



Protocollo di Trauma-Informed Care



Enhancing the Capacity to combat
child abuse through an Integral training
and Protocol for childcare professionals



Il progetto è stato finanziato nell'ambito
del Programma dell'Unione Europea Diritti,
Uguaglianza e Cittadinanza (REC) grant
agreement n. 101005642.

Protocollo di Trauma-Informed Care



ECLIPS

**Enhancing the Capacity to combat child abuse
through an Integral training and Protocol
for childcare professionals**

Progetto N. 101005642

Materiale D3.11

Data prevista: Aprile 2022

Autori: UCLL - PRHU



Il progetto è stato finanziato nell'ambito del Programma dell'Unione Europea Diritti, Uguaglianza e Cittadinanza (REC) grant agreement n. 101005642.

Questo protocollo è stato sviluppato nell'ambito del progetto "Enhancing the Capacity to combat child abuse through an Integral training and Protocol for childcare professionals". Il progetto è stato finanziato nell'ambito del Programma dell'Unione Europea Diritti, Uguaglianza e Cittadinanza (REC) grant agreement n. 101005642.

Data di pubblicazione: Aprile 2022

Coordinatori della realizzazione del protocollo:

Università di Leuven-Limburg (UCLL, BE)

Pressley-Ridge (HU)

Illustrazioni: Emese Iványi

Design: Tamás Leisz

Disclaimer:

Il contenuto di questo protocollo riflette il punto di vista degli autori. La Commissione Europea non è responsabile dell'uso che potrà essere fatto delle informazioni in esso contenute.



Quest'opera è rilasciata nei termini della licenza internazionale Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 4.0.



INDICE

INTRODUZIONE:

Perché abbiamo bisogno di un'assistenza all'infanzia informata sul trauma	7
--	----------

CAPITOLO 1.

Quali sono le esperienze infantili stressanti? Come definire il trauma?	11
1. Stress: buono, cattivo o tossico?	12
2. La finestra della tolleranza e il suo ruolo nel processo di traumatizzazione	12
3. ACEs, Esperienze infantili avverse	14
4. Definizione del trauma - eventi traumatici, stress e assistenza	16
5. Trauma all'interno del rapporto bambino-caregiver	20
6. Regolare, relazionarsi, ragionare	21

CAPITOLO 2.

Il corpo tiene traccia di tutto: Cosa fa il trauma ai bambini più piccoli	25
1. Lo sviluppo nei primi anni	26
Perché i primi 1000 giorni contano così tanto?	26
Attaccamento	27
Ruolo dell'attaccamento nell'assistenza sensibile al trauma	29
2. La mentalizzazione e la sua importanza nell'assistenza sensibile al trauma	31
Cos'è la mentalizzazione?	31
Come si sviluppa questa capacità?	32
In quale modo il trauma influisce sulla mentalizzazione?	32
Perché è così importante nei casi di bambini di 0-3 anni?	33
3. Sintomi di trauma nella prima infanzia	33
4. Resilienza	35

CAPITOLO 3.

L'importanza dell'atteggiamento: come implementare valori sensibili al trauma nelle organizzazioni di assistenza all'infanzia	37
1. Valori predefiniti e funzionamento a livello organizzativo	38
2. Principi di cura sensibile al trauma	39
3. Consapevolezza del trauma nel funzionamento quotidiano dell'organizzazione	42

CAPITOLO 4.

Mettiamoci al lavoro: assistenza sensibile al trauma per bambini di età compresa tra 0 e 3 anni	45
1. I principi della trauma-informed care nelle organizzazioni per l'infanzia	46
Sicurezza	47
Prevedibilità	51
Supporto	55
Partnership	59
Presenza	63
Inclusion	67
2. L'assistenza sensibile al trauma nella pratica quotidiana degli asili nido	71
3. Guida ai momenti di crisi	75
4. Come discutere le preoccupazioni con i caregiver primari	79

CAPITOLO 5.

Materiali supplementari	81
Glossario	81
Un modello d'assistenza organizzativa sensibile al trauma	83
Definizioni di trauma	83
Bibliografia	84

Appendici: Guida alla struttura del protocollo di trauma-informed care	87
Struttura generale	87
Struttura del documento contenente gli elementi essenziali della trauma-informed care	88



INTRODUZIONE:

Perché abbiamo bisogno di un'assistenza all'infanzia informata sul trauma



“ *Che nessuno mi sollevi in alto a meno che non continui a tenermi finché non cresco davvero. Lascia che coloro che vogliono non solo ascoltarmi ma anche capirmi si accovaccino accanto a me qui, in modo che il nostro battito cardiaco sia vicino.* ”

(F. Birtalan: Until I grow up)

Il ruolo dei professionisti dell'assistenza all'infanzia nel promuovere lo sviluppo e il benessere dei bambini e delle loro famiglie è sempre più riconosciuto. Tali professionisti¹ lavorano regolarmente a stretto contatto con i bambini piccoli, e devono pertanto offrire a loro e alle loro figure di cura primarie un ambiente sicuro e educativo. Si rivolge a ogni professionista dell'assistenza all'infanzia, in quanto è molto probabile che si possa trovare a lavorare con bambini che soffrono a seguito di traumi e abusi. Tutti coloro che sono presenti nella vita di un bambino hanno un ruolo da svolgere che richiede di essere sensibili al trauma. Con questo protocollo, si intende contribuire alla preparazione dei professionisti dell'assistenza all'infanzia nel loro percorso verso la *trauma-informed care*, assistenza informata sul trauma. Infatti, se tale approccio diventasse parte integrante del lavoro quotidiano dei servizi di assistenza all'infanzia, avremmo un miglioramento in termini di resilienza per tutte le persone coinvolte: i bambini, le loro famiglie e (in particolare) i professionisti stessi.

¹ Svariati termini descrivono le diverse forme di servizi e organizzazioni di assistenza all'infanzia organizzati/professionali (ad esempio, scuola materna, asilo nido, asilo, centri gioco educativi, servizi di babysitter). In tutto il protocollo abbiamo usato un termine generale "professionista dell'assistenza all'infanzia" e "organizzazione d'assistenza all'infanzia" come termine generico di molte professioni e forme di assistenza all'infanzia.

Nell'ambito del progetto ECLIPS (*“Enhancing the capacity to combat child abuse through an integral training and protocol for childcare professionals” (ECLIPS), REC-RDAP-GBV-AG-2020-101005642.*), quattro partner di diversi paesi hanno collaborato per sviluppare sensibilità e capacità tali da consentire l'individuazione, la segnalazione e il trattamento dei sintomi traumatici conseguenti ad abuso e trascuratezza nei minori di età compresa tra 0 e 3 anni. L'Università di Modena e Reggio Emilia insieme all'University di Leuven-Limburg (Belgio) e a due Fondazioni che operano nel settore minorile (Pressley Ridge, Hungary e Centrs Dardedze, Latvia) ha messo a punto due documenti per sostenere i professionisti nell'individuare e nell'affrontare gli abusi e i traumi nei bambini da 0 a 3 anni:



si tratta di un **protocollo di screening e di rinvio**
e di un **protocollo di trauma-informed care**.²



I documenti sono corredati da un programma di formazione basato su uno strumento di realtà virtuale.

Il **protocollo di screening e rinvio** fornisce, tra l'altro:

- Conoscenze essenziali in tema di abuso sui minori e sulle sue conseguenze, segni e sintomi
- Considerazioni utili su come comunicare con i genitori su ciò che si osserva nel comportamento, nello stato emotivo, nello sviluppo e nei bisogni del bambino
- Indicazioni su come fare screening, approfondire e segnalare alle autorità abusi sui minori sospetti o noti

Il presente documento costituisce la seconda parte del materiale elaborato, ossia un **protocollo di trauma-informed care**, contenente informazioni sull'assistenza sensibile al trauma. Questo protocollo offre ai professionisti dell'assistenza all'infanzia informazioni e linee guida su:

- Esperienze infantili negative, traumi e il loro ruolo determinante nella prima infanzia
- Cosa significa lavorare in modo informato sul trauma, a livello organizzativo e personale
- Suggerimenti specifici sull'assistenza sensibile al trauma con bambini di età compresa tra 0 e 3 anni.

