

GIOVANI A RISCHIO

L'annuale Rapporto sulla Condizione dell'Infanzia e dell'Adolescenza vuole rappresentare, nelle intenzioni del Telefono Azzurro e dell'Eurispes, una significativa operazione di analisi in grado di realizzare, attraverso un'azione di monitoraggio territorialmente diffusa, una lettura interpretativa di una realtà dinamica e in costante trasformazione come quella dei bambini e degli adolescenti.

Nel 4° Rapporto, l'impianto della ricerca, oltre ai tradizionali luoghi di indagine (il disagio, l'abuso e lo sfruttamento sessuale sui minori, i diritti violati dei bambini, la devianza e la giustizia minorile), ha esplorato alcune rilevanti aree di analisi, come quelle della sicurezza e della salute dei ragazzi. La ricognizione ha individuato, in particolare, alcuni preoccupanti indicatori di rischio relativi alla sicurezza e ai pericoli quotidiani cui sono esposti i nostri ragazzi.

Basti pensare allo stato dell'edilizia scolastica pubblica, dove, per esempio, sul piano della prevenzione degli incendi la situazione appare peggiore di quanto si possa immaginare: la media nazionale delle scuole in possesso di certificazione idonea è inferiore al 27%; in valore assoluto si tratta di 11.070 scuole, su oltre 41.000 edifici scolastici statali. Per quanto riguarda gli accessi, in quasi 9 scuole su 10 l'atrio di ingresso non dispone di standard di sicurezza adeguati; nel 91% dei casi non è previsto un accesso facilitato per disabili; nel 70% non esistono gradini antiscivolo; nel 36% è stata installata la chiusura antipanico, che rimane aperta solo nel 13% dei casi anche durante le attività didattiche.

E che dire delle giovani vittime della strada? I dati del 2001 indicano che nella classe di età dai 15 ai 24 anni sono state 1.224 le vittime, guidatori e passeggeri, con un'incidenza percentuale sul complesso del 18,5%. Sul piano della sicurezza in ambito domestico, inoltre, dovrebbe far riflettere il dato sui 300 minori fino a 14 anni che nel 2000 sono rimasti vittime di traumatismi e avvelenamenti, ossia di avvelenamenti accidentali, cadute accidentali, ingestione con soffocamento, ecc.

A fronte di queste cifre, le istituzioni politiche e amministrative dovrebbero accelerare la produzione di strumenti normativi e regolamentari in grado di prevenire qualsiasi rischio di infortunio tra i minori, potenziando, in primo luogo, le condizioni di sicurezza dei bambini e

degli adolescenti che frequentano la scuola pubblica.

La rilevazione, inoltre, in relazione alla diffusione di modelli e di comportamenti a rischio, ha registrato tra i giovani tra i 12 e i 19 anni un elevato consumo di alcolici (il 26,1% li consuma "spesso" e ben il 45,3% "occasionalmente") e superalcolici (con un uso frequente per il 12,7% e occasionale per il 30,5%).

Per quanto riguarda l'assunzione di droghe, si rileva una discreta tendenza a consumare hashish e marijuana: usa spesso queste sostanze il 6,5% degli intervistati, più raramente l'11,3%. Segue, con percentuali più contenute, il consumo di cocaina, molto frequente per l'1,8% dei giovani e occasionale per il 2,8%, mentre l'eroina registra un grado di penetrazione minore. Il consumo delle droghe di sintesi tende ad affermarsi prevalentemente in contesti specifici, spesso legati alla vita notturna: ketamine, crystal ed ecstasy vengono utilizzate "spesso" o "occasionalmente" da oltre il 4% del campione.

In ogni caso, una delle caratteristiche dei consumatori delle nuove droghe è la poliassunzione, ossia la tendenza ad assumere più sostanze in una stessa serata: negli ultimi anni, a quelle tradizionali si è aggiunta una grande varietà di nuove droghe ed è sempre più frequente il consumo legato al divertimento e al tempo libero.

L'indagine ha evidenziato anche altri rilevanti nuclei di criticità sul piano della salute, come la reiterazione di modelli di alimentazione errati, tipici delle società opulente occidentali: in Italia resta costante la percentuale (36%) di ragazzi tra i 6 e i 17 anni in sovrappeso.

È opportuno registrare la crescita quasi costante dei sofferenti di disturbi allergici, passati dal 6% del 1993 all'8,2% del 2001, da collegarsi in primo luogo a fattori ambientali come la presenza di smog e traffico. In questo senso, l'inquinamento dell'aria può essere considerato tra i principali responsabili dell'incremento dei disturbi allergici nelle aree metropolitane del nostro Paese. Considerando il quadriennio 1997-2001, nei comuni centro delle aree di grande urbanizzazione - ovvero Torino, Milano, Venezia, Genova, Bologna, Firenze, Roma, Napoli, Bari, Palermo, Catania e Cagliari - il fenomeno delle allergie si è intensificato in misura piuttosto rilevante (+2,1%).

Il Rapporto di quest'anno segnala, inoltre, la scarsa sicurezza e appropriatezza dei farmaci prescritti e sommi-

nistrati ai bambini: molti nuovi farmaci in commercio non sono stati registrati per l'uso in età pediatrica.

Sul piano sociale e dello sviluppo delle opportunità formative, occorre rilevare come non si sia ancora riusciti a contrastare la dispersione scolastica in diverse aree regionali del nostro Paese, un fenomeno strettamente correlato alla diffusione della manodopera minorile. In Italia, nel 2000, i minori di 15 anni impegnati in attività lavorative risultavano 147.285, pari al 3,1% dei ragazzi di quella fascia d'età. L'incidenza dei minori lavoratori sulla popolazione minorile complessiva è strettamente correlata all'età: nella classe tra i 7 e i 10 anni è dello 0,5% e sale progressivamente fino ad arrivare all'11,6% tra i 14enni.

Per quanto riguarda le vittime di abuso sessuale, le statistiche del 2003 registrano un dato preoccupante: dopo il picco nell'anno 2000 (700 vittime di abuso) e una generale diminuzione nel 2001 e nel 2002, il dato parziale relativo ai primi sette mesi del 2003 fa registrare un aumento del +17,7% rispetto allo stesso periodo del 2002. Questa variabilità riscontrata negli ultimi quattro anni risulta tuttora di difficile interpretazione.

Mostra allarmanti curve di crescita anche il ripetersi di forme di sfruttamento e di abuso a danno di bambini e adolescenti (comprese quelle consumate in famiglia o a fini commerciali, la prostituzione minorile, la pedofilia, ecc.).

L'Italia dedica appena lo 0,9% della ricchezza nazionale alle politiche familiari. Tutti gli altri Paesi dell'Unione spendono molto di più per la famiglia, a partire dal Portogallo e dai Paesi Bassi che destinano l'1,2% del Pil alle politiche familiari.

L'analisi dei dati presentati nel Rapporto 2003 suggerisce alcuni possibili percorsi di intervento che vanno nella direzione di migliorare la qualità degli interventi e della formazione permanente di tutti gli operatori e di un incremento della capacità progettuale di nuovi servizi per

l'infanzia e la famiglia, coniugando la creatività con l'analisi dei costi e dei benefici economici e sociali; deve altresì essere rafforzato il sostegno a interventi progettuali specifici mirati a combattere le forme di sfruttamento e abuso nell'infanzia non solo tramite la repressione dell'illegalità, ma soprattutto con politiche di prevenzione e interventi di salute mentale.

Il disagio nell'infanzia e nell'adolescenza deve essere analizzato alla luce delle trasformazioni e delle riorganizzazioni dell'individuo nel corso dello sviluppo, valutando caratteristiche individuali, fattori di rischio e fattori protettivi presenti nel contesto familiare e socio-culturale, come evidenziano i dati presenti in questo Rapporto.

Nel corso dello sviluppo un individuo affronta precisi compiti, la cui risoluzione influenza la sua capacità di adattamento nelle successive fasi evolutive. Ogni successo nel superamento di un compito evolutivo aumenta le probabilità di una buona riuscita nei compiti successivi; viceversa, i fallimenti aumentano la possibilità di andare incontro a ulteriori fallimenti. Lungi dal comportare una visione deterministica, questa prospettiva consente di osservare il corso dello sviluppo e di intervenire nel momento in cui si rendono evidenti pericolose deviazioni non adattive: il destino di un bambino non è irrimediabilmente segnato a partire dalle prime difficoltà evolutive, perché in ogni momento è possibile che nuovi elementi modifichino la situazione.

In questa prospettiva i contenuti che abbiamo scelto di pubblicare nel Rapporto 2003 costituiscono non solo un importante strumento a disposizione di istituzioni, esperti, specialisti di settore che vogliono avere un quadro riassuntivo della attuale condizione dell'infanzia nel nostro Paese, con le sue luci e le sue ombre, ma anche un tentativo di riflettere insieme sulla società italiana nel suo complesso, e sulla sua capacità di garantire sicurezza e benessere ai bambini e agli adolescenti italiani.

Ernesto Caffo
presidente Telefono Azzurro

Gian Maria Fara
presidente Eurispes

capitolo 1

L ABUSO, LO SFRUTTAMENTO E I DIRITTI VIOLATI

SCHEDA 1. I DIRITTI DI PARTECIPAZIONE DEI BAMBINI DOPO GINEVRA

Grazie alle solenni dichiarazioni internazionali sui diritti del fanciullo, a partire dalla fine degli anni Sessanta, è cominciato un progressivo riconoscimento dei diritti del soggetto minore, attraverso l'identificazione e la predisposizione degli strumenti essenziali per promuovere e garantire il soddisfacimento dei suoi bisogni essenziali di crescita e traducendo gli stessi poi in diritti soggettivi perfetti. Risulta indubbio, del resto, che stiamo vivendo un'epoca di grandi trasformazioni sul piano del riconoscimento dei diritti del fanciullo. Solo per citare alcune delle più rilevanti, si pensi alla Convenzione dell'Aja del 1958 sul riconoscimento e l'esecuzione delle decisioni sugli obblighi alimentari a favore dei minori; alla Convenzione dell'Aja del 1961 sulla competenza delle autorità e sulla legge applicabile in materia di protezione del minore; alla Convenzione europea di Strasburgo del 1967 sull'adozione dei minori; alla Convenzione di New York del 1989 sulla promozione dei diritti dell'infanzia; alle due Convenzioni dell'Aja e del Lussemburgo del 1980, ratificate e rese esecutive con la legge n.64 del 1994 sul tema della sottrazione internazionale dei minori; alla Convenzione dell'Aja del 1993 sulla protezione dei minori e la cooperazione in materia di adozione internazionale; ed infine alla Convenzione europea di Strasburgo legge n. 77 del 2003.

A una intensa attività legislativa sul piano internazionale si è peraltro affiancata una proliferazione di leggi anche sul piano del diritto interno. Basti pensare alla recente riforma della disciplina dell'adozione e dell'affidamento familiare contenuta nella legge n. 49 del 2001 o ancora alla legge n. 54 del 2001 sugli Ordini di protezione contro gli abusi familiari, alle Norme contro lo sfruttamento sessuale del minore quale nuova forma di riduzione in schiavitù (legge n. 269 del 1998), fino alle recenti proposte di riforma delle norme sulla separazione personale dei coniugi e sull'affidamento congiunto e all'esigenza di riforma della giustizia minorile.

Fortè è dunque oggi il dibattito sul tema del diritto dei fanciulli alla partecipazione alla vita sociale, e sul dovere degli adulti di predisporre le condizioni per rendere tale diritto concretamente esercitabile. Sotto questo profilo, la legge n. 176 del 27 maggio del 1991 rappresenta quin-

di l'atto formale con cui l'Italia ha ratificato e reso esecutiva la Convenzione, impegnandosi ad adeguare la propria legislazione al sistema di valori su cui la Convenzione si radica e ai principi fondamentali di cui è intessuta.

La conoscenza di tale documento è dunque rilevante, sia per chi gode dei diritti in esso promulgati, sia per quanti sono tenuti a garantirli e rispettarli. Per questo motivo Telefono Azzurro ed Eurispes hanno realizzato alcune indagini sui bambini e gli adolescenti, sugli educatori e gli insegnanti al fine di conoscere la diffusione della consapevolezza di quanto sancito dalla Convenzione.

Nel corso della Fiera del Libro per ragazzi svoltasi a Bologna nell'aprile 2002, Telefono Azzurro ha realizzato una indagine rivolta a insegnanti ed educatori, volta a indagare il livello di conoscenza della Convenzione internazionale dei diritti del fanciullo e la sua possibile trattazione all'interno delle attività didattiche. La Fiera del Libro per ragazzi, infatti, è una manifestazione particolarmente frequentata da docenti ed educatori, per tale motivo questo particolare momento di incontro e confronto è stato sfruttato ai fini della ricerca. Sono stati raccolti complessivamente 929 questionari: nel 62,7% dei casi il questionario è stato compilato da insegnanti (di scuole di vario ordine e grado), nel 2% da dirigenti scolastici, nell'8,3% da educatori, nello 0,4% da assistenti sociali. Va inoltre sottolineato che l'11,2% del campione risulta composto da bibliotecari, il 5,7% da studenti, il 2% da scrittori e lo 0,2% da psicologi.

Nel 2003 Telefono Azzurro ed Eurispes hanno condotto un'indagine su un campione rappresentativo (per sesso, età, area geografica, tipo e grado di scuola e di classe frequentata) della popolazione scolastica italiana attraverso la somministrazione di un questionario in circa 84 scuole italiane di ogni ordine e grado. Per l'infanzia e l'adolescenza sono stati costruiti due questionari diversificati e adeguati alle rispettive fasce di età; in entrambi gli strumenti era presente una sezione dedicata ai diritti del fanciullo per indagare il livello di conoscenza e l'opinione in merito al rispetto degli stessi.

I bambini e i ragazzi italiani conoscono i contenuti della Convenzione internazionale dei diritti del fanciullo? Questo interrogativo è stato il primo importante elemen-

to di analisi del lavoro svolto. I risultati evidenziano che ben il 47,2% dei bambini e il 42,9% degli adolescenti non hanno mai sentito parlare della Convenzione. Questo risultato inatteso pone in primo piano una diffusione del tutto insufficiente dei contenuti della Convenzione e indica una scarsa promozione da parte delle figure deputate all'approfondimento di queste importanti tematiche, ossia il mondo della scuola e gli adulti significativi per il bambino. Il 50,9% dei bambini, al contrario, ha sentito parlare della Convenzione: il 35,5% a scuola, il 6,9% in famiglia, il 5% dai media, e infine il 3,5% da altre fonti. Il 56% degli adolescenti conosce la Convenzione e ne ha appreso i contenuti a scuola (31,5%), dai media (15,9%), in famiglia (4,3%) o da altre fonti (4,3%). Sia i bambini che gli adolescenti, quindi, affermano che proprio la scuola è il principale canale informativo, ma le percentuali riscontrate evidenziano purtroppo una carenza del sistema scolastico nel trattare l'importante tema dei diritti del fanciullo.

Sebbene i risultati proposti siano stati elaborati su campioni differenti, i dati fanno intuire l'esistenza di una relazione tra la scarsa conoscenza della Convenzione, e quindi la sua insufficiente diffusione tra i bambini e gli adolescenti, e il percorso formativo degli insegnanti. Solo il 30,3% degli insegnanti intervistati alla Fiera del Libro dichiara infatti di aver frequentato corsi di formazione specifici sui diritti dei bambini. Appare quindi evidente che la formazione e l'aggiornamento rappresentano un elemento fondamentale per i docenti e gli educatori che quotidianamente vengono a contatto con i minori.

Nell'indagine proposta alla Fiera del Libro da Telefono Azzurro, a insegnanti e dirigenti scolastici è stata posta anche una domanda più generica sul livello di conoscenza della Convenzione internazionale dei diritti del fanciullo. Tenendo conto della possibilità che gli intervistati rispondessero affermativamente per fornire un'immagine di sé più positiva, è stata posta loro un'ulteriore domanda per verificare l'effettiva conoscenza della Convenzione: la data della sua ratifica in Italia. La grande maggioranza degli insegnanti (92%) ha affermato di conoscere la Convenzione ma, nel momento in cui si è chiesto di specificare quando fosse stata ratificata in Italia, soltanto il 3,8% ricordava esattamente l'anno.

Nonostante vi sia una conoscenza poco approfondita della tematica, il 57,9% degli intervistati afferma di aver proposto nel proprio corso didattico attività sui diritti dell'infanzia. Benché determinati insegnamenti possano essere maggiormente attinenti alla trattazione dei diritti del fanciullo rispetto ad altri, i temi della Convenzione sono talmente trasversali da riguardare, sia pur indirettamente, qualsiasi materia di insegnamento.

I docenti che non hanno mai proposto tali tematiche du-

rante la propria attività didattica hanno addotto le seguenti motivazioni: il 29,2% non lo ha fatto a causa della mancanza di un'adeguata formazione sulla materia, il 9,6% non ci aveva mai pensato, mentre il 3,3% sostiene di averlo proposto ma di non aver ricevuto un riscontro positivo da parte dell'istituto. Dalle risposte emerge nuovamente, e in maniera chiara, un'esigenza di formazione in materia da parte del corpo docente delle scuole di vario ordine e grado.

Osservando congiuntamente i risultati delle due indagini, è possibile rilevare come effettivamente la scuola sia la prima fonte d'informazione sui diritti del fanciullo per un terzo dei bambini e dei ragazzi (rispettivamente 33,9% e 32,4%): dato confermato da circa il 60% degli insegnanti intervistati che dichiarano di aver affrontato tali tematiche all'interno dell'orario scolastico.

La conoscenza della Convenzione sui diritti dell'infanzia è stata uno dei temi affrontati nell'indagine che Eurispes e Telefono Azzurro hanno svolto nei mesi di aprile-maggio 2003. Ai giovani intervistati è stato chiesto di esprimere un parere sulla misura in cui i diversi diritti enunciati nel testo della Convenzione vengono rispettati; per ovvi motivi di età ai più piccoli non è stata chiesta un'opinione in merito al diritto ad adeguate cure sanitarie e a quello all'informazione/privacy/riservatezza.

Per i bambini fra i 7 e gli 11 anni il diritto maggiormente rispettato è quello alla famiglia (64,9%), seguito da quello allo studio (59,7%) e da quello alla vita (57,3%). Per i ragazzi più grandi (12-19 anni) l'ordine classificatorio è leggermente diverso, pur presentando scarti meno consistenti: i diritti più rispettati sono quello alla vita (65,4%), alla famiglia (64,4%) e allo studio (61,2%). I bambini considerano meno rispettato degli altri il diritto a non essere discriminati per il colore della pelle (30,8%), segue il diritto di esprimere la propria opinione (30,1%) e quello al riposo e allo svago (28,6%). Anche per gli adolescenti il diritto meno rispettato è quello a non essere oggetto di discriminazione razziale (56,3%), mentre al secondo posto si colloca quello alla protezione dai maltrattamenti (51,6%) e in terza posizione c'è il diritto al rispetto delle proprie opinioni (50,4%).

Anche gli insegnanti e i dirigenti scolastici, intervistati alla Fiera del Libro, hanno espresso la loro opinione sulla misura in cui i diritti dei minori sanciti dalla Convenzione Onu vengono rispettati. Dall'indagine emerge che secondo gli intervistati il diritto più rispettato è quello allo studio (57,4%), seguito da quello alla famiglia (56,2%), dal diritto alla vita (45,8%) e ad adeguate cure sanitarie (44,6%).

Il diritto meno rispettato, secondo gli intervistati, è quello ad essere protetti dagli abusi e dai maltrattamenti (59,9%); al secondo posto si colloca il diritto all'informa-

zione, alla privacy e alla riservatezza del bambino (43,5%). In terza posizione nella classifica dei diritti meno rispettati si colloca il diritto al rispetto delle opinioni dei bambini e dei ragazzi (37,1%). La cultura dell'infanzia centrata sull'ascolto che Telefono Azzurro nei suoi sedici anni di attività sta cercando di sviluppare nel nostro Paese sottolinea proprio l'importanza del rispetto di questo diritto. Poco rispettati risultano poi il diritto a non essere discriminati per motivi razziali (35,6%), il diritto a essere protetti dallo sfruttamento sul lavoro (32,1%) e il diritto al riposo e allo svago (27,6%).

Da un confronto tra le due graduatorie relative ai giovani e agli insegnanti è confortante rilevare come per entrambi, seppure in un ordine lievemente diverso, i diritti più rispettati, tra quelli sanciti dalla Convenzione internazio-

nale dei diritti del fanciullo, sono comunque quello alla vita, alla famiglia e allo studio. Nella rilevazione effettuata presso la Fiera del Libro di Bologna, è stato chiesto agli operatori scolastici contattati se e quanto la Convenzione Onu possa essere considerata uno strumento valido e attuativo. Per il 71,7% del campione il documento rappresenta uno strumento valido se la sua divulgazione ha lo scopo di sensibilizzare gli adulti; il 61,5% lo ritiene tale nella misura in cui siano i più piccoli ad avvalersene sentendosi e venendo riconosciuti soggetti di diritto e il 56,7% nella misura in cui i governi del mondo si impegneranno concretamente ad attuarla. Solo il 2% delle risposte vede la Convenzione come uno strumento formale e burocratico e un ancor più esiguo 0,7% sostiene che si tratta di intenzioni belle ma utopistiche.

SCHEDA 2. LA FORMAZIONE E LA RETE DEI SERVIZI PER L'INFANZIA E L'ADOLESCENZA

Lo scopo di alcuni percorsi formativi attuati da Telefono Azzurro è quello di mettere in rete e quindi di ridistribuire sul territorio le competenze presenti. La metodologia utilizzata è principalmente centrata sul caso, una consulenza di processo. Il servizio formazione si pone come "regia" di questi interventi, coordinando le diverse fasi del lavoro. La formazione integrata è un punto centrale del modello prescelto dal servizio in cui esperti ed équipe di vari settori possono mettere in circolo proprie competenze teoriche e competenze di prassi ricondotte a metodo. La logica della formazione integrata ha una diretta ricaduta sull'idea di coordinamento e di lavoro integrato dei servizi come mezzo per raggiungere il fine della globalità della risposta ai bisogni delle persone e delle famiglie, concetti questi più volte espressi nella legge di riforma sanitaria. Il modello di intervento, così come indicato dalla riforma sanitaria, prevede anche un cambiamento organizzativo; la scelta metodologica è quella del cambiamento attraverso la formazione di rete. Se è vero, come detto in precedenza, che i percorsi di apprendimento che si attivano durante l'erogazione di formazione sono in grado di produrre cambiamenti sia a livello individuale che organizzativo, l'integrazione dei servizi attraverso la formazione integrata tra servizi diventa un percorso possibile di riorganizzazione operativa interna.

Il processo che Telefono Azzurro ha messo in atto negli ultimi anni nella formazione e nell'attivazione della rete dei servizi nei territori (Centro provinciale "Giorgio Fregosi" - Tetto Azzurro di Roma, Team di emergenza di Treviso, e diversi altri centri territoriali sparsi sul territorio) ha tenuto conto dei nodi problematici che sono stati in-

dividuati come difficoltà che emergono nella costruzione di processi di apprendimento autogenerati nelle realtà territoriali, che possono essere ricondotte a tre grandi questioni: il difficile rapporto tra teoria-prassi, il privilegio accordato ad approcci deduttivi, piuttosto che induttivi, la concentrazione su soggetti forti, piuttosto che su quelli deboli (territori o attori).

Un modello di processo prevede i seguenti passaggi: stabilire un clima favorevole all'apprendimento; creare un meccanismo per la progettazione comune; diagnosticare i bisogni di apprendimento; formulare gli obiettivi del programma (che costituiscono i contenuti) che soddisfano questi bisogni; progettare un modello di esperienze di apprendimento; condurre queste esperienze di apprendimento con tecniche e materiali adatti; valutare i risultati dell'apprendimento e diagnosticare i nuovi bisogni.

È considerando tali passaggi che, nella costruzione di un gruppo, si dovrà fare riferimento a un approccio induttivo di analisi, indagando sulla realtà territoriale e sui soggetti per raggiungere la necessaria comprensione e le spiegazioni utili alla programmazione formativa dai dati forniti dal territorio. Si procede dunque attraverso un approccio empirico: sviluppare il programma formativo, sia negli aspetti metodologici che di contenuto partendo dai dati, dai fatti e dai soggetti, cioè da quanto si è riscontrato attraverso una costante osservazione della realtà territoriale e non attraverso pacchetti formativi formulati a priori con un ragionamento deduttivo sorto da un insieme di premesse teoriche; quest'ultima azione appare come rischio frequente quando la formazione si rivolge a una pluralità di servizi operativi.

La metodologia privilegiata, coerente con il modello di formazione prescelto da Telefono Azzurro, è essenzialmente centrata sul caso; una metodologia esperienziale, volta a favorire una trasmissione di conoscenza tra i diversi operatori delle rispettive professionalità e competenze. Attraverso il caso avviene l'approfondimento tematico. La riflessione attivata, il confronto tra competenze, il richiamo teorico conducono a un nuovo apprendimento che racchiude in sé anche la scoperta dell'altro, di un altro livello di competenze che si integra o si può integrare con quelle presenti all'inizio dell'esposizione del caso. L'incontro tra competenze interprofessionali, tipico dell'équipe, diventa nella formazione di rete l'incontro tra competenze interservizi, competenze che rispondono a precise richieste e mandati sociali del singolo servizio.

In un'ottica processuale di sviluppo del caso, questo significa confrontarsi fin dalla prima azione di intervento con chi verrà dopo. Anticipare le esigenze del successivo interlocutore del caso crea quella coerenza e quella sinergia di intenti senza le quali non esiste progetto d'intervento. La logica del lavoro per progetto sembra essere l'unica possibile in un ambito come quello del disagio dell'infanzia che coinvolge soggetti deboli e in sviluppo. I fattori che intervengono nel disagio conseguente a un abuso, infatti, includono le modalità con le quali il mondo circostante gestisce le situazioni; quando il mondo è quello istituzionale, la riflessione e concertazione delle modalità divengono un mandato sociale.

Proprio da questa logica nasce l'esigenza di tentare la messa in rete di quanti, indipendentemente dall'istituzione di appartenenza, si occupano della problematica spesso affrontata in modo frazionato, secondo una logica settoriale degli ambiti di competenza.

Volendo dunque brevemente riassumere l'impianto metodologico per una formazione integrata di rete, si possono identificare i seguenti presupposti: l'intervento nei ca-

si di abuso e maltrattamento ai bambini e agli adolescenti richiede un modello "multiagency"; l'intervento "multiagency" si attiva quando esiste una rete di agenzie; la rete si crea con un processo bottom up; la rete si crea lavorando con percorsi formativi integrati; la formazione integrata si realizza lavorando sul metodo; lavorare sul metodo permette la riduzione del gap tra prassi lavorative e contenuti innovativi; lavorare sul metodo consente di implementare le proprie abilità operative e di stimolare la riflessione sulle dimensioni teoriche del fenomeno; lavorare sul metodo permette la costruzione di procedure condivise tra agenzie coinvolte nella gestione del caso; la costruzione di procedure consente la definizione di accordi tra agenzie; la definizione di accordi tra agenzie permette la sottoscrizione, da parte degli enti gestori del servizio, di un protocollo di intesa; la sottoscrizione di un protocollo di intesa formalizza il lavoro dei Gruppi operativi integrati attivabili sul territorio.

Concludendo, operare in rete richiede di lavorare in modo tale da includere l'altro nel proprio spazio mentale di progettazione dell'intervento, costringendo l'operatore ad andare oltre il proprio specifico, che stimola l'azione dei professionisti che diventano protagonisti della vita organizzativa e quindi attivatori di miglioramento di processi e di performance; potremmo dire che è un metodo che fa riferimento ai più recenti sistemi di gestione della qualità. Infatti, uno dei modelli più utilizzati, per gestire il miglioramento della qualità all'interno dei servizi socio-sanitari, è il Ciclo di Deming o PDCA (Plan, Do, Check, Action). Il modello è costituito da quattro fasi sequenziali: pianificare il processo di miglioramento della qualità identificando i criteri di valutazione; fare quanto si è pianificato; verificare la tenuta del processo e i risultati che si sono ottenuti facendo riferimento ai criteri identificati in fase di pianificazione; standardizzazione del processo e riavvio di un nuovo ciclo.

SCHEDA 3. MAPPA DEI MINORI ABUSATI. GLI STRUMENTI PER DIFENDERLI

Assieme alle modalità "classiche" dell'abuso sessuale sull'infanzia (come la violenza vera e propria, consumata in famiglia o al di fuori di essa), la società contemporanea sperimenta, inoltre, sempre nuove forme di comportamento sessuale che, ancora una volta, realizzano una violenza fisica, psicologica o simbolica sui minori. L'infanzia diviene sempre più oggetto di uno sfruttamento sessuale non più solo istintuale, ma pianificato, impostato razionalmente e terreno di vantaggio economico. La pornografia e il turismo sessuale rappresentano le forme tipiche

di tale dinamica e si inscrivono nella visione del sesso come consumo che contraddistingue le società avanzate. Ecco perché è necessario non limitarsi alla stesura di leggi solo in campo penale, genericamente sanzionatorie, ma occorre programmare e pianificare forme di contrasto sociale a fenomeni sempre più gravi e mutevoli.

Con la Convenzione sui diritti del fanciullo, firmata a New York il 20 novembre 1989, l'Italia, insieme ad altri 186 Paesi, ha assunto nella sede internazionale precisi impegni sul piano della lotta alla pedofilia. La "pedofilia" re-

sta un fenomeno diffuso che ha mostrato preoccupanti capacità di adattamento anche attraverso l'uso delle nuove tecnologie, basti pensare a Internet e a tutto il settore della pedofilia on line. Il Governo ha dichiarato di porre la lotta al fenomeno fra i suoi impegni prioritari e di investire, in questa battaglia, energie e risorse. Per questo, circa un anno fa è stato costituito il "Ciclope" cioè il Comitato interministeriale di coordinamento per la lotta alla pedofilia. Si è ravvisata l'esigenza di un raccordo operativo forte fra le varie istituzioni che, a diverso titolo e con diverse competenze, si occupano del fenomeno.

Per dare ulteriore valore e pregio all'impegno svolto dalla società civile fino ad oggi, è stata sentita poi l'esigenza di coinvolgere tutte quelle associazioni che, spesso con funzioni di battistrada, da anni si occupano di tutela dei minori e che hanno maturato esperienze e competenze di grandissimo valore.

Il ruolo del Ciclope è proprio quello di coordinare le attività di prevenzione e contrasto della pedofilia svolte dalle diverse amministrazioni dello Stato e raccordarle con le azioni messe in atto dal privato sociale. L'obiettivo è quello di creare una strategia condivisa nella quale inserire armonicamente tutte le iniziative mirate: all'emersione e alla conoscenza del fenomeno, alla prevenzione e protezione dei minori, alla assistenza ai bambini abusati, alla repressione dei reati.

Un punto cardine dell'attività del Ciclope consiste nel promuovere un Osservatorio per il monitoraggio della pedofilia. È ancora opinione diffusa, per quanto riguarda l'abuso sessuale, che vi sia una consistente parte di episodi di abuso sui minori che non viene denunciata per molteplici ragioni e che sfugge a qualsiasi rilevazione statistica. Ciò conferma ulteriormente quanto complessa sia la modalità per affrontare il fenomeno. Esso coinvolge delicati equilibri e lascia intuire una vasta porzione di violenze non prese in carico dalle istituzioni.

Alla luce di questi primi rilievi, il Ciclope ha elaborato il primo Piano nazionale di contrasto e prevenzione della pedofilia, come programma in cui tutte le iniziative sono parte della stessa strategia di intervento, incentrata sugli aspetti repressivi, di prevenzione e di assistenza alle vittime. Si auspica che il Ciclope attivi concretamente un sistema di rilevazione e monitoraggio di tipo innovativo: la conoscenza dei dati del fenomeno sul territorio nazionale e internazionale, dei suoi aspetti ancora oggi non conosciuti, delle "buone pratiche" e di tutte le implicazioni psicologiche, etiche, morali, sociali, educative, rappresenta il primo e fondamentale passo per l'avvio di una efficace strategia di contrasto alla pedofilia e agli abusi sessuali in danno di minori.

Fare una analisi dell'abuso sessuale a danno di bambini e adolescenti in Italia risulta difficile e complesso sia per la

peculiarità del fenomeno sia per la carenza di ricerche specificatamente rivolte a questo problema. È indubbio che diverse esperienze di ricerca, di studio e di rilevazione, potrebbero contribuire a migliorare un quadro interpretativo che oggi risulta assai poco delineato. Nel panorama italiano, a fianco della carenza di sistemi di rilevazione, si affianca anche l'assenza di linee guide di ricerca che sono quanto mai necessarie per porre le basi a delle metodologie di lavoro condivise. Il Ciclope potrà fornire l'occasione non solo per creare un raccordo e una condivisione di strumenti e procedure utili alla raccolta dei dati relativi all'abuso sessuale e alla pedofilia, ma anche promuovere ricerche innovative specifiche su queste delicate problematiche.

L'analisi dei dati relativi all'abuso sessuale in pregiudizio di minore dà la sensazione di trovarsi di fronte a un quadro di difficile comprensione che comporta, da un punto di vista metodologico, l'impossibilità di interpretare esaurientemente il fenomeno. Comunque sia, stando ai dati della Direzione centrale della Polizia criminale 3° Settore - 3^a Area non emerge una stabilità del fenomeno nel suo complesso: per quanto riguarda le vittime di abuso sessuale, si riscontra il dato più elevato nell'anno 2000 (700) e una generale diminuzione nel 2001 e nel 2002, mentre il dato parziale relativo ai primi sette mesi del 2003 fa registrare un aumento del +17,7% rispetto allo stesso periodo del 2002.

La flessione più marcata della casistica relativa alle vittime si è registrata tra l'anno 2000 e il 2002 dove, in numero assoluto, si è riscontrata una differenza di 189 unità. Dall'analisi delle differenze in valore assoluto fra i dati del 2000 e quelli del 2002 attuata per regione, emergono in particolare due picchi, uno determinato dalla Campania (-70) e l'altro dalla Lombardia (-62) che congiuntamente giustificano buona parte della flessione complessiva registrata nel 2002. Alcune regioni sembrano complessivamente attestarsi nel corso degli anni ai primi posti per numero di vittime di abusi sessuali: in particolare Lombardia, Campania, Lazio e Sicilia. Nel 2002 si è assistito all'inserimento della Toscana al primo posto con un numero complessivo di vittime pari a 84. Nei primi mesi del 2003, oltre alla Lombardia (64), si segnalano ai primi posti la Sicilia (54), la Campania (49) e l'Emilia Romagna (47).

Dall'analisi della casistica relativa agli anni 2000, 2001 e 2002, si conferma una certa stabilità delle posizioni regionali e la preponderanza delle denunce relative all'anno 2000: in particolar modo, la classificazione regionale vede ai primi posti, come numero di vittime, Lombardia, Campania, Lazio, Puglia e Sicilia. Rispetto al trend 2000-2002, nel 2001 si assiste a un picco relativo alla Basilicata (39 casi).

Le principali vittime di abuso sessuale rimangono indubbiamente le bambine e le adolescenti. Il dato relativo al 2003, nonostante faccia segnalare una preponderanza relativa al sesso femminile (65,9%), conferma comunque che l'abuso sessuale è un problema che coinvolge anche i maschi (34,1%). In particolare, questi ultimi sono maggiormente vittime nella fascia di età fino a 10 anni (40%). La relazione classe di età e sesso della vittima ha comunque un andamento diversificato: per quanto riguarda i maschi, al crescere della classe di età diminuisce la percentuale relativa alle vittime (0-10 anni: 40%; 11-14 anni: 36,6%; 15-17 anni: 23,4%), per le femmine emerge una percentuale più elevata fra gli 11 e i 14 anni (44,6%) seguita dalle vittime con età fino a 10 anni (33,9%) e infine dalla classe più grande (15-17 anni: 21,5%). Per quanto riguarda la numerosità campionaria in relazione alla sola classe di età, complessivamente la fascia in cui si registrano le maggiori vittime è quella compresa tra 11 e 14 anni (41,9%).

Un dato interessante, anche se l'interpretazione non è ancora definitiva, riguarda la nazionalità delle vittime. Analizzando il trend 1999-2003 (primi sette mesi), si rileva complessivamente un aumento in percentuale dei bambini e adolescenti stranieri nel corso degli anni. In particolare si passa dal 5,4% dei minori vittime di abuso sessuale relativi all'anno 1999 al valore più elevato del 13,7% del 2002; nei primi sette mesi del 2003 si è registrato un valore dell'8,2%.

I dati forniti dal ministero dell'Interno contemplano anche la voce relativa alle segnalazioni di reato, ossia al numero delle comunicazioni pervenute dagli uffici periferici sulle fattispecie di reato. Queste possono essere indagati a esito positivo, ossia risolte con identificazione e denuncia del responsabile del reato. Alle segnalazioni di reato consegue un numero di persone denunciate alla Autorità giudiziaria i cui provvedimenti possono consistere anche nell'arresto. Nonostante la possibile provvisorietà di alcuni dati, la percentuale relativa alla identificazione e denuncia del responsabile del reato è elevata e pressoché simile negli anni in analisi: 97,9% nel 1999; 99,1% nel 2000; 99,2% nel 2001; 98,1% nel 2002 e 95,2% nel 2003. Le segnalazioni di reato possono portare anche all'arresto dei presunti responsabili della violenza. Le percentuali relative agli arresti, negli anni in esame, oscillano da un minimo del 40,2% relativo ai primi sette mesi del 2003 al 67,5% dell'anno 2001.

Dalla analisi delle relazioni vittima-autore di reato viene confermata la relazione di conoscenza tra l'autore e la propria vittima (relazione intraspecifica); sebbene vi sia nel corso degli anni un range di variabilità, il rapporto di conoscenza risulta essere decisamente elevato: si passa dal valore più basso relativo all'anno 1999 (68,5%) a quello più elevato relativo ai primi sette mesi del 2003 (93,3%). Si assiste complessivamente a un aumento di circa 25 punti in percentuale di autori di reato che conoscono la propria vittima tra gli anni 1999 e 2003. Viene a cadere l'illusione che l'abuso sessuale sia una violenza perpetrata da sconosciuti: i principali pericoli, come i dati attestano, sembrano derivare invece da persone ben note alla vittima. La categoria "conoscenti" ha un peso sostanziale e superiore a tutte le altre classificazioni: raggiunge la percentuale più elevata nei primi sette mesi del 2003 (50,8%) e nel 2002 (48,6%); in questi due anni, circa in un caso su due, l'abuso è stato commesso da un conoscente della vittima.

Nonostante siano i conoscenti i principali artefici di questo reato, l'abuso sessuale può essere perpetrato anche da un componente della famiglia: esso raggiunge le percentuali più elevate sempre nei primi sette mesi del 2003 (36,8%) e nel 2000 (32,3%) con una flessione marcata nel 2001 (20,9%). Genitori, zii e conviventi: sono questi i responsabili maggiori degli abusi che avvengono fra le mura domestiche nell'80% circa dei casi. Nello specifico sono comunque i genitori i principali artefici degli abusi: essi rappresentano, nella casistica in esame, la categoria con percentuali più elevate raggiungendo il valore di picco nel 2001 (61,9%). Ma al secondo posto troviamo gli zii con percentuali che vanno dal 12,4% (anno 2001) al 17,4% (anno 2000) seguiti da un convivente del genitore con la percentuale più elevata nel 1999 (15,8%).

L'abuso sessuale è un fenomeno che solo in minima parte può venire alla luce; a volte situazioni di abuso sessuale rimangono nel sommerso per anni e a volte per sempre: esperienze dimenticate e rimosse che possono far apparire meno "urgente" questa forma assoluta di violenza, contribuendo a descrivere l'abuso sessuale come fattore riconducibile a pochi casi. Da un punto di vista di interpretazione del fenomeno, è lecito chiedersi se siamo di fronte a una diminuzione, una stabilità, oppure a una crescita della casistica. Proprio in considerazione del sommerso è indubbio supporre che non necessariamente alla riduzione delle denunce corrisponda una riduzione del fenomeno.

SCHEDA 4. STRUMENTI DI INDAGINE IN CASO DI ABUSO

La sempre maggiore attenzione attribuita alla testimonianza del minore, come vittima e/o testimone nei casi di abuso, e il sempre più frequente coinvolgimento di neuropsichiatri infantili, psicologi e psichiatri nelle consulenze tecniche da parte dell'autorità giudiziaria, richiedono necessariamente un impiego di metodologie scientificamente corrette. La potenzialità dei minori a testimoniare ha reso fondamentali gli studi sulla memoria. Ma, al di là delle specifiche competenze del bambino, quanto possono i suggerimenti esterni portare a ulteriori errori nella ricostruzione di un evento?

La risposta proviene dagli studi sulle *misleading question* ovvero le domande inducenti o fuorvianti, che fanno leva sugli aspetti di suggestionabilità della memoria; un processo, definito in inglese di *interrogative suggestibility*, che corrisponde alla tendenza dell'individuo a cedere ai suggerimenti esterni nel processo di recupero di un ricordo. Alla luce di quanto detto, la possibilità che il minore possa raccontare in sede di testimonianza fatti mai accaduti, unita all'esigenza di utilizzare modalità di intervista che si possano adattare a casi delicati come questi, ha reso necessario l'uso di tecniche di indagine condivise dalla comunità scientifica. Di seguito viene presentato lo Statement Validity Analysis, quale strumento largamente utilizzato nelle perizie in casi di abuso e il Reality Monitoring, meno conosciuto del primo e per alcuni aspetti adatto a impieghi diversi ma che può aprire nuovi filoni di ricerca nell'analisi delle testimonianze.

