, favole e cartoni animati), si discute del tema della morte e della violenza e se ne promuove l'accesso e l'espressione degli stati emotivi connessi. In ultimo, la riflessione sui "modi", trovati da ognuno per ridurre la tristezza (es. ne ho parlato con mamma e papà; ho chiesto di poter andare a giocare al parco; siamo andati a fare una passeggiata e mi sono sentito un po' meglio), accompagnerà i bambini verso la comprensione del valore del sostegno sociale e della vicinanza empatica nei confronti del proprio compagno/a colpito dalla tragedia.

LABORATORIO CON I BAMBINI



1. **Letture di una favola o visione di un cartone animato*** che affronti il tema del lutto per introdurre i bambini al tema della morte



2. **Discussione in gruppo, guidata dalle seguenti domande stimolo:**

- *Cos'è la morte?*
- *Avete mai vissuto la morte di qualcuno?*
- *Come vi siete sentiti quando è successo?*
- *Cosa avete fatto per sentirvi meno tristi? Ricordate qualcosa che è successo in seguito che vi ha fatto sentire meno tristi?*



3. **Spiegazione e discussione su quanto è accaduto al compagno/a.**

Si lasciano liberi i bambini di esprimere le conoscenze possedute rispetto all'accaduto e di fare domande. Dopo lo spazio di confronto, si raccolgono tutte le considerazioni espresse e le si articolano all'interno di una descrizione dell'accaduto chiara e aderente alla realtà. In tal senso, si potrebbero scegliere parole ed espressioni simili a quelle utilizzate per comunicare la tragedia agli stessi bambini orfani". È bene accertarsi che i bambini comprendano il significato di termini come "uccisione", "coltellate", "spari"; in presenza di definizioni confuse e troppo fantasiose sarà opportuno chiarirne il significato.



4. **Come offrire SOSTEGNO al compagno/a**
Discussione aperta sui seguenti argomenti:

- partecipare al rito funebre: preparazione di disegni, lettere, preghiere, doni.
- cosa fare per essere di aiuto al proprio compagno quando rientrerà a scuola. Si riprendono le strategie di coping proposte dai bambini nell'attività precedente e si forniscono spunti per adattarle alla situazione specifica e al contesto scuola. L'obiettivo di questa attività è duplice: • valorizzare le azioni di vicinanza e condivisione emotiva tra pari; • ridurre la possibilità di comportamenti e gesti che agiscano da ri-attivatori traumatici amplificando la sofferenza già provata dal bambino.

Le domande sul papà

Quella del rapporto con il papà, autore del reato, appare una questione molto controversa.

Il bambino, nonostante la tragicità di quanto vissuto, potrebbe avvertire con naturalezza il bisogno di porre domande rispetto al proprio papà: su quello che è accaduto, sul perché abbia compiuto un gesto così violento, su dove vive e se mai ritornerà a casa. Sul piano emotivo, potrebbe crescere in lui la rabbia nei confronti di questa figura, tale e tanta da rifiutarne l'esistenza; o al contrario, nel tempo, insorgere la voglia di parlargli per comprendere meglio la propria storia familiare. Per gli adulti, appare, invece, molto difficile comprendere ed accogliere la naturalezza di questi vissuti e bisogni. Per la famiglia affidataria, quando costituita dai nonni e zii materni, i vissuti di rabbia potrebbero essere così intensi che l'evitamento cognitivo, oltre che la scelta di non parlarne più, sembrerà loro l'unica strada percorribile. Tuttavia, affinché, nel tempo, questo bambino si veda riconosciuta la possibilità di poter integrare le esperienze traumatiche vissute nel proprio contesto domestico (violenza assistita, lutto traumatico) in una narrazione di sé quanto più completa e coerente, ***sarà necessario offrirgli uno spazio di espressione di quanto sente e pensa nei confronti del papà. Esprimere la rabbia, la paura e/o qualsiasi altro stato emotivo, anche la possibile voglia di parlargli per fargli qualche domanda,***

senza essere implicitamente costretto al silenzio, gli consentirà di procedere in maniera salutare lungo il percorso di elaborazione.