Alla fine del protocollo (Capitolo 5: Glossario) sono riportate brevi spiegazioni dei termini chiave. Il protocollo è inoltre accompagnato da pagine grafiche che possono essere stampate come poster e utilizzate come ausili visivi per il lavoro quotidiano informato sul trauma.

I professionisti che lavorano con i bambini piccoli conoscono il loro normale sviluppo e sono consapevoli che esso può essere influenzato da determinate condizioni. Ad esempio, i bambini nati prematuramente ricevono (idealmente) un'assistenza maggiore per favorire uno sviluppo sano e si presta una particolare attenzione al fatto che le tappe fondamentali del loro sviluppo possano essere parimenti raggiunte. La stessa sensibilità e lo stesso percorso consapevole di azioni attentamente pianificate difficilmente si riscontrano nei confronti di bambini vittime di violenza domestica, abusi e incuria, a causa del fatto che spesso si tratta di un fenomeno nascosto, unitamente alla mancanza di informazioni e strumenti a disposizione dei professionisti³.

² Il nostro lavoro è stato supportato da gruppi di stakeholder, professionisti e genitori, con l'applicazione della metodologia "Living lab", incentrata sull'utente, in tutti e quattro i paesi.

³ Il progetto ECLIPS ha avuto inizio con una ricerca condotta in tutti e quattro i paesi partner sulla formazione, la conoscenza e l'applicazione dello screening e del rinvio degli abusi sui minori, sul trauma e sulla trauma-informed care nella fascia d'età 0-3 anni. I nostri risultati hanno mostrato che attualmente sussiste una mancanza di conoscenze e formazione rispetto al riconoscimento formale di una possibile violenza domestica. I professionisti dell'assistenza all'infanzia si basano principalmente sulla propria esperienza e sul proprio istinto per quanto riguarda lo screening e il rinvio di possibili casi, mentre esiste una mancanza di conoscenze teoriche e pratiche sull'assistenza sensibile al trauma, un'assenza di definizioni o protocolli sull'assistenza sensibile al trauma rispetto alla fascia di età 0-3 anni e una mancanza di protocolli, linee guida e strumenti specifici per questa fascia di età.

Mentre sta aumentando la conoscenza scientifica su come i traumi possono influenzare lo sviluppo del cervello, le difficoltà comportamentali ed emotive mostrate dai bambini traumatizzati sono spesso fraintese o mal interpretate. La violenza domestica e gli abusi sui minori sono argomenti che fanno ancora scalpore o rimangono tabù. Anche per questo, i professionisti dell'assistenza all'infanzia che devono affrontare il fenomeno nel loro lavoro quotidiano potrebbero avere difficoltà a trovare indicazioni su come gestire i casi in modo utile e costruttivo.

L'attenzione all'interesse superiore del bambino è uno dei valori fondamentali dello strumento sui diritti umani più ampiamente accettato e condiviso, la *Convenzione sui diritti dell'infanzia* (1989). Partendo dalla consapevolezza dell'effetto altamente dannoso dell'abuso e dell'incuria sui minori e della mancanza di linee guida utili a disposizione degli operatori dell'assistenza all'infanzia, questo protocollo è stato creato con l'obiettivo di aiutare i professionisti che entrano in contatto con i bambini più piccoli a prendersi cura di loro in modo informato sul trauma.

Dopo aver letto questo protocollo i professionisti dell'assistenza all'infanzia avranno una chiara comprensione del trauma e del suo impatto sui bambini piccoli, e saranno in grado di rapportarsi a loro e alle figure di cura primarie⁴ e nonché ai professionisti dell'assistenza dell'infanzia che possono essersi trovati ad affrontare esperienze stressanti nell'ambito del loro lavoro.



“ *Non è necessario essere un terapeuta per essere terapeutico.* ”

(Ford & Wilson, 2012, p. 12)

Il professionista dell'assistenza all'infanzia svolge un ruolo essenziale nel plasmare le esperienze dei bambini al di fuori dell'ambiente domestico. Le ACEs (Adverse Childhood Experiences, avversità della prima infanzia) sono un argomento ampiamente trattato (Lund et al., 2020), ma solo di recente si è iniziato a riconoscerle come una sfida per la salute pubblica, a che può essere risolta in larga misura con un'adeguata prevenzione e interventi (Petrucci et al, 2019). **L'assistenza sensibile al trauma è stata messa in luce come un modo per orientare la nostra comprensione e rispondere all'impatto del trauma dando priorità alla sicurezza e al benessere e, al tempo stesso, concentrandosi sui punti di forza del bambino e delle sue figure primarie di accudimento.**

I bambini piccoli esposti alla violenza domestica non possono contare sulle loro figure primarie di cura per avere un ambiente di sviluppo sicuro; pertanto, il ruolo del professionista dell'assistenza all'infanzia diventa ancora più essenziale, **fornendo ai bambini un ambiente sicuro in cui crescere, imparare e svilupparsi.** Sfortunatamente, molti neonati e bambini piccoli portano il peso invisibile di esperienze passate negative che, se non ben comprese, possono compromettere la loro capacità di svilupparsi e beneficiare degli elementi positivi forniti dal loro ambiente.

Questo protocollo esplora il significato e l'impatto del trauma e offre consigli su come lavorare in modo sensibile al trauma con bambini di età compresa tra 0 e 3 anni, in particolare a beneficio di educatori di asili nido, sanitari e pediatri. La comprensione di come il cervello, il corpo e la mente rispondono al trauma può aiutare ad acquisire una migliore consapevolezza delle storie di trauma proprie e altrui, e di come tali storie influenzino i nostri comportamenti, pensieri e sentimenti attuali. I professionisti dell'assistenza all'infanzia che lavorano secondo i principi della trauma-informed care possono garantire **interazioni supportive, seppur brevi, con la loro presenza consapevole.** Queste interazioni e interventi trauma-informed sono possibili se i professionisti possono avvalersi di conoscenze aggiornate e di un adeguato supporto istituzionale.

⁴ All'interno del protocollo utilizziamo il termine generico "figure di cura primarie" che include i genitori del bambino, i genitori adottivi e altri *caregiver* coinvolti nell'assistenza e nell'educazione del bambino (ad es. i nonni).

Nel percorso verso l'assistenza sensibile al trauma, si potrà notare che i materiali fanno riferimento al termine "trauma-informed care" anziché ai termini "trauma-sensitive care" o "assistenza sensibile al trauma" (per le definizioni, si veda il Capitolo 5). Entrambi i termini si riferiscono generalmente agli stessi principi, ma rappresentano contesti e utenti diversi. La trauma-informed care si applica maggiormente a contesti specializzati ed è spesso più incentrata sul trattamento. Riguarda spesso gruppi esclusivi di persone, ad esempio bambini che hanno subito abusi. L'assistenza sensibile al trauma è un tipo di assistenza che si applica a contesti più generalizzati. Si rivolge a tutte le persone, alcune delle quali hanno subito dei traumi. È importante riconoscere la differenza, poiché i tipi di assistenza e contesto hanno un ruolo diverso. Il termine "assistenza sensibile al trauma" aiuta a riconoscere che i professionisti dell'assistenza all'infanzia non devono essere dei terapeuti. Permette di evidenziare che il sostegno ai bambini con traumi richiede una prospettiva organizzativa (e anche sociale) che dovrebbe essere incorporata negli approcci esistenti per dare priorità ad uno sviluppo sano, al benessere e alla sicurezza.