Lo *Statement Validity Analysis (Sva)* è uno strumento molto diffuso, costruito per stabilire la credibilità di una deposizione. Nasce dall'esigenza di approntare una tecnica capace di far luce sui complessi casi di abuso sessuale sui minori, in cui spesso ci si trova a fare i conti con testimonianze discrepanti tra vittima e imputato. La Sva è costituita da tre parti: un'intervista strutturata; un'analisi del contenuto (Cbca) tesa a verificare il contenuto e la qualità delle affermazioni fornite dal teste; e infine una valutazione della credibilità attraverso una lista di domande (Check-list di Validità).

La prima fase che caratterizza le indagini peritali è basata su un'intervista. Va detto che intervistare un bambino è un'operazione molto diversa rispetto a farlo con un adulto, poiché i bambini sono maggiormente sensibili alle domande tendenziose e guidanti. La seconda fase della Sva si basa su una valutazione sistematica della qualità del racconto prodotto durante l'intervista, chiamata *criteria-based-content-analysis (Cbca)*. Viene esaminata la presenza o assenza di 19 criteri, divisi in cinque categorie, utilizzando una scala a 3 intervalli, dove 0 indica che il criterio è assente, 1 che il criterio è parzialmente presente, 2 che il

criterio è presente in maniera preponderante. La presenza di ciascun criterio aumenta la qualità del racconto e rafforza l'ipotesi che ciò che viene raccontato non è frutto della fantasia o della suggestione.

La Cbca da sola però non è sufficiente nella valutazione della credibilità di un resoconto. Spesso può accadere che l'intervista non sia stata condotta correttamente e quindi che molte risposte siano state inconsapevolmente veicolate dall'intervistatore, o che il teste sia molto giovane per cui povero nell'espressione dei contenuti, o che l'intervistatore non abbia dato il tempo sufficiente al soggetto per rispondere. Questo è dovuto anche al fatto che la Cbca non è un test standardizzato. Si è quindi cercato di ovviare a tale problema attraverso una check-list capace di controllare gli aspetti contestuali e motivazionali connessi al racconto reso dal soggetto.

Quanto più positiva risulta la lista di controllo, tanto più si possono generare dubbi su come è stata condotta l'indagine. L'introduzione della check-list, secondo alcuni, ovvia solo in parte al problema. Ad esempio, scoprire che un bambino è facilmente suggestionabile non può portare a concludere in maniera netta che ciò che egli ha raccontato sia stato influenzato dall'intervista; se anche fosse così, in che modo ciò ha influenzato la qualità del racconto? In altre parole, specifici fattori influenti sul racconto possono solo essere stimati e non individuati con esattezza. Inoltre la valutazione della Sva è altamente soggettiva; essa dipende interamente dall'interpretazione di colui che la utilizza, anche se la presenza di due osservatori indipendenti può limitare tale problema.

I limiti della Cbca hanno indotto gli esperti ad accostarvi un altro strumento, il monitoraggio della realtà (*Reality Monitoring*) in grado non solo di discriminare falsi resoconti, ma anche di essere utilizzato sugli adulti e non soltanto nei casi di abuso sessuale. Lo strumento, relativamente nuovo, si fonda sul presupposto che un evento vissuto in prima persona lasci nel soggetto un ricordo qualitativamente diverso da quello immaginato. Infatti, il primo episodio è caratterizzato da informazioni percettive, contestuali e affettive; il secondo da elementi di tipo cognitivo (ragionamenti e riflessioni) piuttosto che di tipo percettivo. Il limite di tale strumento consiste nella difficoltà a somministrarlo a bambini troppo piccoli, poco capaci nel discriminare tra fantasia e realtà; inoltre esso sembra maggiormente attendibile per eventi recenti piuttosto che lontani nel tempo.

I criteri utilizzati per l'analisi del contenuto attraverso il Reality Monitoring sono:

chiarezza: il criterio è riferito a un resoconto chiaro e vivido; *informazione percettiva*: il criterio è presente quan-

do nel resoconto si ritrovano esperienze sensoriali di suoni, odori, sensazioni fisiche, dettagli visivi; *informazione spaziale*: il criterio è presente se il resoconto include informazioni di luogo e di spazio. Questo criterio è sovrapponibile al criterio 4 della Cbca riferito ai “dettagli contestuali”; *informazione temporale*: il criterio è soddisfatto se nel riscontro sono presenti informazioni sulla collocazione temporale e una descrizione sequenziale dell’evento. Anche questo criterio è sovrapponibile al criterio 4 della Cbca riferito ai “dettagli contestuali”; *affettività*: il criterio è riferito al modo in cui il protagonista della storia si è sentito durante l’evento. Questo criterio è sovrapponibile al criterio 12 della Cbca: “riferimento al proprio stato mentale”; *ricostruttibilità della storia*: il criterio è presente quando, attraverso le informazioni ricevute, è possibile ricostruire la storia. Questo criterio è sovrapponibile alla struttura logica (criterio 1), alla relazione poco strutturata (criterio 2) e alla quantità di dettagli (criterio 3) della Cbca; *realismo*: il criterio è soddisfatto quando la storia è plausibile, realistica e ha senso. Questo criterio è sovrapponibile alla “struttura logica” (criterio 1) della Cbca; *operazioni cognitive*: il criterio, visto come correlato a un racconto falso, riguarda inferenze di natura cognitiva effettuate dai partecipanti durante il racconto dell’evento: ad

esempio, dire «la sua reazione mi diede l’impressione che lei fosse confusa» anziché dire «lei era confusa». I primi sette criteri si riscontrano tanto più frequentemente quanto più il resoconto è veritiero, mentre la forte presenza dell’ottavo criterio è collegata a un resoconto falso. La comparazione tra la Cbca e il Reality Monitoring è di grande interesse proprio grazie alla sovrapposizione di alcuni criteri relativi ai due strumenti. Sono in corso ricerche per capire quale tra le due tecniche di analisi del contenuto sia migliore. A ogni modo, è opportuno ragionare nei termini di una possibile, futura integrazione dei due strumenti.

Infine, per correttezza teorica, ricordiamo altre due importanti forme di intervista adoperate per ottenere informazioni durante l’audizione protetta: l’*Intervista cognitiva*, tesa a chiarire eventuali punti oscuri emersi durante la fase di racconto libero del bambino, e la *Step-Wise Interview*, che ha lo scopo di trarre, attraverso una serie di graduali passaggi, il massimo delle informazioni con la minima contaminazione del ricordo. Al di là della tecnica di audizione del minore utilizzata, bisogna ricordare l’importanza della definizione di alcuni criteri-base capaci di garantire una corretta raccolta e analisi della testimonianza.

SCHEDA 5. IL PROGRAMMA DI RICERCA PWSA (PEDOPHILIA WEB SITES ANALYSIS)

Il programma di analisi Pwsa sui siti pedopornografici si propone di fornire spunti investigativi e dati scientifici sui siti web che forniscono materiale pedopornografico. Il primo campione di siti analizzati (1.000 unità) è stato estratto da migliaia di siti pornografici monitorati dal Servizio Polizia postale e delle comunicazioni negli ultimi tre anni (circa 80.000, di cui circa 5.000 pedofili).

Una speciale squadra dell’Uaci (Unità di analisi sul crimine informatico) effettua, dopo la fase di monitoraggio investigativo, ulteriori e più approfonditi rilevamenti sulla struttura di tali siti (a gruppi di 100 siti alla volta), sulla loro localizzazione geografica e sul materiale pedopornografico in essi contenuto, al fine di determinare le “richieste” dei pedofili in tema di età dei bambini e di tipologia di materiale (foto, video, ecc.) attraverso un’analisi sincronica del materiale.

Il numero dei siti web attestati in Italia che contenevano realmente materiale pedopornografico e che sono stati oscurati è però ridotto (circa 70). I professionisti della pedofilia, infatti, collocano quasi sempre i loro server in nazioni con normative e procedure complesse e tendenzialmente più tolleranti rispetto ai Paesi della Comunità eu-

ropea. Il monitoraggio della rete 24 ore su 24 da parte di personale specializzato della Polizia di Stato consente infatti la localizzazione e l’immediato intervento (entro pochi minuti e su tutto il territorio nazionale) sul server che ospita il sito.

Nel corso dell’attività di monitoraggio della rete, i siti web pedopornografici attestati all’estero vengono segnalati agli organismi di polizia collegati: si è passati dalle 195 segnalazioni del 1999 alle 2.277 del 2002.

I siti pedopornografici vengono prelevati dall’archivio elettronico della Polizia Postale e delle Comunicazioni mediante sorteggio e vengono poi sottoposti ad una serie di valutazioni analitiche. Il dati rilevati mostrano come la maggior parte dei server che ospitano siti pedopornografici siano attestati in Usa (76%) e, di seguito ma a grande distanza, in Canada (5%) e in Olanda (3%). Nelle altre nazioni si colloca una minore quantità di siti pedopornografici. Il 64% delle società che gestiscono i siti pedopornografici è localizzato nel Nord-America, con una certa presenza anche in Canada (7%), Russia (5%) e Inghilterra (4%).

I dati rilevati mostrano inoltre come l’85% dei siti pedo-

pornografici sia almeno in parte a pagamento; in particolare, mentre il 28% prevede una consultazione solo dietro pagamento, il 57% contiene una sezione gratuita progettata soprattutto per invogliare il cliente a scaricare materiale a pagamento. Tale dato conferma la caratteristica del business della pedopornografia on-line e le conseguenti strategie di mercato adottate dai gestori del settore. La prevalenza dei siti pedopornografici analizzati si indirizza nel 69% a una utenza pedofila, come evidenziato. I gestori della maggior parte dei siti tendono quindi, presumibilmente, a rivolgersi a una ben determinata fetta di mercato.

La presenza di pedopornografia all'interno di un sito pornografico rende di fatto tale sito illegale e necessita di particolari cautele. Si rilevano però, nel 31% dei casi, dei siti pornografici che contengono una piccola sezione dedicata alla pedofilia anche se spesso si tratta, come già detto, di "inganni" ottenuti con vari stratagemmi (per esempio, truccare da bambina una donna giovanissima e di piccola statura). Quest'ultima categoria di siti costituisce in effetti un fattore di rischio per quanto riguarda un eventuale download erroneo di materiale pedofilo.

Nel campione di siti analizzati la prevalenza dei bambini fotografati o filmati è di sesso femminile (87%); l'11% propone soggetti di entrambi i sessi. Tale dato, in accordo con la letteratura scientifica internazionale (DSM-IV), ribadisce l'interesse primario dei pedofili verso le bambine e la conseguente tendenza da parte dei gestori dei siti a fornire le immagini più richieste.

La classe di età dai 4 ai 10 anni (apparenti) raccoglie da sola la metà dei bambini fotografati mentre la fascia definita tecnicamente "del loltismo" (14-16 anni) raccoglie il 13% delle presenze; i giovani dagli 11 ai 13 anni rappresentano il 6% dei casi e i bambini fino a 3 anni l'1%. Tale informazione suggerisce quindi l'interesse prevalente dei fruitori di pedopornografia verso bambini piccoli e questo fattore rappresenta, dal punto di vista psicopatologico, una presenza inequivocabile della pedofilia in forma grave. L'interesse per bambini in età adolescenziale (con caratteri sessuali secondari sviluppati) è infatti tendenzial-

mente una prerogativa di pedofili con un quadro clinico meno grave. Molti siti (circa il 30%) offrono invece bambini di varie età, presumibilmente per incontrare i gusti della maggior parte dei pedofili che frequentano tali siti.

La prevalenza dei bambini fotografati (il 75%) risulta avere tratti somatici europei/Usa. Una minima parte dei siti analizzati (2%) contiene in prevalenza bambini asiatici; mentre si registra un discreto numero di pagine (circa il 23%) che contiene foto di bambini di varie razze.

La provenienza dei bambini con tratti somatici europei è di fatto incerta. In connessione teorica con gli studi sul turismo sessuale si può presumere una certa provenienza dai Paesi dell'Europa dell'Est e dal Sud-America. Il 75% delle foto analizzate raffigura bambini impegnati in esplicite attività sessuali; il 19% presenta minori nudi anche se non impegnati in tali attività.

La quasi totalità (93%) dei siti pedopornografici contiene materiale pedofilo sulla homepage. Tale disponibilità è legata a evidenti esigenze di "mercato" da parte dei gestori di siti che tentano di incuriosire e attirare, oltre che i pedofili abituali, anche eventuali navigatori occasionali.

Il tipo di materiale pedopornografico presente nel 98% dei siti analizzati concerne fotografie, normalmente in buona risoluzione se realizzate professionalmente (in studio di posa) e di mediocre qualità se amatoriali. Le fotografie rappresentano il supporto più agile per la pedopornografia essendo veloci da scaricare. Anche i filmati (63%), così come le web-cam (34%) dal vivo, sono spesso presenti nei siti pedopornografici (proprio sulle web-cam è in corso uno studio Uaci specifico).

La presenza di fumetti nel 7% dei casi costituisce infine motivo di particolare interesse criminologico e investigativo. Tale materiale, infatti, oltre che destinato alla gratificazione sessuale del pedofilo adulto, può essere utilizzato come strumento di convincimento dei bambini durante i tentativi di adescamento e, in tal senso, dovrebbe rappresentare motivo di grande attenzione investigativa. Solo nell'1% dei siti analizzati i contenuti delle immagini pedopornografiche sono esplicitati attraverso la narrazione di un racconto.

SCHEDA 6. PORNOGRAFIA IN INTERNET: I LABILI CONFINI TRA "ADULT" E "CHILD PORNO"

Esistono due "tipi" di pornografia che albergano in Internet: l'*adult porno* e il *child porno*. Da quando le società economicamente sviluppate sono diventate il luogo simbolico in cui avviene la continua esposizione delle merci, la pornografia intesa come adult porno è diventata una vera e propria industria diversificata in vari settori mer-

ceologici. Al vertice dell'industria pornografica occidentale troneggiano le multinazionali. Seguono le imprese nazionali, variamente internazionalizzate, più o meno colossali, tutte multimediali. Multinazionali e colossi nazionali possiedono vari marchi e loghi, detengono diritti e master tecnologici; operano rastrellamenti e fusioni,

creano joint-ventures e partnership. Più sono forti, più settori merceologici inglobano: video, tv, stampa, sexy shop e, naturalmente, porno on-line. Multinazionali e colossi sono per lo più, ma non esclusivamente, statunitensi.

Garantita dalla rispettabilità economica di tali eccellenze, l'industria pornografica ingloba fino all'ultimo piccolo impresario fai-da-te, specialmente nel settore on-line che consente a chiunque, con pochi investimenti, di "lanciarsi" nel porno procurandosi dal mercato on-line tanto i fornitori di accesso quanto gli strumenti tecnologici che servono per commercializzare i propri prodotti.

Nelle società democratico liberali, gli estensori delle legislazioni sulla pornografia in quanto tale, ben prima dell'emergenza pedopornografica, hanno sempre cercato, e cercano, di trovare un punto di equilibrio tra l'imperativo di ordine morale di contenere la circolazione di materiali sessualmente espliciti e la necessità pragmatica di regolare il traffico, ma senza mortificare con ordinamenti di tipo etico il diritto alla libertà di circolazione di tutti i mezzi espressivi e dei loro contenuti, fruibili da parte di cittadini responsabili delle proprie azioni. Nel rispetto di questo paradigma, non è mai contemplata la proibizione del consumo di pornografia; né però, per converso, è mai stata concessa la protezione esplicita di un qualche "diritto al consumo pornografico".

Così le merci pornografiche risultano merci "stranamente" illegali, liberate o appesantite, a seconda delle circostanze, da vincoli che ne limitano la produzione e la circolazione. Di fatto, libere di essere prodotte e di circolare ovunque. Ma in particolare su Internet, i labili confini tra adult porno e child porno sembrano costituire una buona ragione per imporre divieti sempre più specifici che vanno a lambire la criminalizzazione della pornografia in quanto tale.

Le leggi antipedofilia, prodotte in tutta Europa per la necessità di difendere dall'assalto del child porno l'integrità, la dignità e la libertà sessuale di bambini, adolescenti e giovani, hanno introdotto una discriminante nuova e fondamentale: la criminalizzazione del consumo di materiali sessualmente espliciti che vedono minori rappresentati come oggetti del desiderio pedofilo e soggetti delle sue rappresentazioni. La condizione posta alla circolazione di adult porno è la riservatezza, la privacy se così vogliamo chiamarla. Ne consegue che vendere e comprare pornografia sia lecito, a patto di proteggere sia i minorenni

ni sia coloro che con tale commercio non vogliono avere a che fare. In questo modo, l'adult porno risulta di fatto "zonizzato".

Nella realtà virtuale non c'è, invece, alcuna possibilità di "zonizzare" la compravendita di pornografia perché Internet è una piazza telematica aperta a tutto e a tutti, e in tutte le ore. Non per questo il legislatore rinuncia a governare la Rete. Anzi, più la Rete trasmigra dal sogno della libertà e gratuità senza confini alla veglia dell'imperativo commerciale, più deve essere governata. E quindi si moltiplicano le leggi che la regolano. Molto importante, perché indirettamente riguarda la commercializzazione dell'adult porno on-line, è la Direttiva 2000/31/CE che fissa i principi di armonizzazione delle norme sull'e-commerce cui si devono adeguare le legislazioni nazionali. In Italia, il decreto legislativo n. 70 del 9 aprile 2003 recepisce la Direttiva e le sue raccomandazioni.

Sul fronte del child porno l'Unione europea si è sempre preoccupata e occupata. Gli atti a livello europeo maggiormente significativi sono l'Azione comune per la lotta alla tratta degli esseri umani e lo sfruttamento sessuale dei minorenni, del 1997, e la Decisione del Consiglio d'Europa del 2000 relativa "alla lotta contro sfruttamento sessuale dei bambini e la pornografia infantile". Due anni è durata la gestazione delle norme più significative, perché definitorie e definitive, contenute nella Decisione quadro approvata a Bruxelles il 29 luglio 2003. Dovrà essere recepita dagli Stati membri entro due anni, dopo di che le leggi nazionali dovranno armonizzarsi ai suoi dettati.

La Decisione quadro, indirizzata a combattere con la stessa severità la pornografia infantile sia off-line che on-line, rischia, comunque, di contribuire a conferire soprattutto all'adult porno on-line un surplus di "statuto giuridico fragile". La pornografia infantile, infatti, viene definita tale anche se il bambino che vi è rappresentato è un "bambino virtuale" o addirittura un bambino inesistente grazie a camuffamenti e artifici tecnologici. Non c'è dubbio che tali camuffamenti sono più facilmente realizzabili on-line che off-line, non tanto per ragioni tecniche quanto per il fatto che la realtà virtuale è meno controllabile della realtà "reale". Quindi è ipotizzabile che le norme della Decisione quadro verranno utilizzate dagli organismi preposti alla vigilanza soprattutto per passare al setaccio tutta la pornorete, presupponendo non solo labili confini tra adult porno e child porno, ma un vero e proprio continuum.

SCHEDA 7. BAMBINE MUTILATE

Con il termine *Mutilazioni genitali femminili* (Mgf) si intende una serie di pratiche, diffuse in molti Paesi, che mirano ad alterare la conformazione degli organi genitali femminili esterni per finalità non terapeutiche. Benché accomunate sotto la medesima sigla di Mgf, le pratiche possono essere molto differenti fra loro per modalità di esecuzione, motivazioni culturali e antropologiche su cui si basano, età in cui vengono applicate, operatori che le effettuano, partecipazione della collettività.

Le Mgf sono diffuse prevalentemente in Africa, dove interessano circa 25 Paesi della fascia sub-sahariana, dalla Mauritania e dal Senegal a Ovest, fino ai Paesi del Corno d'Africa (Somalia, Etiopia, Eritrea e Gibuti) a Est; a Nord arrivano a comprendere l'Egitto e a Sud la Tanzania e il Mozambico. La forma più distruttiva, ovvero l'infibulazione, interessa soprattutto Somalia, Sudan, Eritrea, Etiopia, Gibuti e Mali. Le Mgf sono praticate anche in alcuni Paesi del Golfo Persico (Yemen, Oman, Emirati Arabi Uniti) e, sebbene limitatamente a gruppi minoritari, in America meridionale (presso etnie di Indios amazzonici), in India e in Estremo Oriente (Indonesia e Malesia).

In anni recenti, in seguito ai massicci flussi migratori, il fenomeno si sta diffondendo anche ad altri Paesi e aree geografiche. Si stima che nel mondo siano approssimativamente da 130 a 150 milioni le persone di sesso femminile sottoposte a qualche forma di mutilazione dei genitali, che ogni anno vi siano almeno 2 milioni di bambine a rischio di subire tali pratiche, e 6.000 donne ogni giorno. Le stime sul numero di donne che nell'anno 2002 sono state sottoposte a mutilazioni genitali femminili in alcuni Paesi del mondo danno le seguenti cifre: Stati Uniti, 168.700; Regno Unito, 30.250; Italia, 28.500; Francia, 27.900; Germania, 20.700; Svezia, 18.100; Spagna, 6.300.

Le conseguenze mediche dipendono dal tipo di Mgf. Vanno dalla morte per shock emorragico o settico alle emorragie gravi, alle infezioni di varia entità. Le infezioni si possono diffondere all'utero, alle tube, alle ovaie, fino a provocare sterilità. Ci possono essere infezioni urinarie e ritenzione dell'urina, lesioni uretrali, vaginali, perineali, danni al retto. Frequenti sono il tetano, l'epatite, l'Hiv per l'uso di un unico coltello su molte bambine. In seguito la cicatrice può essere complicata da cheloidi (proliferazione fibromatosa) che ostruiscono l'ostio vaginale, cisti da ritenzione, fistole. I problemi più frequenti sono i dolori mestruali, l'ematocolpo (ritenzione del sangue mestruale che non riesce a fuoriuscire), disfunzioni sessuali di vario tipo (frigidity, dispareunia...), parti distocici con gravi conseguenze sul bambino.

I problemi psicologici possono essere legati a vari fattori. Innanzi tutto alla traumaticità dell'evento in sé, sebbene

esso appaia coerente con la propria cultura. In base ad alcune ricerche sono stati evidenziati sulle bambine e sulle giovani sottoposte a tali pratiche molti dei sintomi tipici del disturbo post traumatico da stress: essere invasi dalle proprie emozioni, in particolare dalla paura, opponendosi ad esse in ogni modo; presenza di incubi notturni; ricordi improvvisi fino alle allucinazioni; crisi d'ansia di fronte a stimoli apparentemente innocui ma che ricordano il trauma; ipereccitabilità; ipervigilanza con conseguente affaticamento; deficit della concentrazione e dell'apprendimento.

Il diritto internazionale ha prodotto diversi documenti al fine di tutelare l'integrità psicofisica della persona, in particolare attraverso la formulazione dei cosiddetti diritti sessuali riproduttivi, il cui contenuto ruota intorno a una serie di componenti chiave, ovvero a) la salute sessuale e riproduttiva; b) la sicurezza riproduttiva e sessuale; c) il potere decisionale sulla procreazione; d) la parità ed equità fra uomini e donne. L'elaborazione di tali diritti si basa sulla riflessione cui ci conducono le cifre allarmanti sull'elevata mortalità delle donne nel mondo, causata da infezioni dell'apparato genitale, malattie sessualmente trasmesse e da complicazioni in seguito ad aborto.

Le iniziative per contrastare le Mgf attuate nel contesto internazionale sono state molteplici nel corso degli anni. L'attenzione riguardo al problema delle Mgf risale alla fine degli anni Settanta, in coincidenza con lo sviluppo del movimento femminista e il fiorire dell'interesse e delle attività delle agenzie internazionali sui temi relativi alla condizione della donna. Nel contesto internazionale sono tre le dimensioni secondo cui appare implicita o esplicita una condanna della pratica di Mgf: la sfera dei diritti umani; quella dei diritti della donna; la sfera dei diritti del bambino.

Anche i Paesi interessati dalla pratica delle Mgf, in particolare quelli africani, da oltre vent'anni stanno faticosamente portando avanti processi di cambiamento basati soprattutto su iniziative legali, campagne di educazione e ricerca sugli effetti devastanti di tali pratiche. Nell'Unione europea, anche se non è contenuto alcun riferimento specifico alle mutilazioni genitali femminili o comunque a pratiche tradizionali o consuetudinarie che ledano il diritto all'integrità fisica della persona, vi è un articolo (il n. 3) piuttosto significativo della Convenzione europea dei diritti umani, cui peraltro ogni singolo individuo può appellarsi, secondo cui «nessuno può essere soggetto a tortura o a trattamenti o punizioni inumane o degradanti». L'Unione europea dovrebbe occuparsi in prima linea della prevenzione e della condanna a livello penale della pratica delle mutilazioni. Il Parlamento, in particolare, dato

il suo ruolo di vigile sull'osservanza dei diritti fondamentali, dovrebbe inserire la questione delle Mgf nei suoi report annuali. L'Unione dovrebbe inoltre tentare di incoraggiare gli Stati non membri, nei quali la pratica è diffusa, ad adottare misure atte a prevenire e punire le mutilazioni. Gli Stati membri, che godono di una tutela pressoché assoluta dei diritti umani, sono venuti a contatto con il fenomeno delle mutilazioni attraverso l'immigrazione nei loro territori. Peraltro la scarsa ricerca rende difficoltosa una precisa valutazione sull'estensione del fenomeno; tuttavia, come sopra detto, si può affermare con certezza che le vittime della pratica sono circa 30.000 nel Regno Unito, 28.000 in Italia, 20.000 ancora a rischio in Germania.

In Italia non esistono specifiche disposizioni legislative volte a reprimere la mutilazione genitale femminile. Tuttavia, anche in assenza di specifiche disposizioni, la mutilazione costituisce un reato, da imputare a tutti i soggetti coinvolti (sia i medici o i "praticoni/praticone" che effettuano materialmente o collaborano con l'intervento, sia i genitori o le persone che hanno la responsabilità del minore) ed è compreso fra le lesioni personali dolose, cioè intenzionali e volontarie e non dovute a semplice colpa. La mutilazione genitale femminile è quindi configurabile a una lesione gravissima in conseguenza della perdita dell'uso dell'organo o della capacità di procreare, o grave, nei casi di indebolimento permanente dell'uso dell'organo. Nella prima ipotesi la pena prevista è da 6 a 12 anni di reclusione; nella seconda ipotesi, da 3 a 7 anni. La possi-

bilità di reversibilità, vale a dire di recupero della funzione dell'organo, non impedisce la consumazione del reato. In Italia si calcola che fra il 1992 e il 1997 almeno 5.000 bambine abbiano subito mutilazioni genitali e altrettante siano a rischio. Si è ritenuto pertanto opportuno procedere alla predisposizione di una proposta di legge che reprima la pratica dell'infibulazione con una pena dai 6 ai 12 anni di carcere, che vengono aumentati di un terzo se a subire l'infibulazione è una minore.

Ma non è solo una questione di legge. La salvaguardia dei diritti fondamentali dell'uomo e la tutela delle donne e delle bambine non possono trovare risposta appellandosi semplicemente alla legge. Fattori culturali, religiosi, economici e sociali sono infatti connessi a quelli del diritto. Se si vuole realmente affrontare il fenomeno, limitandone e prevenendone la diffusione, non possiamo illuderci che sia sufficiente l'attività repressiva o puramente informativa. L'unica maniera per risolvere il problema è intervenire a livello culturale in modo da garantire una continuità della cultura di queste persone pur modificando la pratica dell'infibulazione, abolendola, sostituendola con una festa simbolica in cui si simboleggia la mutilazione genitale senza eseguirla realmente. Non è sufficiente fare una legge contro l'infibulazione, ma è necessario che si crei una cultura del corpo, di un nuovo modo di entrare nella comunità che non sia quello della mutilazione genitale femminile. La criminalizzazione dell'infibulazione sarebbe l'errore più grave perché porterebbe a un suo mercato clandestino.

SCHEDA 8. IL LAVORO MINORILE

Oltre 350 milioni di minori tra 5 e 17 anni lavorano, 73 milioni dei quali hanno meno di 10 anni. Se osserviamo la percentuale di minori che lavorano in rapporto alla popolazione minorile totale, emerge che il 23% di minori ha un impiego e si arriva al 42% se consideriamo solo la classe di età 15-17 anni. Degli oltre 200 milioni di bambini tra 5 e 14 anni che lavorano, la quota più alta, pari a 127 milioni, vive in Asia; in Africa raggiunge i 48 milioni ma anche i Paesi economicamente avanzati non sono estranei al fenomeno (2,5 milioni). Il rapporto tra minori lavoratori e popolazione minorile totale è più sfavorevole nel continente africano (con una percentuale del 29%), dove il fenomeno è imputabile principalmente alla crisi economica che ha avuto come conseguenza il taglio della spesa pubblica per l'istruzione e la sanità. Oltre 170 milioni di bambini sono sottoposti alle forme peggiori di sfruttamento, questo significa che, tra i minori che lavorano, quasi un bambino su due è impiegato in at-

tività pericolose. Il rapporto è ancora più grave nella classe di età più giovane. Nei lavori pericolosi si registra un impiego maggiore dei maschi rispetto alle femmine, con uno scarto che aumenta al crescere dell'età: il 50,7% dei maschi nella classe di età 5-11 anni arriva al 60,2% nei minori con età compresa tra 12 e 14 anni.

La povertà è una delle cause principali del lavoro minorile, anche se non è l'unica variabile scatenante. Notevoli responsabilità sono attribuite alle carenze nei sistemi di protezione sociale e alla debolezza dei sistemi educativi. Circa il 30% (la percentuale sale al 60 in alcune realtà) dei bambini nei Paesi in via di sviluppo non finisce la scuola elementare. In Italia, nel 2000, i minori di 15 anni che lavorano sono 147.285, pari al 3,1% dei ragazzi di quella fascia d'età. L'incidenza dei minori lavoratori sulla popolazione minorile complessiva è strettamente correlata all'età: nella classe tra i 7 e i 10 anni è dello 0,5% e sale progressivamente fino ad arrivare all'11,6% tra i 14enni. At-

traverso un'indagine simile a quella italiana, in Portogallo (nel 1999) è stato rilevato un tasso di attività minorile pari al 5,4%, molto più elevato rispetto al nostro a causa dell'ampio coinvolgimento dei piccoli portoghesi nel lavoro agricolo.

I minori sfruttati costituiscono lo 0,66% della popolazione minorile totale, contro il 3,1% di bambini che lavorano, e in valori assoluti sono pari a 31.500. La relazione tra l'età e l'impiego dei minori in lavori pericolosi trova conferma anche nel fenomeno dello sfruttamento: il tasso è dello 0,15% quando il minore ha un'età compresa tra 7 e 10 anni e sale al 2,74% per i 14enni. L'età influenza in maniera simile anche le differenti tipologie di sfruttamento minorile, continuativo e non continuativo: infatti è sempre tra la popolazione giovanile che si registra il grado più critico di coinvolgimento. La scomposizione in classi di età del primo lavoro conferma la maggiore presenza di 14enni tra i piccoli lavoratori (il 54,2% del totale), mentre i più piccoli registrano percentuali meno elevate (37,2% per la fascia tra 11 e 13 anni e 8,4% per quella fino a 10 anni). I maschi costituiscono la quota più numerosa tra gli 11 e i 13 anni (38,7%), mentre le femmine rappresentano la maggioranza sia tra i più piccoli (8,6% fino a 10 anni) sia tra gli adolescenti (57% tra i 14enni). La durata del primo lavoro oscilla, prevalentemente, tra i 10 giorni e i 3 mesi all'anno, per questo si configura come lavoro stagionale. Il 37,7% dei minori al primo lavoro è stato impegnato per un periodo variabile da un mese fino a un massimo di tre mesi, in percentuali omogenee tra maschi e femmine. Una quota molto alta (32,6%) ha lavorato in un arco temporale che va dai 10 ai 30 giorni, con una incidenza maggiore dei maschietti. Le femmine risultano più numerose nelle attività meno impegnative (13,3% nel periodo che va da 1 a 10 giorni), mentre il rapporto si inverte in quei lavori che coprono anche l'intero anno (il 7,9% delle femmine contro il 9,4% dei maschi ha lavorato per un tempo variabile tra 9 e 12 mesi). I ragazzi hanno dichiarato in misura leggermente maggiore rispetto alle ragazze che l'impegno lavorativo occupava più o meno tutti i giorni (rispettivamente 54,4% e 52,9%). Quasi il 30% dei minori ha lavorato in media dalle 2 alle 4 ore giornaliera, con una quota maggiore di bambine (33,5% contro il 27,8% dei bambini). Una percentuale molto simile (28,3%) ha svolto attività che la occupava dalle 4 alle 7 ore al giorno e quasi un bambino su quattro ha lavorato per oltre 7 ore nell'arco di una giornata (tra questi si rileva una maggiore presenza maschile). La quota più contenuta di piccoli lavoratori (17,4%) si registra nelle occupazioni che hanno impegnato per un massimo di due ore al giorno.

I lavori svolti sono, nella maggior parte dei casi, conciliabili con la scuola che non viene trascurata dalla quasi totalità delle bambine (90,2%) e dall'85,9% dei maschi. Al-

lo stesso tempo, però, si registra il 7,3% di intervistati che dichiara di aver saltato la scuola in qualche occasione e il 5,3% che lo ha fatto spesso. Il 68,7% dei minori ha lavorato percependo una retribuzione, mentre il restante 31,2% non ha guadagnato niente. Sono prevalentemente i maschi ad aver svolto attività lavorative lucrose (69,3%), anche se il valore si differenzia minimamente dal genere femminile (67,6%). La maggior parte degli intervistati preferisce andare a scuola piuttosto che lavorare (41,9%): questo gruppo è composto principalmente da bambine (47,7% contro il 38,8% dei maschi). Una percentuale più contenuta era più attratta dal lavoro che dalla scuola (35%): i maschi hanno espresso questo parere in misura superiore di 9 punti percentuali rispetto alle bambine. Circa un minore su quattro non ha dato un giudizio in merito all'alternativa tra scuola e lavoro.

I luoghi del lavoro minorile per eccellenza risultano bar, alberghi e ristoranti (17,9%), a seguire un discreto impiego nelle altre attività commerciali (14,9%) e in agricoltura (14,1%). Tra i lavori più pesanti si annovera anche un 11,8% di minori che lavora in fabbrica o in cantiere. Per quanto riguarda la localizzazione dell'attività lavorativa i più piccoli svolgono lavori in casa (19,6%), in negozio (20,4%) e in campagna (28,8%). I bambini più grandi (14enni) vengono impiegati maggiormente in attività di parenti o amici (11,1%), lavorano in bar, ristoranti e alberghi (22%) o addirittura in fabbrica e cantiere (16,6%). La distribuzione geografica del lavoro minorile è strettamente collegata a due variabili: il tasso di scolarizzazione e il livello di sviluppo economico. Il rapporto tra il rendimento scolastico e l'attività lavorativa risulta strettamente correlato: è più frequente che quanti hanno lavorato prima dei 15 anni non abbiano conseguito la licenza media (17,7%) o abbiano avuto una bassa votazione (20,5%), mentre sono più rari i casi di chi ha riportato buoni o ottimi risultati scolastici.

Altra variabile che influenza il lavoro minorile è il tipo di attività svolta dal capofamiglia; infatti, tra coloro che hanno lavorato prima dei 15 anni risultano più numerosi i figli di lavoratori in proprio (23,4%) o di imprenditori (22,1%), proprio perché è più frequente che possano essere coinvolti, fin da piccoli, nell'attività paterna, così come accade per i figli degli agricoltori (30,6%) o degli occupati nella ristorazione (24,1%). Al contrario, chi svolge un lavoro impiegatizio o alle dipendenze avrà minori esigenze di un supporto da parte dei propri figli.

Nel 2000, gli infortuni denunciati a carico di minorenni risultano 24.776, ma non possiamo sapere quanto il dato sia vicino alla verità a causa dei numerosi incidenti tenuti nascosti. Le regioni maggiormente interessate sono la Lombardia (4.532), il Veneto (3.347), l'Emilia Romagna (3.175) e il Trentino Alto Adige (2.484).

capitolo 2

IL DISAGIO, LA DEVIANZA E LA GIUSTIZIA MINORILE

SCHEDA 9. LE POLITICHE A SOSTEGNO DELLA FAMIGLIA

L'Italia dedica appena lo 0,9% della ricchezza nazionale alle politiche familiari. Tutti gli altri Paesi dell'Unione a 15 spendono molto di più per la famiglia, a partire dal Portogallo e dai Paesi Bassi che destinano l'1,2% del loro Pil alle politiche familiari. Seguono (in ordine crescente): Irlanda 1,9%, Grecia 2,1%, Regno Unito 2,4%, Belgio 2,6%, Austria 2,9%, Francia e Germania 3%, Lussemburgo e Finlandia 3,4%, Svezia 3,5%, Danimarca 3,8%. L'Italia è pertanto abbondantemente al di sotto della media dell'Unione Europea, che è pari al 2,3%. Solo la Spagna sta peggio di noi con lo 0,4% del Pil.

La difficoltà delle famiglie italiane a concepire figli (il tasso di fecondità medio per la donna italiana è pari a 1,2: il più basso d'Europa) è a causa degli scogli economici e della latitanza delle politiche a sostegno della famiglia. La Francia, invece, spendendo il 3% del Pil per la politica familiare, pari a 80 miliardi di euro, può permettersi il più elevato tasso di fecondità, con 1,9 bambini per donna.

Uno dei principali strumenti a sostegno della famiglia è di natura fiscale. Il sistema fiscale italiano prevede, infatti, diverse misure di detrazioni Irpef per familiari a carico, in relazione al reddito del contribuente e al numero dei figli. I familiari sono considerati a carico se il loro reddito complessivo è inferiore ai 2.850,41 euro. Appare però opportuno evidenziare come lo strumento delle detrazioni fiscali per carichi di famiglia lasci scoperti i nuclei che più degli altri necessiterebbero di sostegno economico: quelli in cui entrambi i coniugi risultano disoccupati. L'introduzione di misure a sostegno dei nuclei familiari che non possono usufruire delle agevolazioni fiscali appare pertanto prioritaria.

I sussidi monetari, attualmente in vigore a sostegno delle famiglie, appaiono del tutto inadeguati al mantenimento dei figli: l'arrivo del primo figlio comporta mediamente una diminuzione del reddito a disposizione tra il 18 e il 45% e una spesa aggiuntiva compresa tra i 500 e gli 800 euro mensili, variabili in relazione all'età e alla collocazione geografica. Per quanto concerne i sussidi indiretti, l'insufficienza delle detrazioni fiscali in vigore nel nostro Paese risulta evidente nel confronto con Francia e Germania: per una famiglia con due figli a carico e un reddito complessivo di 30mila euro, il risparmio d'imposta previsto è

pari a poco più di 500 euro in Italia, di 3.000 euro in Francia e di 6.000 in Germania.

Pertanto, anche se nel Defp è previsto un nuovo strumento per garantire un reddito minimo alle fasce più deboli della popolazione (Reddito di ultima istanza, RUI) in realtà non è indicato l'ammontare dell'assegno previsto. È certo, tuttavia, che le risorse destinate a tale misura dovrebbero essere consistenti per garantirne la copertura a tutte le famiglie che vivono in condizione di indigenza. In base agli ultimi dati disponibili sono infatti circa 2 milioni e mezzo le famiglie che vivono in condizione di povertà relativa (l'11% del complesso), concentrate per i due terzi nel Mezzogiorno d'Italia.

Sul fronte del sostegno al costo dei figli e alle madri lavoratrici, il nostro Paese si caratterizza per una rilevante carenza dei servizi per la prima infanzia. È possibile osservare come i servizi privati coprano, a livello nazionale, oltre un quinto dell'offerta complessiva: 604 asili su 3.008 sono infatti di tipo privato. In alcune regioni e province autonome, l'incidenza del privato sul complesso degli asili nido è particolarmente rilevante, come nella provincia autonoma di Bolzano (43,7%), e in Veneto (52,2%), Campania (52,9%), e Calabria (45%). L'insufficienza di strutture sostenute da risorse pubbliche può essere solo parzialmente compensata dalla presenza di asili nido privati. L'elevato costo dei servizi di tipo privato impedisce infatti di considerarli una valida alternativa. Inoltre, la percentuale di domande d'iscrizione agli asili nido, pubblici e privati, rimaste inaccolte è molto elevata, anche nei territori caratterizzati da una maggiore presenza di servizi privati. Infatti, un terzo dei bambini italiani è in lista di attesa per entrare in un asilo nido: si tratta del 32% delle domande di iscrizione che risultano in stand-by. Le maggiori carenze si riscontrano in Trentino Alto Adige, dove la percentuale sfiora il 60%, in Liguria (55,8%), e in Valle d'Aosta che, con il 51,7% di domande inaccolte, chiude il gruppo di regioni in cui la percentuale di bambini che attendono di andare all'asilo supera quella delle domande accolte. Il tasso di copertura degli asili nido è inferiore alla media anche in Veneto (dove la percentuale di domande accolte è pari al 58,5%), Friuli Venezia Giulia 62,2%, Lazio 63,5%, Toscana 65,1% e Sardegna 66,3%.