Ugualmente si dovrà garantire lui l'opportunità di scegliere in autonomia se e come gestire i contatti e rapporti con i familiari paterni (nonni e zii), accettando la possibilità che questi costituiscano comunque, nonostante l'accaduto, degli adulti significativi per lui.

Un'attenzione diversa richiederà la condizione di un bambino che ha assistito direttamente all'omicidio: con molta probabilità, il solo pensiero della figura paterna rappresenterà per lui uno stimolo traumatico, causa di intense reazioni di malessere. In tal senso, la scelta di evitare qualsiasi luogo, comportamento ed anche dialogo che sia in qualche modo connesso a tale figura, andrà rispettata e considerata fisiologica rispetto all'evolvere delle reazioni post traumatiche. Il processo di riflessione e integrazione delle rappresentazioni mentali possedute dal bambino sulla figura paterna andrà posticipato, e circoscritto all'interno di un percorso terapeutico specialistico, finalizzato al trattamento dei sintomi traumatici.

In ultimo, una questione particolarmente saliente con la quale si è spesso confrontati è l'annosa domanda ***“se ed eventualmente come consentire i contatti con il papà”***. ***La risposta a tale domanda andrebbe valutata di caso in caso, in relazione alla fase del processo di elaborazione in corso e alla volontà manifestata dallo stesso bambino.***

L'accompagnamento al percorso giudiziario

In alcuni casi è possibile che i minori siano coinvolti nel percorso giudiziario, poiché convocati per la raccolta delle sommarie informazioni, in quanto vittime o testimoni (artt. 351, 362 e 391-bis c.p.p), o sottoposti ad audizione protetta durante l'incidente probatorio (art. 392 c.p.p).

Per evitare che questa esperienza assuma valore traumatico e accresca le ansie e il vissuto di allarme, molto probabilmente già intensi in questi bambini, diviene importante che gli adulti significativi, eventualmente affiancati dal curatore/tutore, condividano alcune semplici informazioni relative alle modalità e finalità della procedura a cui prenderanno parte, così da garantirne una partecipazione informata (Vitale, Berlingiero, Foschino Barbaro, 2018). È sempre preferibile fornire informazioni orientate alla trasparenza, piuttosto che basate su elementi di fantasia (es. *“andremo a fare un provino”, “andremo da alcuni nostri amici”*), in linea con la fase di sviluppo. Per bambini più piccoli, un esempio di comunicazione potrebbe essere:

“Incontrerai un giudice/un poliziotto, o una persona che lavora con i bambini, per parlare della tua mamma e del tuo papà e di quanto accaduto. Parlerai con queste persone e loro ti faranno delle domande. Quando non capisci puoi chiedere loro di ripetere.”

In presenza di bambini più maturi e/o già adolescenti, tale comunicazione potrebbe essere arricchita dall'esplicito riferimento alle finalità della procedura. In tal senso:

“Il giudice ha bisogno di conoscerti e parlare con te così da prendere le decisioni più giuste, dopo quello che è accaduto”.

La valutazione degli adattamenti psicosociali

Superata la fase di emergenza e ripristinate le routine, a distanza, dunque, di circa 6 mesi dall'accaduto, diviene opportuno monitorare gli adattamenti psicosociali conseguiti dai bambini e adolescenti orfani speciali, al fine di implementare un piano di interventi psicosociali che sia orientato verso le specifiche esigenze del minore e del sistema familiare in cui questi è inserito. Il percorso di presa in carico psicologica dei minori orfani speciali, infatti, ritiene come indispensabile la predisposizione di un piano diagnostico-terapeutico continuativo nel tempo, e dinamico rispetto all'evoluzione dei fattori di protezione e rischio agenti nell'intero sistema relazionale in cui questi bambini sono inseriti (Foschino, Mancini, 2017).

Il processo di valutazione degli adattamenti richiede un approccio globale e multi-sistemico, basato sul lavoro integrato dei diversi operatori che quotidianamente si interfacciano con il bambino, nei diversi contesti di vita (Isola, Pallini, 1997; Isola, Romano e Mancini, 2016).