Data la complessità dell'argomento, questo protocollo non intende dettagliarlo in maniera esaustiva. Offre invece un'introduzione, una base da cui partire, che si spera possa stimolare esplorazioni ulteriori. Poiché il campo dell'assistenza sensibile al trauma è in continuo sviluppo, il protocollo offre semplicemente un'istantanea delle attuali conoscenze e ricerche, lasciando però molte lacune. I suggerimenti inclusi in questo protocollo *non sostituiscono un'assistenza specialistica tanto meno costituiscono una linea guida per la diagnosi di traumi*. Le buone pratiche suggeriscono di coinvolgere un supporto sanitario specializzato e multidisciplinare per affrontare i bisogni dei bambini.

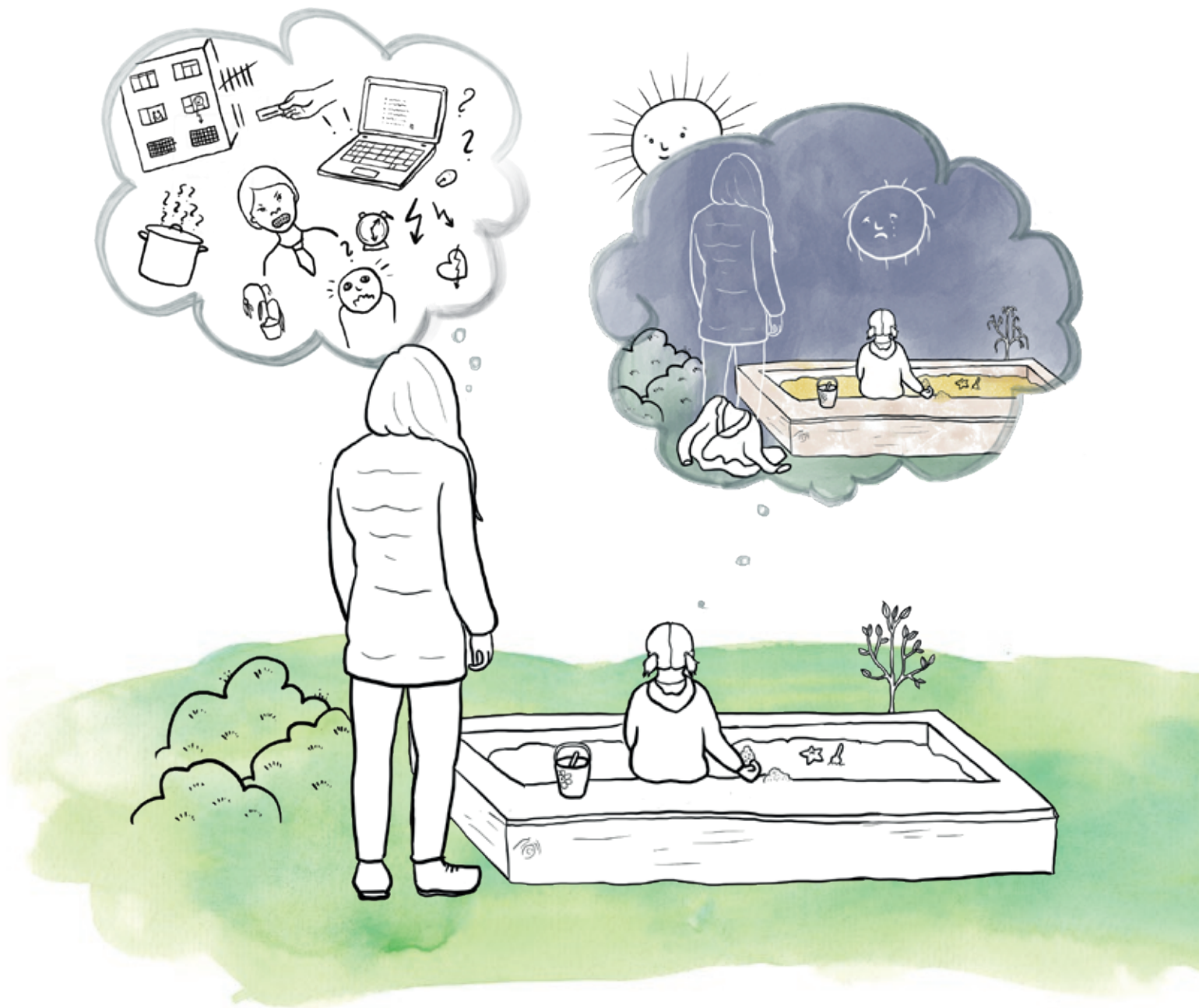
Questo protocollo si rivolge espressamente ai professionisti dell'assistenza all'infanzia, che entrano in contatto con molti bambini, alcuni tra i quali potrebbero aver subito un trauma in passato oppure viverlo nel presente. Ci siamo rivolti a figure professionali specifiche - educatori di asili nido, sanitari e pediatri - perché spesso sono un contatto ricorrente e affidabile al di fuori dell'ambiente domestico. Il protocollo è una linea guida che intende ispirare azioni preventive e incoraggiare le conoscenze, le abilità e l'atteggiamento per affrontare il trauma e il suo impatto sui bambini più piccoli.

Il professionista che legge questo protocollo ha fatto il primo passo verso l'inclusione dell'assistenza sensibile al trauma nel suo lavoro con bambini di età compresa tra 0 e 3 anni. È impossibile aspettarsi che lo stesso sia in grado di fornire un approccio integrato subito dopo aver letto questo documento. Piuttosto, esaminare questo documento significa creare un'apertura per la gestione e la volontà di superare le barriere verso un approccio sensibile al trauma e un impegno a migliorare la risposta a ogni livello della sua organizzazione.



CAPITOLO 1.

Quali sono le esperienze infantili stressanti? Come definire il trauma?



“ *Troppo, troppo presto, troppo in fretta* ” (Peter Levine)

La lettura di questo capitolo consentirà di acquisire una maggiore comprensione del ruolo svolto dallo stress e dalle esperienze infantili avverse nel comportamento quotidiano di bambini e adulti.

1. Stress: buono, cattivo o tossico?

Tutti affrontiamo situazioni stressanti più spesso di quanto ci rendiamo conto. Basti pensare a quei momenti in cui si lotta con giornate di lavoro impegnative, quando le finanze personali hanno bisogno di maggiore attenzione, o quando si affrontano sfide relazionali. Tuttavia, possiamo anche considerare lo stress come un valore aggiunto alla nostra vita. Esso, infatti, ci può mantenere vigili, motivati e pronti ad evitare situazioni dannose. Immaginiamo quando ci siamo sposati o quando abbiamo dovuto sostenere un esame importante. Lo stress può fluire attraverso il corpo, ma la sensazione potrebbe anche farci sentire eccitati. È lo **stress buono** che può spingerci a sfidare noi stessi e a crescere ulteriormente come persone. Lo stress può diventare problematico quando è prolungato, quando è più grave di quanto riusciamo a gestire o quando ci manca il supporto emotivo per aiutarci a farvi fronte. In tali circostanze, un **cattivo** stress può manifestarsi in tensioni emotive o fisiche come emicrania, spossatezza, abuso di alcol, irritabilità o indolenzimento muscolare. Laddove uno stress positivo può stimolare la creatività e la crescita, un cattivo stress ridurrà la produttività personale. I nostri corpi non sono progettati per dover affrontare costantemente lo stress. Se e quando ciò accade, la situazione può diventare problematica. Lo stress che persiste può avere un effetto dannoso sul nostro benessere fisico e psicologico e, a lungo termine, può causare una disfunzionalità a livello del sistema immunitario, incapacità di pensare lucidamente e problemi di salute mentale quali depressione e/o ansia (Baffour, 2016).