La carenza strutturale di strutture pubbliche per l'infanzia ha spinto molti Paesi alla creazione di servizi innovativi e alla diversificazione delle forme di cura. In Germania, dove gli asili nido scarseggiano e in alcuni l nder non sono nemmeno previsti come istituzione pubblica,   diffusa la Tagesmutter (mamma a giornata), che oltre a prendersi cura dei propri bambini si occupa anche di quelli degli altri (fino ad un massimo di tre). Si tratta di un servizio del tutto privato che offre, tuttavia, flessibilit  di orari e costi ragionevoli: 1,5 euro all'ora per 40 ore settimanali o 1,7 euro per 20 ore settimanali; prezzo dei pasti variabile tra i 4 e i 7 euro. Alcuni l nder sostengono finanziaria-

mente il ricorso alla mamma a giornata per le famiglie a basso reddito.

Assume pertanto importanza prioritaria l'assunzione di una nuova e pi  generosa politica familiare, basata sullo sviluppo di strumenti di natura economica paralleli e alternativi agli assegni familiari e alle detrazioni di natura fiscale. Assegni per figli minori, assegni alla nascita, forme di reddito minimo garantito, in parte previsti nel Dpef, costituiscono strumenti necessari a garantire il sostegno del costo di mantenimento dei figli anche alle famiglie non coperte dai principali strumenti utilizzati nel nostro Paese.

SCHEDA 10. LE DIMENSIONI DEL FENOMENO DELLA DEVIANZA MINORILE

Il fenomeno della devianza minorile non   facilmente quantificabile per via del cosiddetto numero oscuro, rappresentato da quella quota di reati non conosciuta alle autorit  giudiziarie a causa delle mancate denunce. Un dato che viene osservato in modo costante   quello dei minori denunciati o che entrano negli Istituti penali per i minorenni (Ipm). I minori denunciati alle Procure diminuiscono, tra il 1991 e il 2000, del 14,4% nel corso del decennio, passando da 44.977 a 38.963. Per quel che riguarda i minori stranieri denunciati alle Procure la situazione   differente. Dal 1991 al 1995, la percentuale aumenta del 60%, mentre dal 1996 diminuisce progressivamente avvicinandosi nel 2000 ai valori registrati nel 1993. Nel 2000, l'incidenza dei minori stranieri sul totale dei minori denunciati   del 23,4%. Le minorenni denunciate alle Procure diminuiscono del 28% circa dal 1991 al 2000. Nello stesso periodo diminuiscono le denunce nei confronti dei minori di 14 anni (-23%).

Nel periodo che va dal 1991 al 2000, i 3/4 delle denunce a carico dei minori riguardano gli italiani. Osservando il dato degli ingressi negli Ipm si nota una inversione del rapporto: nel 1996 gli italiani ne rappresentavano il 55,3% di fronte al 44,7% degli stranieri. Nel 2000 tale rapporto   invertito: il 41,3% degli ingressi in Ipm riguarda minori italiani, mentre il 58,7% minori stranieri. Di particolare interesse   il dato che si ottiene in base al rapporto tra minori denunciati e ingressi in Ipm. Nel 1996, il 3,4% dei minori italiani denunciati fa ingresso in Ipm contro il 7,7% dei minori stranieri denunciati. Per i minori italiani tale rapporto diminuisce progressivamente passando al 2,6% nel 2000, mentre per i minori stranieri tende progressivamente ad aumentare, raggiungendo il 12,1% nel 2000.

Relativamente all'anno 2002, i minori che hanno fatto il

loro ingresso negli Ipm sono risultati in totale 1.476, di cui l'85% circa composto da maschi. Nell'85% circa dei casi si   trattato di nuovi ingressi, nel 10% circa di trasferimenti da Istituti penali per adulti, e nel rimanente 5% dei casi da rientri in istituto. Per quel che riguarda la nazionalit , il 57,3% risulta costituito da stranieri contro il 42,7% di italiani.

Per quanto riguarda il numero dei minori, presenti negli Ipm, divisi per classe di et , sesso e posizione giuridica, si pu  notare che dei 452 presenti, il 46,7%   composto da giovani adulti di et  superiore a 17 anni, mentre il 40,7% da minori della fascia d'et  16/17 anni. Il 52,9% dei presenti negli Ipm   costituita da soggetti in attesa di primo giudizio, mentre il 35% sta scontando la pena in modo definitivo. Nel 91,6% dei casi si tratta di maschi. I dati sulle presenze negli Ipm varia in base al Paese di provenienza indicano una maggioranza di italiani (53,8%) e una presenza significativa di 110 minori provenienti da altri Paesi europei (24,3%), soprattutto jugoslavi, albanesi e rumeni, e una discreta presenza di minori africani (89 in tutto, il 19,7% del totale) provenienti soprattutto dal Marocco.

In merito all'ingresso nei Centri di prima accoglienza (Cpa, strutture non carcerarie che ospitano i minori arrestati, fermati o accompagnati, in attesa dell'udienza di convalida e che permettono di evitare l'impatto con l'istituto penale), la maggior parte   costituita da stranieri (1.952, circa il 56% del totale) rispetto agli italiani (1.561, 44% circa). Quasi i quattro quinti degli ingressi nei Cpa sono di maschi (2.790, pi  del 79%) mentre il restante 21% di femmine. Inoltre, la quasi totalit  dei minori (il 94% circa) entra nei Cpa in seguito a un arresto. Il motivo delle uscite dai Cpa   rappresentato, nel 22% circa dei casi, dall'applicazione della custodia cautelare

(791 episodi su 3.520); il 17% dei minori viene rimesso in libertà o usufruisce della permanenza in casa; nel 16% circa c'è il collocamento in comunità e nel 12% vengono applicate le prescrizioni. L'11% dei soggetti presenti nei Cpa non è imputabile (ha un'età inferiore ai 14 anni), il 2% è maggiorenne mentre nell'87% dei casi si tratta di minori imputabili. Tra questi primeggiano i diciassettenni (34%), seguiti dai sedicenni (26%), dai quindicenni (16%) e, infine, dai quattordicenni (10,6%).

Tra le misure cautelari finalizzate al trattamento della devianza minorile, il dpr 448/1988 prevede il collocamento in comunità. Anche in questo caso la percentuale più alta è rappresentata dai minori di età compresa tra i 16 e i 17 anni (866, 64% circa), mentre è inferiore la percentuale dei minori tra i 15 e i 16 e di 18 anni e oltre (17% per i 14-15enni, 18% per i 18enni e oltre). I minori di 14 anni entrati in comunità costituiscono l'1% dei casi. Il collocamento in comunità riguarda nel 57% circa dei casi gli italiani (752 su 1.326), nel 36% gli stranieri (478) e nel 7% i nomadi (96). A usufruire della misura del collocamento in comunità sono in prevalenza i maschi (92% circa).

Gli Uffici di servizio sociale per i minorenni (Ussm) offrono assistenza ai minori autori di reato in ogni fase del procedimento penale. Durante l'attuazione del provvedimento dell'autorità giudiziaria, l'Ussm svolge attività di sostegno e di controllo nei confronti dei minori sottoposti a misure cautelari non detentive. I dati sulle segnalazioni dei minori all'Ussm nel 2002; di questi, il 70,8% è rappresentato da italiani, il 18,4% da nomadi e il 10,6% da stranieri. Il 74% circa dei soggetti segnalati dall'autorità giudiziaria erano a piede libero (per un totale di 16.263 su 21.851). Il 58,4% del totale dei nomadi segnalati (e il 63,4% degli stranieri) è rappresentato da soggetti a piede libero; per gli italiani tale incidenza è pari all'80,2%. Nel 2002, su un totale di quasi 22.000 segna-

lazioni all'autorità giudiziaria, il 71% riguarda minori italiani, il 18% minori stranieri e il restante 11% minori nomadi. Se si osserva il numero dei soggetti presi in carico nel 2002 da parte dell'Ussm, si nota che il 77% è rappresentato da italiani, il 14% da stranieri e il 9% da nomadi. Dividendo il numero dei soggetti presi in carico per il numero dei soggetti segnalati, si ottiene un indicatore della capacità dell'Ussm di intervenire in relazione alle necessità del territorio. Per l'anno 2002, tale rapporto è del 64% circa; analizzando il dato in funzione della nazionalità, si nota che tale valore è del 70% per gli italiani, del 53% per i nomadi e del 50% per gli stranieri.

È interessante analizzare le tipologie di interventi svolti nei confronti dei minori presi in carico dagli Ussm. Per quel che riguarda l'applicazione delle misure cautelari, i minori italiani usufruiscono soprattutto delle prescrizioni e del collocamento in comunità (28% dei casi per entrambe le misure) ma anche della permanenza in casa (27%). I minori stranieri, al contrario, usufruiscono soprattutto della custodia cautelare (48%) e, in seconda misura, del collocamento in comunità (30%). Anche i nomadi usufruiscono prevalentemente della custodia cautelare (41% circa) e in secondo luogo della permanenza in casa (29% circa). Un dato certamente non nuovo, ma che fa riflettere sulle reali opportunità di usufruire delle misure innovative del dpr 448/88, è quello relativo alla messa alla prova. Il 17% circa dei minorenni italiani presi in carico usufruiscono della messa alla prova (1.827 su 10.811), rispetto al 10% degli stranieri (206 su 2.011) e solo al 4% dei minori nomadi (49 su 1.222). La misura della pena detentiva viene rivolta per lo più agli stranieri e ai nomadi (rispettivamente nel 5,1% e nel 4,3% dei casi rispetto al numero dei presi in carico). I minori italiani cui viene applicata tale misura rappresentano l'1,9% dei presi in carico (205 su 10.811).

SCHEDA 11. I GIOVANI VIOLENTI

Il problema della violenza giovanile sta diventando, da qualche anno a questa parte, sempre più rilevante. Alcuni autorevoli studiosi hanno passato in rassegna i principali predittori della violenza giovanile, che possono essere suddivisi in 5 livelli o fattori: fattori individuali, familiari, scolastici, legati al gruppo dei pari e legati alla comunità e al quartiere. La presenza di alcuni dei fattori predittivi della violenza giovanile non comporta automaticamente il compimento di azioni violente da parte dei minori, ma può predisporli in questa direzione. Una più recente classificazione dei fattori di rischio della violenza giovanile considera, invece, tre livelli di analisi: livello in-

dividuale, livello dei sistemi immediati e livello culturale e della società.

Escludendo le variabili biologiche, tra le variabili cognitive assume importanza il basso quoziente intellettivo. I ragazzi con un basso Q.I. vanno incontro più facilmente ad un insuccesso scolastico e questo può predisporre i soggetti a una carriera delinquenziale. Tra le variabili emozionali, un basso livello di empatia è considerato un possibile fattore di rischio della violenza giovanile. Sembra infatti che le reazioni empatiche inibiscano la risposta aggressiva, anche se quest'ipotesi richiede ulteriori conferme empiriche.

I fattori di rischio legati al livello dei “sistemi immediati” sono riconducibili alla famiglia, i pari, la scuola e il quartiere. Per quel che riguarda i fattori familiari non è ancora chiaro se siano gli stili educativi genitoriali a causare il comportamento violento dei figli o se questo comportamento conduca a stili educativi inefficaci. È probabile che esista un sistema di relazioni reciproche tra pratiche genitoriali e comportamento dei bambini.

Tra i fattori di rischio legati al gruppo dei pari occorre ricordare che l’associazione con il gruppo dei pari devianti, antisociali o aggressivi può iniziare precocemente, creando un possibile effetto di rifiuto da parte dei pari prosociali. Questo rifiuto può condurre a un aumento dei comportamenti antisociali e aggressivi del minore e facilitare, o stabilizzare, un’associazione con i pari devianti. Sui fattori di rischio legati alla scuola non è ancora chiaro se i comportamenti violenti e aggressivi siano causati dalle pratiche disciplinari adottate nella scuola.

Rispetto poi ai fattori legati alla zona di residenza, i quartieri poveri tendono a essere abitati da popolazioni più transitorie, a essere più disorganizzati e con servizi sociali insufficienti. Inoltre, un’alta mobilità rende più difficile lo sviluppo di reti di supporto e di un senso di attaccamento alla comunità.

I fattori di rischio legati al livello culturale e della società, dicono che la povertà, specialmente quando associata al razzismo, può essere considerata un fattore di rischio in quanto può generare un senso di ingiustizia, deprivazione, frustrazione, rabbia e mancanza di speranza. Sull’accessibilità alle armi da fuoco come fattore di rischio, occorre ricordare che negli Stati Uniti, in base a ricerche compiute nel corso degli anni Novanta, è risultato che il 15% dei giovani ha portato una pistola a scuola nel corso dell’anno precedente.

In Italia, la somma dei reati di natura violenta costituisce il

67% del totale dei reati; in altre parole, i 2/3 dei reati commessi dai minori che si trovano in Ipm al 31 dicembre 2001 sono di natura violenta. Questo dato mette in evidenza che il problema della violenza giovanile assume caratteristiche rilevanti sia per quel che riguarda la consistenza del fenomeno sia per l’urgenza di individuare efficaci programmi di trattamento e di prevenzione. Inoltre, per quanto il numero delle denunce a carico dei minori sia diminuito negli ultimi anni, le statistiche rilevano un aumento dei reati di natura violenta commessi dai minori.

Gli studi condotti in Italia sul costruito della multiproblematicità si sono focalizzati soprattutto sulle famiglie piuttosto che sui giovani. Per la definizione di giovani violenti multiproblematici non è ancora stato trovato un accordo tra gli studiosi. Alcuni, in base a ricerche condotte nello Stato di New York, hanno individuato quella parte di popolazione di giovani delinquenti che si trovava detenuta in carcere per aver commesso reati di violenza. Per altri, invece, sono state individuate quattro tipologie di problemi associate alla delinquenza giovanile: i problemi scolastici, i problemi relativi all’uso di droghe, i problemi di salute mentale e i problemi di vittimizzazione. Studiosi e professionisti dovrebbero cercare di affrontare il problema della mancanza, in Italia, di uno strumento diagnostico affidabile che valuti il rischio di multiproblematicità e di violenza per i giovani. In alcuni Paesi (principalmente negli Stati Uniti, ma anche in Canada e in Belgio) sono stati realizzati, nel corso degli anni Ottanta e Novanta, diversi progetti finalizzati alla prevenzione della violenza giovanile. Tali progetti avevano l’obiettivo di abbassare il livello di violenza o del rischio di violenza nella popolazione generale (programmi di prevenzione primaria), ridurre il rischio di violenza nella popolazione ad alto rischio (programmi di prevenzione secondaria) e la recidiva nei giovani violenti.

SCHEDA 12. RESPONSABILITÀ DEL MINORE E ABBASSAMENTO DELL’ETÀ IMPUTABILE

In questi ultimi anni è stato proposto un progetto di legge riguardante l’abbassamento del limite di età da 14 a 12 anni per l’imputabilità del minore. Tale proposta è da ritenersi inadeguata e rischiosa, come è stato recentemente sottolineato da alcuni studiosi durante un convegno internazionale organizzato in Italia.

Il Centro nazionale di documentazione e analisi per l’infanzia e l’adolescenza ha pubblicato, nel 2003, una ricerca su dati raccolti dall’Ufficio centrale per la giustizia minorile del ministero della Giustizia e dall’Istat. I dati, relativi alle denunce nei confronti dei minori di 14 anni, so-

no riferiti al 1998. In quell’anno le denunce a carico degli infraquattordicenni erano di 7.657, e rappresentavano il 18% di tutte le denunce a carico dei minorenni. Poiché il restante 82% rappresenta le denunce a carico di minori imputabili, in età tra i 14 e i 18 anni, possiamo affermare che i minorenni non imputabili rappresentano una quota minima del fenomeno della devianza minorile. Inoltre, come si legge nel *Quaderno* a cura del Centro nazionale di documentazione e analisi per l’infanzia e l’adolescenza, negli ultimi anni il numero delle denunce a carico degli infraquattordicenni è costantemente diminuito. Dal

1991 al 2000, infatti, le denunce a carico dei minori di 14 anni sono diminuite di quasi il 23%. Le denunce agli infraquattordicenni riguardano nel 50,4% dei casi minori italiani e nel 49,6% minori stranieri; inoltre tali denunce sono a carico dei minori maschi nel 63,7% dei casi e vengono registrate nel 48,2% dei casi nel Nord Italia, nel 22,7% nel Centro, nel 21,6% nel Sud e nel restante 7,4% nelle Isole. Considerando la tipologia dei reati, si nota che quasi i 4/5 (78,1%) dei reati commessi dai minori non imputabili riguardano il patrimonio, a fronte di un 53,5% dei casi per i minori imputabili.

La ricerca del Centro nazionale di documentazione e analisi per l'infanzia e l'adolescenza ha messo in luce che, in relazione al 1998, la stima del numero dei minori denunciati, effettuata accorpando le diverse denunce nei confronti dello stesso minore, era di circa 5.000 soggetti, di cui il 66,3% risultava composto da maschi. I maschi denunciati erano quindi il doppio delle femmine denunciate. Un dato interessante riguarda l'età di commissione dei reati per i minori non imputabili: il 73,6% è riferito ai ragazzi tra i 12 e i 13 anni, mentre il 24,5% riguarda ragazzi dai 7 agli 11 anni.

La maggioranza dei minori non imputabili (54,2%) che ha commesso reati nel 1998 proveniva da Paesi dell'Unione europea, mentre il 42,36% proveniva da altri Paesi europei. Tra i minori stranieri la maggioranza risultava composta dai serbo-montenegri (22,3% del totale), mentre i croati rappresentavano il 7% circa e i minori della Bosnia-Erzegovina il 6,1%. Un dato interessante si ottiene incrociando la cittadinanza con il genere: mentre i minori di 14 anni italiani erano in prevalenza maschi (84% circa), i minori stranieri erano composti per il 48,2% da femmine e per il 51,8% da maschi. Incrociando i dati sull'età di commissione dei reati e la cittadinanza, si scopre che non ci sono particolari differenze tra minori stranieri e italiani. La percentuale maggiore di reati viene commessa da minori di 13-14 anni (il 76,4% degli italiani e il 73,7% degli stranieri), mentre i reati dei minori in età compresa tra 7 e 11 anni vengono commessi dal 22,6% degli italiani e dal 25,5% degli stranieri.

Meno della metà (47,7%) dei minori infraquattordicenni denunciati è costituita da nomadi. All'interno del gruppo dei minori nomadi denunciati, la maggioranza è rappresentata da facenti parte della cultura Rom (83%), mentre i Sinti raggiungono solo l'1,9%. Per quel che riguarda la nazionalità dei minori nomadi denunciati, nel 53,8% dei casi era serbo-montenegrina, nel 17% circa era croata e nel 15% circa bosniaca. Tra i minori nomadi la maggior parte dei reati è stata commessa da femmine (54,1%), contro il 45,9% di reati commessi dai maschi. Questo dato è di particolare interesse se raffrontato con quello dei minori non nomadi che hanno commesso rea-

ti: tra questi, le femmine erano rappresentate dal 13,4% mentre i maschi costituivano l'86,6% del totale.

Per quel che riguarda l'età media di commissione dei reati, non sussistono differenze significative tra minori nomadi e minori non nomadi. Le denunce hanno riguardato il 71,5% dei minori nomadi e il 77,1% dei minori non nomadi in età compresa tra i 12 e i 13 anni.

Le regioni che hanno le percentuali maggiori di minori non imputabili denunciati sono risultate la Sicilia (14,9%), il Piemonte (12,7%), il Lazio (9,6%), la Lombardia (9,1%), la Campania (8,4%) e la Puglia (7,7%). Al contrario, le regioni che hanno le percentuali minori di infraquattordicenni denunciati sono risultate la Valle d'Aosta (0,1%), il Molise (1,3%), la Basilicata e le Marche (1,4%), l'Umbria (1,5%) e l'Abruzzo (1,7%). Differente è la situazione se si rapporta il numero dei minori non imputabili residenti con il numero dei residenti di età inferiore ai 14 anni. Il tasso dei minori devianti sulla popolazione non deviante indica che il Molise ha la più alta incidenza di minori non imputabili sugli infraquattordicenni residenti (9,4 per 10.000 minori). Seguono poi il Friuli-Venezia Giulia (8,7), il Piemonte (8,6), la Sardegna (8,2), la Calabria (6) e la Sicilia (5,5). Le regioni con il più basso tasso di devianza degli infraquattordicenni sono risultate il Veneto (2,3 per 10.000 minori), la Toscana (2,4), la Campania (2,5), le Marche e l'Emilia Romagna (2,6), la Lombardia e Valle d'Aosta (2,7).

Incrociando le variabili fascia di età e tasso di devianza, si rileva che, per la fascia di età 7-11 anni (su una media nazionale di 2,7 su 10.000), le regioni con più alto tasso di devianza sono risultate il Molise (9,9 per 10.000 minori), il Friuli Venezia Giulia (7,5) e il Piemonte (5,2). Hanno invece mostrato il tasso più basso di devianza la Valle d'Aosta (0 per 10.000), la Toscana (1) e la Campania (1,3). Per quel che riguarda la fascia di età 12-13 anni (su una media nazionale di 15,1 su 10.000) le regioni con il più alto tasso di devianza sono risultate il Piemonte (32,7 per 10.000), il Friuli Venezia Giulia (29,6) e la Sardegna (27,3), mentre quelle con il tasso più basso sono risultate il Veneto (8,8 per 10.000), l'Emilia Romagna (9) e la Toscana (9,8). Un dato che è stato preso in considerazione nella ricerca riguarda la tipologia del reato. Come è stato messo in evidenza, i reati più denunciati a carico degli infraquattordicenni sono quelli contro il patrimonio (66,4%), seguiti da quelli contro la persona (18,2%) e da quelli contro l'economia e la fede pubblica (3,6%). I minori di 7-11 anni e quelli di 12-13 anni non mostrano differenze significative in relazione alla tipologia di reato denunciato. Infatti, i reati contro il patrimonio riguardano il 69,1% dei minori della fascia 7-11 anni e il 65,8% dei minori di 12-13 anni.

Nel 2003 il Centro Nazionale di Documentazione e Ana-

lisi sull'Infanzia e l'Adolescenza ha pubblicato una monografia dal titolo *Under 14: indagine nazionale sui minori non imputabili*. L'età ufficiale della responsabilità penale può non coincidere con l'età minima in cui il minore può entrare in contatto con il sistema di giustizia in seguito alla commissione di un reato. I margini di variabilità nell'applicazione delle misure penali sono talmente ampi che l'età della responsabilità penale può riflettere sia

un atteggiamento repressivo sia un'impostazione rieducativa da parte dell'autorità giudiziaria.

Una ricerca, realizzata nel 2001 sui reati commessi da minori in alcuni Stati membri dell'Unione europea, mostra che, durante il 1999, la percentuale dei minori denunciati sul numero totale dei soggetti denunciati (adulti e minori) era del 23,9% nel Regno Unito, del 21,3% in Francia e soltanto del 2,8% in Italia.

SCHEDA 13. IL MINORE STRANIERO AUTORE DI REATO

All'interno delle trasformazioni che negli ultimi anni hanno caratterizzato la devianza minorile nel nostro Paese, il cambiamento più vistoso e rilevante riguarda senza dubbio l'incremento dei ragazzi stranieri e nomadi presenti nelle strutture della giustizia penale. In generale, d'altra parte, tale tendenza sembra coinvolgere anche altri ambiti di intervento sociale: insegnanti, operatori sociali e medici nella loro professione interagiscono sempre più frequentemente con minori stranieri e nomadi; da tali "incontri" nascono nuovi interrogativi e ipotesi di intervento. Nel nostro Paese, infatti, i minori stranieri residenti sono passati da 186.890, nel 1998, a 277.976, nel 2000. È in particolare nel sistema della giustizia minorile che questi ragazzi pongono agli operatori nodi di riflessione e di intervento problematici. Lo stesso processo penale minorile e gli istituti a esso correlati sono stati pensati e definiti per i ragazzi italiani e, d'altro canto, rappresentano il risultato di esperienze e ricerche effettuate su questi soggetti.

Obiettivo di questo contributo è quindi descrivere il fenomeno da un punto di vista quantitativo e riflettere su possibili modelli di intervento. Prendendo in considerazione i dati relativi alle denunce degli ultimi tre anni di cui si dispone, nel nostro Paese i reati compiuti da minorenni riguardano principalmente ragazzi italiani piuttosto che stranieri. Nell'iter penale minorile la prima struttura che un ragazzo può incontrare è il Centro di prima accoglienza (Cpa), un luogo che ospita i minori arrestati, fermati o accompagnati fino all'udienza di convalida, svolgendo nei loro confronti una prima attività di sostegno e di valutazione dei possibili percorsi da intraprendere. Tale struttura fornisce all'autorità giudiziaria (Ag) i primi elementi di conoscenza del caso utili per attivare le risposte migliori e specifiche per ogni ragazzo. Il Cpa si caratterizza come una struttura "filtro", dove si gestiscono le dimissioni del minore dal centro o l'eventuale trasferimento ad altri servizi o strutture.

Rispetto al numero degli ingressi, i ragazzi stranieri risultano più numerosi rispetto ai coetanei italiani. La mag-

gior parte, inoltre, di quanti sono entrati in un Cpa viene dimessa con l'applicazione di una misura cautelare. Dissaggregando il dato per nazionalità è possibile rilevare come queste misure vengano applicate prevalentemente nei confronti dei minori di nazionalità italiana. Analizzando più attentamente la serie storica 1999-2002 delle uscite dal Cpa con applicazione della misura cautelare, emerge che la misura della "permanenza in casa" è quella applicata più frequentemente, mentre si assiste a una diminuzione (a partire dal 2000) dell'applicazione della custodia cautelare. I dati che fanno riferimento al primo semestre 2003 evidenziano un aumento del collocamento in comunità. Tuttavia, prendendo in considerazione la nazionalità, appare evidente come la misura più afflittiva (la custodia cautelare) sia applicata prevalentemente nei confronti dei ragazzi stranieri.

Gli Istituti penali minorili (Ipm) ospitano sostanzialmente quei soggetti sottoposti a provvedimento adottato dall'Ag, relativamente alla custodia cautelare e/o all'esecuzione della pena. Dai dati emerge chiaramente come siano i ragazzi stranieri i maggiori utenti degli Ipm. Alla luce di questo dato appare evidente come per gli italiani siano più numerose le opportunità di intervenire in modo da evitare l'impatto con la struttura carceraria. Tale tendenza si evince anche dal confronto tra denunce, ingressi in Cpa e in Ipm; infatti, se prendiamo in esame il triennio 1998-2000 i dati evidenziano che il passaggio dalle denunce agli ingressi in Cpa riguarda principalmente i ragazzi stranieri, così come l'ulteriore, eventuale ingresso in Ipm.

L'Ufficio di servizio sociale minorile (Ussm) interviene per i minorenni inseriti nel circuito penale, concorrendo alla promozione e alla tutela dei diritti degli stessi, in collaborazione con gli altri servizi della giustizia minorile e con i servizi territoriali degli enti locali e del privato sociale. Dalla serie storica 1999-2002 dei soggetti segnalati dall'Ag e di quelli presi in carico dagli Ussm emerge che l'utenza di tali servizi è in gran parte di nazionalità italiana. Il lavoro a favore degli stranieri evidentemente presenta ancora notevoli difficoltà. Dalle statistiche riguar-

danti le segnalazioni e le prese in carico del primo semestre 2003, suddivise tra italiani, stranieri e nomadi, emerge l'esistenza del medesimo problema in riferimento all'utenza nomade.

Gli interventi attuati dagli Ussm nell'ambito dell'applicazione delle misure cautelari, nel periodo 1999-2002, sono soprattutto la "permanenza in casa" e le "prescrizioni". Anche in questo caso, distinguendo i minori per nazionalità, emerge che per gli stranieri l'intervento si caratterizza soprattutto nei termini della custodia cautelare. Situazione che si rileva anche dai dati del primo semestre 2003 in relazione ai minori nomadi. Significativo è il dato che riguarda uno dei più importanti istituti del processo penale minorile, ovvero la "sospensione del processo e la messa alla prova" (rif. art. 28 dpr 448/88); a questo proposito appare evidente come la sua applicazione riguardi sostanzialmente i ragazzi italiani piuttosto che gli stranieri. Inoltre, osservando i dati del 2003 emerge una maggiore applicazione dell'art. 28 nei confronti dei nomadi rispetto agli stranieri. Tale tendenza si conferma anche rispetto all'elaborazione dei progetti di messa alla prova, sia in udienza preliminare che in quella dibattimentale e presso la Corte d'Appello. Infine, un altro dato significativo riguarda il collocamento in comunità che, come misura penale, può essere attuato sia presso strutture ministeriali che del privato sociale convenzionate. Il dato a nostra disposizione riguarda quelle comunità avviate e gestite direttamente dall'amministrazione della giustizia minorile; si tratta pertanto di una sottostima dell'applicazione di tale misura. In generale, si può comunque affermare che tale misura riguardi prevalentemente ragazzi italiani.

I dati illustrati mettono in evidenza che nell'ambito della giustizia penale minorile i ragazzi stranieri e nomadi si inseriscono in percorsi "altri" rispetto ai loro coetanei italia-

ni, ricevendo maggiormente risposte di tipo sanzionatorio. Nello specifico, a parità di reato, questi ragazzi ricevono molto più frequentemente misure cautelari detentive, rimanendo anche più a lungo all'interno degli Ipm, e sono più spesso condannati, mentre con molta meno frequenza accedono ad altre misure quali il collocamento in comunità o la permanenza in casa.

Si può affermare che nei loro confronti si assiste spesso a una sorta di "perdita di tutela" nell'ambito degli interventi penali messi in atto. Paradossalmente, i soggetti più deboli, come i ragazzi stranieri, ricevono forme di tutela meno complesse e meno efficaci che accentuano le loro difficoltà personali e istituzionali, con il rischio di un indebolimento delle loro prospettive di recupero e di integrazione sociale. Poiché le condizioni dei minori stranieri e nomadi sono fortemente dissimili da quelle degli italiani, soprattutto dal punto di vista delle relazioni con la famiglia e con la comunità territoriale, giudici e operatori si potrebbero sentire legittimati a ricorrere a risposte istituzionali più rigide, prescindendo dalle condizioni, dalle identità e dalle culture. I servizi sociali si dimostrano spesso incapaci di adattare gli interventi alle caratteristiche specifiche di questa tipologia di utenti, a causa della mancanza di adeguate conoscenze su di loro, all'eccessiva rigidità dei modelli operativi e all'insufficienza delle ricerche sulla materia.

In Italia, però, in questi ultimi anni, alcuni antropologi culturali hanno cominciato a studiare le culture dei giovani non italiani, con un'attenzione particolare al sistema di relazioni con le figure di riferimento familiare e con le nostre istituzioni. Chi fa lavoro clinico e operativo con bambini e adolescenti stranieri e nomadi potrebbe trovare in queste indagini stimoli e idee per rinnovare la base epistemologica e metodologica per questa tipologia di interventi.

SCHEDA 14. "BAMBINI OMBRA". L'IDENTIKIT DI PARTENZA

Li chiamano "bambini ombra", si possono trovare ai semafori sotto il sole cocente o con la pioggia. Ma anche ai supermercati e nelle metropolitane. Secondo stime prudenziali del Comune di Roma, soltanto nella capitale i piccoli nomadi e i minori sfruttati nell'accattonaggio sarebbero circa 2.500, la maggior parte dei quali vive in condizioni di schiavitù, "fruttando" una media di 70 euro al giorno. Molti di loro non sono mai andati a scuola (né hanno una motivazione per farlo, considerando anche la difficoltà di inserimento in un "normale" contesto scolastico) con conseguenze gravissime per lo sviluppo delle

loro personalità, tra cui spesso un atteggiamento di soggezione nei confronti dei genitori. C'è poi chi non finisce sulle strade per contribuire all'economia del proprio nucleo familiare, ma perché è stato "affittato" a organizzazioni criminali.

Fino a pochi anni fa, le Forze dell'ordine effettuavano le retate: i bambini, all'epoca per lo più Sinti e Rom, venivano presi in custodia per qualche giorno e poi riconsegnati ai parenti. La politica della repressione non ha però prodotto benefici e non si è rivelata l'arma migliore per stroncare un fenomeno che coinvolge migliaia di minorenni.

Per offrire a questi minori un'opportunità di recupero, lo scorso anno il Comune di Roma si è fatto promotore di un progetto senza precedenti, scaturito da un tavolo conoscitivo sul problema mendicizia, che ha unito le forze degli assessorati alle Politiche per l'infanzia e alle Politiche sociali, dei vigili urbani, della polizia e dei carabinieri.

L'accattonaggio potrebbe infatti costituire uno stile di vita dell'intera famiglia dettato dalla povertà materiale e culturale, senza che tuttavia si verificano molestie e una vera e propria riduzione allo stato di schiavitù. In molti altri casi, invece, quando il denaro raccolto non soddisfa le richieste, sono previste percosse e minacce. Verificato ciò, scatta la linea dura: l'adulto responsabile può essere perseguito non solo per sfruttamento del minore a scopo di accattonaggio, ma anche per evasione dell'obbligo scolastico e, in caso di percosse, anche per violenza privata. A questo punto, la parola passa ai giudici del Tribunale dei minori. I genitori responsabili di tali crimini rischiano un'ordinanza di sospensione dell'esercizio della potestà che comporta l'affido dei bambini a un istituto e poi, eventualmente, e comunque sempre in seguito a un periodo di valutazione, a una famiglia.

La collaborazione tra il Dipartimento di giustizia minorile e la Direzione centrale della Polizia criminale del ministero dell'Interno, nonché l'istituzione di uffici per i minori presso le questure (operanti sul territorio in funzione di contrasto sia alla delinquenza minorile che ai reati commessi in pregiudizio di minore) hanno prodotto alcuni risultati positivi nella lotta all'impiego dei minori nell'accattonaggio. Fra il 14 maggio 2002 e il 31 dicembre dello stesso anno, infatti, sono state denunciate 263 persone, su base nazionale, per sfruttamento di minori in attività di accattonaggio. Le regioni in cui l'azione di contrasto ha prodotto maggiori risultati sono la Lombardia (71 persone denunciate), e il Lazio (dove 40 persone sono state denunciate soltanto nella capitale). Seguono la Liguria (25) e la Toscana (20). In Campania, dove pure lo sfruttamento minorile è particolarmente diffuso (soprattutto a Napoli), i denunciati sono stati soltanto 6. Le scarse denunce sono dovute anche alla presenza, sul territorio, di altre criticità (come ad esempio la criminalità organizzata), che oscurano il problema dell'accattonaggio minorile.

Le condizioni di povertà e disoccupazione, l'escalation del crimine organizzato, la carenza nell'istruzione, la debolezza delle leggi: tutto contribuisce al traffico dei minori verso il nostro Paese e l'Unione europea. Bambini e ragazzi passano dai nostri valichi di frontiera e poi spariscono, vittime di affari illeciti. E non sono pochi quelli che poi finiscono a chiedere l'elemosina, spinti dagli stessi familiari. Se fino a qualche anno fa il fenomeno della mendicizia era infatti circoscritto alle comunità dei Sinti e dei Rom, oggi rappresenta una risorsa appetibile anche

per gli adulti extracomunitari con difficoltà di integrazione sociale e sopravvivenza.

Secondo alcuni dati recenti negli ultimi dieci anni il numero di minori stranieri che entrano nel nostro Paese ha conosciuto un notevole incremento, basti pensare che, dal 1996 al 2000 si è passati da circa 126.000 (con un'incidenza del 14,2% sulla popolazione straniera regolarmente soggiornante) a 277.976 (con un'incidenza del 19%). Va però sottolineato che i dati si riferiscono esclusivamente ai minori iscritti sul permesso di soggiorno dei familiari. È quindi evidente che l'universo sommerso della clandestinità continua a restare tale per l'impossibilità di avere un riscontro certo. Si è tuttavia azzardata una stima prudenziale, formulata in base allo stesso aumento dei minori stranieri registrato nel 2000 (+48.125 unità): i minori stranieri sul territorio italiano nel 2001 arriverebbero alla quota di 326.101. Per quanto riguarda la categoria "minori stranieri non accompagnati", al 15 dicembre 2000 il Comitato per i minori stranieri ne aveva censiti 5.413. Lo stesso ente ne registrava 7.921 nel gennaio 2002, cifra che andrebbe comunque valutata con attenzione data la difficoltà di scambio delle informazioni tra il Comitato e le strutture che accolgono questi ragazzi.

Per quanto concerne la provenienza dei minori stranieri, le statistiche al riguardo vengono, anche in questo caso, dal Comitato per i minori stranieri, che individua ben 78 diverse nazioni di origine. La maggior parte dei piccoli immigrati sono albanesi (50,7%), segue poi il Marocco (17,4% dei casi, ma la percentuale è in continuo aumento), la Romania (8,5%) e la ex Jugoslavia (4,9%). L'86,2% dei minori stranieri è di sesso maschile. La fascia d'età più rappresentata è quella dei diciassettenni (45,5%), cui seguono i sedicenni (23,6%).

Per quanto concerne invece la distribuzione regionale dei minori immigrati non accompagnati sul nostro territorio (dati che è stato possibile rilevare perché riferiti a minori immigrati ospitati presso strutture o privati), la maggiore concentrazione si trova in Lombardia (18,6%), seguita dalla Puglia (17,1%), dal Lazio (13,4%), dalla Toscana (10,6%), dall'Emilia Romagna (9,7%), dal Piemonte (9,6%) e dal Friuli Venezia Giulia (4,6%). Mentre il 76,1% dei minori ancora soggiorna in Italia, per l'1,7% dei segnalati è stato già disposto il rimpatrio. A questi numeri vanno aggiunti tutti i ragazzi stranieri che hanno trovato alloggio presso le 43 strutture della giustizia minorile censite nel 2000 (il totale di quelle presenti in Italia e dipendenti dal ministero della Giustizia è però di 55): la loro presenza ammonta a 1.392 unità, 1.270 maschi e 122 femmine. Risulta particolarmente consistente la presenza di minori stranieri maschi non accompagnati negli Ipm, dove rappresentano il 28% dei presenti.

A questo punto è fondamentale, per la comprensione del

fenomeno, sapere quanti minori stranieri con o senza famiglia sono caduti nella morsa dell'accattonaggio o, peggio, di veri e propri reati penali. Un dato è a dir poco allarmante: nelle strutture per la giustizia minorile i responsabili dei reati di spaccio e consumo di stupefacenti sono in primo luogo gli stranieri non accompagnati (46,5%). La percentuale scende sensibilmente nel caso di stranieri con famiglia (13,1%). I minori stranieri maschi senza famiglia presenti nelle strutture segnalate sono for-

temente coinvolti anche in altre tipologie di reati, sono responsabili del 43,8% dei casi di rapina aggravata, nel 63,7% dei reati di estorsione e, infine, nel 60% dei reati di ricettazione.

È naturale che numeri così preoccupanti possano generare, qualora non ben interpretati, una vera e propria "psicosi da immigrato", spesso alimentata da mass media poco "allenati" alla valutazione di dati complessi e non generalizzabili.

SCHEDA 15. BAMBINI E ADOLESCENTI CAPACI DI RESISTERE: RESILIENZA E TERAPIA DEL BENESSERE

Perché alcune persone crollano sotto il peso degli stress mentre altre sembrano attraversare indenni avverse condizioni di vita ed eventi traumatici quali malattie, abusi sessuali, incidenti d'auto, lutti o guerre? La comprensione del modo in cui gli esseri umani (adulti e bambini) reagiscono a eventi traumatici sia insiti nel ciclo di vita quali malattie o lutti sia drammatici e inattesi quali abusi sessuali o incidenti, costituisce oggi un'importante area di ricerca e di approfondimento da parte degli studiosi della psichiatria, della psicologia e della psicopatologia dell'età evolutiva.

È ormai evidente come la risposta di un soggetto a simili eventi sia il risultato di un'interazione dinamica tra fattori di rischio e fattori protettivi, appartenenti a diversi livelli: biologico (genetico, endocrinologico, ecc.); psicologico (cognitivo, emotivo, ecc.); sociale (familiare, amicale, ecc.) e ambientale (politico, educativo, economico, ecc.). La letteratura relativa agli abusi sessuali ne è un esempio: una significativa percentuale, compresa tra il 20 e il 40%, di soggetti adulti sessualmente abusati nell'infanzia non presenta alcuna difficoltà di adattamento o disturbo comportamentale. Più in generale, i dati indicano che solo un terzo dei soggetti "a rischio" manifesta successivamente problematiche nell'adattamento: i due terzi dunque sopravvivono senza disturbi evidenti. Per questi soggetti è stato introdotto il concetto di *resilience*, ossia di "flessibilità", di "adattamento positivo" in risposta a una situazione avversa, da intendersi sia come condizione di vita sfavorevole (ad esempio la presenza di disturbi mentali nei genitori), che come evento traumatico e inatteso (violenza domestica, morte di un genitore, terremoto, ecc.).