L'obiettivo è riuscire a delineare con attenzione il funzionamento psicologico del bambino, nel suo assetto cognitivo, emotivo, comportamentale e relazionale (Pellegrini, Goffredo, Foschino Barbaro, 2018).

Le aree di principale interesse ed esplorazione sono:

- il grado e la qualità dello sviluppo cognitivo e socio-emotivo con specifica attenzione alle strategie di regolazione emotiva e di coping;
- l'esposizione a precedenti esperienze sfavorevoli infantili, • la presenza

di eventuali problematiche sul piano emotivo e comportamentale e la loro connessione con un eventuale Disturbo trauma-correlato e/o Disturbo da lutto persistente (APA, 2013), • le risorse e gli eventuali fattori di rischio presenti nel sistema familiare affidatario e la qualità della relazione di accudimento, • la dimensione del lutto e i fattori che agiscono un'influenza rispetto al processo di elaborazione (Aringolo, Di Giunta, 2014): le notizie che il bambino ha ricevuto sulla morte e gli eventuali dettagli di come sia avvenuta; le tradizioni culturali e familiari relative alla morte presenti nella rete familiare; il funzionamento psicologico della figura che accudisce il bambino e le capacità di fronteggiamento ed elaborazione del lutto possedute da quest'ultima; i ricordi traumatici della morte; la rete sociale. La qualità degli adattamenti psicosociali conseguiti, valutati ciclicamente durante il percorso di sviluppo, orienterà gli obiettivi, il timing e la metodologia del percorso psicoterapeutico rivolto ai minori.

Allo stato attuale, la letteratura nazionale ed internazionale appare priva di dati sull'efficacia di specifici protocolli di intervento psicoterapeutico per il trattamento dei bambini orfani speciali.

Tuttavia, stando alle considerazioni effettuate in merito ai probabili esiti clinici associati a tale esperienza, altresì, alla storia di sviluppo generalmente posseduta da questi bambini, si può facilmente ipotizzare che l'intervento d'elezione debba essere articolato in fasi e favorire il perseguimento dei seguenti obiettivi: la creazione di uno spazio relazionale improntato alla fiducia e alla prevedibilità, la stabilizzazione della possibile sintomatologia traumatica, l'elaborazione del lutto avvenuto in condizioni di violenza e delle eventuali pregresse esperienze sfavorevoli.

Riferimenti bibliografici

- Alisic, E., Krishna, R. N., Groot, A., & Frederick, J. W. (2015). Children's Mental Health and Well-Being After Parental Intimate Partner Homicide: A Systematic Review. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 18: 328–345.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorder DSM-5*
- Aringolo, K., Di Giunta, L. (2014). L'esperienza del lutto in età evolutiva nel lavoro clinico cognitivo-comportamentale. *Quaderni di Psicoterapia Cognitiva*, 34/2014.
- Baldry, A. C. (2017). *Orfani speciali: Chi sono, dove sono, con chi sono. Conseguenze psico-sociali su figlie e figli del femminicidio*. Franco Angeli.
- Baldry, A. C., Cinquegrana C. (2015), Guidelines for Intervening with Special Orphans, EU Daphne Project Report (JUST/2011/DAP/AG/3242), <http://switchoff.ita.weebly.com/linee-guida.html>.
- Barbaro, M.G.F., Mancini, F. (2017), *Terapia cognitivo-comportamentale del trauma interpersonale infantile*. Franco Angeli, Milano.
- Buccoliero, E., Soavi, G. (2018). *Proteggere i bambini dalla violenza assistita. Vol. I. Riconoscere le vittime*. Franco Angeli Edizioni.
- Buccoliero, E., Soavi, G. (2018). *Proteggere i bambini dalla violenza assistita. Vol. II. Interventi in rete*. Franco Angeli Edizioni.
- Cassibba R., Zavattini G.C. (2007), Presentazione edizione italiana. In: Lieberman A.F., Compton P., Van Horn P., Ghosh Ippen C., *Il lutto infantile*. Bologna: il Mulino.