Questo protocollo inizia di proposito con l'affrontare ampiamente lo stress buono, e quello cattivo. Se riusciamo a riconoscere la differenza, possiamo capire che un po' di stress è normale, e che affrontare lo stress fa parte della vita delle persone. Tutti sperimentano una sorta di eccitazione o un certo livello di stress quotidiano: i momenti in una giornata in cui siamo completamente rilassati possono essere piuttosto ridotti. Abbiamo bisogno di una certa tensione per svolgere con attenzione i nostri compiti quotidiani. Quindi, non c'è niente di sbagliato in una certa quantità di stress o tensione, ma c'è un limite al livello di stress che possiamo sopportare rimanendo ancora in grado di funzionare.

2. La finestra della tolleranza e il suo ruolo nel processo di traumatizzazione



Figura 1. Finestra della tolleranza (Illustrazione di Emese Iványi)

Come esseri umani, **funzioniamo in maniera ottimale** quando tutte le parti del nostro cervello possono cooperare efficacemente. La *'Window of Tolerance'* (o *'finestra di tolleranza'*) (Siegel, 1999) è un concetto che ci può aiutare a capire e descrivere l'impatto dello stress sul funzionamento del nostro cervello.

Finché siamo all'interno della nostra finestra di tolleranza possiamo processare le informazioni, focalizzarci sui compiti, ed essere creativi. Ma quando raggiungiamo il nostro limite massimo, il nostro corpo e il nostro cervello diventano iper-attivati. Lo stato di **iper-attivazione (hyper-arousal)** è anche conosciuto come risposta di attacco-fuga-congelamento ed aumenta la nostra attività e la nostra energia. Il nostro corpo è estremamente vigile. A livello soggettivo, esso può essere percepito come difficoltà a concentrarsi, irritabilità, rabbia, panico, ansia, risposte di trasalimento inadeguate e comportamenti autodistruttivi.

La maggior parte delle persone riesce a capire se ha oltrepassato il limite superiore della propria finestra di tolleranza. In questi momenti, il pensiero viene interrotto a causa dell'intensa attivazione corporea ed emozionale. I comportamenti durante lo stato di iper-attivazione sono automatici, vengono messi in atto senza riflettere consapevolmente. (Ri)conosciamo queste reazioni perché le vediamo anche negli animali: un cervo si immobilizza per osservare la situazione e scappa dal leone, i leoni lottano per la preda. Queste reazioni sono molto utili quando dobbiamo sopravvivere al pericolo immediato.

Tuttavia, talvolta ci troviamo ad attaccare, fuggire o immobilizzarci (letteralmente 'congelarci') quando non c'è nessun vero pericolo.

Per bambini e adulti che hanno vissuto molte situazioni pericolose, può essere più difficile regolare le proprie emozioni. La loro finestra di tolleranza, cioè il livello di attivazione psico-fisiologica che percepiscono come tollerabile e che permette loro di funzionare efficacemente, diventa abbastanza ristretta. In questi casi, può diventare difficile rimanere con i piedi per terra. Il livello di attivazione psico-fisiologica è di solito generalmente più elevato ed è facilmente travalicabile. Inoltre, sono attesi più pericoli, anche quando non c'è sono realmente. La loro mente li tiene "sulle spine" perché si sente più a proprio agio a rispondere velocemente quando non c'è alcun pericolo, piuttosto che farlo in ritardo quando il pericolo è effettivamente presente.

Nel caso dei bambini, vediamo che fanno fatica a concentrarsi, molto spesso piangono, spingono, scappano e si chiudono in sé stessi più spesso di quanto ci si possa aspettare per la loro età evolutiva.

Se il nostro livello di stress si alza ancora di più o rimane alto, potremmo raggiungere il limite inferiore della nostra finestra di tolleranza. Lo stato di **ipo-attivazione (hypo-arousal)** è conosciuto per la reazione di congelamento passivo e per la dissociazione, un sistema di sopravvivenza a condizioni estreme creato dal nostro cervello. Il nostro corpo si prepara a gravi danni e ne vuole ridurre il più possibile l'impatto. La nostra consapevolezza diventa limitata, ci sentiamo come se non fossimo più realmente 'presenti' e, in un momento successivo, potremmo essere colpiti da amnesia. Il nostro cuore batte più lentamente in modo da non farci perdere sangue se ci feriamo. Vengono rilasciati ormoni atti a fare in modo che proviamo meno dolore. Quando il nostro corpo è in uno stato di ipo-attivazione le nostre possibilità di sopravvivere saranno più alte se, per esempio, siamo vittime di un incidente stradale. Prendendo un altro esempio dal mondo animale, le piccole prede come i topi si immobilizzano per fuggire dall'attacco del predatore.



Tuttavia, sperimentare uno stato di ipo-attivazione in una situazione ordinaria è disfunzionale. Un bambino in uno stato di ipo-attivazione potrebbe apparire assente e non presta attenzione al mondo esterno. È importante notare che questo stato può verificarsi anche quando il pericolo viene percepito solo internamente: ad un osservatore esterno questa assenza potrebbe sembrare incomprensibile e scortese. Tuttavia, l'esperienza interiore può essere estremamente intensa.

Osservando la grafica, è facile intuire che una persona può crescere e svilupparsi solamente nella zona di attivazione psico-fisiologica ottimale. Dovrebbe essere una nostra priorità assicurarci che i bambini si sentano più al sicuro possibile, il più spesso possibile. I bambini piccoli, naturalmente, hanno una finestra di tolleranza più piccola di quella degli adulti, poiché stanno ancora esplorando il mondo esterno. Hanno ancora bisogno di essere regolati dai *caregiver* che li circondano, poiché il loro sistema di regolazione emozionale non è ancora sviluppato.

Per i bambini, la grandezza della finestra varia in funzione delle esperienze all'interno della relazione primaria con il *caregiver*. Un bambino piccolo è costantemente in sviluppo e deve imparare come regolare le proprie emozioni e il proprio stress. **I bambini piccoli hanno bisogno di *caregiver* affidabili e prevedibili per la regolazione delle proprie emozioni e del proprio stress. La finestra di tolleranza del *caregiver* primario è un importante indicatore nel processo di apprendimento dell'auto-regolazione.**



Cosa possiamo fare?

È importante riflettere su come e perché i bambini fanno determinate cose. Ad esempio, si potrebbe notare che un bambino sta facendo fatica ad esprimersi nel tono della sua voce. Occorre ascoltare e osservare davvero un bambino. Pensare ai bisogni che un determinato bambino potrebbe avere e come questi bisogni possono essere affrontati. Una condizione di ascolto e osservazione incoraggerà indirettamente i bambini a rafforzare la fiducia che hanno in sé stessi e nel loro ambiente. Meno energia viene spesa per stare in allerta in caso di pericolo, più energia è disponibile per controllare gli impulsi.

3. ACEs, Esperienze infantili avverse

I bambini sono in continuo sviluppo e, quando si trovano in ambienti sicuri e accoglienti, sviluppano una mente in sintonia con un mondo gentile caratterizzato da adulti premurosi. Crescono sentendosi sicuri, capaci e riconosciuti. Le esperienze stressanti possono avere un enorme impatto sullo sviluppo del loro sistema nervoso. Il cervello dei bambini in ambienti non sicuri può svilupparsi in sintonia con un mondo in cui devono stare attenti a possibili pericoli e in cui chiunque può rappresentare una minaccia. Imparano rapidamente a non fidarsi di nessuno. Gli effetti della crescita in un ambiente non sicuro sono stati documentati nello studio 'Adverse Childhood Experiences' (ACEs) (Felitti et al., 1998) ed ulteriormente elaborati successivamente (es. Lund et al, 2020).