L'analisi storica conduce alla triplice natura del concetto di *resilience*, che può essere intesa: come l'adattamento positivo nonostante l'esposizione ad ambienti a elevato rischio psico-sociale; come il funzionamento competente in presenza di forti eventi stressanti (acuti o cronici); come il processo di recupero da un trauma. Gli studiosi

iniziarono parallelamente a riflettere sui fattori protettivi, quali attributi del bambino, della famiglia, dell'ambiente, che potevano determinare un buon funzionamento del soggetto anche in situazioni a elevato rischio psico-sociale. Un'ulteriore evoluzione del concetto di *resilience* avvenne nel momento in cui l'attenzione si estese dalla sfera individuale a quella familiare e sociale. Oggi, in accordo con un approccio ecologico, una grande attenzione viene prestata ai fattori familiari e ambientali. Gli studi sulla psicopatologia dello sviluppo mostrano come la *resilience* sia multidimensionale e multideterminata: non vi è una sola fonte di *resilience* o di vulnerabilità, dal momento che entrambe costituiscono piuttosto l'esito dell'interazione tra diversi fattori. Si tratta non solo di predisposizioni genetiche, che si manifestano nel temperamento, nell'intelligenza o nella personalità, ma anche di qualità come le abilità sociali e l'autostima che, a loro volta, sono modulate da una serie di fattori ambientali (legami familiari, aspettative, apprendimento). Ben presto ci si accorse anche che la *resilience* non poteva essere concepita come una condizione statica o come un tratto permanente: una persona può essere resiliente in un momento della vita e non in un altro, di fronte a un evento e non a un altro. Un bambino disadattato, ad esempio, può recuperare un buon adattamento in adolescenza o in età adulta. La *resilienza* si riferisce a un generale stato di adattamento nella vita quotidiana: non è detto che un individuo lo sia ogni giorno e ogni minuto della sua vita.

Fattori di rischio e fattori protettivi, inoltre, non costituiscono categorie dicotomiche: alcune variabili, infatti, possono costituire un rischio in una data circostanza, un fattore protettivo in un'altra. Il divorzio, ad esempio, costituisce un fattore di rischio per alcuni bambini, non per altri che magari subiscono abusi intrafamiliari e per i quali la separazione dei genitori favorisce l'allontanamento da un ambiente violento.

È possibile sostenere, tuttavia, che fattori protettivi e fat-

tori di rischio tendono ad accumularsi e ad essere pervasivi, ossia ad aumentare la probabilità di successo/insuccesso di un soggetto. Si può dunque concludere che gli studi sulla resilience si sono evoluti da una visione individualistica e statica, a un approccio complesso e contestuale particolarmente attento agli aspetti culturali del fenomeno. L'approccio che va sotto il nome di psicologia positiva, infine, ha ulteriormente ampliato il concetto di resilience, evidenziando come in situazioni stressanti un soggetto possa non solo mantenere un funzionamento adattivo, ma anche acquisire nuove abilità e competenze. Gli studi sulla resilience hanno contribuito a identificare una serie di fattori protettivi che comprendono caratteristiche del bambino, della famiglia e dell'ambiente in cui il bambino cresce (quartiere, contesto scolastico, amicale, ecc).

Le riflessioni che scaturiscono dalle ricerche sulla resilience in situazioni di abuso sessuale all'infanzia, consentono di evidenziare alcune questioni aperte che necessitano di ulteriori studi e approfondimenti. Benché, ad esempio, bambini e adolescenti vittime di abuso sessuale costituiscano una popolazione a rischio, non tutti sviluppano disturbi mentali o problematiche dell'adattamento. Le stime relative al numero di bambini asintomatici tra coloro che sono stati sessualmente abusati, vanno dal 21 fino al 49%. Sembra, dunque, che una percentuale compresa tra il 20 e il 40% non presenti difficoltà rilevabili in età adulta e plausibilmente collegate all'abuso.

In generale, si può considerare resiliente quel soggetto che, posto in situazioni fortemente stressanti e avverse, presenti un funzionamento nella norma in ambito cogni-

tivo, comportamentale, sociale, secondo quanto rilevato da appositi strumenti di assessment. La resilience sarebbe, allora, la capacità del soggetto di far fronte a questi compiti evolutivi nonostante la presenza di fattori di rischio. Il benessere psicologico sembra avere un ruolo protettivo contro lo stress e un effetto favorevole sul decorso di molti disturbi, con importanti implicazioni immunologiche ed endocrine. Il mantenimento del benessere psicologico, ad esempio, aumenta la sopravvivenza in pazienti affetti da cancro.

L'infanzia e l'adolescenza sono fasi in cui vengono sempre più frequentemente riscontrate patologie psichiatriche come la depressione, il disturbo post-traumatico da stress e disturbi ansiosi che possono interferire con gli esiti educativi, attitudinali e interpersonali del soggetto nel corso della vita.

L'ottimismo sembra costituire il più importante predittore di un buon adattamento al trauma. La ricerca sul concetto di resilience nell'infanzia e nell'adolescenza ci porta a concludere che lo straordinario adattamento e il recupero, che alcuni bambini manifestano in seguito a eventi traumatici, sono strettamente legati ai fattori protettivi che agiscono in loro difesa. Questa scoperta ha portato a un radicale cambiamento delle tecniche d'intervento e di trattamento, non più finalizzate soltanto alla rimozione del sintomo e di tutto ciò che è "negativo" ma, piuttosto, alla promozione e alla valorizzazione del "positivo", attraverso strategie mirate a promuovere nel soggetto una serie di competenze e abilità per prevenire, riparare o compensare i danni arrecati ai sistemi difensivi.

SCHEDA 16. EMERGENZA, RISCHIO E TRAUMA: ANALISI DELL'APPLICAZIONE DI UN MODELLO OPERATIVO

Nel mondo, circa un giovane su cinque fino all'età di 15 anni soffre di disturbi mentali leggeri o gravi. Stando ad alcune stime, poi, se si considera l'intera popolazione mondiale, un numero di bambini compreso tra il 14 e il 43% ha vissuto almeno un evento traumatico nella propria vita. Le reazioni dei bambini a eventi stressanti possono essere tutt'altro che transitorie, avere esiti altamente invalidanti e persistere anche nei casi in cui il soggetto appare socialmente integrato. La patologia che più frequentemente si associa a un'esperienza traumatica, e che può comparire isolatamente o in associazione ai disturbi sopra citati, è il Disturbo post traumatico da stress (Ptds), che ha trovato frequente riscontro osservando e studiando le reazioni dei bambini e degli adolescenti in situazioni di guerra, disastri naturali, maltrattamento o malattie croniche. La letteratura relativa al Ptds nei bambini e ne-

gli adolescenti esposti a eventi traumatici offre, nel complesso, una serie di dati non omogenei: l'incidenza del disturbo, come per gli adulti, oscilla tra il 3 e il 100. Tale variabilità può essere spiegata in base agli strumenti di misura adottati, alla severità e alla durata dell'evento traumatico, al tempo trascorso da esso.

Secondo il National Center for Post Traumatic Stress Disorder (2001) se si considera la popolazione composta da bambini e adolescenti esposti a eventi traumatici, il 3-15% delle femmine e l'1-6% dei maschi soddisfano i criteri per una diagnosi di Ptds. La percentuale è più elevata negli studi condotti su popolazioni esposte a specifici eventi traumatici e abbastanza elevata in caso di guerre. La consistenza del fenomeno, per quanto concerne i disastri naturali, sembra essere inferiore rispetto ad altre situazioni traumatiche non superando in genere il 5%. In

caso di abusi, le percentuali sono estremamente variabili, e ciò dipende sia dalla tipologia di abuso considerata sia da aspetti più specifici di selezione del campione.

Il prodursi di disastri naturali e di spiacevoli fatti di cronaca a livello nazionale e internazionale evidenzia come, anche in Italia, il tema del Disturbo post traumatico da stress vada seriamente affrontato e approfondito. La complessità e la delicatezza delle situazioni di "emergenza" che coinvolgono bambini e adolescenti devono indurre a riflettere sulle ripercussioni che tali eventi possono avere nella loro vita familiare e sociale, nei percorsi evolutivi e di apprendimento.

Particolarmente significativo, a tal proposito, è l'intervento che il Team Emergenza del Telefono Azzurro ha condotto nei confronti di bambini e adolescenti presso alcune comunità molisane colpite il 31 ottobre 2002 da un violento evento sismico. Il comune di San Giuliano di Puglia riporta i danni più gravi con l'80% delle abitazioni inagibili e 29 vittime di cui 27 bambini; i 1.200 abitanti vengono sfollati e trasferiti in una tendopoli allestita presso il campo sportivo del paese. Considerando la grave situazione e l'ingente numero di minori coinvolti nel disastro, il Team Emergenza di Telefono Azzurro, con sede a Treviso, si è recato a San Giuliano di Puglia il 5 novembre per mettere a servizio della popolazione la propria professionalità. Telefono Azzurro era comunque già presente sul posto con il Comitato dei volontari di Campobasso, allertato, il giorno del disastro, dalla Prefettura. Durante i primi giorni di permanenza sul campo, gli psicologi del Team Emergenza hanno avuto modo di farsi conoscere dalla popolazione e di mettere a disposizione le loro competenze offrendo alle persone spazi di ascolto e di supporto psicologico. Alcuni si lasciavano avvicinare dai professionisti e accoglievano la possibilità di essere ascoltati, altri si rivolgevano spontaneamente agli operatori del Team per chiedere come comportarsi nei confronti di figli il cui comportamento era radicalmente cambiato dopo la tragedia.

L'obiettivo del Team era quello di rappresentare un punto di riferimento sia spaziale, attraverso la propria tenda, sia trasversale rispetto all'intera comunità; era dunque necessario entrare nelle altre tende e condividere con quella gente tutti i momenti, dai più banali ai più dolorosi. L'intervento inizialmente era previsto per un target specifico, ma la situazione ha richiesto un ampliamento del raggio di azione interessando anche persone anziane con grandi

difficoltà di adattamento e problemi di salute.

Alla luce del modello di rete adottato dal Team Emergenza, era indispensabile l'interazione con l'Asl locale, che ha istituito un vero e proprio piano d'intervento e di coordinamento di tutte le figure professionali che operavano sul campo. Tale modello operativo, infatti, prevede una logica di servizio multiagency in cui le agenzie coinvolte sul territorio condividono e mettono a disposizione tutte le loro competenze, risorse e professionalità.

Una parte importante del lavoro svolto dagli psicologi del Team è stato quello di favorire, assieme ai colleghi del territorio, la riapertura della scuola, supportando il preside dell'Istituto comprensivo nella gestione delle attività e nella comunicazione con i docenti in un contesto profondamente diverso da quello di un istituto scolastico. In accordo con le istituzioni scolastiche provinciali e regionali e, ovviamente, con il preside, i docenti sono stati coinvolti in una serie di incontri sia per dar loro uno spazio di ascolto e di supporto psicologico sia per chiarire l'importanza della riapertura dell'istituto e della ripresa delle attività scolastiche. L'obiettivo era quello di restituire ai più piccoli la fiducia in questa istituzione che, non solo fisicamente, era per loro crollata.

Contemporaneamente, sono stati istituiti dei gruppi di ascolto per i genitori dei bambini che avrebbero ripreso le lezioni, alcuni dei quali avevano perso un figlio in quella scuola. Questo rendeva la gestione dei gruppi particolarmente complessa e, nonostante il sostegno fornito dagli psicologi del Team, è stato necessario pensare a un intervento di lungo periodo con i colleghi del posto. Anche gli insegnanti dovevano essere sostenuti senza però sentirsi sostituiti dagli operatori, che per questo non sono mai entrati nelle classi e non hanno mai interferito nel rapporto con gli studenti.

Grazie al contributo prezioso e inestimabile del gruppo del professor N. Laor del Cohen Trauma Center di Tel Aviv (Israele), con la supervisione e il coordinamento della cattedra di Neuropsichiatria infantile dell'Università di Modena e di Reggio Emilia diretta dal prof. Ernesto Caffo, si è progettato di attuare un programma di riattivazione della comunità nei paesi colpiti dal terremoto adottando come modello il lavoro condotto dai colleghi israeliani in Turchia dopo il terremoto del 1999 che causò 3.000 vittime. Dopo un oneroso lavoro di traduzione e di adattamento dei materiali israeliani, è stato avviato il Class Activation Program.

capitolo 3

LA COMUNICAZIONE E LA CULTURA

SCHEDA 17. PERIODICI E RIVISTE PER GIOVANISSIME: SPUNTI DI ANALISI E DI RIFLESSIONE

Sono numerose le affermazioni decisamente “hard” pubblicate all'interno di riviste per “giovani e giovanissimi” (tanto più che il 50,4% dei giovani italiani tra i 15 e i 17 anni si dedica alla lettura di mensili; percentuale che sale al 57% nella fascia d'età compresa tra i 18 e i 20 anni), di cui l'Eurispes ha realizzato l'analisi dei contenuti al fine di esplorare le esigenze dei teenagers, i loro gusti e le loro tendenze. La rilevazione è stata condotta dall'Eurispes nel mese di luglio 2003.

La pubblicità comunque batte il sesso e l'amicizia all'interno della quantificazione degli argomenti trattati nelle riviste. Ben il 20,5% degli spazi è infatti dedicato ad essa. Seguono: moda e bellezza 18,9%, gossip e spettacolo 15,7%, rubriche 12,9%, altro 10,5%, amore e sesso 7,3%, test 3,9%, attualità 3,7%, viaggi 2,1%, casting 1,7%, amicizia 1,6%, universo maschile 1,2%.

L'analisi ha preso in esame sette periodici mensili: *Kiss Me*, *TopGirl*, *Ragazza Moderna*, *Young 18*, *Big*, *Love*, *Tweens*, e un bimestrale, *Debby più*. Ai fini della corretta lettura dei risultati, è opportuno sottolineare che lo spazio riservato dai periodici alle singole tematiche può variare, anche in maniera significativa, da numero a numero, sia per la specificità degli argomenti trattati, sia per i contenuti, sia per il diverso stile degli autori dell'articolo. Le riviste prese in esame non si differenziano in relazione al tipo di linguaggio utilizzato. Il primo elemento che caratterizza la comunicazione verbale di questi periodici è il ricorso frequente a inglesismi o americanismi. Del resto, gli stessi titoli dei mensili (con l'unica eccezione di *Ragazza moderna*) sono un chiaro esempio di questa tendenza; *Debby più* si avvale di un nome proprio di persona, che non è italiano, mentre gli altri (*Tweens*, *TopGirl*, *Young 18*, *Kiss Me*, *Love*, *Big*) ricorrono tutti a vocaboli inglesi.

Il target ufficiale è diverso da rivista a rivista: *Kiss Me* si rivolge a ragazze con un'età compresa tra i 14 e i 19 anni; *TopGirl* è indirizzato prevalentemente alle sedicenni; *Big* e *Love*, invece, a un pubblico di età compresa tra i 13 e i 18 anni; più piccole le lettrici “ufficiali” di *Debby più*, che vanno dai 12 ai 16 anni. Quelle di *Ragazza Moderna*, invece, hanno un'età più circoscritta: 14-16 anni. *Young 18* predilige un pubblico più adulto, tra i 16 e i 21 anni; per finire *Tweens*, indirizzato, invece, alle più piccole: ragazzine con un'età dai 10 ai 14 anni. Nulla impedisce, tuttavia,

che le stesse riviste possano essere acquistate anche da ragazze di età inferiore o superiore a quella del target medio di riferimento. Un indizio in questo senso è rappresentato dalla posta inviata dalle lettrici, che conferma la compresenza delle età più disparate nel lettorato delle riviste considerate. In particolare, nel mese di rilevazione prescelto, è *Ragazza moderna* a ospitare il maggior numero di pagine di pubblicità, destinandovi il 38% del suo spazio complessivo, ben 50 delle 132 pagine totali. Poco distante *TopGirl*, con 53 pagine di inserzioni, sulle 148 totali (35,8%).

La quota più bassa di pagine di réclame si trova all'interno di *Big*: esso contiene, infatti, solo 3 pagine di pubblicità sulle 84 totali (3,6%), seconda, terza e quarta di copertina. Stesso numero di pagine per *Love*, rapportate, però, a un totale di pagine inferiore, 68. Si tratta sempre della seconda, terza e quarta di copertina, con gli stessi oggetti reclamizzati: altre riviste per teenagers.

Per la categoria “moda e bellezza”, sul piano dell'analisi intracategoriale, solo una volta la trattazione di questo tema scende al di sotto del 10%: è il caso di *Debby più*, in cui questo argomento è affrontato soltanto in una pagina, occupando il 2,1% dello spazio complessivo della rivista. Al di là di questa eccezione, il comportamento dei periodici, da un punto di vista strettamente quantitativo, è abbastanza uniforme: lo spazio riservato a questo tema dalle singole riviste supera abbondantemente il 10% nella quasi totalità dei casi. Il picco massimo è raggiunto da *Love*: 24 pagine su 68 (35,3%). Sopra al 20% si collocano anche *Young 18* (26,5%) e *Big* (20,2%).

“Gossip e spettacolo”, coprono, invece, il 15,7% delle pagine totali delle riviste esaminate. *Big* si dimostra il periodico più orientato verso questo argomento, che occupa il 38,1% delle sue pagine.

Le “rubriche”, in relazione al numero di luglio, occupano il 13% delle pagine esaminate, dunque una quota consistente di spazio, cui corrisponde un'alta variabilità di argomenti trattati: amore, sesso, moda, bellezza, alimentazione, spettacolo, oroscopo, eventi culturali, gossip, senza dimenticare alcuni casi singolari (rappresentati da *TopGirl* in cui ci si imbatte nelle rubriche “tecnosfizi” e “mortogirl”) e *Kiss Me*, con la rubrica “KM!Techno”.

L'analisi intracategoriale rivela che la rivista che ospita il

maggior numero di pagine di rubriche è *Kiss me*, con 20 pagine sulle sue 124 totali (16,1%), seguita a poca distanza da *Big*, con il 15,5%. Le restanti riviste non presentano eccessive differenze: a prescindere da *Love*, che si distingue per la quota minore di pagine dedicate alle rubriche, il 7,4%, gli altri periodici non si differenziano eccessivamente gli uni dagli altri; la porzione di spazio destinata da ogni mensile alle rubriche si attesta intorno all'11-13%. La categoria "Altro" raccoglie anch'essa un numero consistente di pagine, il 10,5% sul totale, poiché contiene alcuni elementi strutturali, come la copertina e l'indice, praticamente immancabili in qualsiasi rivista. Ad essi si affiancano, però, i fumetti, i fotoromanzi (l'unico fotoromanzo presente è in *Debby più*) e i poster.

Al sesto posto nell'elenco quantitativo complessivo, il tema dell'amore e del sesso certamente sembrerebbe non emergere tra gli argomenti affrontati dalle riviste prese in esame. Sul piano puramente quantitativo, infatti, si riscontra che l'attenzione ad esso dedicata, il 7,3%, è poco più di un terzo rispetto a quella rivolta alle protagoniste indiscusse di questi periodici, la moda e la bellezza (18,9%) e meno della metà rispetto a quella prestata al gossip e allo spettacolo (15,7%). Tuttavia, l'analisi delle modalità di comunicazione delle riviste analizzate sembrerebbe indicare che l'interesse per l'amore e il sesso non si manifesta esclusivamente attraverso gli articoli, ma permea di sé gran parte dei periodici, attraverso allusioni e rimandi rilevabili anche nei servizi che trattano di altri ar-

gomenti. *Love*, com'è facilmente intuibile dal nome, è la rivista che si occupa più frequentemente di "amore e sesso": 19 pagine su 68 (28%). Una quantità consistente se rapportata alla totalità delle pagine dedicate a questo argomento dal complesso delle riviste.

I test sono un elemento tipico dei periodici presi in esame, e comunque di tutti i periodici rivolti a questo target di lettori. Occupano uno spazio leggermente superiore a quello dei temi di attualità (3,9%) e sono presenti nella quasi totalità delle riviste (solo *Young 18* non ne propone). È *Debby più* a contenere il maggior numero di pagine di test, il 12,5% sul totale della rivista; mentre *TopGirl* raggiunge solo lo 0,7%, con una pagina su 148.

"Attualità, Viaggi, Casting, Amicizia, Universo maschile", registrano una presenza variabile all'interno dei periodici. Il picco massimo della diffusione lo raggiungono "attualità" e "casting", ospitati in 5 riviste, mentre le altre tematiche sono presenti in 4 degli 8 periodici presi in considerazione. Solo *Young 18* e *Ragazza moderna* trattano tutti e cinque gli argomenti; in *Young 18*, anzi, sia "viaggi" che "casting" toccano la propria punta massima: 5,3% il primo e 3,2% il secondo. È *TopGirl*, invece, che dà maggiore spazio all'attualità, mentre *Tweens* ospita il numero più consistente di pagine dedicate all'amicizia, e ciò è comprensibile dal momento che si tratta di un periodico espressamente rivolto alle più giovani. *Love* e *Debby più*, al contrario, non affrontano, nel mese di rilevazione, nessuno di questi cinque temi.

SCHEDA 18. I BAMBINI E LA TELEVISIONE TRA OPPORTUNITÀ E RISCHI

Il consumo televisivo del bambino e dell'adulto si differenziano in modo significativo. L'adulto possiede un sistema cognitivo ed emozionale pienamente sviluppato che gli consente di "gestire" una gran mole di stimoli complessi. Esiste teoricamente tra gli adulti la possibilità di analizzare il messaggio televisivo in modo critico e limitarne il condizionamento. I bambini, invece, hanno serie difficoltà, nel contesto della fruizione televisiva, a distinguere i fatti dalla finzione. All'età di 2-3 anni i bambini non comprendono la natura rappresentativa delle immagini televisive e anche intorno ai 7-8 anni il ricordo dei programmi appare ancora incompiuto e disorganizzato. È solo verso i 9-10 anni che le trame e i messaggi vengono compresi in modo adeguato.

Diverse ricerche recenti hanno indagato e raccolto dati in merito al controverso rapporto dei minori con il mezzo televisivo. Secondo un'indagine, sette su dieci dei giovani di età compresa tra i 19 e i 27 anni sognano di entrare a far

parte del mondo del piccolo schermo e far carriera nello spettacolo. Gli stessi, tuttavia, ritengono il linguaggio televisivo sorpassato e distante da loro. Un altro sondaggio rivela che il 53% dei ragazzi tra i 12 e i 17 anni cui è stato chiesto di esprimere un desiderio natalizio dichiara di aspirare ad apparire, per una volta almeno, in una trasmissione televisiva.

Il mondo delle immagini e della fiction ha così dato vita a una realtà parallela, vivida e attraente. Molti tra i bambini e gli adolescenti sviluppano una sorta di dipendenza affettiva verso personaggi e programmi televisivi, deviando il proprio interesse dai rapporti concreti con gli adulti e i coetanei. Questo fenomeno e i rischi ad esso connessi sono stati oggetto di studi e approfondimento da parte di psicologi, pedagogisti e sociologi. Gli studiosi hanno maturato una crescente consapevolezza del ruolo svolto dai media nel determinare gusti, modelli di riferimento, mode, attese, desideri e acquisti.

Alcuni dati possono fornire una chiave di lettura del crescente potere del mezzo mediatico. Da un sondaggio Eurispes-Telefono Azzurro, è emerso che i bambini posseggono sin da piccoli un significativo arsenale tecnologico continuamente a disposizione nella propria stanza. Dai dati emerge che la metà dei bambini (49,9%) fra i 7 e gli 11 anni ha a disposizione una propria stanza dotata di moderne tecnologie. Circa la metà dei bambini (55,3%) dispone di un televisore nella propria stanza, che mostra una maggiore predilezione dei maschi (59,5%) per tale apparecchio rispetto alle femmine (51,1%). Anche fra gli adolescenti è diffusa l'abitudine di avere il televisore in camera propria. Ne possiedono uno il 69,6% dei maschi e il 58,9% delle femmine.

I dati successivi risalenti a un'indagine condotta nel mese di marzo 2003 offrono una panoramica sulla tipologia di consumo televisivo dei bambini e dei loro genitori. Il campione della rilevazione è rappresentato da 703 famiglie con bambini dai 4 ai 14 anni con più di un televisore; di questo gruppo, 509 famiglie hanno bambini in età compresa tra i 4 e i 7 anni. Analizzando il consumo televisivo in rapporto alle fasce orarie, è emerso che l'ascolto si concentra principalmente durante le ore serali, dalle 19 alle 23. Tra le 20 e le 21 è in ascolto il 35% di adulti e bambini, percentuale che si riduce di poco (33%) tra le 21 e le 22. Anche le fasce orarie che precedono (19-20) e seguono (22-23) registrano percentuali di ascolto significative, rispettivamente del 24 e del 22%. Nella fascia pomeridiana e preserale (dalle 13 alle 21), la percentuale di bambini che guardano un programma diverso dagli adulti è sempre maggioritaria, e raggiunge un picco del 59% tra le 13 e le 14 e tra le 20 e le 21. Bambini e adulti guardano gli stessi programmi soprattutto in tarda serata, tra le 21 e le 24 (63%) oltre che nelle ore centrali della mattinata, tra le 9 e le 13. Tuttavia, è consistente la percentuale di bambini tra i 4 e i 14 anni (37%) che guardano programmi diversi su un altro apparecchio televisivo tra le 21 e le 24.

La rilevazione sul sottoinsieme di famiglie con bambini tra i 4 e i 7 anni individua soprattutto nella donna colei che fruisce dei programmi televisivi insieme al bambino, in particolare nelle fasce orarie mattutine, in una percentuale che arriva al 56% tra le 9 e le 10. Le percentuali della visione in compagnia di un uomo adulto risultano sempre minoritarie, sia rispetto a quelle del consumo televisivo in compagnia di una figura femminile adulta, sia

rispetto a quelle della visione dei programmi in compagnia di più adulti (quest'ultima modalità cresce dal 68 all'80% tra le 19 e le 23).

Alcuni dati evidenziano le percentuali di bambini in ascolto in rapporto alle fasce orarie e alla visione in compagnia o solitaria. L'indagine dimostra che la percentuale di bambini tra i 4 e i 7 anni in ascolto durante la fascia serale scende dal 39% (tra le 20 e le 21) al 23% (tra le 22 e le 23). Oltre la fascia protetta, dopo le 23, c'è ancora un 9% di bambini tra i 4 e i 7 anni davanti alla tv. Il consumo televisivo dei bambini nella fascia serale è prevalentemente familiare, con percentuali che superano il 90% in tutte le fasce orarie dalle 20 in poi. Vi è però un 5% di bambini che non solo guarda la tv oltre la fascia protetta, ma lo fa senza la presenza di un adulto vicino. In relazione ai programmi di prime time, il più gettonato fra i bambini resta il varietà/quiz (38%); l'informazione attrae l'attenzione di un 18% dei bambini; i telefilm sono seguiti da un 14% di piccoli ascoltatori.

La programmazione televisiva per tutti va in onda dalle ore 7 alle 22.30 e, durante questo intervallo temporale, l'impegno più significativo appare quello di segnalare i programmi adatti a una fruizione familiare congiunta e quelli per un pubblico più adulto. Inoltre è proclamata la volontà di «evitare il pericolo di una dipendenza dalla televisione e di imitazione dei modelli televisivi, per consentire una scelta critica dei programmi».

La regolamentazione della partecipazione di bambini e ragazzi alle trasmissioni televisive prevede che si eviti la presenza di minori che in qualche misura siano coinvolti, in modo diretto o indiretto, in situazioni difficili e/o critiche. Anche la pubblicità è sottoposta a regolamentazione in merito ai contenuti proposti, secondo un esplicito riferimento a più livelli di protezione dei più piccoli (generale, rafforzata e specifica).

Le opinioni degli esperti in merito a quanto possa considerarsi nociva la tv per i minori sono piuttosto diversificate. Appare, tuttavia, evidente che alcuni bambini e adolescenti più di altri risentono negativamente di una protratta esposizione ai programmi televisivi. Certi contenuti, infatti, creano una condizione di "rischio" in particolari circostanze e periodi di sviluppo: un eccesso di emotività può influenzare la costruzione dei processi simbolici e interferire con la rielaborazione cognitiva dei contenuti.

SCHEDA 19. I BAMBINI E GLI ADOLESCENTI IN RETE

Secondo i dati raccolti da un'indagine Eurispes-Telefono Azzurro nel 2003, su un campione di 5.076 ragazzi fra gli 8 e gli 11 anni, il 50,9% dichiara di non collegarsi mai alla Rete, il che indica una diffusione non ancora capillare del mezzo nelle famiglie italiane, ma anche, in molti casi, una preclusione all'utilizzo imposta dai genitori ai bambini. Il 43,7% degli intervistati si collega a Internet qualche volta: si tratta probabilmente di chi non dispone della connessione in casa e la utilizza quando può, altrove; ma anche di bambini che ottengono solo in alcuni casi il permesso dei genitori per navigare. Solo il 3,9% dei soggetti si collega ogni giorno. La stessa indagine svolta da Eurispes-Telefono Azzurro ha preso in considerazione anche un campione di 5.710 adolescenti tra i 12 e i 19 anni, di cui oltre la metà (55,8%) si collega a Internet qualche volta; chi si collega ogni giorno costituisce ancora una minoranza (12%), mentre esiste una percentuale significativa di soggetti del tutto esclusi dalla Rete (31,2%). La percentuale di chi non naviga mai è molto più bassa di quella rilevata tra i bambini; gli adolescenti, evidentemente, dimostrano maggiore interesse nei confronti di Internet e, in virtù dell'età meno giovane, ottengono più facilmente il permesso di utilizzarla da parte dei genitori. In un rapporto preparato dall'Eurispes per il ministero delle Comunicazioni nel 2001 (*I providers e i diritti dei minori*), sulla base di un questionario proposto a un campione rappresentativo degli alunni delle scuole elementari di tutta Italia, viene segnalato che il 65,4% dei bambini usa il computer; di essi il 56,4% lo usa come videogioco, il 15,4% lo usa per navigare in Internet, il 27% lo usa per lo studio. Il fatto rassicurante che emerge dal questionario è che i piccoli utilizzano Internet seguiti dai genitori e che molti di loro si sono avvicinati al computer in seguito ad attività didattiche guidate dagli insegnanti.

Lo studio condotto da Telefono Azzurro ed Eurispes nel 2003, cui abbiamo precedentemente accennato, indaga non solo la diffusione dell'uso di Internet tra i bambini (8-11 anni) e gli adolescenti (12-19 anni), ma anche la tipologia dell'utilizzo da parte dei naviganti. Fra i bambini, il 46% dichiara di collegarsi a Internet per cercare cose interessanti, il 40,9% per giocare, il 36,7% per studiare. Solo una minoranza degli intervistati usa la Rete per comunicare (chattare, usare la posta elettronica, inviare sms). Il 5,9% ammette di navigare per cercare cose proibite.

La maggioranza degli adolescenti (61,8%) si collega a Internet per cercare cose interessanti; molti (39,7%) dichiarano di usare Internet per studiare. Un numero consistente di ragazzi si collega per comunicare: usare la posta elettronica (35%) e chattare (26,4%). Sono ancora numerosi coloro che usano Internet per giocare (28,3%), ma

meno che fra i bambini. Una minoranza afferma di navigare per mandare messaggi sui cellulari (15,2%) e per cercare cose proibite (15,3%). Per gli adolescenti Internet costituisce dunque principalmente una grande e rapida fonte di informazioni, utile per soddisfare gli interessi personali, ma anche per studiare. Si dimostra però molto importante anche la sua funzione di mezzo di comunicazione, utile per fare nuove conoscenze e amicizie e per mantenersi in contatto con persone anche molto lontane.

Si ricorda il progetto *Safeborders*, realizzato da Telefono Azzurro con Adiconsum, che fa parte del Piano di azione comunitario detto anche programma *E-Safe* e che coinvolge sette Paesi dell'Unione europea: Italia, Spagna, Grecia, Germania, Olanda, Lussemburgo e Regno Unito. Questo progetto consiste in un network che, alla luce dell'insufficienza dei filtri telematici, promuove un utilizzo consapevole e sicuro di Internet da parte di bambini e adolescenti che navigano in Rete.

I bambini che chattano da casa subiscono il fascino di un mezzo di comunicazione che consente loro di soddisfare l'innata curiosità e di aprirsi all'esterno, in una forma individuale che li affranca dalla tutela dei genitori. Un'indagine effettuata dalla Società italiana di pediatria di Bologna su mille ragazzi delle scuole medie inferiori lancia un allarme di natura diversa, in occasione del convegno *Bambino e media, opportunità e rischi*: il 52,9% dei preadolescenti italiani che usano abitualmente Internet dichiara di navigare generalmente da solo. Tra questi, il 40,2% naviga prevalentemente di sera; il 51,6% ha una frequentazione abituale con la chat line; il 32,9% dichiara di chattare non solo con ragazzi della stessa età, ma con chi capita; il 37,2% considera la chat una via utile per scoprire nuovi amici; il 65,8% del campione gradirebbe incontrare le persone conosciute per via telematica; il 44,3% non racconta a nessuno con chi e di che cosa chatta.

Per quanto concerne le e-mail, la loro diffusione fra i giovani riguarda motivi di studio, personali o di lavoro. Il titolo di studio influenza decisamente l'abitudine all'uso della posta elettronica, come dimostra un sondaggio realizzato da *Campus Web* nel 2000 sugli studenti universitari di dieci città italiane, che indica nel 78% del campione gli utilizzatori stabili di posta elettronica e conferma che il fenomeno è in netta espansione. L'uso dell'e-mail tra i giovani, secondo un'indagine di Poste Italiane, risulta invece spesso confinato a inviti collettivi per feste e manifestazioni, e riguarda solo il 22,5% dei casi esaminati. Soltanto il 7% userebbe l'e-mail per lettere d'amore tra fidanzati.

Il Servizio Polizia postale e delle comunicazioni negli ultimi tre anni (dal 1° gennaio 2000) ha monitorato circa 80.000 siti web, di cui circa 5.000 sono risultati pedofili.

SCHEDA 20. GIOVANI E CONSUMI, UNA FETTA DI MERCATO AMBITA

La generazione del terzo millennio determina le scelte di consumo non solo per i prodotti più "vicini" alla propria età anagrafica e al gusto (elettronica, videogiochi, giocattoli, abbigliamento), ma anche per i beni "storicamente" orientati verso i bisogni di un pubblico adulto. Tecnologizzati e superconnessi, permeabili alle suggestioni ma anche attenti e guardinghi, i giovani finiscono per orientare il mercato e, per questo motivo, sono ormai riconosciuti come il segmento più importante della società dei consumi e fatti oggetto di una corte serrata da parte delle aziende e della pubblicità. Si tratta dei *tweens* (dall'inglese *between*, in mezzo), vale a dire i ragazzi dai 7 ai 12 anni, non più bambini, non ancora adolescenti. Si sostiene, anzi, che i *tweens* assomiglino sempre più ai *teens*, imparando precocemente ad assumerne stili di vita, atteggiamenti e comportamenti che destano non poche perplessità.

I *tweens*, e con loro i ragazzi appartenenti a una fascia di età inferiore, finiscono così per rappresentare un segmento di mercato in rapida espansione e un enorme serbatoio di consumi tra i più redditizi, condiviso da una miriade di operatori industriali, attratti inoltre dalle disponibilità economiche di cui godono questi piccoli consumatori, grazie anche alla consuetudine della paghetta.

Un'indagine condotta da Eurispes e Telefono Azzurro su un campione rappresentativo di bambini dagli 8 agli 11 anni di età, ha rilevato che la maggior parte dei bambini gode di una discreta indipendenza economica e che ben il 12,3% ha una disponibilità settimanale superiore ai 20 euro. La paghetta, inoltre, così come tradizionalmente intesa, non è esaustiva della spesa destinata al soddisfacimento dei baby-consumi. Altre elargizioni si sommano in successione, in occasione del compleanno, durante le festività, e, talvolta, per meriti scolastici: un buon voto all'interrogazione può dar luogo a un compenso straordinario.

È interessante, quindi, osservare come queste somme vengano impiegate dai piccoli consumatori. Ben il 68% degli intervistati ha ammesso di "mettere da parte" la paghetta. I piccoli italiani non smentiscono, quindi, la tradizionale propensione nazionale al risparmio, motivo per cui gli istituti di credito e le Poste lanciano prodotti ad hoc, spesso differenziati secondo le varie fasce di età o, addirittura, propongono speciali carte prepagate dai genitori come alternativa alla tradizionale paghetta. Si attestano, invece, intorno al 14% le tre modalità di impiego più segnalate e cioè: uscire con gli amici; comprare libri, fumetti e riviste; acquistare cd e musicassette. Per quanto concerne l'abbigliamento, i ragazzi dimostrano già una spiccata autonomia nella scelta dei prodotti da acquistare. Dall'indagine emerge che più della metà degli intervi-

stati sceglie i capi di abbigliamento affidandosi prevalentemente al gusto personale.

L'indagine Eurispes-Telefono Azzurro sembra consegnarci il ritratto di un baby-consumatore sufficientemente critico rispetto alla pubblicità televisiva.

Stando ad alcune stime, quest'anno le famiglie avrebbero speso per materiale scolastico, libri e corredo 550 euro circa per ogni figlio, il 10% in più dello scorso anno. La voce, che riguarda gli acquisti di zaini, astucci e quaderni, ha registrato un aumento del 18% e ha inciso, sulla spesa complessiva destinata alla scuola, in maniera diversa a seconda delle classi scolastiche di appartenenza. Su queste cifre, decisamente rilevanti, oltre il 50% degli intervistati dichiara di far valere il proprio peso decisionale, non solo in relazione al gusto, ma anche alla percezione del bisogno e questo succede sia per i più piccoli sia per gli adolescenti.

È significativo, inoltre, che solo il 16,9% dei più piccoli accetti consigli dai genitori, mentre il resto delle scelte viene effettuato sulla base di altri stimoli, con una dominanza dei gusti personali, che sembrerebbero prescindere anche da fattori emulativi, dal momento che una percentuale del tutto marginale (1,5% per i più piccoli e 1,8% per gli adolescenti) sceglie le stesse cose dei propri amici. I settori merceologici che interessano i più giovani vanno dall'abbigliamento all'alimentazione, dall'arredamento alla scuola, dai giochi e videogiochi all'informatica, dallo sport e tempo libero alle vacanze studio e di svago, per finire con i prodotti bancari e assicurativi.

Accade così che, in Italia, i bambini siano bombardati da 1.500 spot al mese, cifra che rappresenta il 57% del totale dei messaggi pubblicitari. I bambini di questa generazione vivono, dunque, all'interno di un mondo nel quale non riescono spesso a vivere esperienze che non siano "mediate", e talvolta distorte o manipolate, da una miriade di mezzi di comunicazione di massa, che vanno dalla radio alla tv, a Internet, ai videogiochi fino ai cellulari. In effetti, non è solo la televisione a salire sul banco degli imputati.

Su questi problemi ha preso netta posizione, in un documento inviato alla Commissione parlamentare per l'infanzia della Camera dei deputati nell'aprile 2002, il Comitato nazionale degli utenti (Cnu), citando l'esempio dei "cartoons" e dei "serials" televisivi che riflettono programmi concepiti negli Stati Uniti, realizzati in Spagna e prodotti in Corea o a Taiwan, che inevitabilmente riflettono giustapposizioni culturali che minano alla base le identità nazionali e i valori tradizionali della nostra società.

In Italia, a differenza di altri Paesi dell'Ue, si usano i bam-

bini anche nella pubblicità, non solo come protagonisti, ma anche come target privilegiati del messaggio pubblicitario. Rivoluzionario, in questo senso, l'emendamento

al ddl Gasparri sull'assetto del sistema del sistema radio-televisivo, emendamento che vieta l'impiego dei minori al di sotto dei 14 anni negli spot pubblicitari.

SCHEDA 21. I CONSUMI MUSICALI E L'ASCOLTO RADIOFONICO DEI GIOVANISSIMI

Nel 2002 il mercato discografico italiano ha registrato un aumento di unità vendute del 7,3% rispetto al 2001 (da 43 milioni di unità vendute a 47 milioni) e un incremento dello 0,5% nel fatturato (da 338 a 340 milioni di euro). Il 2001, d'altra parte, era stato un anno assolutamente disastroso per l'industria discografica del nostro Paese, e in questo senso il miglioramento del 2002 non deve indurre a facili entusiasmi. I cd album, che rappresentano la fetta più importante del mercato audio (81%), hanno conosciuto una crescita sia in termini di volume (+17,6%) che di fatturato (+6,5%). Il catalogo "medio prezzo" ha avuto l'incremento maggiore: 64,2% come valore e 71,7% come unità. Si è invece verificato un calo di vendite per le novità (-5,6% in quantità e -9% in valore), ma i risultati più sconcertanti sono stati quelli dei cd singoli (-17,7% in quantità e -15,9% in valore), penalizzati fortemente dalla concorrenza di Internet. Le compilation hanno registrato una crescita e rappresentano, oggi, il 12% del mercato, contro il 7% del 2001. Cresce il settore dei video musicali: 93% per unità e 47% per valore.

Il mercato discografico ha effettivamente molti rivali e molti "nemici". La musica si può ascoltare in televisione e, soprattutto, alla radio; le nuove tecnologie, inoltre, assorbono in misura crescente il tempo dei ragazzi. Tuttavia, le ragioni principali della crisi delle vendite vanno ricondotte ad altri fattori. Il prezzo dei dischi si conferma un elemento di grande rilievo. A prova di ciò, l'aumento delle vendite dei cd risulta in relazione con le numerose iniziative promozionali realizzate durante l'ultimo anno. Il crollo del mercato interno, infatti, si è verificato proprio dopo la Finanziaria del 1997/1998, in corrispondenza con l'incremento dell'imposta sui prodotti fonografici (Iva al 20%).

Quel che emerge dall'analisi generale è comunque un forte interesse per la musica; la crisi non è riconducibile a una perdita di popolarità della musica in sé, ma al fatto che il valore commerciale della musica stessa risulta svalutato dalla pirateria e della masterizzazione di massa, a fronte di prezzi molto elevati. Sono 5 milioni, infatti, gli italiani che acquistano dischi contraffatti, 2 milioni quelli che scaricano musica da Internet.