- Coordinamento Italiano dei Servizi contro il Maltrattamento e l'Abuso all'infanzia (CISMAI). *Requisiti minimi degli interventi nei casi di violenza assistita da maltrattamento sulle madri*, 2017.
- Diano, D. (2005), La violenza estrema. Bambini che assistono all'uccisione della propria madre: un caso clinico. In Luberti, R., Pedrocco Biancardi, M.T. (Eds.). *La violenza assistita intrafamiliare. Percorsi di aiuto per bambini che vivono in famiglie violente*. Franco Angeli, Milano.
- Fitzgerald, H. (2004). *Mi manchi tanto! Come aiutare i bambini a superare il lutto*. Edizioni La Meridiana.
- Iacolino, C. (2016). *Dall'emergenza alla normalità. Strategie e modelli di intervento nella psicologia dell'emergenza*. Franco Angeli, Milano.
- Isola L., Pallini S. (1997). *Lo psicologo clinico nei servizi*. Franco Angeli, Milano.
- Isola, L., Romano, G. Mancini, F. (2016). *Psicoterapia cognitiva dell'infanzia e dell'adolescenza. Nuovi sviluppi*. Franco Angeli, Milano.
- Ochberg, F. M. (1995). Post-traumatic therapy. In G.S. Everly e J. M. Lating (Eds): *Psychotraumatology: Key papers and core concept in post traumatic stress* (pp. 245-264), New York Plenum.
- Onofri, A., & La Rosa, C. (2015). *Il Lutto. Psicoterapia cognitivo-evolutionista e EMDR*. Giovanni Fioriti Editore.
- Pellegrini, M., Goffredo, M., Foschino Barbaro, M.G. (2018). *Piccoli Passi per affrontare il trauma nell'infanzia. Indicazioni operative*.
- Vitale, G. T., Berlingiero, I., Foschino Barbaro, M.G. (2018). *Ascoltare il Trauma. Indicazioni operative sull'ascolto dei minorenni in ambito giudiziario*.



Per operatori

- “Aspetti radiologici e medico-legali del maltrattamento fisico in età pediatrica”
- “Codice GIADA. Percorso operativo in condizione di emergenza/urgenza e in regime di ricovero”
- “Indicazioni operative per l'accertamento medico nei casi di violenza sessuale in età pediatrica”
- “Piccoli passi per affrontare il trauma nell'infanzia. Indicazioni Psicoeducative”
- “Ascoltare il trauma Indicazioni operative sull'ascolto dei minorenni in ambito giudiziario”
- “Piccoli passi verso i bambini Orfani Speciali. Indicazioni Psicoeducative”

Per le famiglie

- “Piccoli passi per affrontare le separazioni familiari”
- “Da cullare e non scuotere” Shaken Baby Syndrome
- “Navigare nel Web. Parents in Exploration”

Per i bambini e gli adolescenti

- “Navigare nel Web. Teen in Exploration”
- “Dove sei Papà” Favola per figli con un genitore in carcere



GIADA

(Gruppo Interdisciplinare Assistenza Donne e bambini Abusati)

Responsabile Scientifico	Foschino Barbaro	Maria Grazia	080.5596711
---------------------------------	-------------------------	---------------------	--------------------

Equipe dedicata

Psicologa	Berlingiero	Isabella	080.5596827
Psicologa	Lippolis	Rossella	
Psicologo	Pellegrini	Michele	
Psicologa	Vitale	Grazia Tiziana	
Assistente Sociale	De Iaco	Domenica	
Informativo	Fiore	Renato	

Equipe funzionale

Dirigente Medico Direzione Sanitaria	D'Amelio	Maria Giustina	080.5592609
Dirigente Medico di Ortopedia	Carluccio	Giuseppe	080.5596571
Dirigente Medico di Pediatria ad indirizzo oncoematologico	Cervellera	Maria	080.5593363
Dirigente Medico di Pronto Soccorso	Li Moli	Ornella	080.5596622
Dirigente Medico di Neonatologia	Foglianese	Alessandra	080.5592220
Dirigente Medico di Radiologia	Gaeta	Alberto	080.5596854
Dirigente Medico di Chirurgia	Savino	Carmela	080.5596578 080.5596678
Medico Legale	Solarino	Biagio	080.5592204
Infermiera Coordinatrice	Porcelli	Santa	080.5596732