Le esperienze infantili avverse (ACEs) sono generalmente croniche e ripetute, iniziate durante l'infanzia nel contesto delle relazioni del bambino. **È l'esperienza di un evento estremamente stressante senza il supporto sicuro di una figura di accudimento che determina la gravità dell'impatto, non tanto la situazione stessa.** Da un gran numero di ricerche sappiamo che vivere questi eventi avversi durante l'infanzia può avere un impatto cumulativo sul rischio di numerosi problemi di salute fisica, mentale e sociale fino all'età adulta. Felitti e collaboratori (1998) hanno definito dieci esperienze infantili avverse comuni:

- Abuso fisico
- Abuso emotivo
- Abuso sessuale
- Incuria fisica
- Incuria emotiva
- Crescere in una famiglia dove è presente una malattia mentale
- Crescere in una famiglia con uno o più membri in carcere
- Crescere esposto alla violenza di coppia
- Crescere esposto all'abuso di sostanze o alla dipendenza
- Crescere in assenza delle figure genitoriali in seguito a separazione/divorzio o morte

In Europa, circa un bambino su quattro ha sperimentato una ACE, e uno su cinque ha segnalato due o più ACE (Bellis et al., 2019). Vivere una o più esperienze avverse può interferire sensibilmente con la capacità del bambino di svilupparsi ed imparare, crescere ed esplorare. Questo effetto dannoso dura tutta la vita. Le persone che hanno vissuto più esperienze avverse durante l'infanzia soffrono maggiormente di malattie, di depressione, di alcolismo e sono in condizioni di salute fisica peggiori durante l'età adulta (Bellis et al., 2019).

Per quanto riguarda la fascia di età 0-3 anni, ci sono diverse esperienze ulteriori (alcune elencate tra le ACE, altre non esplicitamente) che è importante distinguere⁵.

- Crescere in un contesto di depressione post-parto
- Essere costantemente in stato di vergogna e umiliati (abuso fisico ed emotivo)
- Crescere in una famiglia con una figura di accudimento o un fratello disabile o ferito
- Subire lesioni gravi o malattie persistenti
- Crescere senza un'attenzione "sufficientemente buona" (Winnicott, 1963) da parte dei genitori in seguito a divorzio
- Crescere con una qualità d'assistenza variabile a causa di agende fitte d'impegni delle figure di accudimento
- essere ignorato dalle figure di accudimento,
- La negazione dell'assistenza di base e degli strumenti d'assistenza da parte delle figure di accudimento
- Essere dato in adozione o in affidamento.

Nonostante la sua frequenza e le drammatiche conseguenze, la maggior parte dei professionisti dell'assistenza all'infanzia non ha una formazione adeguata sulle ACE e su come confrontarsi con i bambini che le sperimentano⁶. Cercare di affrontare le esperienze avverse può essere difficile a causa del senso di dolore, di colpa e la disconnessione che crea il trauma. Inoltre, i bambini piccoli, in particolare, hanno un potere limitato di influenzare le esperienze avverse a causa della loro età, dimensione e condizione di bambini. I bambini dipendono principalmente dalle loro figure di accudimento adulte per un sostegno nel loro processo di recupero. **Ciò offre una prospettiva di prevenzione: se riusciamo a ridurre l'impatto delle esperienze avverse sui bambini piccoli, possiamo ridurre esiti negativi nelle loro vite.** Tuttavia, se i bambini sono esposti a questo tipo di esperienze avverse che sopraffanno la loro capacità di farvi fronte, possono verificarsi dei traumi.

⁵ L'elenco è stato compilato dai membri living lab ungheresi del progetto ECLIPS.

⁶ Secondo i risultati della ricerca condotta nell'ambito del progetto ECLIPS in quattro paesi europei (Belgio, Italia, Ungheria e Lettonia).

4. Definizione del trauma - eventi traumatici, stress e assistenza

Negli ultimi anni, il trauma è diventato un argomento di discussione nei media: sono disponibili libri, film e articoli sull'argomento. Sentiamo spesso dire che il trauma lascia un'impronta sul cervello, sul funzionamento del nostro sistema nervoso e sulle nostre reazioni allo stress (Winfrey & Perry, 2021). Gli effetti a lungo termine di uno shock emotivo o di uno stress prolungato possono durare tutta la vita (van der Kolk, 2014). Ma cos'è il trauma?

Quando chiediamo alle persone⁷ cosa evoca nella loro mente la parola trauma, spesso iniziano a elencare eventi di vita difficili, tragedie, quali malattie gravi e mortali, perdita inaspettata di un parente stretto, disastri naturali, guerre, fughe o migrazioni e incidenti stradali. Un secondo pensiero include eventi che descrivono abusi fisici e poi emotivi, quali violenza domestica, abusi sessuali, percosse o comportamenti violenti da parte di genitori e figure di accudimento, abusi mentali come umiliazioni, degrado o abusi verbali. Alla fine dell'elenco può comparire l'incuria fisica e mentale. A questo punto, si potrebbe fare un discorso più lungo su quello che può essere davvero considerato un trauma: perché, in fondo, sappiamo che gli eventi della vita non colpiscono tutti allo stesso modo. Ciò che è più difficile da spiegare è **cosa rende un evento della vita traumatico e non elaborabile per alcuni, mentre altri riemergono da un trauma simile più forti, come vincitori.**

Esperti del mondo accademico hanno fornito varie definizioni di trauma. La ricerca e la comprensione del fenomeno sono in evoluzione. Praticamente ogni giorno nel mondo scientifico emergono nuove, più accurate e approfondite conoscenze sull'impatto del trauma e sulle sue possibilità di trattamento. In questo protocollo, noi ci concentreremo sulla definizione di trauma fornita da Bruce D. Perry, che tiene conto delle ultime scoperte scientifiche.

Perry, nella sua definizione, enfatizza la reattività individuale, con una attenzione particolare sul cambiamento nel funzionamento del nostro sistema nervoso che orchestra le nostre risposte allo stress. Questo sistema che determina il modo in cui elaboriamo lo stress è spesso definito il nostro "sistema di risposta allo stress". Nel nostro materiale utilizzeremo principalmente questa definizione di trauma e lo "sguardo sul trauma" da utilizzare quando si offre un'assistenza sensibile al trauma.

“ *Da un punto di vista dello sviluppo neurologico, il trauma non è l'evento, è la risposta dell'individuo all'evento. Lo stress traumatico si verifica quando un'esperienza estrema travolge e altera i sistemi fisiologici legati allo stress dell'individuo in un modo che si traduce in una compromissione funzionale di uno qualsiasi di tali sistemi (ad esempio, la rete dei sistemi neuroimmune, neuroendocrino, autonomo o del sistema nervoso centrale).* ”

(Ungar & Perry, 2012, p. 125)

Come suggerito da Perry, per comprendere la complessità del trauma, dovremmo prima comprendere le regole di funzionamento del sistema di risposta allo stress.

Le esperienze durante l'infanzia, siano esse positive, negative o addirittura dannose, hanno un impatto diretto sullo sviluppo del cervello, sui percorsi neurali emergenti e sulle risposte neurali dominanti (maggiori dettagli nell'esempio sotto riportato). Allo stesso modo, lo stress influenza direttamente il nostro sistema nervoso. Ciò significa che i primi eventi della vita si "sintonizzano" con il nostro sistema nervoso, con il funzionamento del nostro cervello e questa "sintonizzazione" può essere osservata direttamente nel comportamento.

Immaginiamo i bambini che sperimentano di frequente uno "stress cattivo" (estremo, prolungato o imprevedibile) in famiglia o in altri ambienti di cura. In altre parole, sperimentano paura o minaccia.

⁷ Osservazioni effettuate durante le interviste del focus group che sono state condotte nell'ambito della ricerca ECLIPS.