Sebbene la crisi del settore coinvolga praticamente tutto il mondo, è opportuno rilevare che il nostro Paese è tradi-

zionalmente caratterizzato da consumi musicali nettamente inferiori rispetto a quelli della maggioranza dei Paesi occidentali. I dati del 2000 mostrano come le vendite pro capite di dischi in Italia siano fra le più basse (dopo quelle della Grecia): 0,8 contro 3,7 di Usa e Gran Bretagna, 3,6 della Danimarca, 3,2 della Svizzera.

Un'indagine realizzata nel 2002 rileva che, su un campione di italiani dai 14 anni in su, solo il 32% afferma di aver acquistato dischi nel 2001. Gli acquirenti di dischi sono risultati così distribuiti fra i due sessi: 51,4% uomini, 48,6% donne. Per quanto riguarda il titolo di studio, il 45,4% degli acquirenti possiede la licenza media inferiore, il 34% il diploma, il 4,3% la laurea, il 15,6% è privo di titolo; mentre per quel che concerne la condizione occupazionale prevalgono gli studenti (25,4%), seguiti da operai (19,4%), lavoratori dipendenti (19,1%), lavoratori autonomi (12,7%), casalinghe (9,4%), persone in cerca di occupazione (7,3%), pensionati (6,7%). Prendendo in analisi l'età degli acquirenti di dischi, si può osservare che non sono solo i giovanissimi, come comunemente si pensa, ad acquistare dischi in quantità maggiore: infatti, il 28% è fra i 25 e i 34 anni, il 26% fra i 18 e i 24, il 21% tra i 35 e i 44, il 12% tra i 14 e i 17, l'11% tra i 45 e i 54, solo il 2% tra i 55 e i 65.

Fra le strategie utilizzate dall'industria discografica per invertire la tendenza negativa del settore, oltre alla politica dei prezzi e alle operazioni di marketing, si può annoverare lo sviluppo di nuovi canali distributivi, comprese le edicole e le tabaccherie.

A fronte di una situazione ancora critica per quel che riguarda le vendite discografiche, i dati sulla partecipazione ai concerti sono decisamente incoraggianti. Il bilancio relativo alla musica dal vivo, nel 2002 ha confermato il trend positivo dei due anni precedenti e ha segnato un risultato record. Gli spettacoli sono saliti da 1.963 a 2.574, gli incassi da 68,13 milioni di euro a 101,83 (+49%). Nel complesso, la spesa degli italiani per gli spettacoli di musica leggera è in aumento e supera i 100 milioni di euro. Il 2003, in particolare, si sta dimostrando un anno di grande musica dal vivo segnato da un afflusso eccezionale ai concerti pop, soprattutto nel caso dei grandi nomi della musica.

Un cd contraffatto costa il 70% in meno di uno origina-

le. I cd pirata costituiscono il 23% dell'intero mercato (con punte del 50% in alcune zone del Sud del Paese). A ciò si aggiunge la diffusione dei cd usati: il mercato di seconda mano è molto attivo. Il fatturato illegale della pirateria musicale supera i 350 miliardi di vecchie lire ed è gestito in buona parte dalla criminalità organizzata. Nel 2002 le Forze dell'ordine hanno dedicato particolari energie alla lotta alla contraffazione discografica e il numero dei sequestri e degli arresti supera nettamente quello relativo al 2001. Mettendo a confronto l'incidenza della pirateria sul mercato del nostro Paese (25%) con quella di altre nazioni, si osserva che il fenomeno assume dimensioni estremamente più gravi in Cina (90%), Indonesia (85%), Russia (65%), Messico (60%).

Secondo un'indagine svolta nel 2002, 11,5 milioni di italiani (30,7%) possiedono cd duplicati e 4,7 milioni acquistano regolarmente cd masterizzati. Sarebbero invece 1,9 milioni gli italiani che scaricano file musicali illegalmente da Internet (e il 50% li riversa su cd vergini). La ricerca rileva inoltre che il 52% degli intervistati ritiene che non vi sia nulla di illegale nell'acquistare cd falsi. Un altro fenomeno responsabile della crisi del mercato discografico è la disponibilità della musica in rete, che ha origini ancor più recenti.

L'analisi delle vendite musicali sul mercato nazionale nel 2002 evidenzia che il repertorio italiano ha raggiunto il 46% del mercato, la musica internazionale il 48%, mentre il repertorio classico il 6%. Il repertorio domestico ha conosciuto una crescita significativa: del 9,6% per unità e dell'8,8% per valore, mentre quello internazionale ha registrato un aumento dello 0,3% per unità ma una flessione del 7,3 per valore.

In Italia, la radio raggiunge oltre 34.900.000 ascoltatori

ogni giorno. Prendendo in considerazione l'ultimo decennio, l'andamento della penetrazione dell'ascolto radiofonico ha raggiunto un picco nel 1998 (con il 69,3%) e ha poi subito una contrazione (fino al 67,4%) nel 2001. Tuttavia, la salute di questo mezzo di comunicazione rimane buona. Per quanto riguarda i giovani, la radio rappresenta un mezzo di comunicazione particolarmente seguito. Sono infatti numerosi gli ascoltatori tra i 15 e i 35 anni, ma anche di età inferiore (12-15), cioè la fascia d'età che, in genere, risulta difficilmente raggiungibile, per gusti e stili di vita, dal mezzo televisivo e dalla stampa.

Anche per gli investitori pubblicitari la radio può raggiungere un'audience importante, in parte differente da quella televisiva, in parte in orari in cui la televisione non viene ascoltata (soprattutto nelle fasce orarie del mattino, a partire dalle 7). Il mercato del settore radiofonico nel nostro Paese risulta distribuito fra le numerose stazioni: nessuna delle emittenti nazionali, pubbliche o private, supera il 20% dell'ascolto totale.

La percentuale di bambini e ragazzi che ascoltano la radio è elevatissima (ma tutte le fasce di età sono caratterizzate da una larghissima maggioranza di chi la ascolta ogni giorno). Il 55,7% dei ragazzi fra i 15 e i 17 anni e il 63,1% dei ragazzi fra i 18 e i 24 anni ascoltano la radio tutti i giorni. La più alta percentuale di soggetti che si dedicano quotidianamente all'ascolto radiofonico si trova proprio tra i 18 e i 24 anni. L'ascolto sporadico, fra i giovani, risulta invece meno diffuso. Per moltissimi ragazzi, quindi, l'ascolto radiofonico costituisce un'abitudine consolidata e un piacevole svago. La radio, infatti, risulta generalmente più vicina ai ragazzi (ma anche a molti adulti) rispetto agli altri media, capace di instaurare un contatto più stretto e personale con i singoli ascoltatori.

SCHEDE 22. VECCHI E NUOVI GIOCHI

I tre fenomeni che negli ultimi decenni hanno rivoluzionato la cultura del gioco e la produzione dei giocattoli sono l'evoluzione della famiglia, da allargata a nucleare; la multimedialità, cioè l'inserimento dei giocattoli all'interno della grande catena mass-mediologica come vero e proprio anello di un merchandising commerciale; il boom dell'elettronica (i videogames).

L'evoluzione della famiglia verso un modello nucleare e la scomparsa di una rete e di un cospicuo supporto parentale ha fatto sì che il bambino oggi si ritrovi più di frequente solo tra le pareti domestiche. Da una indagine condotta nel 1998 su un campione di 24.000 famiglie, è emerso come il gruppo dei pari continui ad avere grande importanza nella condivisione del gioco. Nel tempo libero, più

della metà dei bambini da 3 a 10 anni gioca con fratelli e sorelle e più di un terzo dei bambini può contare sulla presenza di amici e compagni di scuola nei giorni festivi e quasi la metà in quelli feriali. Sono i giorni festivi a consentire ai genitori, in particolare ai padri, di intrattenersi di più con i figli. Nei giorni feriali i bambini giocano di solito con la madre nel 32,5% dei casi e con il padre nel 22,5%; nei giorni festivi queste quote salgono rispettivamente al 40,6 e al 40%.

I media svolgono oggi un ruolo di primaria importanza nel veicolare modelli sociali, stili e valori. Secondo l'indagine Junior sui ragazzi dai 5 ai 13 anni elaborata nel 2001, le due attività alle quali i bambini dedicano la maggior parte del loro tempo libero sono "giocare" (per la quale

spendono in media 2 ore e 29 minuti, il 29% del totale) e guardare la televisione (2 ore e 18 minuti, il 27% del proprio tempo libero). Pertanto, il 56% del tempo libero il bambino lo spende per il gioco e per la televisione.

Anche il videogame ha rappresentato una vera e propria rivoluzione nel campo dei giochi. Nel mondo dei robot-giocattoli vi sono due gruppi ben distinti: quello degli "space toys" degli anni Cinquanta-Settanta e quello degli "anime toys" che, comparsi negli anni Ottanta, derivano direttamente dall'animazione televisiva. I primi sono prevalentemente di latta stampata, sono antropomorfici e hanno movimenti limitati. I secondi sono costruiti in plastica, hanno movimenti articolati e complessi, molto simili a quelli degli umani pur non assomigliandovi. Sicuramente la bambola continua a rimanere però il giocattolo più amato dalle bambine. Esistono due tipi di bambole che da qualche decennio popolano l'universo dei giochi femminili: quella con sembianze infantili e quella più adulta.

Nell'indagine Junior 2001 sui ragazzi dai 5 ai 13 anni, è stato rilevato il possesso e l'acquisto di 19 voci di giochi "classici". I ragazzi intervistati ne possiedono in media 7,7 su 19 e negli ultimi dodici mesi dalla ricerca ne hanno acquistati o ricevuti in regalo 2,3. La bicicletta si conferma al primo posto nella graduatoria dei giochi posseduti, (l'88% circa del campione ne ha almeno una), e anche in uno dei primi posti per quanto riguarda i giochi comprati nell'anno di rilevazione (20%). Percentuali molto elevate di possesso si registrano anche per gli animali in peluche (79% circa e al primo posto, con quasi il 24%, per gli acquisti nell'anno), per i puzzle (71% circa e più del 12% di acquisti nell'anno) e i giochi a quiz in scatola (con, rispettivamente, il 70,7% circa e oltre il 17%). Le bambole superano il 46% per quanto riguarda il possesso e il 22% per gli acquisti nell'anno. Molto diffusi sono i pattini (posseduti da quasi il 59% del campione) e, a seguire, i giochi per costruzioni tipo Lego (oltre il 50%). Big Jim è in fondo alla lista con una percentuale di possesso molto bassa (il 5,6%).

Nei confronti dei giochi di società (Monopoli, tombola ecc.), dei giochi che richiedono pazienza (come il puzzle)

e di pupazzi come gnomi, draghi ed elfi, i due sessi mostrano livelli di gradimento molto simili, mentre per le altre voci si registrano differenze più marcate, anche dell'ordine di parecchie decine di punti percentuali, che riflettono le tradizionali preferenze di gioco dei due generi: è il caso, ad esempio, delle bambole (preferite dall'89,2% delle bambine e dal 6,7 dei bambini) e dei relativi accessori (75,2% contro il 5,9), delle auto radiocomandate (possedute dal 72,4% dei bambini contro il 14 delle bambine), delle piste per automobili (54,6% contro il 10) e micromacchine (52,8% contro il 9,3). Nel passaggio da una fascia d'età (5-9 anni) a quella successiva (10-13), perdono appeal soprattutto le costruzioni tipo Lego (dal 61,9% al 41,6), i dinosauri (dal 40,1% al 25,7), gli animali di peluche (dall'84,3% al 73,5) e gli accessori per bambole (dal 43,9% al 33,5), mentre guadagnano nuove simpatie soprattutto i pattini a rotelle (dal 52,2% al 66,4) e i giochi di società (dal 66,8% al 76,7). Inoltre, tra la prima e la seconda fascia d'età, diminuisce di circa un punto il numero medio di giochi posseduti (da 8,1 a 7,2).

Le disaggregazioni per macroaree geografiche evidenziano una maggiore diffusione nel Nord Italia di quasi tutte le voci di gioco prese in esame (il numero medio di giochi posseduti è di 8,3 al Nord, 7,4 al Centro e 7,3 nel Sud e nelle Isole). Le uniche eccezioni sono rappresentate dalle bambole (leggermente più diffuse nel Sud piuttosto che nel Nord e soprattutto nel Centro), dalle micromacchine (più presenti al Centro, anche se con uno scarto percentuale minimo rispetto al dato del Settentrione) e dai giocattoli dell'orrore (anch'essi più diffusi nel Centro che nelle altre due macroaree, benché in misura solo lievemente superiore).

Dal 1996 al 2001 si è assistito a un incremento costante della diffusione tra i ragazzi dei "videogames per la tv con la console". Posseduti da poco più del 30% dei bambini dai 5 ai 13 anni nel periodo 96/97, i videogiochi sono saliti al 42% nel 98, al 50 nel 99 e al 53,1 nel 2000. Nel 2001 il dato sembra essersi stabilizzato (52% circa). La mancata crescita del possesso dei videogiochi con console è dovuta principalmente all'incremento dei pc posseduti in casa; infatti il pc con i giochi spesso sostituisce la console.

SCHEDA 23. IL GRAFFITISMO

Artisti o teppisti? La questione è aperta. Intanto i muri delle grandi città, dal centro alla periferia più estrema, si trasformano, notte dopo notte, in caleidoscopi di colori, giganteschi intrecci di lettere, ghirigori che sembrano usciti da un fumetto giapponese o da un'allucinazione. La tecnica del graffito nasce in California, a Los Angeles,

dove era pratica diffusa tra i lustrascarpe della città apporre una sigla sul muro della propria zona di lavoro, per evitare l'occupazione dello spazio da parte di altri concorrenti. Le gang di cultura ispanica cominciarono successivamente a dipingere il loro nome sui muri delimitanti i quartieri di appartenenza, come dimostrazione di poten-

za e controllo sul territorio nei confronti di gang rivali, dando l'avvio a un'usanza che ben presto si diffuse a macchia d'olio nel resto d'America fino a New York.

Qual è l'intento comunicativo dei giovani che ricoprono di graffiti le moderne città italiane? Dobbiamo rintracciarne il senso nei contenuti artistici o nella modalità di produzione e diffusione? Si tratta di soggetti ispirati ai fumetti, alla storia, ai media, ma anche di slogan o frasi private. I luoghi scelti sono luoghi pubblici di larga frequentazione (ad esempio, stazioni o convogli della metropolitana) che permettono quindi di veicolare e diffondere questa forma artistica e i messaggi in essa contenuti.

Da una indagine effettuata dall'Eurispes su un vasto campione di giovani tra i 12 e i 19 anni, emerge che la maggior parte di loro li ritiene una espressione artistica o un modo per esprimere le proprie opinioni (rispettivamente il 44,1 e il 24,1%). Solo il 14,4% li ritiene atti di vandalismo. Inoltre, è stato chiesto agli intervistati di esprimersi sui luoghi o gli spazi più adatti ai graffiti. Nello specifico, è stato chiesto loro dove trovassero lecito effettuare un graffito. I luoghi contemplati erano un treno, un muro, un monumento, un edificio. I ragazzi affermano che è abbastanza lecito dipingere su un muro o al limite sulla fiancata di un treno (rispettivamente il 60,1 e il 36%), ma ritengono illecito sporcare un monumento (89,6%) o un edificio (75,4%).

Questi dati indicano che i ragazzi stessi sono capaci di tracciare delle differenze nette sul significato di questo gesto a seconda del contesto in cui si esprime.

Se analizziamo i dati suddividendo il campione per sesso o per aree geografiche, non notiamo differenze rilevanti. Allo stesso modo, non si riscontrano differenze sostanziali in merito ai graffiti effettuati su monumenti o edifici. Se invece suddividiamo il campione per fasce di età (12-14 anni e 15-19 anni), notiamo un diverso atteggiamento nei confronti dei graffiti effettuati sui treni o sui muri. Sembra che i ragazzi di fascia di età più avanzata trovino più lecito dipingere sui muri e sui treni rispetto ai ragazzi più piccoli (per il treno, 41,4% dei giovani intervistati a fronte del 29,7 degli intervistati più piccoli; per il muro, allo stesso modo, il 65,2% contro il 54,7 dei ragazzi con un'età compresa tra i 12 e i 14 anni). Questo ci porterebbe a dire che il fenomeno è maggiormente diffuso e tollerato fra gli adolescenti che fra i preadolescenti e che i fattori culturali ed educativi incidono sul senso che si attribuisce a tale fenomeno. Tutti i ragazzi sembrano dotati di un (sufficiente) senso civico tale da ritenere illecito apporre graffiti su un monumento o un edificio privato.

Questi dati potrebbero essere molto indicativi per comprendere il senso che il fenomeno ha per i giovani e per dare le risposte più adatte che concilino le esigenze di decoro della città e l'esigenza di espressione dei giovani.

SCHEDA 24. FATTORI DI RISCHIO SOCIO-CULTURALI NELL'INSORGENZA DEI DISTURBI ALIMENTARI

I dati relativi al 2001, indicano in 2.410.000 i soggetti che soffrono di disturbi alimentari nel nostro Paese. Di questi, 825.000 (75.000 maschi e 750.000 femmine) sono affetti da anoressia e 1.585.000 (135.000 maschi e 1.450.000 femmine) da bulimia. In Italia, i Disturbi alimentari psicogeni (Dap) colpiscono molto più frequentemente le femmine che i maschi (i quali rappresentano solo il 9% circa dei casi). Percentuali analoghe si riscontrano, nello specifico, sia per l'anoressia che per la bulimia. Alcuni studiosi ritengono sottostimata l'estensione di tali disturbi tra i maschi adolescenti, in quanto non si considererebbe la tendenza ossessiva dei ragazzi ad assumere massa muscolare senza ingrassare. Per quanto sia riconosciuta una maggiore diffusione dell'anoressia tra le femmine adolescenti, questa forma di disturbo del comportamento alimentare risulta in aumento nella popolazione maschile.

I Dap nei maschi risultano difficili da diagnosticare. I clinici sono poco abituati a riconoscere queste forme di disturbi negli uomini, anche per l'assenza di precisi criteri

diagnostici per gli individui di sesso maschile. Inoltre, i maschi hanno difficoltà ad ammettere di avere un problema considerato tipicamente femminile e a cercare di conseguenza un aiuto professionale.

L'immagine di bellezza maschile proposta dai mezzi di comunicazione di massa è basata non sulla magrezza, come avviene per le donne, ma sulla forma fisica e sulla massa muscolare. È quindi probabile che l'eccessivo esercizio fisico possa rappresentare, nei maschi, uno dei principali fattori di rischio dell'insorgenza dei Dap. Negli uomini che soffrono di Dap, infatti, l'intenso esercizio fisico è finalizzato a diminuire il grasso corporeo e ad aumentare la massa muscolare. Questi tipi di comportamenti sono stati studiati dai ricercatori e variamente definiti come "complesso di Adone" e *reverse anorexia*. Con quest'ultimo termine si intende un disturbo della propria immagine corporea, caratterizzato dalla continua ricerca di volume muscolare, dall'insoddisfazione per il proprio aspetto e dal timore che i risultati raggiunti con l'esercizio fisico non corrispondano alle aspettative.

Per quanto riguarda l'età di insorgenza dei disturbi alimentari psicogeni, per entrambi i sessi negli ultimi anni si è riscontrato un abbassamento. Per le ragazze l'età critica di insorgenza è passata dai 14-16 anni agli 11-13 anni. La fascia d'età a rischio per i ragazzi risulta posticipata rispetto a quella femminile, è infatti compresa fra i 16 e i 24 anni. Le diete dimagranti risultano in molti casi un fattore di rischio, soprattutto se particolarmente restrittive e associate a stati d'animo di forte ansia. Le ragazze di età compresa tra i 12 e i 16 anni che, dopo essersi sottoposte ad almeno una dieta dimagrante, presentano un disturbo alimentare psicogeno ammontano al 40%, il 65% delle quali manifesta bulimia e il 35% anoressia. Quasi un terzo delle ragazze bulimiche ha un'organizzazione psichica di tipo tossicodipendente verso il cibo: l'astinenza dall'abbuffata seguita da vomito determina una crisi di astinenza simile a quella dei tossicodipendenti.

Sulla base di alcune stime relative ai soggetti affetti da disturbi alimentari psicogeni (2001), emerge che solo il 40% del totale ammette di soffrire di un Dap, in media dopo 2-3 anni di negazione della malattia. Dopo l'ammissione, solo il 30% delle femmine e il 10% dei maschi accetta di sottoporsi alla terapia. Fra le ragazze, inoltre, solo il 40-50% di quelle disponibili alla terapia si sottopone effettivamente al trattamento. Per quanto concerne l'esito delle procedure terapeutiche seguite dal Cidap (Centro italiano disturbi alimentari psicogeni), le pazienti anoressiche hanno trovato una completa guarigione nel 93% dei casi, nel 6 una guarigione caratterizzata da un approccio ansioso verso il cibo, mentre nell'1% la terapia è stata sospesa. Fra le pazienti bulimiche, invece, l'80% è pienamente guarita, il 13,8 è guarito parzialmente (continua a verificarsi un episodio bulimico circa una volta al mese), il 6,2% ha sospeso la terapia. In caso di bulimia, dunque, un esito negativo o solo parzialmente positivo

del trattamento è più frequente che in caso di anoressia.

I fattori di rischio dell'anoressia e della bulimia nervosa sono differenti, ad eccezione del basso livello di autostima che è presente in entrambi. Tra i fattori di rischio dell'anoressia vengono annoverati l'alto livello educativo e di reddito dei genitori, la presenza di problemi alimentari precoci, un alto livello di nevroticismo, la presenza di iperprotezione materna e di disturbi alimentari tra i membri familiari. I fattori di rischio della bulimia nervosa, invece, comprendono l'obesità infantile, l'inizio precoce del menarca, la preoccupazione per il peso, le pressioni sociali riguardanti il peso e/o l'alimentazione, le diete praticate in famiglia, i disturbi alimentari tra i membri familiari, le relazioni familiari distorte, la presenza di psicopatologia nei genitori o l'abuso sessuale infantile.

Molti studiosi sono concordi nel ritenere che i fattori socio-culturali giochino un ruolo decisivo nell'insorgenza dei disturbi alimentari. I messaggi proposti dai media, per l'enfasi che pongono sulla magrezza quale fattore essenziale per il raggiungimento del successo, avrebbero un forte impatto sulla genesi dell'anoressia e della bulimia. Sebbene siano stati analizzati diversi fattori di rischio per lo sviluppo e il mantenimento dei disturbi dell'immagine corporea e dei comportamenti alimentari disordinati, i valori socio-culturali (in particolare quelli trasmessi dai media) vengono considerati più fortemente associati all'incremento dell'insoddisfazione, soprattutto delle donne, verso il proprio corpo.

Nei Paesi del Terzo mondo (Asia, Africa e America del Sud) è stata riscontrata un'esigua presenza di anoressia e bulimia. Questo sembra essere associato al fatto che in tali Paesi i livelli di pressione socio-culturale sul valore e l'importanza della magrezza sembrano del tutto assenti: ciò dimostrerebbe che i fattori socio-culturali hanno un'importanza enorme nello sviluppo dei disturbi alimentari.

capitolo 4

LA SALUTE

SCHEDA 25. LA SALUTE DEI BAMBINI

Non si può parlare di salute in pediatria senza citare prima di tutto l'art. 25 della Dichiarazione universale dei diritti dell'uomo che recita testualmente: «Ogni individuo ha diritto a un tenore di vita sufficiente a garantire la salute e il benessere proprio e della sua famiglia, con particolare riguardo all'alimentazione, al vestiario, all'abitazione, alle cure mediche e ai servizi sociali necessari e ha il diritto alla sicurezza in caso di disoccupazione, malattia, invalidità, vedovanza, vecchiaia o in altro caso di perdita di mezzi di sussistenza per circostanze indipendenti dalla sua volontà, la maternità e l'infanzia hanno diritto a speciali cure di assistenza. Tutti i bambini, nati dal matrimonio e fuori di esso, devono godere della stessa protezione sociale». Già da queste prime affermazioni è possibile evidenziare, tra i diritti propri del bambino, la necessità di godere di "diritti speciali" anche rispetto all'adulto, che tengano in considerazione una serie di fattori non strettamente sanitari, superando il concetto dominante della semplice cura delle malattie.

Anche nell'art. 32 della Costituzione italiana ritroviamo espressi questi concetti («La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della comunità...») e su questo tema l'Italia ha recepito la Carta dei diritti del fanciullo, approvata dall'Assemblea delle Nazioni Unite nel 1959 e ha ratificato e reso esecutiva, con la legge 27/5/1991 n. 176, la Convenzione internazionale sui diritti dell'infanzia.

Tra i diritti del bambino (ricordiamo che con il termine di bambino si deve intendere il minore di età inferiore ai 18 anni) riconosciuti nella Dichiarazione, citiamo l'inalienabile diritto alla vita; la garanzia più ampia possibile, da parte degli Stati, della sopravvivenza e dello sviluppo del bambino; il diritto alla salute globale nella dimensione di una medicina preventiva, curativa e riabilitativa; l'impegno, da parte degli Stati, ad assicurare al bambino la protezione e le cure necessarie al suo benessere mediante appropriate misure di carattere legislativo e amministrativo, il riconoscimento del diritto del minore a godere del miglior stato di salute possibile e di beneficiare di servizi medici e di riabilitazione, assicurando in particolare l'assistenza medica e le cure sanitarie necessarie, con particolare attenzione allo sviluppo delle cure sanitarie primarie.

Non possiamo quindi non concordare con quanto affermato dall'Organizzazione mondiale della sanità che men-

ziona la salute come «uno dei fondamentali diritti di ogni essere umano», definendola come «uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale, e non solamente l'assenza di malattie o infermità».

Questa definizione, nella sua completezza, offre però, soprattutto in una società come la nostra (ben altro è il discorso nei Paesi del Terzo mondo) un'idea di salute molto teorica e rischia di identificare lo stato di salute come un obiettivo senza limiti. Questo significa promuovere e far accettare la convinzione nel cittadino che c'è un diritto riconosciuto al soddisfacimento dei propri bisogni, veri o presunti che siano (basta che siano percepiti come tali), praticamente illimitato, congiunto a un'attesa spropositata di una medicina quasi "superomistica", obbligata a dare risposte a problemi che in realtà sono antropologici o sociali e che quindi coinvolgono altre istituzioni.

Ultimamente tutti i più importanti documenti guida dell'Organizzazione mondiale della sanità, la Dichiarazione di Alma Ata (1978), la Carta di Ottawa (1986), le Raccomandazioni di Adelaide (1988), la Carta di Lubjana (1996), la Dichiarazione di Jakarta (1997), stanno profilando un nuovo paradigma della salute, intesa non solo come stato di benessere cui orientare l'impegno individuale e sociale, ma anche come risorsa per la crescita delle persone e della comunità, sul piano emozionale, intellettuale, economico, etico e spirituale.

Queste definizioni risentono ovviamente dello stato odierno di salute globale della popolazione e delle mutate condizioni sanitarie, grazie agli innumerevoli avanzamenti della medicina, che è andata ben oltre il prevedibile, (basti pensare alle tante malattie eliminate, alle possibilità terapeutiche di patologie fino a poco tempo fa inguaribili, ai trapianti) e alle conquiste sociali che, per lo meno nel nostro Paese, hanno garantito condizioni sociali discrete per la maggior parte della popolazione.

La richiesta di cure primarie vede in primo piano l'area del territorio, nella quale spicca la figura del pediatra di famiglia, cioè dello specialista che in seguito alla legge 833/1978 ha incarnato il passaggio da un'assistenza all'infanzia centrata sulle cure, e quindi sugli ospedali e/o su pediatri in qualità di consulenti, a un'assistenza caratterizzata da accesso diretto, continuità, globalità, coordinamento, orientamento delle famiglie, all'interno di un rapporto di fiducia tra pediatra, bambino e famiglia. As-

sistenza che si caratterizza per una sempre più marcata attività di prevenzione, educazione sanitaria e di promozione della salute con attenzione allo sviluppo fisico, psichico, relazionale, cognitivo del bambino e dell'adolescente nel contesto ambientale e sociale in cui è inserito.

Grazie a questa forma integrata di assistenza è stato possibile definire e dare significato al concetto di "Area pediatrica" («l'ambiente in cui il Servizio sanitario nazionale si prende cura della salute dell'infanzia, con caratteristiche peculiari per il neonato, il bambino e l'adolescente»), e al ruolo differenziato, anche se integrato, delle tre componenti che ne fanno parte cioè università, ospedale, territorio.

Un'ulteriore conferma di questa impostazione che valorizza l'assistenza extraospedaliera, viene dal nuovo *Piano sanitario 2003-2005*, che si è trasformato, da atto programmatico per le Regioni, in un "progetto di salute" da realizzare con le Regioni in modo sinergico e interattivo. Tra gli obiettivi vi è quello di promuovere il territorio quale primaria sede di assistenza e di governo dei percorsi sanitari e socio sanitari, attraverso l'"inderogabile" necessità di organizzare meglio il territorio, attraverso lo spostamento di risorse e servizi oggi appannaggio degli ospedali. La promozione della "centralità" dei medici di famiglia e dei pediatri, dando più spazio alla medicina di base, richiede anche una riallocazione delle risorse a favore del territorio, riservando all'ospedale il trattamento delle patologie acute.

È una linea che inverte il tradizionale sistema di offerta sanitaria, fondata prioritariamente sull'ospedale che "attende i cittadini", a favore di una linea che identifica il territorio quale soggetto attivo che è in grado di intercettare il bisogno sanitario e si fa carico in modo unitario delle necessità sanitarie e socio-assistenziali dei cittadini. In questa visione diventa particolarmente importante il raggiungimento di un altro obiettivo, di promuovere l'eccellenza e riqualificare le strutture ospedaliere.

La domanda di servizi da parte della popolazione sta cambiando: si rende perciò necessaria una nuova organizza-

zione della rete ospedaliera che, malgrado i tentativi di razionalizzazione, appare ancora decisamente ipertrofica rispetto ad altri Paesi europei, con un numero di strutture pari a 504 nell'anno 1999, mentre la presenza del pediatra è garantita nel 50% degli ospedali, l'attività di pronto soccorso pediatrico è presente solo nel 30% degli ospedali, la guardia medico-ostetrica 24 ore su 24 nelle strutture dove avviene il parto è garantita solo nel 45% dei reparti. Inoltre, malgrado la forte diminuzione della natalità, il numero dei "punti nascita" è ancora molto elevato, 605 in strutture pubbliche o private accreditate: tra queste, poco meno della metà ha meno di 500 parti all'anno, soprattutto nel Sud del Paese (*Piano sanitario nazionale, 2003-2005*).

È ormai opinione condivisa che il buono stato di salute nel suo complesso è determinato sicuramente da fattori genetici e individuali favorevoli, da stili di vita corretti e dalla disponibilità di servizi sanitari efficaci, ma non in misura così determinante quanto si potrebbe essere indotti a credere. Risulta infatti sempre più evidente che le differenze di salute in una popolazione, o tra popolazioni, sono sostanzialmente manifestazioni di determinanti sociali, economici, ambientali e istituzionali.

La povertà, ad esempio, è considerata dall'Oms come «il singolo fattore più importante che determina cattive condizioni di salute», e si associa a maggiore mortalità infantile, a più malattie, a una maggior tendenza all'uso di sostanze (alcol, fumo, droga), a obesità e scarsa attività fisica, a un minor ricorso ai servizi sanitari specie in ambito preventivo. Questo è particolarmente evidente nella nostra realtà in gruppi selezionati di popolazione (minoranze etniche, immigrati e rifugiati). Anche il livello di educazione viene oggi tenuto in tale considerazione da essere equiparato al reddito nel determinare i vari gradienti di mortalità e di morbilità e risulta spesso un fattore predittivo positivo per garantire una buona salute futura.

Ne consegue che le politiche della salute non possono più essere disgiunte dalle politiche dello sviluppo e su questo terreno si devono muovere politici e amministratori.

SCHEDA 26. BAMBINI IN SOVRAPPESO E OBESI: LO STILE DI VITA QUALE FATTORE DI RISCHIO

La cattiva alimentazione e l'obesità nascono nel contesto di un Occidente ricco e opulento e si diffondono dai Paesi ricchi a quelli poveri. Negli ultimi quindici anni la prevalenza di obesità è aumentata dal 10 al 15% nella maggior parte degli Stati europei e del 5% nei Paesi in via di sviluppo. Anche in altre aree geografiche, dove in passato il problema non era presente, se non in minima entità (Ci-

na, Giappone, Medio Oriente, Sud America e Sud Africa), si registra un cambiamento di tendenza. Gli Stati Uniti, soprattutto, registrano un andamento drammatico del fenomeno. È interessante rilevare che mentre nei Paesi industrializzati le fasce più a rischio di sovrappeso e obesità sono quelle più svantaggiate, in quelli non industrializzati le persone più esposte a questa patologia sono

quelle economicamente privilegiate. La ricchezza e il prestigio di cui gode una piccola fetta di popolazione si traduce in opulenza e abbondanza di cibo e, inevitabilmente, in condizioni di sovrappeso e obesità. L'International Obesity Task Force (Iotf), nata 5 anni fa, ha concordato a San Paolo, la metropoli brasiliana dove lo scorso anno si è tenuto un convegno internazionale, le linee guida di prevenzione cui devono attenersi i governi. In quella sede si stabilì che istruire la popolazione non bastava; era necessario intervenire su ambiente e società per modificare lo stile di vita.

Lo scorso anno, in Italia, il 36% dei bambini tra i 7 e i 9 anni era in sovrappeso. L'Italia, insieme alla Grecia, deteneva il primato di bimbi grassi in Europa. Recentemente a Milano si è tenuta la giornata di apertura della *Conferenza europea sugli stili di vita salutari* cui ha partecipato il professor Philip James, responsabile dell'International Obesity Task Force. In tale contesto, si è ribadito il triste primato detenuto in Europa dal nostro Paese. In Italia resta costante la percentuale (36%) di ragazzi (tra i 6 e i 17 anni) in sovrappeso, seguita da Spagna e Grecia con un 27%, e dalla Svizzera che si attesta al 24%. Tra i bambini obesi, una maggior prevalenza si è riscontrata tra i maschi e nelle aree meridionali. Una indagine, condotta nel 2000, ha monitorato il fenomeno del sovrappeso e dell'obesità infantile in Italia. La regione con maggiore presenza di bambini e adolescenti con eccesso di peso è la Campania col 36%, mentre in Val d'Aosta si registra la percentuale più bassa (14,3%). Dall'indagine è risultato che, in presenza di entrambi i genitori in sovrappeso, la percentuale di ragazzi che presentano lo stesso disturbo è di circa il 34%; se nessuno dei due genitori è affetto da eccesso di peso, la percentuale scende al 18. In presenza di una madre obesa o in sovrappeso, l'insorgenza di analoghi problemi nei figli è del 25,4%, una percentuale leggermente superiore a quella relativa alla presenza di un padre con eccesso di peso (24,8). Se in famiglia c'è almeno un adulto obeso, a prescindere dal grado di parentela, i bambini tra i 6 e i 13 anni con problemi di peso si attestano sul 42,1%. In riferimento al fenomeno complessivo preoccupa la generale persistenza dell'obesità infantile

nelle successive fasi della vita, con conseguente aumento dei rischi per la salute e di serie ripercussioni psicologiche. Circa il 25-50% dei bambini obesi, infatti, mantiene l'eccesso ponderale anche da adulto. Il problema, inoltre, non è esclusivamente riducibile alla numerosità dei casi poiché non deve essere sottovalutata l'esistenza di bambini super-obesi che difficilmente riescono a guarire.

L'esistenza di una stretta associazione tra obesità, morbidità e mortalità richiede una significativa attenzione preventiva e terapeutica nei confronti di famiglie e bambini a più alto rischio. È necessario dunque modificare gli stili di vita disfunzionali e principalmente curare l'alimentazione ed evitare la sedentarietà. Evidentemente è molto importante impostare campagne informative su larga scala che possano raggiungere anche quegli strati di popolazione solitamente difficile da contattare. La prevenzione primaria può essere realizzata in contesti come quello scolastico che ha obiettivi educativi piuttosto che terapeutici-sanitari. Le famiglie possono intraprendere dei percorsi formativi-informativi sin da quando il bambino inizia a frequentare la scuola materna. Questi incontri potrebbero essere tenuti dagli stessi insegnanti adeguatamente preparati e prevedere il coinvolgimento di esperti. Scopo degli incontri è quello di aumentare le conoscenze, cambiare atteggiamenti e comportamenti riguardo l'alimentazione, l'attività fisico-motoria e la vita di relazione del bambino. A fianco delle campagne informative è necessario che la scuola stessa si imponga come modello di stile di vita salutare, affinché quanto il bambino apprende a scuola possa essere veicolato nel rapporto con i familiari. Questi interventi possono avere un certo impatto se vengono perseguiti con costanza e con il coinvolgimento di diversi servizi sanitari ed educativi. Non si tratta infatti solo di cambiare dieta ma di modificare delle rappresentazioni sociali per cui l'abbondanza di cibo, per alcune tipologie di persone, può rappresentare uno status sociale. In questo senso è opportuno concertare interventi che coinvolgono più livelli, altrimenti si rischia di generare macroscopici paradossi investendo risorse economiche in campagne informative, mentre la pubblicità e i mercati sono impegnati nella controinformazione.

SCHEDA 27. L'ALLERGIA COINVOLGE SEMPRE PIÙ BAMBINI

La predisposizione alle allergie è spesso ereditaria: genitori allergici non di rado hanno figli allergici. Se il bambino non ha parenti allergici, tale rischio è oggi compreso tra il 5 e il 15%; se invece uno dei genitori o dei fratelli soffre di allergia, la probabilità aumenta e si attesta intorno al 20-40%, per salire addirittura al 60% se entrambi i genitori sono al-

lergici. Oltre alla predisposizione ereditaria, altri fattori svolgono un ruolo importante nell'insorgenza di una allergia. È un dato di fatto che nei Paesi industrializzati le patologie allergiche sono in aumento, e il fenomeno riguarda anche i bambini. Molti elementi indicano che le condizioni ambientali vi hanno contribuito in modo significativo.

Basti pensare che il 33% delle malattie nel mondo è causato da fattori ambientali e, di queste, il 40% colpisce bambini al di sotto dei cinque anni di età. Si stima che ogni anno muoiano, per patologie legate ad ambienti insalubri, cinque milioni di bambini. Questo problema riguarda anche l'Europa: qui i piccoli sono esposti a circa 15.000 diversi composti chimici e a una pluralità di fattori di rischio che comprende inquinamento, traffico, contaminazione di acque, inquinanti chimici nei giocattoli e così via. Il risultato è che siamo di fronte a un'epidemia di asma e allergie, con una rapida crescita negli ultimi anni.

In Europa, più del 10% dei bambini è affetto da queste patologie e tale percentuale è andata costantemente aumentando, fino a registrare un incremento del 200% tra il 1975 e il 1995. Per quanto concerne l'Italia, si registra una crescita quasi costante dei sofferenti di disturbi allergici, passati dal 6% del 1993 all'8,2 del 2001, con una minima contrazione del fenomeno tra il 1997 e il 1998. I valori più elevati tra coloro che si dichiarano affetti da malattie allergiche si riscontrano al Centro-Nord, in ognuno degli anni considerati; ma gli incrementi percentuali più consistenti, dal 1993 al 2001, si sono registrati nel Meridione (+2,5% nelle Isole e +3,5% al Sud, contro il +1,2% del Centro, il +1,7% del Nord-Ovest e il +2,3% del Nord-Est). I giovani che, nel 2001, hanno dichiarato con maggiore frequenza di soffrire di disturbi allergici sono compresi nella fascia d'età dei 18-19enni e in quella successiva (20-24), in entrambi i casi con una percentuale del 9,4%. Particolarmente colpiti sono anche i 15-17enni (8,5%).

Nell'ambito dei fattori ambientali, smog e traffico giocano un ruolo di primo piano. Uno studio del 1998, realizzato nelle otto città italiane più importanti, attribuiva a queste cause 31.500 casi di bronchite acuta e 30.000 crisi d'asma. Inoltre quasi il 30% delle bronchiti acute nei bambini sotto i 15 anni sarebbe da attribuire alle polveri sottili. L'inquinamento dell'aria può essere considerato tra i principali responsabili dell'incremento dei disturbi allergici nelle aree metropolitane del nostro Paese. Considerando il quadriennio 1997-2001, nei comuni centro delle aree di grande urbanizzazione (cioè Torino, Milano, Venezia, Genova, Bologna, Firenze, Roma, Napoli, Bari, Palermo, Catania e Cagliari) il fenomeno delle allergie si è intensificato in misura piuttosto rilevante (+2,1%). Nei comuni situati alla periferia delle metropoli, invece, l'incidenza dei disturbi allergici è aumentata, in 4 anni, dello 0,6%; tuttavia, in questi centri il fenomeno ha fatto registrare valori particolarmente elevati (9,1% nel 1997 e 9,7% nel 2001), superiori a quelli rilevati nei comuni centro delle aree di grande urbanizzazione.

Un altro importante fattore di rischio per le allergie è rappresentato dalle particelle contenute negli ambienti chiusi, in particolare dal fumo passivo e dalle sostanze presenti nei

locali domestici. Le abitazioni costituiscono una importante fonte di allergeni poiché in media i bambini trascorrono dall'80 al 90% della loro vita fra le mura domestiche o comunque al chiuso. Oltre agli acari presenti negli ambienti chiusi, un ruolo fondamentale fra gli allergeni è giocato dal fumo passivo: il tabagismo delle madri può aumentare di più del 50% il rischio di malattie respiratorie del tratto inferiore nei primi tre anni di vita del bambino. I fumatori passivi in Italia costituiscono un esercito di 15 milioni di persone, pari al 26,5% della popolazione.

Nella maggior parte dei casi la manifestazione delle allergie avviene prima dei 4-5 anni di età. Se nella prima infanzia problemi possono nascere con il latte di mucca o le proteine dell'uovo, successivamente la sensibilizzazione si sposta verso gli acari della polvere o i peli degli animali domestici. La rinite allergica è invece un disturbo che si manifesta nei bambini in età scolare e negli adolescenti e rappresenta da sola il 10-20% di tutte le allergie. L'asma colpisce oggi, in Italia, circa il 10% dei bambini, con una incidenza leggermente maggiore tra i maschi rispetto alle femmine. Essa è pertanto una delle malattie croniche più frequenti in età pediatrica. Negli ultimi 25 anni l'asma è raddoppiata tra i bambini del continente. Ad essere maggiormente colpiti sono i piccoli inglesi: uno su tre, il 32,2% del totale soffre dei sintomi dell'asma. Con poco meno di un bambino su 10 (l'8,9% per l'esattezza), l'Italia è solo al 13° posto della classifica negativa, ma comunque a livelli più che doppi rispetto ai bambini russi, greci, rumeni e albanesi. In circa il 40% dei bambini i sintomi asmatici migliorano con il passare degli anni, per poi scomparire in età adulta. Circa il 18% dei bambini di età compresa tra i 9 e gli 11 anni soffre di raffreddore allergico, con un'incidenza leggermente superiore nei maschi rispetto alle femmine.

L'incidenza della dermatite atopica nella popolazione infantile è in costante aumento: attualmente la patologia interessa circa il 15% dei bambini. Nel 50% circa dei casi di dermatite atopica l'allergene è costituito da un alimento. Le allergie alimentari sono particolarmente frequenti nei lattanti e nella prima infanzia: circa il 2-4% dei bambini di età inferiore ai 2 anni presenta un'allergia al latte vaccino, in seguito al precoce contatto con proteine alimentari non digeribili.

Sappiamo infine che molteplici fattori psicologici sono implicati nella genesi e nel mantenimento delle allergie. I metodi di trattamento delle allergie implicano, per le famiglie interessate, un notevole sforzo economico e richiedono una grande costanza. Accudire un bambino allergico, infatti, significa lottare su molti fronti: non si tratta solamente di seguire la terapia con regolarità e spesso contro la volontà del bambino, ma anche di saper gestire l'enorme fatica psicologica che la malattia comporta. In molte circostanze il bambino allergico non è libero di comportarsi come i suoi

coetanei “sani”. Vi sono fasi dello sviluppo, in cui il piccolo si rifiuta di collaborare appunto perché non sopporta più le limitazioni imposte dalla propria condizione e vuole sentirsi uguale a tutti gli altri. Aiutare il bambino a rapportarsi con la malattia con un atteggiamento di accettazione e con-

sapevolezza rappresenta uno stimolo motivazionale per i genitori. È inoltre fondamentale che il bambino, in base all'età e alle capacità, partecipi il più possibile e in modo responsabile alla gestione pratica della terapia: questo rafforza la fiducia in se stesso e aumenta la sua motivazione.

SCHEDA 28. PSICOFARMACI BABY: UNA LEGISLAZIONE COMMERCIALE?

Negli Stati Uniti esiste già quello alla menta, per renderlo ancora più piacevole ai bambini. E non si tratta di un antibiotico o di uno sciroppo troppo amaro per i palati delicati dei più piccoli, bensì del Prozac. Attualmente, tra i 3.000 e i 6.000 bambini inglesi inghiottono pillole psicoattive per “darsi una calmata”. Ogni anno in Germania, dove già nel 1990 si vendevano 16.000 unità di Ritalin, vengono compilate circa 500.000 ricette di psicofarmaci a ragazzi in età scolare e una pillola su sette è somministrata a individui sotto gli 11 anni di età. In alcune scuole del Queensland, Australia, i bambini non fanno più la coda per il latte, ma per prendere farmaci che tengano sotto controllo i loro “problemi comportamentali”.

Quando si parla di uso razionale dei farmaci, il nostro Paese si contraddistingue per una serie di iniziative rivolte alla popolazione pediatrica. Nonostante ciò, «i nostri bambini sono ancora troppo spesso dimenticati, e quindi poco garantiti, per quanto concerne la sicurezza, l'efficacia e l'appropriatezza dei farmaci a loro prescritti e somministrati».

Molti nuovi farmaci e la maggior parte delle molecole in commercio non sono stati registrati per l'uso in età pediatrica. Ma l'attuale legislazione italiana ed europea consentono tuttavia di prescriberli ai più piccoli senza la necessaria licenza. Ai bambini possono dunque essere somministrati principi attivi senza le opportune conoscenze sul fronte del beneficio/rischio. In generale le categorie più frequenti d'utilizzo *off label* sono: il diverso dosaggio e/o frequenza, l'uso per un'indicazione non riportata nel foglietto illustrativo e la mancata autorizzazione per uso pediatrico.

Va però detto che non sempre l'uso fuori etichetta rappresenta una “pratica irrazionale”. A tale proposito è esemplificativo il trattamento della febbre: il paracetamolo, che rappresenta il principale farmaco di scelta, è allo stesso tempo quello più utilizzato come *off label* per posologia. Al contrario, l'uso del metamizolo (più famoso come Novalgina), tutt'altro che sporadico, è da considerarsi irrazionale. Questa sostanza, in commercio nel nostro Paese e in pochi altri, è stata ritirata da tempo in

nazioni come gli Usa e il Regno Unito a causa dell'associazione con gravi effetti collaterali. Dal monitoraggio e dalla valutazione dell'uso razionale dei farmaci, si è giunti a queste conclusioni: il 60% di tutte le prescrizioni effettuate nei reparti di pediatria è risultato diverso per dose, modalità di somministrazione, indicazione terapeutica o età del paziente da quello per cui era stata concessa la licenza di commercializzazione e d'uso del farmaco. Questo uso “sperimentale”, ossia non sottoposto in precedenza a valutazione (il cosiddetto uso *off label*), ha interessato l'89% dei bambini ricoverati. Gli antiasmatici, gli analgesici-antipiretici-antinfiammatori e gli antibiotici sono i farmaci più frequentemente utilizzati in modo *off label*. Proprio l'uso *off label* è stato associato a un aumento di 4 volte delle reazioni avverse gravi da farmaci, insorte in ospedale o che hanno reso necessaria l'ospedalizzazione del bambino.

La necessità di preparazioni estemporanee di farmaci non è un'evenienza rara durante il ricovero in ospedale di un bambino, in particolare per i più piccoli affetti da neoplasie e sottoposti a interventi chirurgici o con problemi cardiovascolari. Nell'ambito delle cure extra-ospedaliere, tre quarti delle visite del pediatra di famiglia si concludono con almeno una prescrizione di farmaci, soprattutto per i bambini più piccoli. Molti di questi farmaci sono di dubbia, o almeno non documentata, efficacia per il bambino e rappresentano una caratteristica del solo mercato italiano. Infine i due terzi delle prescrizioni, spesso effettuate telefonicamente, riguardano farmaci del sistema respiratorio o antinfettivi. Nonostante il Servizio sanitario nazionale garantisca la gratuità delle terapie di provata efficacia ed essenzialità, il costo di oltre la metà delle prescrizioni ai bambini è risultato a carico delle famiglie.

Sviluppata con lo scopo di rendere disponibile alla comunità scientifica un osservatorio di statistiche sulla prescrizione farmaceutica territoriale, la Banca dati Arno è costituita da tutte le informazioni sulle ricette (aggiornate ogni mese) provenienti dalle Aziende Asl convenzionate con il servizio. La particolarità del progetto consiste nell'aver a disposizione un grande campione di prescri-

zioni, non solo per anno e per mese, ma anche per sesso, per età del paziente e per principio attivo. Secondo i dati aggiornati al mese di settembre 2003, sono 27 le Aziende sanitarie che partecipano al progetto (otto regioni in tutto) per una popolazione complessiva pari a 8.501.573 individui (di cui il 12% sotto i 14 anni di età). E 62.061.483 ricette prescritte (7,3 per ogni abitante) si traducono in un costo medio per ricetta di 28,17 euro e una spesa media per individuo pari a 205,70 euro. Il numero medio dei pezzi pro capite è di 14,6.

I bambini fino ai 15 anni di età rappresentano una fascia di mercato quantificata in oltre 8.350.000 soggetti, pari al 15% della popolazione italiana complessiva. Data la consistenza numerica, non deve certo sorprendere l'accresciuto interesse dell'industria farmaceutica verso un target così appetibile.

Per quanto riguarda la prescrizione pediatrica di psicofarmaci, argomento che sarà dettagliatamente dibattuto nel prossimo *Rapporto Arno sulla prescrizione farmaceutica pediatrica* (di cui sono stati gentilmente concessi alcuni dati in anticipo per la stesura del presente lavoro), i dati mostrano la prevalenza della prescrizione di psicofarmaci per fascia di età, sesso e tipologia. Il tasso di prevalenza è calcolato come numero di trattati con psicofarmaci su 1.000 assistibili (sono "assistibili" le persone registrate nell'anagrafica sanitaria delle Asl del campione in esame. Per individui "trattati" s'intendono quegli assistibili che hanno ricevuto nell'anno almeno una prescrizione di un farmaco).

Dai dati si evince chiaramente che il consumo di antidepressivi, antipsicotici e psicofarmaci si fa più intenso dopo i 14 anni, periodo in cui gli adolescenti sembrano es-

sere maggiormente soggetti a sintomatologie di tipo depressivo che potrebbero essersi scatenate con il passaggio a un'età più inquieta, di disagio interiore e di conflitto con il mondo esterno. Questa impennata nell'assunzione è maggiormente visibile nelle ragazze: la percentuale passa dall'1,91% della fascia 6-13 all'11,49% di quella 14-17. Tale incremento è riscontrabile anche nei dati sugli antidepressivi che dall'1,55% (6-13 anni) arrivano al 10,59% (14-17).

I risultati di un'indagine riferita al consumo di farmaci su propria iniziativa o su indicazione di un familiare mostrano che, in molte macrozone, più di un minore di 14 anni su dieci assume farmaci su iniziativa propria o (come più probabile, considerando che si tratta di soggetti molto giovani) di un familiare. Le percentuali risultano più elevate, per i maschi, nel Nord e in particolare nel Nord-Est (16,1% e 20,3%) e inferiori nel Sud, in particolare nel Meridione (4,6%). Per le femmine si registrano percentuali meno elevate che per i maschi; diversamente che per questi ultimi, è nel Sud e nelle Isole che si riscontrano i valori più alti.

Da una prima analisi delle statistiche riferite alla prescrizione/somministrazione di farmaci da parte di un medico, emerge con forza che nei primi quattordici anni di età è molto alto il ricorso alla prescrizione medica: in alcune regioni, come Liguria, Umbria, Marche e Sardegna, essa supera il 90%. La macrozona del Centro è quella che registra la percentuale più elevata (86,3%) rispetto alla media nazionale, che si attesta sull'82,7%. Nella fascia di età dai 15 ai 24 anni la flessione è forte in tutte le aree. Curiosamente, Liguria, Umbria e Marche si collocano, stavolta, sotto la media nazionale del 69,6%.

SCHEDA 29. L'AUTISMO NELL'ETÀ EVOLUTIVA

L'autismo si accompagna a livelli di intelligenza molto diversi: mentre il 75-80% della popolazione è interessato da un ritardo mentale da medio a gravissimo, il 20% circa presenta Q.I. nella norma e in alcuni casi superiore alla norma.

L'autismo è stato identificato in tutte le regioni del mondo e in famiglie di ogni gruppo etnico e classe sociale. Si ritiene che la prevalenza dell'autismo sia stimabile intorno a 1:1.000. I maschi risultano in tutti gli studi più colpiti delle femmine, con un rapporto di circa 4:1. Per quanto riguarda l'Italia, i dati raccolti su scala nazionale mostrano una prevalenza di 5,24 su 10.000, mentre indagini epidemiologiche condotte su scala regionale indicano tassi di prevalenza più alti 7,2:10.000 in Piemonte, e 3-7,9:10.000 in Lombardia, stime più vicine a quelle

riportate dagli studi epidemiologici internazionali.

Nel corso del 2002, Autisme Europe, l'associazione europea che si batte per i diritti delle persone con autismo e delle loro famiglie, ha condotto un'inchiesta che, sebbene non abbia pretese di scientificità avendo intervistato un campione ridotto, ha messo in evidenza una serie di importanti aspetti:

1) Il primo elemento importante evidenziato dallo studio è che la maggior parte delle famiglie (73%) , si è rivolta al servizio sanitario prima dei due anni di età del bambino, ma nella grande maggioranza dei casi (71%) non ha ricevuto una diagnosi appropriata che dopo i tre anni di età del bambino o ancora più tardi. Contestualmente a questo risultato, si notava che la diagnosi era stata fatta, nella maggior parte dei casi (31%) da uno specialista privato,

mentre i genitori sembravano più capaci di fare da sé la diagnosi (18,4%) rispetto ai pediatri (12%) o ai medici di famiglia (2,4%). Nella maggior parte dei casi (63%), i genitori avevano ricevuto solo informazioni verbali sulla diagnosi e sulle sue conseguenze per la condizione del bambino, mentre solo l'11,3% aveva ricevuto una relazione scritta, e il 15,7% non aveva ricevuto alcuna informazione. Infine, la maggior parte delle famiglie (57,7%) non era stata informata dell'esistenza di associazioni o di altre organizzazioni senza scopo di lucro impegnate nella difesa dei diritti e/o nella diffusione di informazioni sulle persone affette da autismo.

2) Un numero significativo di famiglie (40,4%) non aveva mai ricevuto una valutazione funzionale delle capacità reali e delle potenzialità del bambino. Inoltre, oltre un terzo (37,9%) delle persone con autismo o altra disabilità di grande dipendenza non ha mai avuto accesso ad alcun programma riabilitativo, mentre una notevole percentuale (61%) assume farmaci. In questo gruppo, solo il 15% gode di un regolare follow-up degli effetti del farmaco, mentre nel 16,9% dei casi il servizio/medico che ha prescritto il farmaco non provvede ad alcun tipo di follow-up. Infine, in oltre la metà dei casi (53,6%) il servizio sanitario di presa in carico non garantisce alcuna continuità dopo l'età pediatrica.

3) Oltre un terzo delle famiglie intervistate pensa che il personale sanitario dei servizi di presa in carico specializzati manchi di motivazione (35,9%), e che non tenga in alcun conto le necessità della famiglia o le sue priorità (43,9%). Inoltre, il 28% delle famiglie non è mai stato invitato a colloqui con il personale sanitario, e oltre la metà (57,8%) non ha mai ricevuto dal servizio alcuna informazione sui diritti del bambino nell'ambito dell'accesso a servizi di presa in carico sanitaria.

4) Infine, per quanto riguarda l'accesso ai servizi sanitari generici delle persone con autismo o con altra disabilità di grande dipendenza, le risposte evidenziavano che una percentuale significativa dei servizi di medicina generale mancano di competenza riguardo alle loro necessità specifiche (38,2%), e non sono in grado di offrire un'accoglienza appropriata (35%), una continuità delle cure (46,9%), un accesso facilitato al servizio (39,1%), informazioni ai genitori (43,4%) e interventi di prevenzione (46,3%).

Gli unici interventi la cui efficacia sia sostenuta dall'evidenza scientifica nell'ambito dell'autismo sono gli interventi di tipo psico-educativo e, in una certa misura, alcuni interventi di tipo psico-farmacologico.

Sappiamo che pur essendoci una certa eterogeneità di approcci in ambito psico-educativo, quelli che hanno un effettivo impatto sull'esito evolutivo dei soggetti con autismo sono caratterizzati da una serie di condizioni comu-

ni: i bambini devono avere accesso all'intervento educativo in età precoce non appena sussista il forte sospetto di diagnosi di autismo; il programma deve essere intensivo, con un impegno di almeno 25 ore settimanali; l'intervento deve essere basato su un programma educativo individuale che nasce da una valutazione multi-assiale del soggetto.

Nessun programma è ugualmente efficace per ogni soggetto. Gli interventi devono essere "cuciti su misura" con riferimento al livello di sviluppo e al profilo di abilità e disabilità del soggetto; il piano educativo deve prevedere un rapporto operatori-alunni più basso possibile (uno a uno o gruppi molto ridotti); le famiglie devono essere attivamente coinvolte nell'implementazione del programma; gli obiettivi di intervento, pur essendo diversi per ogni soggetto, devono interessare le aree chiave della comunicazione, socializzazione e del comportamento adattivo; il programma deve essere dotato di sensibilità evolutiva (nell'insegnare abilità e funzioni al soggetto con autismo devono essere rispettate le sequenze evolutive che compaiono nello sviluppo normale); gli obiettivi vengono perseguiti attraverso strategie di intervento di provata efficacia in diversi ambiti evolutivi, all'interno di una visione olistica che tenga conto delle caratteristiche dei soggetti nelle diverse aree di sviluppo e dell'interrelazione tra le diverse aree; a partire dal profilo di punti di forza e punti deboli del soggetto, ne vengono sviluppate le potenzialità per compensarne le disabilità; il piano educativo deve preparare il soggetto alla vita adulta, e prevedere programmi di generalizzazione e mantenimento delle abilità acquisite; il programma deve prevedere periodiche valutazioni e aggiustamenti del piano educativo.

Il percorso clinico ottimale che è stato descritto non è inquadrabile all'interno di una singola corrente o disciplina, ma nasce da una comune volontà da parte di diversi professionisti, in diversi ambiti, di utilizzare ciò che è noto e dimostrato come base condivisa per il processo terapeutico.

Il campo dell'autismo è segnato ancora oggi, in Italia, da un dibattito dai toni accessissimi alimentato da un dialogo tra sordi tra sostenitori di diverse "chiese". Il superamento di questo atteggiamento poco lungimirante dovrebbe essere facilitato dalla possibilità, ormai concreta, di riferirsi a una cultura condivisa che non nasce dall'adesione a questo o quell'altro dogma, ma da ciò che viene dimostrato o smentito dai risultati delle ricerche scientifiche. L'abbandono di una pratica clinica basata sulla speculazione e sull'intuizione si è concretizzata in molti Paesi non solo per via dell'evolversi della ricerca scientifica, ma anche grazie al progressivo affermarsi delle associazioni e degli enti di tutela che combattono per i diritti delle persone con autismo e delle loro famiglie.

SCHEDA 30. IL BAMBINO CON MALATTIA CRONICA (I PARTE)

La malattia cronica può essere definita come una condizione patologica per la quale siano necessari controlli, terapie e/o riabilitazione per un lungo periodo di tempo o che, una volta stabilizzata, comporti sequele o richieda un follow-up, influenzando così la qualità di vita dell'individuo. Sul piano dell'organizzazione sanitaria il "modello" pediatrico di approccio a queste malattie è diverso da quello degli internisti che operano con gli adulti, in quanto questi medici devono in genere affrontare un numero relativamente limitato di condizioni croniche di osservazione comune (per esempio, coronaropatie, neoplasie, diabete, osteoartriti, osteoporosi) e alcune malattie di raro riscontro. I bambini, al contrario, possono presentare un'ampia varietà di malattie, per la maggior parte rare. Ne deriva che, mentre chi assiste gli adulti spesso viene quotidianamente a contatto con le comuni malattie croniche, il pediatra di libera scelta (o di famiglia, come si preferisce definirlo) può osservare, per esempio, un nuovo caso di neoplasia maligna ogni 10 anni e raramente potrà diagnosticare di fibrosi cistica o persino di diabete. Ciò spiega perché molto più spesso di quanto accada per l'adulto siano le équipes ospedaliere/universitarie (a volte solo di alcuni ospedali di terzo livello) il punto di riferimento per questi malati e per le loro famiglie.

Va però sottolineato che questa distinzione di modelli assistenziali è destinata a modificarsi soprattutto perché il prolungamento dell'aspettativa di vita sta determinando in molte malattie, che portavano ad exitus in età evolutiva, la necessità per l'internista di collegarsi sempre più al pediatra per una comune e condivisa gestione di questi pazienti. Ne sono un esempio i cosiddetti ambulatori della fase transizionale, sorti sperimentalmente in alcuni ospedali dove team pediatrici e internisti interagiscono, sul piano strettamente medico ma anche psicologico-relazionale, per la cura condivisa di pazienti cronici che abbiano raggiunto l'età adulta.

Il numero complessivo di bambini che presentano affezioni croniche è relativamente alto, nonostante la rarità di molte malattie singole, a causa del numero elevato di malattie diverse in grado di colpire i bambini. Dati epidemiologici affidabili provengono soprattutto da quei Paesi dove la registrazione dei malati, spesso su registri nazionali dedicati a patologie meno frequenti, avviene da tempo in modo continuo e coordinato. Almeno il 10-20% dei bambini americani e inglesi presenta qualche condizione cronica e questa percentuale si traduce in almeno 10 milioni di bambini negli Usa che presentano qualche tipo di affezione fisica cronica. La maggior parte di queste condizioni sono rappresentate da malattie lievi, come l'acne o la febbre da fieno, o da una malformazione con-

genita lieve, che causa una modesta zoppia. Si calcola però che il 2-4% dei bambini (1-2 milioni di individui) presenti malattie di gravità tale da interferire con le abituali attività quotidiane.

Ogni malattia cronica può essere considerata come un'entità distinta con una propria eziologia, storia naturale, modalità di trattamento, e con proprie possibili complicazioni ed esiti sul piano funzionale e relazionale. Tuttavia, questi malati e le loro famiglie vanno generalmente incontro ad alcuni problemi che sono comuni a tutte queste malattie quali: costo delle terapie; carico assistenziale sulla famiglia; molteplicità delle terapie fornite da strutture e personale medico differenti; senso di isolamento nel paziente; conseguenze sulla vita quotidiana del bambino; stress e impatto psicologico.

I costi elevati sono imputabili sia alle terapie, che spesso non si esauriscono con l'uso di un solo farmaco, sia alle visite e alle procedure mediche che implicano frequentemente il ricorso a più di uno specialista. Nei Paesi anglosassoni è stato calcolato che il 2-4% dei bambini con malattie croniche gravi incide per almeno il 35% sul totale delle spese affrontate per la salvaguardia della salute dei bambini. Queste cifre si riferiscono unicamente ai pagamenti effettuati dalle assicurazioni private o pubbliche. Le famiglie vanno inoltre incontro a molte altre spese: trasporti, diete speciali e, poiché la malattia può richiedere un'assistenza e un impegno giornalieri, diventa talvolta problematico per entrambi i genitori lavorare fuori casa con conseguente riduzione delle risorse economiche della famiglia.

Una malattia cronica ha poi una grande influenza sulla qualità della vita quotidiana di un bambino: contatti frequenti con strutture sanitarie, ospedalizzazioni, frequenti spostamenti per effettuare visite con diversi specialisti, impossibilità a svolgere alcune attività fisiche possono determinare nel paziente un senso di diversità che, a sua volta, può essere causa di problemi di tipo emozionale-affettivo. Questi bambini possono sviluppare problemi psicologici, quali atteggiamenti di ribellione nei confronti dei controlli e dei trattamenti, regressione psichica con comportamenti infantili e dipendenza dalla famiglia o sentimenti di rabbia e frustrazione.

Numerosi studi rilevano in pazienti con malattie croniche una incidenza quasi doppia, rispetto ai normali controlli, di patologie quali ansia, depressione e disturbi comportamentali. In un contesto simile la tendenza all'isolamento e alla emarginazione è un fenomeno frequente ed estremamente preoccupante. Tali problematiche possono essere più o meno accentuate, al di là del comportamento del singolo paziente e della famiglia, dal tipo di

malattia (si ritrovano spesso in pazienti con disturbi neurologici, comportamentali o di apprendimento o con limitazioni funzionali che non permettono uno svolgimento delle normali attività scolastiche) e dall'età (per esempio quella adolescenziale).

Gli adolescenti affetti da malattie croniche devono affrontare numerosi problemi correlati soprattutto: all'accettazione della propria immagine corporea in caso di modificazioni fisiche provocate dalla malattia o dai suoi trattamenti, con il rischio della diminuzione dell'autostima e della tendenza all'isolamento; alla maggiore dipendenza dalla famiglia, sia per la necessità di essere assistiti che per l'atteggiamento protettivo da parte dei familiari stessi; alla difficoltà alle relazioni sociali e all'inserimento in gruppi di coetanei a causa delle frequenti assenze da scuola; alla minor crescita e al ritardato sviluppo sessuale che accompagnano molte malattie croniche, quali talassemia o alcune endocrinopatie.

La malattia cronica interessa lo stile di vita e le relazioni interpersonali non solo del paziente ma di tutta la famiglia. I sensi di colpa e di angoscia sono frequenti nei genitori, così come gli atteggiamenti di iperprotezione nei confronti dei figli malati, e spesso non riguardano solo gli aspetti legati alla patologia ma si estendono a tutta la

loro vita e interferiscono con tutte le attività dei figli. Questo atteggiamento, da un lato, limita le possibilità del paziente di rendersi autonomo dalla famiglia e, dall'altro, può far nascere conflitti e gelosie nei confronti dei fratelli sani.

Per tutti questi motivi, le famiglie di bambini con malattie croniche necessitano di sostegni psicologici e di contatti con gruppi di sostegno o associazioni di pazienti e famiglie al fine di evitare l'isolamento e l'emarginazione del paziente e dovrebbero avere libero accesso a un'ampia gamma di servizi coordinati e completi che comprendono assistenza medica e chirurgica di base e specialistica, servizi infermieristici, servizi di salute mentale, servizi sociali e scolastici e alcuni servizi di tipo specialistico come la dietologia o la fisioterapia.

Nel contesto della malattia cronica, un ruolo complesso e determinante è quello che il medico assume nei confronti del paziente sia al momento della diagnosi della patologia che durante il suo decorso. Il medico che segue un bambino o un adolescente affetto da malattia cronica, infatti, dovrebbe essere consapevole del proprio ruolo come consulente e consigliere, tentando, con tutto l'impegno possibile, di far sentire il paziente un individuo "normale" della società.

SCHEDA 31. IL BAMBINO CON MALATTIA CRONICA (II PARTE)

L'incidenza dei tumori pediatrici si attesta attorno a valori che oscillano tra 135-143 casi per milione di soggetti tra 0 e 14 anni di età. I tumori maligni dell'età evolutiva sono, dal punto di vista nosografico, prevalentemente neoplasie linfomoidi e sarcomi rispetto ai carcinomi dell'adulto. Un'altra caratteristica è data dalle associazioni non casuali con malformazioni congenite, anomalie cromosomiche e malattie genetiche. Le conoscenze sui fattori di rischio sono limitate, ma pochi sono i fattori di rischio ambientali e i corrispondenti rischi relativi e attribuibili che possono essere coinvolti, fatta eccezione per esposizione in utero, o nei primi anni di vita, a radiazioni ionizzanti. D'altro canto, però, anche la quota di tumori infantili attribuibili a fattori genetici/familiari è limitata, con eccezione del retinoblastoma e del carcinoma adrenocorticale (50% di probabilità), tumore di Wilms (3-5%), Snc (<1-3%), leucemie (2,5-5%). Sono note alcune associazioni con malattie ereditarie (neurofibromatosi multipla), con anomalie cromosomiche (sindrome di Down) e aggregazioni di più casi di tumori in famiglie (sindrome di Li-Fraumeni), ma si tratta di eventi rari caratterizzati da un alto rischio relativo che spiegano peraltro solo un piccolo numero di casi.

Le possibilità di prevenzione primaria e secondaria sono di conseguenza limitate: solo per il neuroblastoma sono stati proposti programmi di screening, la cui efficacia è stata peraltro messa in discussione. La buona risposta alle terapie oncologiche, migliore di quanto non si osservi per un adulto, ha modificato significativamente la prognosi dei tumori infantili, che è in costante miglioramento negli ultimi due-tre decenni, anche se restano marcate differenze tra i diversi tipi di tumore.

La qualità di vita degli adulti sopravvissuti ("guariti") dopo una diagnosi di tumore maligno nei primi anni di vita è buona nella grande maggioranza dei casi, con il raggiungimento di obiettivi sociali, scolastici e lavorativi non diversi da quelli della restante popolazione.

I dati sulla frequenza e sulla prognosi dei tumori infantili in Italia sono prodotti dal Registro dei tumori infantili del Piemonte (Rtip), che è stato il primo registro specializzato per i tumori pediatrici in Italia ed è tuttora il più importante nell'area del Mediterraneo.

I risultati ottenuti con le strategie terapeutiche in ambito pediatrico hanno fatto sì che la sopravvivenza per i tumori pediatrici in tutti i Paesi abbia dimostrato un grande miglioramento a partire dagli anni Settanta. Dalla sem-

plíce valutazione della sopravvivenza oggi si tiene conto dell'analisi degli effetti a lungo termine (mortalità tardiva, secondi tumori, esiti invalidanti) fino a giungere, nei tempi più recenti, alla valutazione degli aspetti sociali e psicologici della vita del bambino e poi dell'adulto "guarito" dopo una neoplasia, misurati anche con indicatori relativi a risultati scolastici, inserimento nel mondo del lavoro, matrimonio e figli. Negli ultimi tre decenni la probabilità di sopravvivere a un tumore maligno in età pediatrica è aumentata sensibilmente nelle popolazioni occidentali: da meno del 30% (a 5 anni di età) negli anni Sessanta a oltre il 70% negli anni Novanta. Questi risultati sono stati raggiunti grazie a protocolli terapeutici sempre più efficaci, messi a punto con la cooperazione di gruppi collaborativi multidisciplinari.

La comparsa di un secondo tumore maligno nei bambini cui è stata diagnosticata in precedenza una neoplasia è un evento raro. La frequenza dei secondi tumori maligni è stata studiata nel 1997 dal Registro tumori infantili del Piemonte all'interno dei 2.328 bambini inclusi nel registro con diagnosi nel periodo 1967-89. Sono state richieste informazioni ai medici di medicina generale, ai reparti di oncologia dell'adulto del Piemonte e di regioni vicine; inoltre sono stati reperiti dall'archivio dei certificati di morte i nominativi delle persone decedute per tumore. Sono stati così identificati 18 casi che hanno sviluppato un secondo tumore (116,5/100.000 persone/anno). L'incidenza tendeva ad aumentare con l'età. Il periodo di latenza medio era di 7-8 anni (range 0,3-17,6 anni). L'incidenza cumulativa cresceva da 0,11% dopo un anno dalla diagnosi del primo tumore a 3,57% dopo 20 anni. Non si sono osservate differenze tra i sessi o in base all'età di soggetti cui è stato diagnosticato il primo tumore. Il rischio presentava un progressivo aumento per i casi diagnosticati negli anni più recenti rispetto ai casi dei periodi precedenti, in cui la terapia era meno efficiente ed aggressiva. Le incidenze cumulative osservate sono risultate più basse di quelle riferite da serie cliniche sia nazionali sia internazionali.

L'Insufficienza renale cronica (Irc) è una perdita graduale e irreversibile delle normali funzioni dei reni, rappresentate principalmente dalla capacità di: eliminare con le urine sostanze inutili o nocive, derivanti sia dall'alimentazione sia dai processi metabolici dell'organismo; mante-

nerne il normale equilibrio di acqua e altre sostanze, come sodio, potassio, calcio e fosforo; produrre sostanze con funzioni ormonali, come l'eritropoietina e la forma attiva della vitamina D. I dati raccolti tramite Italkid (Registro italiano dell'Insufficienza renale cronica in età pediatrica), che raccoglie dati da tutto il territorio nazionale, mostrano che in Italia, nell'età compresa tra la nascita e i 18 anni, l'incidenza dell'Irc è attualmente pari a 1,9 casi per milione di popolazione generale/anno e 12,1 casi per milione di popolazione pediatrica/anno. Le malformazioni congenite sono la causa principale essendo responsabili, da sole, di oltre la metà dei casi; al secondo posto sono le malattie trasmesse ereditariamente, mentre il gruppo delle malattie acquisite, tra cui le glomerulonefriti e le forme secondarie a tossicità da farmaci, è meno frequente.

La perdita delle normali funzioni dei reni può condurre a molteplici conseguenze, tra le quali si ricordano le principali: riduzione dell'appetito, per effetto dell'accumulo di sostanze tossiche; anemia, per insufficiente produzione di eritropoietina da parte dei reni; rallentamento e/o arresto della crescita e alterazioni ossee, per insufficiente attivazione di vitamina D da parte del rene e accumulo di sostanze tossiche; perdita di concentrazione e di attenzione, sempre secondaria all'accumulo di sostanze tossiche; ipertensione arteriosa ed edemi, per accumulo di sodio e acqua; accelerazione dei processi di arteriosclerosi, in particolare per l'accumulo di lipidi.

Per tutti questi motivi può accadere che i bambini e i ragazzi con Irc siano più piccoli e più facilmente affaticabili, sia dal punto di vista fisico sia da quello intellettuale, dei coetanei. La diagnosi di Irc in un bambino richiede una riorganizzazione delle abitudini di vita e quindi attenzioni supplementari da parte della famiglia e della comunità. La scelta, il tipo di cottura e la quantità degli alimenti richiedono, per una corretta alimentazione, maggior tempo a disposizione in famiglia; la somministrazione di farmaci a orari regolari, alcuni a distanza e altri durante i pasti, necessita della presenza di un adulto durante molte ore della giornata. Tale situazione risulta particolarmente delicata quando il bambino inizia a frequentare l'asilo, ma soprattutto la scuola, con orari di frequenza obbligati. Le attività sportive non agonistiche, se vengono rispettate le indicazioni terapeutiche, possono di norma venire svolte regolarmente.

SCHEDA 32. MAMME STRANIERE E MODALITÀ DI CURA

La presenza sempre più consistente di famiglie immigrate in Italia ha portato a un aumento della domanda sanitaria da parte di pazienti stranieri e a una crescita del numero di bambini stranieri seguiti nei servizi pediatrici nazionali. Il Sistema sanitario italiano deve dunque confrontarsi con la necessità di nuove competenze relazionali, di nuove conoscenze rispetto a specifici problemi di salute e di una nuova organizzazione dei servizi. Nell'incontro medico-paziente straniero quello che cambia per entrambi gli attori è la cornice culturale (da intendersi nell'accezione più ampia del termine) di riferimento, dal che deriva la necessità di mettere in discussione ciò che normalmente viene "dato per scontato".

Prendersi cura dei minori stranieri richiede una piena consapevolezza di quanto detto in merito alle differenze culturali e alla relazione con i pazienti stranieri. Mettendo a confronto società, culture, religioni, così come momenti storici differenti, emerge infatti la varietà dei sistemi di rappresentazione del bambino e delle pratiche di cura dell'infanzia. In generale tali differenze nascono sulla base dei seguenti fattori: situazione geografica e climatica; organizzazione familiare e sociale; ruolo della donna; concezione dell'infanzia e delle tappe di sviluppo del bambino; concezioni della salute e della malattia. Tutte queste variabili sono strettamente connesse anche al mondo dei valori e del trascendentale.

Le mamme straniere, dunque, si trovano a dover gestire due diverse esigenze: il mantenimento delle pratiche tradizionali, rassicuranti e utili per il mantenimento di un legame di continuità tra le generazioni; e l'acquisizione di pratiche moderne delle quali riconoscono l'efficacia e per cui riscontrano l'approvazione da parte dei servizi e degli operatori sanitari. Benché le donne straniere che diventano madri cerchino di mantenere in vita anche in Italia le proprie tradizioni, al tempo stesso esse non sono chiuse all'accoglienza di nuove forme di cura per i loro figli, sperimentando così forme di integrazione tra i due modelli. Medici e operatori dei servizi socio-sanitari sono d'accordo nel constatare che le madri straniere dimostrano di essere disposte a cambiare abitudini quando si tratta di adottare comportamenti orientati alla tutela della salute dei propri figli. Ed è opportuno ribadire che cambiare non significa abbandonare soprattutto le tecniche del corpo (alimentazione, allattamento, sonno, cura e prevenzione) e i riti dell'infanzia (che si distinguono a loro volta in riti di separazione, di protezione e di socializzazione). La modalità di accettazione da un punto di vista pratico e la tempistica di avvicinamento ai servizi sanitari variano poi notevolmente da etnia a etnia.

In Somalia la malattia provocata dall'invidia (dhajis) pro-

duce nei bambini disturbi alimentari, perdita di appetito e di peso, rifiuto di alimentarsi (in molti casi, riguardanti disturbi alimentari di bambini stranieri, è difficile che i genitori riescano a cogliere le eventuali problematiche alla base del disturbo, che comunque per loro riguardano sempre l'ambito extrafamiliare).

Nel Burkina Faso le malattie del neonato vengono interpretate come ritorno del bambino nel mondo degli antenati (dal quale proviene), il che significa che la famiglia non ha saputo prendersi cura in maniera adeguata del nato-antenato.

In Nigeria alcuni problemi di salute del malato vengono fatti risalire alla precoce attribuzione del nome al bambino o ai complimenti sull'aspetto "di buona salute" ricevuti dalla madre nel periodo della gravidanza (in molte culture esiste la credenza che decidere prima il nome del bambino possa attirare la cattiva fortuna su di lui).

In Senegal se un bambino non mangia molto e a sette mesi non tenta ancora di camminare si pensa che gli spiriti abbiano fatto nascere un bambino fantasma. Per avere la prova che il bambino non sia un bambino fantasma (cattivo e terribile), si usa spargere sabbia attorno al suo letto: se si trovano tracce è evidente che si tratta di un bambino fantasma in grado di allontanarsi e ritornare nelle ore degli spiriti, cioè tra mezzogiorno e le due del pomeriggio.

In Nigeria, come in molte altre zone dell'Africa (e non solo), nei primi mesi di vita del bambino la madre deve fare in modo che il neonato non attragga l'attenzione degli spiriti malvagi. Di conseguenza, si ritiene opportuno non rendere visibili i propri figli e si adotta la precauzione di non abbellirli tenendoli particolarmente curati, puliti, ben vestiti (in Italia tali precauzioni fanno sì che le madri possano essere segnalate per trascuratezza da operatori, insegnanti, vicini di casa).

In Senegal, la donna e il suo piccolo bambino, per precauzione, non devono uscire di casa tra mezzogiorno e le due e la sera dopo il tramonto poiché in quegli orari possono essere presenti spiriti cattivi (fissare un appuntamento dal pediatra negli orari proibiti può creare alla madre disagio e preoccupazione per il bambino). Sempre in Senegal si usano amuleti tradizionali (gri-gri), la cui efficacia deriva dalla forza naturale di erbe e radici, oppure amuleti islamici la cui efficacia risiede nel potere spirituale della sacra scrittura. In Sri Lanka, per proteggere il bambino da certe malattie, si usa fargli il bagno con l'olio di cocco.

Nei Paesi del Nord-Africa, per proteggere il bambino piccolo, si usa la mano di Fatima che si attacca ai vestiti; è uso anche mettere il Corano vicino alla testa del bambino.

In Cina si appende al collo del neonato un ciondolo che

contiene una scritta augurale; esiste anche l'abitudine di mettere al neonato un campanellino d'argento legato a un filo come braccialetto. Oggi non si crede più molto alle capacità protettive di queste pratiche che hanno assunto soprattutto un valore ornamentale. Nello Sri Lanka si fa indossare al neonato un ciondolo d'oro che, secondo la credenza, lo protegge e lo difende. Questa pratica è in uso sia tra i buddhisti che tra gli indù.

Nelle Filippine, per proteggere i bambini quando escono di casa, si mette all'interno del cappotto o del vestitino una manciata di riso o una moneta (il bambino avrà la certezza di non perdersi, di tornare a casa e di non trovarla vuota). È anche in uso un amuleto costituito da un pezzo di cordone ombelicale essiccato, avvolto nella stoffa o nella carta (di solito i bambini lo portano fino ai 5 anni). È diffusa anche l'abitudine di pronunciare una formula per proteggere il bambino: «pera ugos» (ad esempio, quando un estraneo si avvicina al bambino, o quando gli vengono fatti dei complimenti o delle carezze).

In Perù si mette per protezione al bambino un nastrino rosso con il seme di uairuro (è usato anche dagli adulti come protezione dal malocchio).

In Sri Lanka è fondamentale per la salute del bambino il massaggio con l'olio di cocco o il latte della madre. In Perù spesso viene usato il latte materno per pulire il naso del bambino. In Marocco il cibo dello svezzamento è il dattero. In Cina raramente danno formaggio o dolci ai bambini. Sempre in Cina il riso viene dato da mangiare al bambino solo quando sta bene (il contrario di quanto, spesso, avviene in Italia).