Il loro “sistema operativo” si “sintonizza” su paura, fuga e imprevedibilità. Questo sistema operativo sviluppa reazioni e comportamenti allo stress che aiutano in qualche modo a evitare o sopportare la minaccia. Questa può essere una funzione utile e adattativa, in quanto il bambino scapperà dalla minaccia (fuga), o si attiverà contro la minaccia (lotta), o, ancora, rifuggerà in uno stato emotivo in cui la situazione o la persona che causa la paura sarà ignorata (congelamento): quest’ultima casistica si verifica soprattutto quando la minaccia diventa inevitabile. I bambini vittime di abuso, data la sintonizzazione del loro sistema nervoso, vivono in uno stato costante di paura o minaccia. Le loro giornate sono caratterizzate dall’evitare la paura e il terrore causati da ulteriori situazioni minacciose. Qualsiasi stimolo nuovo, sconosciuto, inaspettato o addirittura noto o atteso, anche quelli che possono risultare impercettibili agli altri, può innescare una reazione di paura, fuga o comportamento offensivo. Pertanto, un **comportamento adattivo nell’affrontare stimoli minacciosi nell’ambiente domestico sarà decisamente dannoso con i pari o nell’ambiente sociale, innescando eventuali ulteriori punizioni, situazioni di esclusione o rifiuto.**

Quando si lavora con bambini con esperienze di vita così negative, il lavoro d’assistenza può risultare molto più facile se cerchiamo la risposta alla domanda **“Che cosa è successo loro?”**. Rispondere a questa domanda può aiutare a trovare gli eventi della vita che hanno lasciato tracce nel comportamento del bambino o del gruppo di coetanei.

Tornando alla definizione di trauma, va sottolineato a questo punto che esistono diversi ambiti per definire il trauma che vanno oltre il contesto di questo protocollo. Noi lavoriamo con la versione che meglio ci aiuta a descrivere e comprendere il trauma infantile e il suo impatto sullo sviluppo. Pertanto, per una migliore comprensione del fenomeno, utilizziamo una definizione basata su tre pilastri: **evento, esperienza ed effetto** (Abuso di sostanze e Amministrazione dei servizi di salute mentale, 2014).

Immaginiamo un gruppo di bambini piccoli che vanno a fare una passeggiata.

Sono in ritardo, gli altri bambini li aspettano davanti al portone. Diverse persone aiutano i bambini a vestirsi, in uno stato d’animo leggermente più teso a causa del ritardo. Il bambino più grande, che frequenta la scuola dell’infanzia da due anni, si veste da solo, canta una canzone a bassa voce e sopporta l’urgenza che lo circonda. Un’altra bambina più piccola fa fatica a prendere le scarpe, viene chiamata da uno degli educatori ed avvertita ripetutamente di rimanere dov’è fino a quando non ha finito. Questo è il momento in cui un adulto entra in scena; vedendo l’urgenza, cerca di aiutare i bambini e si avvicina a grandi passi alla bambina che lotta con le sue scarpe. Le mani dell’adulto sono sollevate verso l’alto. La bambina nota solo l’oscillazione della mano, si rimpicciolisce, respira a malapena e poi inizia a piangere, senza fiato. Un terzo bambino che vede tutto ciò da lontano, volta le spalle agli altri e smette di vestirsi, gioca con un giocattolo vicino per qualche minuto, poi continua a vestirsi e si unisce agli altri in fila.



In questa situazione quotidiana (**evento**), che può verificarsi in qualsiasi momento, vediamo tre diverse reazioni (**esperienze**) e tre diversi **effetti**. Nella vita del bambino più grande, che frequenta la scuola materna da due anni, questa è una situazione ricorrente. Ha sviluppato una strategia auto-rassicurante per controllare il suo sistema di risposta allo stress in modo che l’esperienza sia fronteggiabile e rafforzi ulteriormente la sua resilienza.

Nella vita della bambina con la risposta allo stress più intensa, la tensione, la mancanza di regolazione e l’imprevedibilità sono sempre presenti nell’ambiente domestico. La sua esperienza in questa situazione ordinaria non può essere separata dall’esperienza a casa (es. viene tormentata a casa quando non è vestita, trattata con impazienza quando qualcosa non fila liscio all’inizio, a volte picchiata quando è goffa, ecc.). Il suo sistema di risposta allo stress reagisce intensamente e il movimento di un adulto innesca immediatamente la paura e la risposta di fuga. **Se il “sistema operativo” di un bambino è sintonizzato in questo modo, situazioni più tese possono causare esplosioni emotive o crolli nella maggior parte delle situazioni.**

La reazione può essere esasperata e possono apparire sintomi di stress cronico in tutte le situazioni in cui è presente un livello più elevato di stress per vestirsi e prepararsi.

Anche il terzo bambino seduto più lontano produce una risposta allo stress di maggiore intensità, ma ha una strategia istintiva che lo aiuta a ridurre il suo livello di stress (si gira dall'altra parte e gioca per alcuni istanti). Questa risposta potrà ancora manifestarsi per alcuni giorni in momenti di stress moderato quali vestirsi di corsa, ma, se non vive un'altra situazione di pari tensione, gli effetti scompariranno in pochi giorni. Anche questa può essere considerata una risposta acuta allo stress.



L'esempio descritto sopra serve ad illustrare il fatto che **la comprensione degli effetti del trauma è facilitata in particolare dal riferimento al triangolo evento-esperienza-effetto e dal tentare di mappare l'impatto dell'evento traumatico nel nostro sistema di risposta allo stress**. È utile farlo tenendo alla mente l'idea della finestra di tolleranza. Dobbiamo ricordare che i bambini piccoli e le persone che hanno traumi irrisolti hanno di solito una finestra di tolleranza più piccola, non necessariamente per ogni situazione stressante, ma almeno per quelle situazioni che ricordano loro il trauma (il "riflesso o fattore scatenante").

Quando il nostro sistema di risposta allo stress è regolato "strettamente" e la nostra finestra è ristretta, le nostre reazioni agli stimoli esterni saranno più sensibili e molte cose ricadranno al di fuori della nostra finestra di tolleranza. Il nostro rilevatore di fumo nel cervello (l'amigdala) entra in azione più velocemente quando, di fatto, c'è solo un po' di fumo (siamo svelti ad agire) (van der Kolk, 2014). Un evento scatenante (*trigger*) può essere rappresentato da informazioni sensoriali (un'immagine, un odore, un suono, un tocco) o informazioni verbali (ciò che viene detto, ma anche il modo in cui qualcuno dice qualcosa). Sulla base delle nostre precedenti esperienze, tali fattori scatenanti possono provocare stati di iper-eccitazione o ipo-eccitazione. A volte può anche essere che rispondiamo con una condizione di iper-eccitazione e, se il fattore di stress persiste, passiamo ad una condizione di ipo-eccitazione.

Tornando alla definizione di trauma, è importante sottolineare che **anche nei casi in cui non ci siano violenze, abusi o altri gravi eventi traumatici, ma manca un'assistenza positiva, si può parlare di effetti traumatici**. Similmente, infatti, si verifica un'intensa risposta allo stress se le figure di cura primarie sono impazienti o frettolose, se il bambino non viene contenuto in modo sicuro ed emotivamente regolato nella relazione primaria, se la tensione e lo stress dei genitori sono tangibili quando hanno a che fare con i loro figli oppure se il bambino sperimenta esclusione, bullismo e vergogna. Tutte queste situazioni hanno un effetto simile a quello dell'abuso fisico o di un grave disastro naturale. Il trauma e le esperienze infantili avverse hanno chiaramente un impatto sulla salute dell'individuo, anche se l'entità può variare da persona a persona. L'impatto dipende dalla predisposizione genetica, dallo stato di sviluppo al momento del trauma, dai traumi vissuti ed elaborati (o parzialmente elaborati) dalla famiglia e, in larga misura, dagli effetti protettivi di relazioni sociali e comunitarie accessibili, mature e sane. Questa prospettiva e le diverse definizioni del trauma possono aiutare i professionisti a comprendere la complessità di questo fenomeno, la varietà degli effetti e le diverse componenti lungo le quali si possono osservare esiti molto diversi a seguito di un evento traumatico.