L'assistenza medica del bambino immigrato comporta pertanto, da parte del pediatra, la consapevolezza della complessità delle problematiche che potrebbe trovarsi ad affrontare: alcune legate a credenze, altre legate a pratiche (quali le mutilazione genitali femminili o la trascuratezza nelle cure igieniche). È comunque importante per il pediatra cercare di comprendere le specifiche situazioni, con l'obiettivo di instaurare un rapporto di collaborazione con la mamma del bambino. È, infatti, dalla riuscita di questo rapporto che dipenderà la possibilità di far accettare alla madre del paziente i consigli e gli interventi medici, e la possibilità di raggiungere la collaborazione e la responsabilizzazione del bambino e della famiglia nella gestione del disagio e della malattia.

capitolo 5

LA SICUREZZA

SCHEDA 33. INTERVENTO IN SITUAZIONI DI DISASTRO DI MASSA CENTRATO SUI BISOGNI DEL BAMBINO: IL CLASS ACTIVATION PROGRAM

Le ricerche sul tasso di psicopatologia tra bambini e adolescenti nel primo mese successivo a un disastro di massa dimostrano che tra il 25 e l'80% dei casi si riscontrano diverse sindromi psichiatriche. Per esempio, uno studio di assessment condotto nelle scuole di New York ha dimostrato che sei mesi dopo l'attacco terroristico dell'11 settembre 2001, i bambini tra 6 e 12 anni avevano sviluppato una sintomatologia psicopatologica più elevata dei coetanei non di New York nel periodo antecedente l'11 settembre (*Partnership for the Recovery of the NYC Public Schools*, 2002). Tra i disturbi rilevati vi sono: disturbi post-traumatici da stress (11%), ansia generalizzata (10), ansia da separazione (12), agorafobia (15), attacchi di panico (9), depressione maggiore (8), disturbi della condotta (11) e problemi connessi all'abuso di alcool (5). Si può solo immaginare l'impatto di una simile "massa critica" di bambini sofferenti sul funzionamento di una classe o sull'intero contesto scolastico (capacità di seguire ed essere concentrati, livello di energia e voglia di giocare, livello di violenza, tasso di assenteismo, ecc.).

Una gestione complessiva di questa varietà di bisogni psico-sociali presenti nella comunità degli alunni dopo un disastro, richiede che il servizio di salute mentale venga integrato con una strategia preventiva. Questa prospettiva richiede il riassetto di alcuni parametri dell'intervento terapeutico, quali il *setting* (dallo studio alla scuola), il *format* (da individuale a gruppe) e il *timing* (dal lungo al breve termine), così come una modificazione del ruolo dell'insegnante.

In Italia, in particolare, il progetto di intervento, denominato *Class Activation Program - Cap*, è stato realizzato a partire dal febbraio 2003 nei tre comuni del cosiddetto "cratere", ovvero Bonefro, Colletorto e San Giuliano di Puglia, paesi disastrati dal terremoto. Tali comuni, oltre ad essere limitrofi, afferiscono tutti al Comprensorio scolastico "Francesco Jovine", cui apparteneva la scuola crollata. Una volta affrontate e risolte, da parte della Protezione civile e delle altre agenzie deputate, le emergenze primarie causate dal terremoto del Molise, l'intervento del Team Emergenza di Telefono Azzurro si è inserito attraverso la realizzazione di un programma di "riattivazione della comunità". Alla base di questo programma vi è stato il coinvolgimento della scuola, mediato dagli insegnanti.

Questa metodologia operativa, infatti, è apparsa particolarmente adeguata, soprattutto considerato il fatto che il terremoto aveva colpito in maniera specifica proprio una scuola.

Il Cap in Molise è nato dalla collaborazione tra la Cattedra di Neuropsichiatria infantile dell'Università di Modena e Reggio Emilia e il Cohen-Harris Centre for Trauma and Disaster Intervention di Tel Aviv. Le due università, infatti, avevano già avviato precedentemente un piano di ricerca e scambio scientifico, incentrato sull'intervento delle professioni della salute mentale in situazioni di emergenza e trauma che coinvolgono bambini e adolescenti. Subito dopo il terremoto, l'équipe composta dagli esperti dell'Università di Modena e Reggio Emilia, da quelli del Cohen-Harris Centre e dagli operatori del Team Emergenza, ha varato un piano di studio mirato a un intervento di salute mentale nelle comunità maggiormente colpite, con particolare attenzione per la popolazione dei bambini e dei preadolescenti in età scolare.

Solo a partire dal tragico attentato terroristico dell'11 settembre 2001, il mondo scientifico ha iniziato ad interessarsi della valutazione clinica (assessment) delle reazioni a simili eventi dei bambini in età scolare, considerando tale valutazione come la premessa necessaria per l'adozione di strategie di intervento successive. La situazione prima dell'11 settembre riflette quanto fosse limitata la conoscenza nel campo della salute mentale sulle prospettive di trattamento in situazioni di disastro. Come già anticipato, il Cap in Molise è stato realizzato con la collaborazione del Cohen-Harris Centre, che aveva svolto un programma analogo in Turchia, a seguito del devastante terremoto che, nell'agosto 1999, aveva lasciato oltre 250.000 persone senza tetto (*U.S. Geological Survey Circular 1193*). Un episodio accaduto in una tendopoli turca nei primi giorni dopo l'arrivo dell'équipe di Tel Aviv, può aiutare a comprendere la complessità del lavoro nella scuola dopo un evento disastroso, soprattutto quando vi è l'intento di assegnare agli insegnanti un ruolo più attivo e "terapeutico" nel processo di supporto. Un giorno, gli operatori israeliani, avvicinandosi a una tenda piena di giocattoli, trovarono alcuni bambini che esploravano confusamente l'ambiente circostante, mentre altri disegnavano in silenzio. All'ingresso della tenda vi era una

grossa scritta che diceva: «Bambini non piangete per favore, altrimenti i vostri insegnanti diventeranno tristi». Ne nacquero diverse riflessioni sui significati di quel messaggio, che permisero di comprendere come la possibilità di esprimere turbamenti ed emozioni in presenza di adulti di riferimento rappresenti per i bambini un importante fattore di prevenzione della sofferenza a lungo termine. Situazioni analoghe sono state osservate anche dagli psicologi del Team Emergenza nei primi periodi dell'intervento in Molise, quando uno degli assunti di base per la "tutela psicologica" dei bambini da parte di genitori e insegnanti veniva spesso espresso attraverso questa locuzione: «Per aiutare i bambini a dimenticare non si deve parlare del terremoto».

Alla luce di queste considerazioni, è davvero possibile che gli insegnanti svolgano un ruolo supportivo quando, come nel caso di disastri di massa, il bisogno psicologico va oltre le risorse cliniche normalmente disponibili? Gli insegnanti possono far fronte a questi bisogni nonostante

provino essi stessi tristezza e dolore durante il confronto con bambini traumatizzati? Sulla base dell'esperienza maturata sul campo dai colleghi israeliani, la risposta è che, se gli insegnanti vengono adeguatamente formati e supervisionati, ciò non solo è certamente possibile, ma è auspicabile. Gli interventi di salute mentale vengono, pertanto, attuati per prevenire il progressivo peggioramento dei sintomi tra le giovani vittime di un disastro e, quindi, per prevenire il declino delle loro performance scolastiche e dell'autostima. Tuttavia, gli enormi bisogni che emergono dopo un disastro e la riluttanza mostrata da molte vittime nel richiedere un aiuto professionale, fanno sì che i professionisti della salute mentale debbano adottare un atteggiamento proattivo e svolgere i programmi riabilitativi nel contesto più naturale per i bambini e gli adolescenti. La scuola, in quanto istituzione, e gli insegnanti, formati come mediatori, offrono le condizioni più appropriate per svolgere un programma di intervento efficace su larga scala.

SCHEDA 34. LE PAURE CHE ACCOMPAGNANO LA CRESCITA DEI BAMBINI

Se la paura è un'emozione utile e necessaria perché consente di prepararsi a un pericolo, di organizzarsi e difendersi, la fobia ostacola la vita quotidiana, innesca reazioni eccessive e inadeguate, finalizzate ad evitare ogni contatto con la fonte d'ansia. Non è sempre semplice distinguere tra paure e fobie, dovendosi considerare non solo lo stadio di maturazione del bambino, ma anche le esperienze vissute, l'educazione, il livello di sviluppo intellettuale raggiunto. Con lo sviluppo si modifica non solo il contenuto delle paure ma anche le capacità e le modalità per farvi fronte: se inizialmente i bambini richiedono il sostegno dell'adulto e manifestano il bisogno di essere rassicurati, crescendo acquisiscono capacità cognitive che consentono loro di gestire e dominare una paura in maniera autonoma.

Perché ciò sia possibile, tuttavia, è necessario, o quantomeno auspicabile, che un adulto significativo si offra al bambino come fonte di supporto emotivo e cognitivo: genitori e insegnanti possono non solo aiutare il bambino a valutare il pericolo e l'adeguatezza della propria reazione, ma anche costituire dei modelli per affrontare le situazioni che generano ansia. Un attacco terroristico o lo scoppio di una guerra sono sempre eventi drammatici e sconvolgenti. La tragedia che ha colpito gli Stati Uniti d'America l'11 settembre 2001, il conflitto in Afghanistan, la recente guerra in Iraq, lo sono stati in modo particolare. Le immagini degli aerei che attraversavano le Tor-

ri Gemelle, quelle dei carri armati a Baghdad, hanno fatto il giro del mondo.

I dati del sondaggio Eurispes, realizzato nel mese di maggio 2003 (e quindi a conclusione del conflitto in Iraq), su un campione di oltre 5.000 bambini dagli 8 agli 11 anni di età, hanno evidenziato che la guerra, con il suo portato di distruzione e morte, ha profondamente colpito la sensibilità dei bambini. La stragrande maggioranza degli intervistati ha affermato di averne paura: si tratta dell'80,2% del campione, contro il 18,7 che, al contrario, dichiara di non temerla. Le differenze di sesso sono minime: l'80,8% delle bambine e il 79,8 dei bambini dichiara di avere paura della guerra. L'indagine, inoltre, ha inteso sondare in che modo i bambini avessero appreso della guerra. Il dato più importante è senza dubbio costituito da quel 66,4% del campione che ha risposto di aver saputo del conflitto dalla televisione. Considerando anche la radio e i giornali, circa il 71% dei bambini ha saputo della guerra dai mezzi di comunicazione. La notizia del conflitto è dunque arrivata, per la stragrande maggioranza dei bambini, senza la necessaria mediazione di figure di riferimento adulte. Appena il 12,7% degli intervistati ha appreso del conflitto parlandone con i genitori mentre un altro 4,7% ne è stato informato a scuola, dagli insegnanti. Risulta modesta, infine, la percentuale di bambini che ha appreso della guerra parlandone con gli amici (1,3). La relativizzazione delle categorie spazio-temporali, am-

plificate dalla continua riproposizione di una notizia, possono inoltre indurre il bambino a ritenere che un episodio di violenza o un terremoto siano “realmente” accaduti più volte, alimentando ulteriormente le sue paure. Non di rado i bambini in età scolare si concentrano sugli aspetti “tecnici” della situazione, esprimendo continuamente il desiderio di parlarne e richiedendo spiegazioni sempre più dettagliate degli avvenimenti. Anche l'utilizzo assiduo di videogames, la visione di film e/o cartoni animati particolarmente violenti, nei quali la morte dei protagonisti viene ripetutamente vista e vissuta dal bambino come fatto normale (oltre che reversibile), possono influire sulla percezione delle notizie relative alla guerra: vi è, infatti, il rischio che il bambino non possieda strumenti adeguati per la comprensione della gravità dei fatti e del reale costo umano.

La paura costituisce la reazione più comune ed evidente in questi casi, da intendersi per lo più come ansia rispetto alla propria incolumità e a quella dei propri cari. I bambini possono aver paura degli attacchi missilistici, del lancio di bombe nella propria città, della distruzione della propria abitazione e della morte dei propri cari. Molti bambini possono presentare anche un ritorno a comportamenti tipici di precedenti fasi evolutive (richiesta di coccole, paura del buio, ecc.), ma anche disturbi del sonno (come insonnia, incubi, ecc.), enuresi, paura di separarsi dai genitori per recarsi a scuola, disturbo della concentrazione, irritabilità, nervosismo, comportamenti aggressivi sia a scuola che a casa, malessere fisico (mal di testa, mal di stomaco, mal di pancia, ecc.), sentimenti di tristezza, netto calo di interesse e partecipazione alle attività quotidiane. Sul tipo di reazione influiscono fattori quali la natura e il tipo di evento, l'età, il grado di sviluppo cognitivo, emotivo e sociale, il contesto di vita quotidiano, la presenza o l'assenza di adeguate figure adulte di riferimento (genitori ed insegnanti), ma soprattutto la reazione dei genitori agli eventi. I genitori influiscono sulla risposta del bambino in maniera sia diretta che indiretta: non solo attraverso la propria risposta emotiva e il proprio comportamento, ma anche attraverso la capacità di fornire un contesto familiare stabile e rassicurante all'in-

terno del quale il bambino possa recuperare la sicurezza necessaria a un normale sviluppo.

Appare evidente che la situazione può ripercuotersi sulla quotidianità del bambino e sul normale svolgersi delle sue attività. Per impedire che la minaccia di una guerra e le paure che possono derivarne abbiano conseguenze a lungo termine sullo sviluppo del bambino, è necessario che la famiglia e la scuola si caratterizzino quali contesti stabili, sereni, con figure adulte in grado di supportarlo cognitivamente ed emotivamente. Occorre, inoltre, che genitori e insegnanti sappiano riconoscere eventuali segnali di disagio, valutando la loro intensità e persistenza. Nel caso siano particolarmente disturbanti e duraturi, può essere opportuno il coinvolgimento di un professionista.

La scomparsa di una paura necessita però anche di ascolto e sostegno degli adulti: è tanto più rapida quanto più genitori, insegnanti, educatori, la comprendono e la rispettano, sostenendo il bambino con parole e gesti di affetto. Certamente non possono essere condivisi atteggiamenti di indifferenza, negazione, derisione, o, peggio ancora, l'uso di mezzi coercitivi o intimidatori, che contribuiscono invece a un rafforzamento della paura stessa.

La mancanza del supporto degli adulti può avere conseguenze a lungo termine sullo sviluppo del bambino: le paure, agli occhi di chi non ha strumenti per affrontarle, possono divenire sempre più intense, in alcuni casi sproporzionate rispetto alle situazioni concrete dalle quali hanno origine.

È necessario, dunque, che gli adulti siano attenti all'insorgere di una serie di segnali che possono accompagnare l'emergere di una paura: si tratti di pianti più o meno intensi e prolungati, di incubi notturni o dell'isolamento nelle attività di gioco e nei processi di socializzazione. “Ascoltare” le emozioni del bambino è certamente un compito complesso e coinvolge l'attivazione di molteplici canali comunicativi. Il linguaggio infantile, in particolare nei primi anni di vita, è linguaggio delle emozioni: è fondamentale, in questo senso, porsi in un atteggiamento di ascolto “attivo”, cioè attento ai messaggi verbali e non verbali espressi nelle diverse fasi della crescita, favorendo l'espressione delle emozioni.

SCHEDA 35. UNA POLIZIA “SPECIALE” ATTENTA ALLA PREVENZIONE

È degli ultimi mesi la notizia della revisione del *Codice della strada* con l'inserimento della famosa, temuta e discussa “patente a punti”, che ci allinea al sistema preventivo già in uso da diversi anni, in Inghilterra e in Irlanda. Per diversi agenti e dirigenti della Polizia stradale, il vero nemico è rappresentato dall'efficacia temporale del loro

intervento. L'effetto della multa o della contravvenzione, non adeguatamente coniugato con una cultura della sicurezza, non può che avere un effetto temporale limitato. Le misure repressive, da sole, non sono in grado di cambiare abitudini consolidate nel tempo o per lo meno non a lungo; è all'origine del processo, dove queste si formano

e si alimentano, che si può e si deve intervenire con maggiore energia, come del resto tenta di fare da alcuni anni la Polizia stradale, monitorando il fenomeno e formulando progetti di prevenzione volti a educare le generazioni future alla sicurezza sulle strade. All'interno dell'articolata struttura della Polizia di Stato del nostro Paese esistono reparti speciali che si occupano di importanti e particolari aspetti della sicurezza. Grazie all'impiego nella vigilanza stradale di ben 471.076 pattuglie, nel 2002 sono state accertate complessivamente ben 2.269.936 infrazioni.

Il bilancio del XX secolo è veramente drammatico e corrisponde, come numero di vittime, quasi a un'altra guerra mondiale: 8 milioni di morti sulla strada e più di 200 milioni di feriti. Ma se il costo umano è impressionante, anche da un punto di vista economico la "rivoluzione" non è stata vantaggiosa per i Paesi industrializzati. L'Ocse, composta da 29 Paesi tra cui i 27 più sviluppati del mondo, ha osservato che tale costo ammontava a 450 miliardi di dollari nel 1997 (in quell'anno le vittime della circolazione sono state 124.000), ovvero il 2% del Prodotto nazionale lordo dei Paesi membri.

Dall'inizio della "rivoluzione dell'auto" all'attuazione di misure efficaci per la sicurezza stradale sono trascorsi quasi sessant'anni. È, infatti, nei primi anni Sessanta che si inizia a prendere in seria considerazione la necessità di norme e dispositivi appropriate. Entrano in vigore le prime misure legislative: i primi regolamenti a sortire un qualche tipo di effetto. Nel 1970 il "parco auto" europeo raggiunge i 70 milioni di veicoli, che provocano la morte di 75.000 persone. Anche se il 1970 non è il peggiore del secolo, è uno degli anni con il più alto numero di vittime: più di 1.000 decessi per milione di veicoli. Sono gli anni Settanta a fare da spartiacque tra la disattenzione al fenomeno e l'adozione di misure preventive, repressive e di sicurezza: vengono ripensati i limiti di velocità; le cinture di sicurezza iniziano a diventare obbligatorie; si impone l'uso del casco per i veicoli a due ruote e inizia ad essere controllato il livello di alcolemia e di droghe nel sangue. Più recentemente, intorno alla fine degli anni Ottanta, compaiono i primi airbag, aumenta l'attenzione al controllo tecnico dei veicoli e vengono previste pene detentive, aumento delle ammende e ritiri delle patenti. A trent'anni di distanza, nonostante un parco auto 2,6 volte maggiore rispetto al 1970, pari a circa 195 milioni di veicoli, lo sviluppo di politiche più attente, l'inserimento di misure e di tecnologie per la sicurezza e l'inasprimento dei controlli, hanno portato a una diminuzione dei decessi del 44% e il numero delle vittime per milione di veicoli è sceso a 227, pari a un decremento del 78% (www.generali.com).

In base ai dati raccolti dal Consiglio per la sicurezza dei trasporti europei, a metà degli anni Novanta il 55% dei

decessi riguardava gli occupanti degli autoveicoli, il 16% i motociclisti, il 15% i pedoni, il 6% i ciclisti e l'8% altre persone. Un dato interessante è quello che riguarda l'età delle vittime. Il 33% (nel 1994) aveva un'età compresa tra i 15 e i 24 anni. «Il tributo che gli europei pagano alla mobilità è (...) troppo elevato. Dal 1970, più di 1,64 milione di concittadini sono morti sulle strade (...). Nel 2000 gli incidenti hanno provocato la morte di 41.000 persone nell'Unione europea, per non parlare degli oltre 1,7 milione di feriti (...). Una persona su tre resterà ferita, nel corso della sua vita, in un incidente».

La ricerca continua ha permesso di pianificare obiettivi veramente ambiziosi per il 2010: la riduzione del numero degli incidenti a quota 25.000, circa il 40% in meno rispetto al 2000. Analizzando i dati a livello europeo, le cifre si avvicinano a quelle di una vera e propria guerra, dove ignoranza e imprudenza regnano sovrane ma la situazione non migliora nel caso italiano. Rispetto agli altri Paesi europei, l'Italia, tra il 1998 e il 2001, presenta un tasso di riduzione della mortalità per incidente stradale pari solo al 15,4%, un dato nettamente inferiore alla media europea (-25,5%).

Nel 2001, rispetto all'anno precedente, gli incidenti in Europa hanno avuto un incremento del 2,7%, i morti sono aumentati dello 0,5% e i feriti del 4,1%. Ogni giorno si sono registrati circa 644 incidenti, causando una media quotidiana di 18 morti e 917 feriti. Per quanto riguarda il nostro Paese, i giovanissimi fino a 14 anni hanno rappresentato il 2,5% delle vittime, un dato che, nonostante tutto, segna un miglioramento rispetto agli anni precedenti: nel 1990 la percentuale era del 3,5% e nel 1980 toccava quota 6,3%. Al contrario, prendendo in esame i giovani dai 15 ai 24 anni le cifre indicano che c'è ancora molto lavoro da fare: sono state 1.224 le vittime in questa fascia d'età, con un'incidenza percentuale sul complesso del 18,5%. Sicuramente questo dato è minore rispetto al 1990, quando si registravano valori prossimi al 25,9% e al 1980, quando era pari al 21,8%. In ogni caso, le cifre rimangono molto elevate.

Nel 2001 sono state ben 3.129 i morti in incidenti stradali le cui cause sono da attribuire alla "cattiva guida del conducente"; la sola Polizia stradale ha accertato complessivamente 2.267.467 infrazioni, tra le quali 273.537 imputabili all'eccesso di velocità e 271.308 al mancato uso delle cinture di sicurezza. I dati non migliorano di molto nel 2002: la Polstrada ha accertato 2.269.936 infrazioni e registrato 2.520 decessi.

L'estate 2003 resterà famosa per l'introduzione della patente a punti: una misura che da un lato ci allinea ai Paesi nord-europei e dall'altro lascia non risolti grandi interrogativi sulla sua reale efficacia (verificabile solo nel medio-lungo periodo). In un'intervista alla rivista *L'Espresso* (28

agosto 2003), il prefetto Pasquale Piscitelli, direttore delle Polizie speciali, ha affermato: «L'introduzione della nuova normativa ha portato a una riduzione degli incidenti del 22%, i feriti sono diminuiti del 26 e la mortalità è scesa del 20. Vuol dire che, rispetto all'anno scorso, abbiamo risparmiato 155 vite umane dal 30 giugno al 18 agosto. Il risultato, comunque lo si legga, è confortante». La prevenzione è al primo posto. Ne è ben consapevole la Polizia stradale che vive queste problematiche quotidianamente sulle strade e che ha creato degli osservatori permanenti che monitorano il fenomeno.

La Polizia stradale non rappresenta infatti solo repressione e controllo: organizza diverse iniziative informative orientate alla sensibilizzazione dei più giovani in materia di sicurezza stradale e dal 2001 è assoluta protagonista di una vera e propria campagna informativa a livello nazionale. Il progetto, battezzato *Icaro*, il cui nome richiama la triste vicenda mitologica di un giovane che osò troppo e scopri sulla sua pelle l'effetto del calore sulla cera che teneva unite al suo corpo le ali, è quest'anno alla sua terza edizione, e ha come obiettivo la prevenzione attraverso l'educazione stradale. Il progetto Icaro è stato realizzato con il Dipartimento della Pubblica sicurezza del ministero dell'Interno e con la collaborazione del ministero delle Infrastrutture e dei trasporti e del Miur, il ministero dell'Istruzione, dell'università e della ricerca. È con uno slogan forte che nel 2001 parte la prima edizione: «Vivere la strada nel segno della sicurezza».

La sfida di Icaro è squisitamente culturale. L'obiettivo è «spezzare il circolo vizioso: errore-abitudine comporta-

mentale», partendo da un'efficace progetto formativo nelle scuole. Il progetto ha interessato nel 2001 le scuole medie superiori di 21 città. Dal 5 marzo all'11 aprile, numerosi operatori di Polizia stradale sono stati impegnati in una "carovana itinerante" nel tentativo di promuovere una cultura della sicurezza e di sensibilizzare gli studenti al rispetto della legalità e della tolleranza nella circolazione stradale. Seguendo l'onda del successo della prima edizione, anche nel 2002 Icaro ha continuato il suo volo, toccando, questa volta, 27 città italiane. Sono i più giovani a pagare il prezzo più alto nella guerra quotidiana con la mobilità: i minori di 23 anni rappresentano infatti il 25% delle vittime di incidenti stradali. Segnale inconfondibile che la strada da percorrere per Icaro e per i percorsi di prevenzione nelle scuole è ancora lunga.

Creare, o meglio cambiare, abitudini consolidate e radicate da tempo non è un'impresa semplice e tantomeno immediata, e rientra in quelle strategie di medio-lungo periodo, che vanno sotto il nome della tanto bistrattata prevenzione. I dati suggeriscono, del resto, la validità del modello preventivo: la Finlandia, da sempre particolarmente sensibile a queste tematiche, stima che nel 1995, grazie a una prevenzione appropriata, sono stati salvati mediamente 9,6 anni di vita per le malattie respiratorie, 10,5 per quelle del sistema circolatorio, 13,7 per i tumori e 34,5 per gli incidenti stradali. Lo stesso Consiglio europeo ritiene che la riduzione della velocità media di soli 5 km all'ora potrebbe far diminuire su base annua il numero di morti di 11.000 unità, che corrisponde a un 20% delle vittime del 2000.

SCHEDA 36. CASA DOLCE CASA? I MINORI E GLI INFORTUNI DOMESTICI

Il numero di decessi per incidenti all'interno delle mura domestiche è quasi uguale, in alcuni casi addirittura superiore, a quello degli incidenti mortali che avvengono sulle strade: si contano circa 7.000 morti ogni anno fra le mura domestiche, 15 al giorno. Una quota consistente di questa cifra è rappresentata dai bambini: da un lato, infatti, i minori, con gli anziani e le casalinghe, fanno parte della popolazione che trascorre più tempo in casa; dall'altro, i rischi delle abitazioni vengono in questo caso moltiplicati, a causa della ridotta consapevolezza dei pericoli quotidiani.

Per i bambini, l'incidente domestico è la maggiore causa di morte: un recente studio della Federazione italiana medici pediatri (Fimp) calcola che circa l'80% dei bambini deceduti in Italia ogni anno è vittima di incidenti in casa. Si pensi che il numero di bambini al di sotto dei 6 anni

che ha subito un incidente domestico di significativa rilevanza è pari al 22,2%, mentre il valore riscontrato nelle bambine della stessa età è di poco superiore alla metà: 13,6%. Anche nella fascia di età successiva (dai 6 ai 14 anni) i maschi totalizzano valori decisamente superiori. Così, mentre per i maschietti diminuisce la frequenza di incidenti giungendo allo stesso valore delle femmine da 0 a 5 anni, per le bambine della stessa fascia d'età il tasso di incidentalità decresce fino a raggiungere un esiguo 5,1%. Le cose cambiano nelle fasce di età superiori: da quel momento in poi, i tassi registrati per le donne saranno sempre maggiori di quelli degli uomini e raggiungeranno un rapporto, per alcune fasce di età, di 1 a 3. Solo nell'età più avanzata (oltre gli ottant'anni), il rapporto tenderà a riequilibrarsi.

La considerazione delle aggregazioni territoriali per il pe-

riodo 1991-1998 evidenzia la maggiore incidenza del fenomeno, in proporzione alla popolazione, nelle regioni Nord-Orientali del Paese, ove si raggiunge un tasso medio pari a 6,8 decessi ogni 100.000 abitanti. Per quanto concerne l'anno 2000, una parte considerevole dei decessi (77 su 300) è avvenuta nelle regioni meridionali, cui segue il dato dell'Italia Nord-Occidentale (68 episodi); l'osservazione dei valori relativi, proporzionali alla popolazione di riferimento, mostra invece come la maggiore incidenza del fenomeno si sia registrata nelle Isole (0,68 decessi ogni 100.000 abitanti) e in secondo luogo nell'Italia meridionale (0,54).

Dunque la casa nasconde molteplici insidie, di cui non sempre genitori e parenti hanno piena consapevolezza. Il pericolo più diffuso consiste nell'ingestione di cibo che può provocare episodi di soffocamento e, se non si attuano immediate contromisure di espulsione, può condurre alla morte del bambino: questa causa rappresenta il motivo di circa la metà dei decessi. Le cadute accidentali rappresentano un altro dei pericoli più incombenti per i minori (circa un caso di morte su 5 è imputabile a tale evento). Meno frequenti, ma comunque pericolosi, sono gli episodi di incendio (che causano il 6% dei decessi), gli avvelenamenti accidentali (il 3%) e altre cause che, complessivamente, costituiscono un quinto circa del totale; rientrano in tale categoria gli annegamenti, gli urti accidentali contro oggetti o persone, le folgorazioni da corrente elettrica e altre possibili voci di pericolo.

Questo fosco scenario è parzialmente attenuato dai dati relativi alla tendenza del fenomeno, che sembrano indurre a un certo ottimismo. Le cause di decesso di origine traumatica registrano un trend di sensibile decremento: dal 1999 al 2001 i casi si sono ridotti del 13%, e tale percentuale assume valori decisamente più elevati se si comparano i dati del 2001 e del 1991, che dimostrano una riduzione di oltre il 100% in dieci anni. Tuttavia, occorre considerare che a una così palese diminuzione del numero assoluto degli incidenti mortali concorre il calo demografico; difatti, considerando i tassi per 10.000 abitanti relativi al 1999 e al 2001, emerge che la variazione percentuale è pari solo allo 0,06%, mentre la diminuzione dei decessi per altre cause, nella medesima classe di età, è pari allo 0,1%.

La considerazione delle classi di età consente ulteriori riflessioni. La classe di età in cui si verifica il numero maggiore di incidenti è quella che va dai 5 ai 14 anni, decisamente più coinvolta delle altre da episodi infausti. Se si considera anche l'ampiezza della classe, tuttavia, è possi-

bile valutare come la fascia d'età da 0 a 1 anno sia quella che presenta un "tasso di pericolosità" maggiore; dunque, in termini proporzionali, è quella che richiede maggiore attenzione.

Gli episodi di avvelenamento sono più frequenti quando il bambino raggiunge una maggiore autonomia motoria ed è in grado di avvicinarsi alle sostanze pericolose presenti normalmente nelle abitazioni (medicinali, detersivi e altri prodotti di cui si tratterà diffusamente più avanti); così, il 67,2% degli incidenti mortali per avvelenamento, avvenuti tra il 1991 e il 1998 accade a bambini di età superiore a 5 anni, mentre i casi di neonati deceduti per questo motivo sono piuttosto rari (si tratta generalmente di una confusione accidentale tra contenitori pericolosi e normali oggetti utilizzati per nutrire il bambino). Nel caso delle cadute, gli episodi aumentano al crescere dell'età: un caso su due è infatti registrato nella classe 5-14 anni, mentre circa uno su tre nella fascia 1-4 e un non trascurabile rapporto di uno su dieci nel primo anno di vita.

Il caso degli incendi e, più ancora, quello della sommersione accidentale rispettano la tendenza ora evidenziata, mentre se ne discostano con chiarezza gli episodi di ingestione di cibo con soffocamento e quelli di ingestione scomposta di oggetti estranei. In questi casi, come prevedibile, la prevalenza dei decessi è registrata nel primo anno di vita (il 73,2% nel caso del cibo, il 52,4 in quello degli oggetti): occorre tuttavia notare che un incidente mortale su quattro a causa dell'ingestione di oggetti viene registrato nella fascia di età, apparentemente più sicura, dei bambini tra i 5 e i 14 anni.

Considerando i dati relativi al 2000, occorre rilevare come, dal punto di vista della ripartizione per classi di età degli incidenti con conseguenze letali, gli avvelenamenti siano avvenuti per metà nella fascia 1-4 anni e per l'altra nell'intervallo 5-14; le cadute accidentali hanno coinvolto per un caso su dieci anche bambini con meno di un anno, mentre la metà dei casi interessa nuovamente la fascia di età 5-14. Gli incendi hanno coinvolto in special modo, circa tre casi su quattro, minori di età compresa tra uno e quattro anni.

Un'interessante considerazione concerne i dati in rapporto al sesso per la classe di età tra 0 e 14 anni: la generale diminuzione degli incidenti per traumatismi e avvelenamenti tra il 1999 e il 2001 riguarda particolarmente le femmine, per le quali il decremento di episodi infausti raggiunge il 30%, mentre per i maschi si osserva una diminuzione pari al 4,6%. Tra le femmine si osserva, inoltre, una consistente riduzione della mortalità (-14,8%)

SCHEDA 37. IL FUMO TRA BAMBINI E ADOLESCENTI

I bambini e gli adolescenti sono coinvolti dai danni provocati dal fumo per due principali motivi: sia in quanto fumatori passivi, sia in quanto fumatori attivi. Una ricerca del 2001 indica in 4 milioni 189mila i bambini e i ragazzi colpiti dal fumo passivo. Di questi, 1 milione 577mila hanno meno di 4 anni e 2 milioni 612mila hanno da 6 a 14 anni. Il 68,2% dei minori esposti al fumo passivo ha un solo genitore che fuma, il 28,2% tutti e due, il 3,6% vive insieme a tre o più fumatori.

Chi viene esposto fin da bambino al fumo dei genitori apprende più facilmente, per imitazione, questa particolare abitudine. L'apprendimento in questo senso avverrebbe nel 15,5% degli adolescenti che hanno avuto genitori non fumatori, nel 22,7% dei ragazzi che hanno avuto il padre fumatore, nel 28,5% degli adolescenti che hanno avuto la madre fumatrice e nel 35,4% dei ragazzi che hanno avuto entrambi i genitori fumatori.

Di fronte a bambini e adolescenti che fumano attivamente sigarette dovremmo preoccuparci, così come per il fumo passivo, di intraprendere azioni volte a prevenire il rischio di malattie e a modificare le abitudini pericolose per la salute dei giovani. In Italia la consuetudine a fumare sigarette è stata riscontrata all'incirca in un quinto (21,6%) dei giovani tra i 15 e i 24 anni, e in quasi un quarto (24,9%) dei giovani che vivono in città. Il 27,2% dei maschi in età compresa tra i 15 e i 24 anni ha l'abitudine di fumare. In quattro regioni più del 30% dei maschi con un'età compresa tra i 15 e 24 anni fuma: in particolare, nel Friuli Venezia Giulia e nel Molise fuma il 30,8% dei maschi, in Basilicata il 30,6% e in Lombardia il 30,1%. La regione in cui i maschi, in generale, fumano di meno sembra essere la Liguria (26,2%), dove i ragazzi tra i 15 e 24 anni fumano "soltanto" nel 19,2% dei casi. Le femmine tra i 15 e i 24 anni fumano meno dei loro coetanei maschi: in questa fascia di età fuma il 16,4% delle ragazze.

In generale, più di un quinto (21,9%) dei giovani con un'età compresa tra i 15 e i 24 anni fuma sigarette. Su 100 giovani maschi fumatori il 4,1% fuma oltre 20 sigarette al giorno, mettendo a serio rischio lo stato di salute. La percentuale maggiore si riscontra al Sud (5,9%); scomponendo il dato si rileva che ben il 6,5% dei maschi fumatori tra i 15 e 24 anni residenti nelle Isole ha l'abitudine di fumare oltre 20 sigarette al giorno. Al Nord i giovani maschi, grandi fumatori, sono il 3,5%, mentre al Centro risultano l'1,7%. Anche in questo caso, così come è stato messo in evidenza dai dati sul consumo di sigarette secondo il sesso, le giovani femmine che fumano più di 20 sigarette al giorno sono presenti in percentuale minore rispetto ai maschi (1,9%). Se al Sud le giovani "grandi"

fumatrici sono il 4,5%, al Nord sono l'1,2%. Nel complesso, il 3,3% dei giovani fumatori tra i 15 e i 24 anni fuma più di 20 sigarette al giorno. Le percentuali più alte si trovano al Sud (5,5%), mentre quelle più basse al Centro (1,1%). È il Molise la regione in cui risulta una percentuale più alta di grandi fumatori (oltre 20 sigarette al giorno): ben 15,9 fumatori su 100 fumano più di 20 sigarette al giorno (21,7 su 100 maschi e 3,8 su 100 femmine). La seconda regione in cui ci sono grandi fumatori è risultata la Puglia (14 su 100; 16,5 su 100 per i maschi e 6,6 su 100 per le femmine). Le regioni in cui è stata rilevata la minore presenza di grandi fumatori sono risultate il Trentino Alto Adige e il Veneto. Mentre in Trentino soltanto 5,9 fumatori su 100 fumano più di 20 sigarette al giorno, in Veneto sono 7,6 fumatori su 100 quelli che ne fumano più di 20 al giorno.

In ogni regione i maschi hanno percentuali superiori a quelle delle femmine nel consumo di sigarette. Per quanto riguarda il consumo di sigarette al giorno, ripartito per fascia di età e regione, si ha che nella fascia di età compresa tra i 15 e 24 anni, che è quella che più interessa ai fini della presente indagine, emerge un dato curioso: la Valle d'Aosta risulta la seconda regione per numero medio giornaliero di sigarette consumate (13,9%), in posizione immediatamente successiva alla Campania (14%). Ciò vuol dire che in Valle d'Aosta non vi è un'elevatissima percentuale di ragazzi che fumano (19,4 su 100 persone), ma il loro consumo medio giornaliero di sigarette è maggiore rispetto a quello dei giovani delle altre regioni.

Per i maschi della fascia di età compresa tra i 14 e i 17 anni l'indagine ha rilevato la presenza, su 100 persone, di 9,5 fumatori, 3,4 ex fumatori e 83,8 non fumatori. Sui maschi che fumano sigarette, la maggior parte (42,7 su 100) ne consuma da 6 a 10 al giorno, circa un quarto (25,2 su 100) da 11 a 20 e più di un quarto (28,2 su 100) ne fuma meno di 6 al giorno. Rappresentano una percentuale irrisoria (0,8 su 100) coloro che fumano più di 20 sigarette al giorno. In media, i maschi fumatori di sigarette di età compresa tra 14 e 17 anni fumano 10 sigarette al giorno. Per le femmine della fascia di età compresa tra i 14 e i 17 anni l'indagine ha rilevato la presenza, su 100 persone, di 5,3 fumatrici, 3,4 ex fumatrici e 87,2 non fumatrici. Tra le femmine che fumano sigarette, circa la metà (49,3 su 100) ne consuma meno di 6 al giorno, più di un terzo (37,8 su 100) da 6 a 10 e 12,9 giovani fumatrici su 100 ne fuma da 11 a 20. In media, le femmine fumatrici di sigarette di età compresa tra i 14 e 17 anni fumano 7,6 sigarette al giorno, cioè 2,4 sigarette in meno dei maschi coetanei.

Nel complesso, tra i giovani della fascia di età compresa

tra i 14-17 anni, coloro che fumano sono 7,5 su 100 mentre sono 85,4 su 100 i non fumatori. Su 100 fumatori di sigarette appartenenti a questa fascia di età, 41 ne fumano da 6 a 10 al giorno, 35,5 ne fumano meno di 6 al giorno e 20,9 tra 11 e 20 al giorno. Il numero medio di sigarette al giorno è risultato di 9,1.

In merito alla sperimentazione di sigarette, l'8% degli alunni delle scuole elementari e il 24% degli studenti delle scuole medie hanno dichiarato di aver già provato a fu-

mare. Occorre considerare che circa il 6% degli studenti del campione (sia per le elementari che per le medie) ha dichiarato di aver provato a fumare in famiglia, alla presenza dei genitori. Circa il 18% degli studenti delle scuole medie ha affermato di aver sperimentato il fumo di sigarette in presenza di amici; circa 3 studenti su 8 (il 9%) tra quelli che hanno dichiarato di aver consumato sigarette, hanno ritenuto tale esperienza piacevole, rispetto a un 2% di alunni frequentanti le scuole elementari.

SCHEDA 38. ADOLESCENTI E ABORTO

In Italia l'aborto è regolato dalla legge 194 del 22 maggio 1978. Con questa legge lo Stato garantisce il diritto alla procreazione cosciente e responsabile, riconosce il valore sociale della maternità e tutela la vita umana dal suo inizio. La donna può decidere di abortire entro i primi 90 giorni di gravidanza; trascorso tale termine, l'interruzione della gravidanza è possibile solo se sussistono gravi motivi fisici o psichici, accertati dal medico con l'eventuale consulenza di altri specialisti. Le donne di età inferiore ai 18 anni, per poter effettuare l'interruzione volontaria della gravidanza (Ivg) devono avere l'autorizzazione di entrambi i genitori o del giudice tutelare.

L'indicatore più accurato per una corretta valutazione della tendenza al ricorso all'Ivg è il tasso di abortività volontaria (numero Ivg per 1.000 donne in età feconda), raccomandato dall'Organizzazione mondiale della sanità e fissato a 9,6. Secondo i dati forniti nella relazione del Parlamento europeo, i tassi più bassi dell'Ue, quanto agli aborti praticati legalmente, sono registrati in Belgio, nei Paesi Bassi e in Germania (circa 7/1.000), il gruppo intermedio comprende la Finlandia, la Francia e l'Italia (circa 12/1.000), i tassi più alti riguardano il Regno Unito e la Danimarca (circa 17/1.000) e la Svezia, che ha il tasso più alto (18/1.000).