Cosa possiamo fare?

È essenziale trattare i bambini con cura e sostenerli. Ripetergli che crediamo in loro. Ancora, occorre essere pazienti nel guidarli e insegnare loro; ripetere che si è lì per loro. Mostrare loro che possono fidarsi. Dare dei limiti ai bambini e concentrarsi con loro sui loro punti di forza, prima ancora delle aree di miglioramento. I bambini hanno bisogno di sentire dagli altri che sono importanti e che hanno molte qualità.

Il significato del trauma

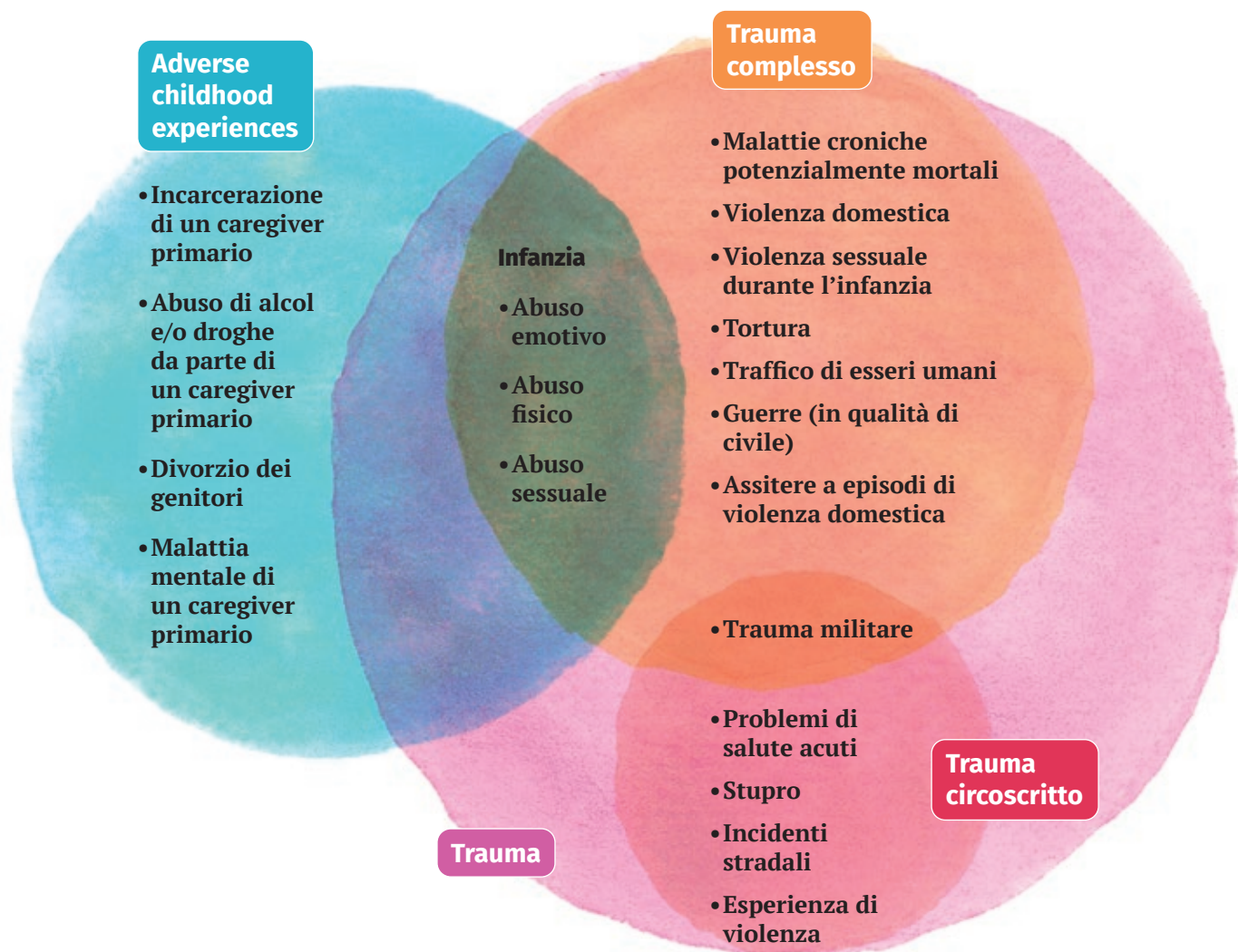


Figura 2. Immagine di Emese Iványi, basata su "Trasformare il trauma psicologico", National Health Service Education for Scotland (2017), p. 20. <https://bit.ly/38IAGeS>

5. Trauma all'interno del rapporto bambino-caregiver

Gli eventi più forti e difficili da interpretare, comprendere e accettare tra tutti gli eventi traumatici sono quelli che coinvolgono il *caregiver* primario che abusa del bambino (abuso fisico e mentale), lo trascura emotivamente o fisicamente, lo tortura, non si prende cura di lui adeguatamente o dove esiste poca o nessuna sintonia tra bambino e adulto. È importante sottolineare qui che gli eventi avversi summenzionati sono riconducibili in molti casi a traumi non elaborati nel *caregiver* primario stesso. Questo non significa che possiamo tralasciare la loro responsabilità in caso di abuso o incuria, significa invece che nel loro caso è più che mai appropriato porre la domanda “Cosa ti è successo?”, in quanto il loro sostegno e il recupero dei loro figli possono iniziare e raggiungere dei risultati solo partendo da qui. **La domanda “Cosa ti è successo?” può aprire la via verso la guarigione che il bambino, la famiglia e l'intera istituzione possono intraprendere** (Winfrey & Perry, 2021). Finché poniamo domande del tipo: “Cosa c'è che non va in te?” creiamo una dinamica in cui l'abuso, non la persona, occupa un posto centrale; dove interrogare, sanzionare e punire sostituiscono l'atteggiamento riparatore. In questo scenario, la vittima rimane la vittima, l'autore del reato rimane l'autore del reato. Il rapporto tra i due sarà impossibile da rimarginare: questo dovrebbe essere invece l'obiettivo più importante nel caso del rapporto *caregiver*-bambino.



Il trauma nel rapporto con il *caregiver* primario riscrive il funzionamento del sistema di risposta allo stress e dei modelli di attaccamento⁸ (Hambrick et al. 2019). Alla base di ciò, c'è una regola di sviluppo: la funzione più importante del rapporto primario è la regolazione, e qui ci riferiamo alla regolazione dei livelli di stress derivanti dalle alterazioni inevitabili delle funzioni della vita quotidiana (fame, sbalzi della temperatura corporea, affaticamento del sistema nervoso, stress causato da disagio o dolore, sonno o veglia, ecc.). Un rapporto solidale, sicuro e rilassato riduce lo stress. Un rapporto che non risponde ai bisogni del bambino in modo sintonizzato, una relazione stressante, spaventosa, negligente o abusiva aumentano lo stress. L'abuso e l'incuria, nel contesto della relazione con il *caregiver* primario, distruggono il sistema di risposta allo stress. Può diventare un circolo vizioso nella vita di un bambino in via di sviluppo, perché la persona responsabile dell'assistenza non sa co-regolarsi. Livelli di stress elevati non consentono la connessione. Pertanto, il bambino rimane de-regolato, in uno stress ad alta intensità e in una condizione in cui non riesce a connettersi, mentre la connessione sarebbe essenziale per riprendere il controllo. In queste situazioni, le figure di accudimento secondarie, i professionisti che conoscono il trauma e i suoi effetti, possono fungere da connessione intermedia, una presenza curativa sia per il *caregiver* primario sia per il bambino. In questa interfaccia, entrambi hanno l'opportunità di imparare come regolarsi e riprendere il controllo.