Il ministero della Salute ha realizzato un confronto internazionale fra il tasso di abortività italiano e quello di altri Paesi, in base agli ultimi dati disponibili: a livello internazionale il tasso di abortività è calcolato su donne di età tra i 15 e i 44 anni, e il dato italiano è stato pertanto ricalcolato adeguando il denominatore (che generalmente è 15-49). Se consideriamo la distribuzione dei tassi di abortività per classi d'età, l'Italia registra i valori più elevati nelle donne delle classi d'età centrali. In Paesi come gli Stati Uniti e nell'Europa orientale si osserva un alto valore del tasso di abortività per le donne giovanissime, minori di 20 anni, mentre dopo i 30 anni i valori sono in diminuzione. Il tasso di gravidanze in età adolescenziale è generalmente in aumento nell'Unione europea (compreso tra

12 e 25 ogni 1.000 ragazze tra i 15 e i 19 anni), con il tasso più basso registrato nei Paesi Bassi e in Belgio, il tasso intermedio in Germania, Italia, Francia, Finlandia e Danimarca e il tasso più alto in Svezia, Inghilterra e Galles. All'interno dell'Ue, i giovani non hanno ancora lo stesso livello di conoscenze e di informazioni per quanto riguarda la sessualità. Le differenze nel tasso di gravidanze in età adolescenziale sono sorprendenti: si confronti ad esempio il 28/1.000 nel Regno Unito per le ragazze tra i 15 e i 19 anni al 7/1.000 nei Paesi Bassi (a livello mondiale, i Paesi Bassi sono considerati un esempio per l'apertura e la qualità dei servizi per quanto riguarda le questioni connesse alla sessualità). In taluni Paesi, come la Lettonia e la Bulgaria, è necessaria l'autorizzazione dei genitori per i servizi di pianificazione familiare. E in Polonia non esiste alcuna educazione sessuale.

In Italia, l'interruzione volontaria di gravidanza sta abbandonando il modello "tradizionale" di abortività, in base al quale erano soprattutto le donne coniugate e con figli a fare ricorso all'Ivg, come metodo di pianificazione familiare. Il ricorso all'Ivg è oggi legato soprattutto a situazioni di "emergenza", estemporanee, un modello che avvicina l'Italia ai Paesi nord europei. L'andamento dell'abortività per stato civile è stato rilevato anche dal ministero della Salute, che ha analizzato l'andamento del fenomeno in una relazione sull'attuazione della legge sulla tutela della maternità e l'interruzione volontaria di gravidanza, disponendo di dati analitici definitivi per il 2000 e di dati provvisori per il 2001. Anche il ministero della Salute registra una riduzione dei livelli di abortività volontaria tra le donne coniugate con figli, sulle quali comunque si calcola ancora il maggior tasso di abortività. La riduzione dei tassi meno accentuata nelle nubili (dall'11,4 per 1.000 del 1981 a valori nell'ordine del 9 per 1.000 nel corso degli anni Novanta, seguito da un lieve aumento negli ultimi anni) trova in parte giustificazione nello spostamento dell'età media del primo matrimonio nella popolazione generale femminile (da 24,7 anni nel 1991 a

27,6 anni nel 1998) con un conseguente prolungamento della condizione di nubile della donna.

Assumendo come riferimento i dati del ministero della Salute, registriamo nel 2001 la notifica di 130.512 Ivg, il 3,4% in meno rispetto al dato del 2000 (135.133 Ivg) e il 44,4% in meno rispetto al 1982. Il tasso di abortività è risultato pari a 9,3 per 1.000 donne di età 15-49 anni, con un decremento del 3,1% rispetto al 2000 e con una riduzione del 45,9% rispetto al 1982. Il rapporto di abortività è stato calcolato utilizzando i dati provvisori dei nati vivi nell'anno 2001 pari a 531.880 per tutto il territorio: vi sono state 245,4 Ivg per 1.000 nati vivi, con un decremento dell'1,8% rispetto al 2000 e del 35,5% rispetto al 1982.

Il ministero della Salute invita a considerare l'entità dell'influenza delle donne di nazionalità estera sull'incidenza dell'Ivg. Nel 2000, infatti, il numero di Ivg effettuate da donne straniere corrisponde al 15,9% del dato nazionale (nel 1999 questa percentuale era pari al 13,7) e le regioni nelle quali si osserva una frequenza elevata di Ivg effettuate da donne residenti all'estero sono situate nell'Italia centrale e settentrionale, dove è maggiormente presente la popolazione straniera. Ad esempio in Lombardia, Veneto e Umbria la percentuale di Ivg riguardanti donne con cittadinanza straniera supera il 25% del totale. Si tratta in ogni caso di donne generalmente residenti o domiciliate nel nostro Paese. È significativo il dato del ministero secondo cui il tasso di abortività calcolato utilizzando solo le Ivg di donne residenti in Italia risulta pari a 9,3 per 1.000, rispetto a 9,6 calcolato su tutte le Ivg effettuate nel Paese nel 2000. L'incidenza delle donne straniere sul fenomeno è un fattore importante da tenere in considerazione specialmente quando si valuta l'andamento dell'Ivg tra le più giovani. Per le donne straniere, infatti, il tasso di abortività è maggiore tra le classi d'età più giovani e questo dato, unito al crescente ricorso all'aborto da parte delle cittadine straniere (il tasso di abortività volontaria è di 32,5 per 1000 donne straniere in età 18-49 anni contro il 9,1 per 1.000 cittadine italiane nella stessa classe d'età), influenza la più lenta riduzione dei tassi di abortività delle giovanissime.

Restando ancora all'andamento generale dell'aborto in Italia, si registra una tendenza a una riduzione del fenomeno in quasi tutte le regioni, più accentuata nelle regioni del Sud e delle Isole. Per quanto riguarda il titolo di studio delle donne che hanno effettuato un'interruzione volontaria di gravidanza nel 2000, la distribuzione percentuale segue il medesimo andamento degli anni precedenti, rilevando un maggior ricorso all'Ivg tra le donne in possesso di licenza media inferiore (46,3% del complesso). Infatti il ministero della Salute conferma, attraverso il confronto dei tassi standardizzati per età, che a livelli cre-

scenti di scolarità corrispondono livelli decrescenti di abortività. L'istruzione di livello superiore e una condizione professionale sono fattori associati alla maggiore riduzione del ricorso all'aborto. In relazione all'occupazione delle donne che si sono sottoposte ad Ivg, nel 2000 il 40,9% risulta occupata, il 30,8% casalinga, l'11,9% studentessa. I dati mostrano una stabilità nella percentuale di donne che hanno già effettuato una o più Ivg precedentemente. Tale tendenza è in corso dal 1990. Considerando l'anno 2000, la massima frequenza degli aborti volontari ripetuti è stata a carico delle regioni meridionali, con il 30,3%. Nel Nord, la percentuale maggiore di ripetizioni si è avuto in Friuli Venezia Giulia (26,6%); nel Centro, in Toscana (21,8%); al Sud, in Puglia (39,1%); nell'Italia insulare, in Sicilia (24,2%). Il numero di Ivg ripetute aumenta al crescere del numero di figli e dell'età delle donne.

Le ricerche più recenti sulla sessualità in adolescenza mostrano che i giovani sono più informati delle generazioni passate sui metodi contraccettivi efficaci e si preoccupano di utilizzarli per prevenire gravidanze indesiderate e trasmissioni di malattie. Secondo l'indagine svolta nel 2000 dall'Istituto superiore di sanità (Iss) sulla salute riproduttiva degli adolescenti, che ha rilevato le conoscenze, i comportamenti e gli atteggiamenti in tema di sessualità di un campione di 6.532 studenti del primo biennio delle scuole superiori, quasi un quinto dei giovani ha avuto un rapporto sessuale completo (18,3%, di cui un 23,8% di maschi e un 12,1% di femmine) e la metà di questi dichiara di aver utilizzato sempre il preservativo. L'80% degli intervistati è convinto che, in caso di rapporto sessuale, si preoccuperebbe sempre di usare un metodo per evitare gravidanze indesiderate e solo il 4,8% non se ne preoccuperebbe mai. Infatti, oltre al piacere (37,4%) e all'intenzione di legarsi all'altro (35,8%), per il 31,1% degli adolescenti il rapporto sessuale si associa alla paura di restare/mettere incinta. Il 26,3% delle ragazze riferisce di essere a conoscenza di una gravidanza indesiderata affrontata da una coetanea e ritiene che i giovani utilizzano poco i metodi contraccettivi più efficaci perché procurarsi crea loro imbarazzo, oppure, soprattutto i maschi, ritengono che essi tolgano spontaneità al rapporto o ancora non li conoscono o temono di essere scoperti dai genitori.

Nel 2000, il tasso di abortività nelle minorenni è risultato essere pari a 4,1 per 1.000 (3.616 Ivg) a fronte di un tasso calcolato sulla corrispondente popolazione femminile di 14-19 anni di 10, ovvero l'1,4% in meno rispetto al 1999, e il 10% in meno rispetto al 1983. In Italia, per praticare l'interruzione volontaria di gravidanza, una minorenne deve avere il consenso dei genitori; in mancanza di esso, devono rivolgersi al Consultorio e sostenere un colloquio,

in seguito al quale il medico inoltrerà una relazione al giudice tutelare che, entro cinque giorni, dovrà convocare la minore, sentire le sue ragioni ed eventualmente autorizzare l'interruzione della gravidanza. Si può ritenere che l'assenso dei genitori comporti un'interruzione volontaria di gravidanza accettata, con molte implicazioni positive che ne conseguono per la minore. Nel 2000 il 67,1% delle minori ha avuto l'assenso dei genitori, mentre nel 29,8% dei casi vi è stato il ricorso al giudice tutelare.

I dati mostrano inoltre che, per le minorenni, i motivi di urgenza per procedere all'aborto si sono presentati in 89 casi e solo in 7 casi si sono superati i 90 giorni di gestazione. La legge italiana consente l'interruzione della gravidanza oltre i 90 giorni solo in caso di grave rischio per la salute materna. Anche in caso di gravi malformazioni fe-

tali si può ottenere l'interruzione della gravidanza solo con un certificato psichiatrico che attesti il rischio per la salute mentale della madre. In molte regioni la presenza dei consultori familiari pubblici è inferiore al rapporto previsto dalla legge 34/96: a livello nazionale tale valore nel 2000 è risultato pari a 0,7 per 20.000 abitanti. Inoltre, negli ultimi anni, il numero dei consultori familiari si è andato riducendo in modo significativo e, soprattutto al Sud, persistono zone con bassa copertura dei servizi consultoriali. Completare la rete consultoriale sul territorio, assicurare organici completi, eliminare le condizioni di precarietà delle strutture e sviluppare le capacità di programmazione, gestione e valutazione dell'attività, anche attraverso programmi di formazione permanente, sono esigenze inderogabili.

SCHEDA 39. TELEFONI CELLULARI: VANTAGGI E RISCHI... “DI NUOVA GENERAZIONE”

Secondo una recente indagine effettuata su un campione di 21.695 famiglie, nel 2000 ha utilizzato il telefono cellulare il 41,4% dei ragazzi tra gli 11 e i 14 anni e il 76,3% di quelli tra 15 e 19. Un'altra indagine presentata il 4 agosto 2003, rivela poi come la diffusione del telefono cellulare nella vita quotidiana della popolazione italiana stia lentamente soppiantando il telefono fisso. Dal 1997 al 2002 le famiglie che possiedono solo il cellulare sono passate dal 27,3 al 75,4%; si rileva che «il possesso del solo telefono cellulare è maggiore tra i single (18,6%) e tra le famiglie in cui la persona di riferimento ha un'età compresa tra 15 e 24 anni (61,7) e tra 25 e 44 anni (26,3), è celibe o nubile (29,9), separato o divorziato (27,1), studente (44,2) o in cerca di occupazione (34,5)».

Secondo l'Autorità per le garanzie nelle comunicazioni, il 91% degli italiani possiede un cellulare. Sono 54 milioni i cellulari nel nostro Paese (o meglio le carte Sim), per una spesa telefonica stimata intorno ai 14,6 miliardi di euro per il 2003. Per quanto riguarda poi gli Sms, secondo le stime di Telecom Italia Lab, ogni giorno vengono inviati in Italia 63 milioni di “messaggini” (23 miliardi in un anno) per una spesa che tocca i 752 milioni di euro, in crescita del 41,4% rispetto al 2001.

Dal punto di vista della sicurezza, i videotelefonati hanno già dimostrato la loro utilità in campo investigativo: grazie alle foto, ai filmati e alla videotelefonata, si può documentare un crimine, segnalare un molestatore, raccogliere una prova, localizzare e rintracciare una persona. Questo tipo di utilizzo è naturalmente fondamentale anche in ambito giornalistico, permettendo che le notizie siano date sempre più in tempo reale.

Giovani e giovanissimi, tuttavia, per ora sembrano apprezzare fondamentalmente l'aspetto ludico e di moda dei nuovi cellulari ipertecnologici. Alcuni individui, però, sembrano soggetti a “ipersensibilità elettromagnetica” e, in prossimità di sorgenti di onde, manifestano mal di testa, depressione, sonnolenza, insonnia, spossatezza, tachicardia, nausea, convulsioni, attacchi epilettici. Il mondo scientifico si orienta pertanto unanimemente verso una prosecuzione degli studi e delle ricerche e verso l'adozione di un “principio di cautela” nell'utilizzo del telefono cellulare, soprattutto da parte dei più giovani.

I telefoni cellulari sono responsabili anche di una serie di pericoli “indiretti” verso chi li utilizza. Sicuramente i più noti ed evidenti, anche a causa del recente inasprimento delle sanzioni, sono relativi agli incidenti stradali causati da chi, mentre sta parlando al telefono, guida l'auto, la moto, la bicicletta o anche attraversa distrattamente in qualità di pedone. Neppure l'uso dell'auricolare o del “vivavoce” mettono al riparo da questo tipo di incidenti, in quanto vi è comunque una perdita di concentrazione. È successo anche che, durante un temporale, chi utilizzava il telefonino all'aperto sia rimasto vittima di un fulmine, attirato, sembra, dalle onde elettromagnetiche.

Un altro rischio è rappresentato dall'esplosione del cellulare, che può verificarsi se si utilizzano batterie non originali o con difetti di fabbricazione, o se il telefono si trova vicino a fonti di calore. D'altra parte, è anche accaduto che cellulari modificati siano stati utilizzati come bombe nel conflitto arabo-israeliano per compiere attentati.

All'interno della categoria di disturbi conosciuta come “dipendenze comportamentali”, classificate in psichiatria

come “disturbi del controllo degli impulsi”, oggi si tende ad annoverare anche la dipendenza dal telefono cellulare. Essa si assimila alle dipendenze da strumenti tecnologici (computer, televisione, ecc.), dal gioco d'azzardo, dagli acquisti (“compulsive shopping”), dall'astrologia, dallo sport (“atletismo compulsivo”), ecc. Essa si riconosce in base ad alcuni sintomi, quali il dedicare sempre più tempo all'attività in questione, diventare irritabili se non si riesce a svolgerla, utilizzarla per curare il cattivo umore, investire in essa fino a ricevere danni economici. Un'indagine recente, condotta su 300 volontari tra i 20 e i 60 anni privati per 15 giorni del telefono cellulare, ha rilevato modifiche del comportamento nel 70% dei soggetti, quali tic nervosi, irascibilità, tristezza, apatia, rifiuto di approcci sessuali e mancanza di fame.

Il problema riguarda anche i più giovani: in un'altra indagine realizzata nelle scuole medie superiori di tutta Italia, sono stati intervistati 13.360 giovani d'età compresa fra i 13 e 18 anni. Dalle loro risposte sembra che le tecnologie siano la prima causa alla base di comportamenti di abuso non correlati a sostanze: sono 88 ragazzi su 100 a pensarla in questo modo. Al primo posto troviamo la dipendenza dai videogames (49%), soprattutto per i più giovani, seguiti da computer (44), tv e cellulare, indicati nella stessa percentuale: 37 circa.

Ma il cellulare si sta ormai imponendo anche sui più piccoli: in un'indagine condotta su un campione di 129 bambini di quarta e quinta elementare di una scuola cittadina, il 56,6% possiede un telefono cellulare: al 37,2% lo hanno regalato i genitori. Il 30,2% dei bambini effettua da una a tre telefonate al giorno e per essi risulta un oggetto indispensabile. Solo il 32,5% lo spegne prima di andare a dormire, il 20 in un luogo di culto e il 14 a scuola. Il telefonino viene utilizzato per chiamare soprattutto i genitori (44,1%) e gli amici (34,9), ma anche per inviare Sms (38,7) e per giocare (40,3).

Altro discorso riguarda gli Sms: da più parti viene l'allarme sul nuovo linguaggio sintetico e simbolico adoperato dai più giovani nella scrittura dei cosiddetti messaggi. Il rischio riguarda l'impovertimento del lessico e lo spostamento verso una comunicazione puramente pragmatica o solo emotiva. Dal sondaggio effettuato tra il settembre 2001 e l'agosto 2002 su 5.000 utenti, risulta che gli Sms sono più efficaci del 50% rispetto alla televisione e del 130% rispetto alla radio. I messaggi pubblicitari veicolati dal cellulare sono molto meno ricchi di effetti, ma si avvalgono del “medium” più diretto e personale. Infine il problema dello “spamming”, ovvero l'invio di messaggi pubblicitari non autorizzato dall'utente telefonico, è un altro aspetto inquietante della violazione della privacy.

SCHEDA 40. LA SICUREZZA DEGLI EDIFICI SCOLASTICI

Ogni giorno dieci milioni di persone che lavorano e studiano nelle scuole italiane mettono a rischio la propria incolumità. Un quadro a dir poco sconcertante per non dire tragico quello che abbiamo scoperto. Sul fronte della prevenzione degli incendi, ad esempio, la situazione appare peggiore di quanto si possa immaginare: la media nazionale delle scuole in possesso di certificazione idonea è inferiore al 27%; in valore assoluto si tratta di 11.070 scuole, su oltre 41.000 edifici scolastici statali. Il problema degli incendi non appare particolarmente sentito in alcune regioni, quali l'Umbria con appena il 15,8% delle scuole in possesso del certificato di prevenzione incendi, la Calabria con il 15,6 e la Sardegna con addirittura il 13,3. Migliore la situazione in Friuli Venezia Giulia, Emilia Romagna e Piemonte, dove gli istituti dotati di certificazione di prevenzione incendi sono rispettivamente il 46,1, il 36 e il 33,7% del complesso.

Per quanto riguarda gli accessi, in quasi 9 scuole su 10 l'atrio di ingresso non dispone di standard di sicurezza adeguati; nel 91% dei casi non è previsto un accesso facilitato per disabili; nel 70% non esistono gradini anticivolo; nel 36% è stata installata la chiusura antipanico, che ri-

mane aperta solo nel 13% dei casi anche durante le attività didattiche. Inoltre, in 1 scuola su 5 le vie di fuga non sono adeguatamente segnalate. Il grado di pericolosità aumenta se analizziamo i dati relativi alle scale: solo 1 scuola su 3 possiede scale di sicurezza, solo nel 3% delle scuole le scale di accesso sono prive di ostacoli e solo 1 scuola su 10 dispone di corrimano adeguati.

Per quanto riguarda il certificato di agibilità sanitaria, il 57,4% degli edifici scolastici ne è privo, percentuale che sale all'81,6 in Sardegna. Ben dieci regioni hanno fatto registrare valori al di sotto della media nazionale.

Passando alla certificazione relativa all'agibilità statica, la situazione è simile a quella precedente, con una media nazionale del 43% di certificazioni ottenute; la Sardegna, addirittura, non arriva al 16. Le regioni maggiormente in regola sono la Campania, la Basilicata e il Friuli, e non per caso, visto che tutte e tre sono state colpite da terremoti. L'Umbria, malgrado gli episodi sismici, non ha ancora preso provvedimenti: solo il 23,7% delle scuole è in possesso di una certificazione di agibilità statica.

Lo stato dell'edilizia è, dunque, l'aspetto più problematico del sistema scolastico italiano. A tal proposito, da

un'indagine Eurispes condotta su un campione di 1.500 genitori, emerge che il 58,2% degli intervistati ha espresso un giudizio complessivamente negativo sull'edilizia scolastica, mentre appena il 38,5% del campione ha fornito una valutazione nell'insieme positiva. Da considerare, però, che il giudizio è "molto negativo" per il 12,1% dei genitori mentre appena il 2,1 esprime una valutazione molto positiva.

I dati sullo stato di salute e sull'adeguamento degli edifici scolastici alla normativa sulla sicurezza non incoraggiano, del resto, considerazioni positive. Il 4,9% delle scuole sono state costruite prima del 1900 e il 12,6 tra il 1900 e il 1940. Complessivamente, gli istituti scolastici edificati in data antecedente al 1965 costituiscono ben il 44,7% del complesso, il 50,9 sono stati realizzati tra il 1965 e il 1990, mentre le scuole di recente costruzione (tra il 1990 e il 2000) sono appena il 4,4%.

Le scuole sono a forte rischio anche per quanto riguarda altre fonti di pericolo (strutture militari, aeroporti, distributori di benzina) e di inquinamento acustico (aree industriali, autostrade e superstrade, aeroporti), atmosferico (aree industriali, discariche, autostrade, distributori di benzina), o elettromagnetico (emittenti radiotelevisive, elettrodi, strutture militari). Risulta infatti che il 9,7% degli edifici scolastici nazionali si trova a meno di un chilometro da antenne di emittenti radiotelevisive; il 7,1 entro un chilometro dalle aree industriali; il 2,6 da strutture militari; l'1,1 da aeroporti e lo 0,3 da discariche. Particolarmente critiche le condizioni di alcuni comuni: a Verbania, il 65% degli edifici scolastici è situato entro un chilometro da un'area industriale, a Modena il 60,2 e ad Imperia il 57,1.

Il quadro che emerge dall'analisi dei dati sullo stato di salute degli edifici scolastici è dunque piuttosto negativo. Ma anche per quanto riguarda gli adempimenti della scuola in materia di sicurezza e gli interventi strutturali, di competenza degli enti locali, non emergono risultati molto positivi. I dati relativi al numero medio degli interventi di manutenzione ordinaria eseguiti nelle scuole dell'obbligo e negli istituti superiori, demandata agli enti locali, dicono che è stato realizzato almeno un intervento ad edificio, ad eccezione della Calabria e della Basilicata. A livello nazionale, sono stati effettuati mediamente 2,68 interventi ad edificio per quanto concerne le scuole secondarie superiori, di competenza provinciale, e 1,25 per

quanto riguarda le scuole dell'obbligo, di competenza comunale. Il record degli interventi si è avuto nelle scuole superiori del Piemonte (3,6 interventi ad edificio scolastico) e, considerando il complesso delle scuole, in Campania, con una media di 1,9 interventi per istituto.

Gli interventi di manutenzione straordinaria sono meno numerosi rispetto a quelli ordinari: la media, a livello nazionale, è di 0,6 interventi ad edificio scolastico. Le regioni dove si registra il minor numero di interventi di manutenzione straordinaria ad edificio sono la Basilicata, (0,38%) e la Calabria (0,43), mentre sul versante opposto troviamo il Piemonte, con una media di 0,77 interventi straordinari e l'Emilia Romagna (0,74). Il Piemonte si conferma anche come la regione dove sono stati realizzati più interventi straordinari sia nelle scuole dell'obbligo che negli istituti secondari (con una media di quasi 1,6 interventi a istituto superiore). La Basilicata si colloca in fondo alla graduatoria degli interventi straordinari realizzati negli istituti per quanto concerne le scuole dell'obbligo, con una media di 0,33 interventi ad edificio (contro una media nazionale di 0,53); la Sicilia occupa l'ultimo posto in graduatoria relativamente agli interventi realizzati negli istituti superiori (0,57 interventi contro una media nazionale di 1,02).

Da segnalare l'iniziativa del ministero dell'Istruzione, dell'università e della ricerca che prevede la realizzazione di un'anagrafe nazionale dell'edilizia scolastica. L'anagrafe rappresenta un primo, doveroso (tardivo) passo verso la costruzione di una cultura della prevenzione, la cui importanza è stata a lungo sottovalutata da quanti (attori istituzionali, amministrazioni centrali e locali, dirigenti scolastici) sono responsabili della sicurezza degli edifici.

Sul piano normativo, infine, la legge n. 23/96, recante norme per l'edilizia scolastica, individua nei Comuni e nelle Province gli enti competenti a provvedere alla realizzazione degli interventi strutturali e di manutenzione degli edifici scolastici. Nello specifico, le attività necessarie a garantire la sicurezza degli istituti sono a carico dei Comuni per le scuole materne, elementari e secondarie di primo grado, mentre spettano alle Province per gli istituti secondari superiori. Ma il termine ultimo per la messa in sicurezza delle scuole, inizialmente indicato nel 28 marzo 2003, è stato ripetutamente prorogato e spostato al 31 dicembre 2004.

capitolo 6

L INDAGINE CAMPIONARIA

NOTE METODOLOGICHE

L'indagine campionaria ha sondato un campione più che rappresentativo della popolazione scolastica italiana, per sesso, età, area geografica, tipologia di scuola e di istituto, classe frequentata. Due sono stati i modelli di questionario utilizzati, destinati rispettivamente all'infanzia e all'adolescenza.

Il questionario infanzia è servito a delineare i comportamenti e l'identikit del bambino, ed è stato somministrato a ragazzi di età compresa tra i 7 e gli 11 anni, frequentanti la terza, quarta e quinta classe delle elementari e la prima classe della scuola media. Il questionario adolescenza era diretto alla costruzione dell'identikit dell'adolescente, ed è stato somministrato a ragazzi appartenenti alla fascia di età 12-19 anni, frequentanti la seconda e la terza media o una delle cinque classi degli istituti superiori.

La rilevazione sul campo ha riguardato 84 scuole di ogni ordine e grado, mentre i questionari pervenuti e analizzati sono stati 5.076 per quanto riguarda l'infanzia e 5.710 per l'adolescenza.

La rilevazione è stata realizzata tramite la somministrazione di un questionario semistrutturato ad alternative fisse predeterminate, composto in prevalenza da domande a risposta chiusa o semichiusa (con possibilità per l'intervistato di aggiungere una propria risposta a quelle già previste). La modalità delle domande chiuse o ad alternativa fissa predeterminata ha consentito di ottenere, oltre a un elevato tasso di risposta al questionario, una più efficace standardizzazione e una maggiore facilità di codifica e

di analisi delle risposte fornite dagli studenti.

Nella prima parte, l'indagine campionaria ha verificato la percezione dei bambini e degli adolescenti in ordine alle seguenti aree tematiche: obiettivi futuri e miti giovanili (star musicali, personaggi televisivi e divi del cinema preferiti, ecc.); rapporto con le vecchie e nuove tecnologie dell'informazione e della comunicazione (modalità e tempi nell'uso di Internet, tempo trascorso davanti alla tv, modalità d'uso del cellulare, ecc.); associazionismo e modalità prevalenti di partecipazione politica (tipologia di associazione frequentata, attività legate alla politica, ecc.); il multiculturalismo e il rapporto con le persone immigrate.

Le sezioni successive del questionario hanno esplorato i rapporti con i genitori e il grado di autonomia in ambito familiare (tempo trascorso con i genitori, ascolto ricevuto dagli adulti, ecc.), il rapporto con la fede e l'osservanza della pratica religiosa, gli stili di alimentazione prevalenti; il livello di conoscenza della Convenzione internazionale dei diritti del fanciullo del 1989.

Per gli adolescenti è stata prevista anche una specifica sezione sulle principali tendenze e mode giovanili (piercing, tatuaggi, graffitismo, ecc.) e, infine, sui principali comportamenti a rischio (consumo di sostanze alcoliche o di droghe, abuso di alcol e uso di psicofarmaci, ecc.).

L'indagine campionaria è pubblicata, nella sua integrità, nell'edizione completa del 4° *Rapporto nazionale sulla condizione dell'infanzia e dell'adolescenza*.

TELEFONO AZZURRO

L'Associazione S.O.S. - Il Telefono Azzurro è un ente morale senza fini di lucro che ha come finalità principale la tutela e l'assistenza dei minori oggetto di maltrattamenti e violenza. Telefono Azzurro è da oltre 16 anni punto di riferimento per bambini e adolescenti in difficoltà ed è impegnato nella difesa dei diritti dell'infanzia e nella diffusione di una cultura che ne rispetti e valorizzi le esigenze.

Il Centro nazionale di ascolto

Il *Centro nazionale d'ascolto telefonico* è il cuore dell'attività di Telefono Azzurro, ha sede a Milano e fa fronte alle migliaia di chiamate al giorno che provengono da ogni parte d'Italia. L'associazione è impegnata in un continuo confronto operativo, teorico e metodologico a livello internazionale con le Helplines inglese, francese, spagnola e austriaca al fine di individuare e adottare comuni linee guida per la gestione della consulenza, per la formazione e lo sviluppo delle competenze degli operatori. L'attività del Call Center è divisa tra **Linea telefonica gratuita 19696**, attiva in tutta Italia 24 ore su 24 per 365 giorni all'anno e a disposizione di tutti i bambini e gli adolescenti, fino a 14 anni di età, che vogliono denunciare maltrattamenti e abusi o che desiderino parlare con un operatore, e **Linea Istituzionale 199.15.15.15**, per i ragazzi sopra i 14 anni o per gli adulti, educatori, operatori professionali che vogliono esporre casi che coinvolgono dei minori o richiedere consulenze per la gestione dei casi. Attraverso le consulenze offerte dal Centro di ascolto e la rielaborazione dei dati raccolti, l'associazione rappresenta un osservatorio privilegiato di quella parte dell'infanzia che vive in una situazione di abuso o che esprime una richiesta di aiuto.

I Centri territoriali

Telefono Azzurro ha potenziato la sua azione sul territorio tramite la presenza di *Centri territoriali* dislocati localmente. Con la nascita di questi Centri d'intervento, Telefono Azzurro inizia, con modalità sempre più strutturate, ad apporre la propria esperienza al servizio delle istituzioni locali: da una connotazione dell'associazione come servizio di tutela dei bambini a un'attivazione diretta in loco, non solo nella gestione dei casi segnalati al Centro nazionale di ascolto, ma anche allo sviluppo di progetti mirati di formazione e di ricerca e sensibilizzazione. I centri già attivi sono quelli di Bologna, Palermo, Roma e Treviso.

Lo sviluppo di progetti innovativi:

il Tetto Azzurro e il Team di Emergenza

Il percorso di sviluppo del Telefono Azzurro ha portato alla sperimentazione di nuovi progetti di intervento che si sono concretizzati con l'istituzione del *Team di Emergenza* di

Treviso e del *Tetto Azzurro* di Roma. Il Team di Treviso si connota in particolare per avere implementato un modello di intervento per le situazioni di emergenza, interagendo all'interno della rete interistituzionale composta da diverse agenzie del territorio, quali ad esempio le Forze dell'ordine, le Procure presso i Tribunali, i Servizi socio sanitari, la scuola, ecc. Il progetto nasce dalla collaborazione con il Child Study Center della Yale University (Usa) e da successive elaborazioni di Telefono Azzurro. La struttura di emergenza interviene nelle situazioni di violenza e disagio intrafamiliare, prostituzione minorile, devianza minorile, fughe da casa, comportamenti autodistruttivi, disturbi mentali in età evolutiva. Il team è strutturato in quattro aree: area clinica, area gestionale, area studi/ricerca e area formazione. Il Team di Treviso, inoltre, dal mese di maggio 2001 offre un servizio di prima accoglienza per bambini e adolescenti vittime di un trauma o che si trovino a vivere una situazione di emergenza, per le prime 48 ore successive all'evento. Diversa è, invece, l'operatività del Tetto Azzurro di Roma che nasce come centro polifunzionale per l'accoglienza, la diagnosi e il trattamento di bambini vittime di abuso e maltrattamento che la Provincia di Roma ha affidato in gestione a Telefono Azzurro per la sua esperienza sulle problematiche del disagio minorile e per la sua capacità organizzativa. Il Centro ha attivato una molteplicità di servizi individuati e finalizzati a diversi obiettivi, fra i quali un servizio di diagnosi e trattamento individuale e familiare per situazioni di abuso e maltrattamento di soggetti in età evolutiva, un Servizio di pronta accoglienza residenziale e un servizio di consulenza legale altamente specialistica per gli operatori dei servizi territoriali. Tetto Azzurro e Team di Emergenza si offrono anche al territorio come luogo privilegiato per l'intervento clinico con minori vittime di abuso sessuale, maltrattamento fisico e abuso psicologico. Queste due strutture si connotano come luogo accogliente, garantito e di tutela per l'ascolto del minore ai fini giudiziari e come "spazio neutro" per favorire la continuità genitoriale.

Il Settore Formazione

Il *Settore Formazione* di Telefono Azzurro ha l'obiettivo di promuovere e divulgare, attraverso progetti formativi, le conoscenze e le competenze accumulate in 16 anni di attività anche presso le agenzie preposte alla gestione del minore e delle sue problematiche: operatori socio sanitari e scolastici, forze dell'ordine e liberi professionisti, nonché gruppi interessati a una formazione e sensibilizzazione sul tema.

Il Centro Studi

Il *Centro Studi* ha lo scopo di raccogliere documentazione e materiale a livello nazionale e internazionale, elaborare i da-

ti primari provenienti dal Centro nazionale di ascolto, realizzare studi e ricerche, promuovere un osservatorio permanente sull'infanzia e l'adolescenza. Di fronte a una società sempre più articolata e complessa, in cui i termini di analisi e di riferimento tradizionali perdono peso e attendibilità, un approccio scientifico, di tipo socio-statistico, può fornire elementi utili per elaborazioni teoriche e per applicazioni pratiche che vogliono essere davvero efficaci per comprendere e aiutare i bambini. Da questa consapevolezza è nata anche l'iniziativa congiunta di Telefono Azzurro ed Eurispes che nel 2000 hanno dato vita al *Primo rapporto nazionale sulla condizione dell'infanzia e della adolescenza* presentato anche al Presidente della Repubblica italiana e giunto quest'anno alla sua quarta edizione. Il Centro Studi produce inoltre materiali divulgativi per genitori ed educatori, quali ad esempio *La guida sulla depressione nei bambini e negli adolescenti*, *Vittime silenziose. I bambini e gli adolescenti di fronte alla guerra, al terrorismo e ad altri eventi traumatici*, *L'ascolto del disagio in adolescenza*, *Guida per i genitori alla prevenzione dell'abuso sessuale e dei suoi effetti*.

L'esperienza e le collaborazioni internazionali

Il confronto internazionale con altre associazioni, istituzioni e servizi per la prevenzione delle situazioni di abuso e per la lotta alla pedofilia rappresenta un altro elemento importante su cui Telefono Azzurro lavora da anni. Gli obiettivi che sottostanno a tale strategia di internazionalizzazione sono molteplici, tra questi l'esigenza di un confronto comune sulle best practice presenti in Europa al fine di promuoverne la loro implementazione a livello nazionale, la costituzione di network per offrire comuni servizi di aiuto efficaci e di qualità ed al contempo la promozione di una cultura dell'infanzia più attenta ai diritti dei bambini e ai programmi comunitari non solo finalizzati alla prevenzione delle situazioni di disagio nell'infanzia e nell'adolescenza, ma soprattutto alla promozione del benessere dei bambini. Spesso si è assistito alla realizzazione di programmi di intervento sociale ed economico di grande interesse, ma poco attenti agli effetti diretti e indiretti sulla qualità della vita nell'infanzia. Telefono Azzurro, in collaborazione con altri soggetti (sia Helplines che istituzioni), oltre a realizzare specifici progetti per la diffusione di programmi di intervento di qualità, si è impegnato nella promozione di un attento dibattito proprio sugli strumenti e le strategie per rendere i diritti dei bambini base comune per la programmazione sociale, economica e culturale in Europa. Il confronto internazionale cui intendiamo riferirci prevede un maggiore impegno nella condivisione di un sistema di monitoraggio unico e confrontabile. Quanto già detto in precedenza sulla situazione nazionale non può che essere ampliato a livello internazionale. In questo caso, il confronto tra le diverse metodologie, tra i dati e le specificità del feno-

meno nei diversi contesti, tra le specificità giuridiche manifestate al livello nazionale, tra le modalità di realizzazione dei programmi di intervento contro la pedofilia, rappresentano un ulteriore elemento da considerare.

Tra i principali progetti su cui Telefono Azzurro ha lavorato vi sono: *Programma Daphne*, finalizzato al confronto delle modalità operative delle principali Helplines europee per la promozione di un servizio di ascolto fondato su medesimi principi di qualità e di efficienza; *Progetto Ombudsperson*, per la promozione della figura del Garante europeo per i diritti dei minori e per l'individuazione dei criteri minimi di qualità per il funzionamento dei servizi per l'infanzia nel pieno rispetto della Convenzione internazionale dei Diritti del Bambino; *Programma Hippocrates*, per la promozione di un metodo di qualità per il trattamento dei minori che hanno commesso reati; *Programma Safeborders*, per la creazione di un network europeo per la realizzazione di campagna transnazionali di sensibilizzazione per l'utilizzo sicuro di Internet da parte dei bambini; *Programma e-Safe* per la promozione di interventi contro la diffusione di siti illegali e la promozione di metodologie di ascolto innovative come per esempio la comunicazione sincrona e asincrona in rete (chat, e-mail ecc.).

Per aiutare il Telefono Azzurro:

C.C.P. 550400 - con carta di credito: 800.410.410
RID bancario: IntesaBci Cariplo
c/c 4000178 ABI 03069 CAB 02420 CIN D

Info: tel. 800.090.335,

www.azzurro.it, telefonoazzurro@azzurro.it

EURISPES

L'Eurispes, Ispes fino al gennaio 1993, è un istituto di studi sociali senza fini di lucro e opera dal 1982 nel campo della ricerca politica, economica, sociale e della formazione. L'istituto realizza studi e ricerche per conto di imprese, enti pubblici e privati, istituzioni nazionali e internazionali. Nello stesso tempo, promuove e finanzia autonomamente indagini su temi di grande interesse sociale, attività culturali, iniziative editoriali, proponendosi come centro autonomo di informazione e orientamento dell'opinione pubblica e delle grandi aree decisionali che operano nel nostro Paese. La scelta operativa dell'Eurispes deriva dalla convinzione che una adeguata politica di governo della situazione socio-economica pretenda una conoscenza dei fatti sempre più aggiornata e integrata.

Nel perseguire questi suoi obiettivi, l'Eurispes è particolarmente avvantaggiato dalla propria composizione: al suo interno confluiscono, infatti, più "culture" di diverso orientamento che si ricompongono in un'unità omogenea e originale.

INDICE

INTRODUZIONE

Giovani a rischio 1

CAPITOLO 1 - L'ABUSO, LO SFRUTTAMENTO E I DIRITTI VIOLATI

Scheda 1. I diritti di partecipazione
dei bambini dopo Ginevra 3

Scheda 2. La formazione e la rete dei servizi
per l'infanzia e l'adolescenza 5

Scheda 3. Mappa dei minori abusati.
Gli strumenti per difenderli 6

Scheda 4. Strumenti di indagine in caso d'abuso 9

Scheda 5. Il programma di ricerca PWSA
(Pedophilia Web Sites Analysis) 10

Scheda 6. Pornografia in Internet:
i labili confini tra "adult" e "child porno" 11

Scheda 7. Le bambine mutilate 13

Scheda 8. Il lavoro minorile 14

CAPITOLO 2 IL DISAGIO, LA DEVIANZA E LA GIUSTIZIA MINORILE

Scheda 9. Le politiche a sostegno della famiglia 16

Scheda 10. Le dimensioni del fenomeno
della devianza minorile 17

Scheda 11. I giovani violenti 18

Scheda 12. Responsabilità del minore
e abbassamento dell'età imputabile 19

Scheda 13. Il minore straniero autore di reato 21

Scheda 14. "Accattoni" si diventa: minore,
povero e straniero. L'identikit di partenza 22

Scheda 15. Bambini e adolescenti capaci
di resistere: resilienza e terapia del benessere 24

Scheda 16. Emergenza, rischio e trauma:
teoria ed esemplificazione di un caso di realtà 25

CAPITOLO 3 LA COMUNICAZIONE E LA CULTURA

Scheda 17. Periodici e riviste per giovanissime:
spunti di analisi e di riflessione 27

Scheda 18. I bambini e la televisione
tra opportunità e rischi 28

Scheda 19. I minori e Internet 30

Scheda 20. Giovani e consumi, una fetta
di mercato ambita 31

Scheda 21. I consumi musicali e l'ascolto
radiofonico dei giovanissimi 32

Scheda 22. Vecchi e nuovi giochi 33

Scheda 23. Il graffitismo 34

Scheda 24. Fattori di rischio socio-culturali
nell'insorgenza dei disturbi alimentari 35

CAPITOLO 4

LA SALUTE

Scheda 25. La salute in pediatria 37

Scheda 26. Bambini in sovrappeso e obesi:
lo stile di vita quale fattore di rischio 38

Scheda 27. Sempre più bimbi colpiti da allergie 39

Scheda 28. ...e la pillola va giù: ipermedicalizzazione,
psicofarmaci-baby e farmaci "fuori etichetta" 41

Scheda 29. L'autismo 42

Scheda 30. Il bambino con la malattia cronica
(I parte) 44

Scheda 31. Il bambino con la malattia cronica
(II parte) 45

Scheda 32. Mamme straniere e modi di cura:
quando il pediatra non comprende ciò che accade 47

CAPITOLO 5

LA SICUREZZA

Scheda 33. Inervento in situazioni di disastro
di massa centrato sui bisogni del bambino:
il Class Activation Program 49

Scheda 34. Le paure che accompagnano
la crescita dei bambini 50

Scheda 35. Una Polizia "speciale" attenta
alla prevenzione 51

Scheda 36. Casa dolce casa? I minori
e gli infortuni domestici 53

Scheda 37. I baby fumatori 55

Scheda 38. Adolescenti e aborto 56

Scheda 39. Telefoni cellulari: vantaggi e rischi...
"I nuova generazione" 58

Scheda 40. La sicurezza degli edifici scolastici 59

CAPITOLO 6

L'INDAGINE CAMPIONARIA

Note metodologiche 61