Cosa possiamo fare?

Riconoscere che i bambini che soffrono di traumi possono esprimere la loro sofferenza involontariamente attraverso capricci, irritabilità o panico. Se manteniamo questa prospettiva, la reazione al loro comportamento può cambiare in modo positivo. Agire con rabbia porterà solo a più tensione e stress. Quando ci connettiamo con il bambino in modi rilassati e rilassanti, ad esempio cantando e/o cullandolo, otteniamo molto di più. I bambini che hanno imparato che il mondo è un posto pericoloso entrano in modalità di attacco o fuga molto velocemente, ed è importante accogliere la loro paura in modo adeguato.

⁸ La teoria dell'attaccamento è spiegata nel Capitolo successivo.

6. Regolare, relazionarsi, ragionare

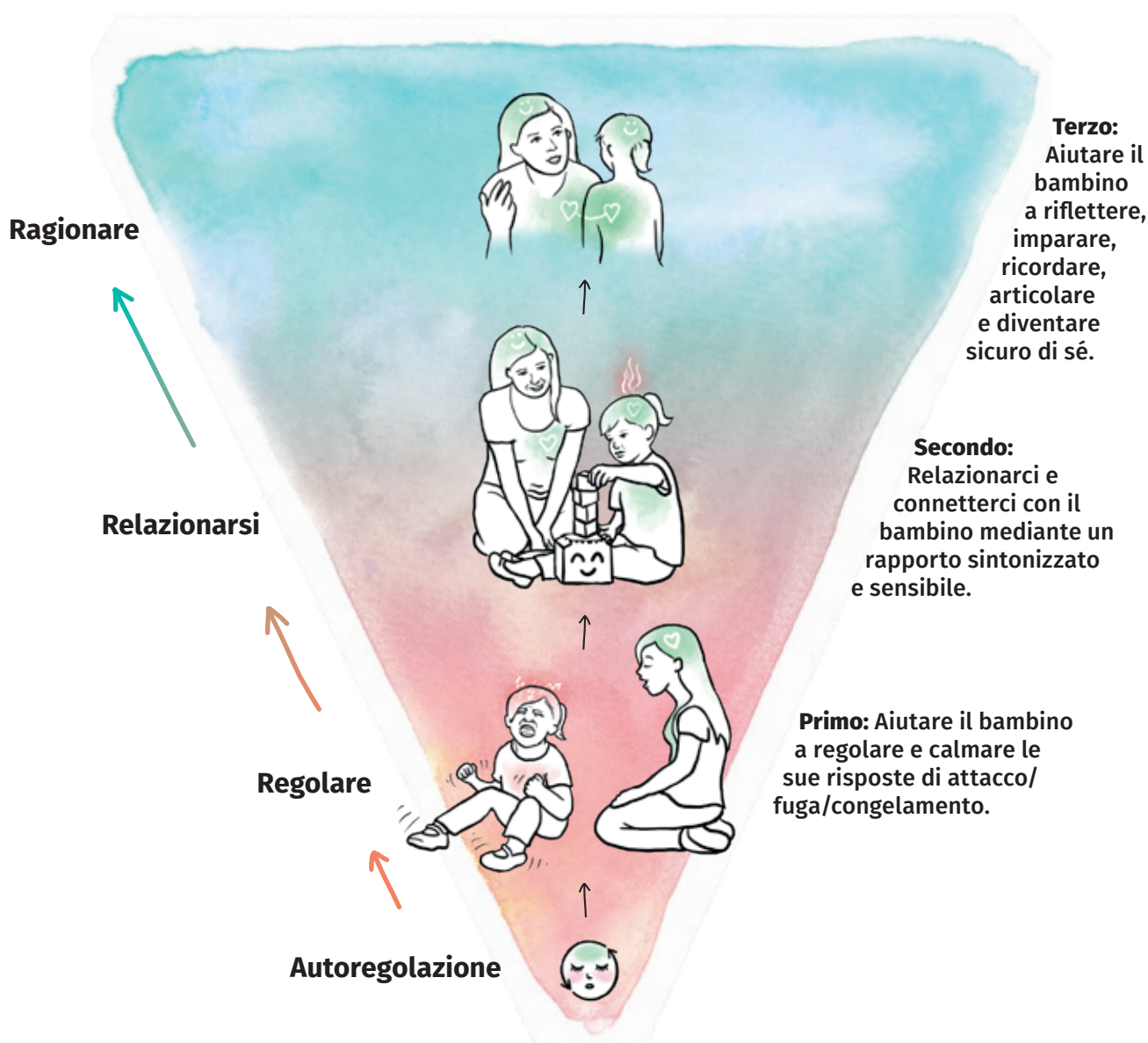


Figura 3. (Immagine di Emese Iványi, basata sul Beacon House Therapeutic Services & Trauma Team, 2019)

Assistenza sensibile al trauma significa essere consapevoli delle nostre azioni in tutte le circostanze in cui lavoriamo con i bambini. I bambini traumatizzati agiscono in un modo che può facilmente "far scattare" gli adulti o anche altri bambini. Quando siamo in una tale condizione, perdiamo la nostra capacità di agire consapevolmente.

- La prima cosa da fare in questi casi è regolare noi stessi: prendere coscienza della nostra finestra di tolleranza, dello stress che stiamo vivendo, e cercare di riprenderci. (Pensiamo al consiglio che viene dato in aereo: prima indossa la maschera per l'ossigeno e poi aiuta il bambino accanto a te) La situazione si attutirà, anche se la nostra reazione è comprensibile date le circostanze.
- Il passo successivo è regolare l'altro, in questo caso il bambino, il *caregiver* primario o il professionista dell'assistenza all'infanzia. Non appena operiamo all'interno della nostra finestra, possiamo regolare l'altro, ad esempio andando insieme in un luogo tranquillo.

- Il passaggio successivo consiste nel ripristinare il legame. Solo quando l'altro diventa più calmo il rapporto è di nuovo possibile. È importante provare a fare qualcosa insieme per ristabilire il legame (come giocare insieme).
- Alla fine, il ragionamento è di nuovo possibile: se l'altro può funzionare di nuovo nella sua finestra di tolleranza, se ne può parlare. La consapevolezza dell'azione è possibile solo dopo che tutte le persone coinvolte sono di nuovo completamente rilassate.

Occorre inoltre prestare attenzione al fatto che l'altro potrebbe non essere in grado di fare nulla per rientrare nella propria finestra, specialmente un bambino che non ha ancora sviluppato le funzioni neurobiologiche necessarie. Ai bambini capita di trovarsi in uno stato di iper- o ipo-eccitazione. Bisogna cercare di evitare il più possibile il senso di colpa e la vergogna per supportare l'altro affinché impari e acquisisca consapevolezza della propria finestra di tolleranza e riguardo alle situazioni o fattori scatenanti che lo spingono fuori da essa. È evidente che fare questo può essere molto impegnativo. È importante relazionarsi e ragionare, anche dopo esperienze di fallimento, al fine di ristabilire la fiducia.



Cosa possiamo fare?

Cercare di riportare il bambino nel presente. Non esiste un trucco magico per regolare un bambino. Cercare di essere presenti per loro in quel momento ed esprimere calore, calma e rassicurazione. Il calore è il miglior rimedio per uno stato di stress. Parlate con voce dolce e siate presenti in modo rilassante. Rassicurerà il bambino.



Dopo aver letto il primo capitolo, ecco alcuni esercizi per aiutare a mettere in pratica ciò che è stato appreso. La invitiamo a dare uno sguardo ai seguenti esercizi e a provarli con i propri colleghi: lo scambio reciproco può arricchire molto questo tipo di esercizi.



“ *Non devi essere un terapeuta per essere terapeutico.* ”

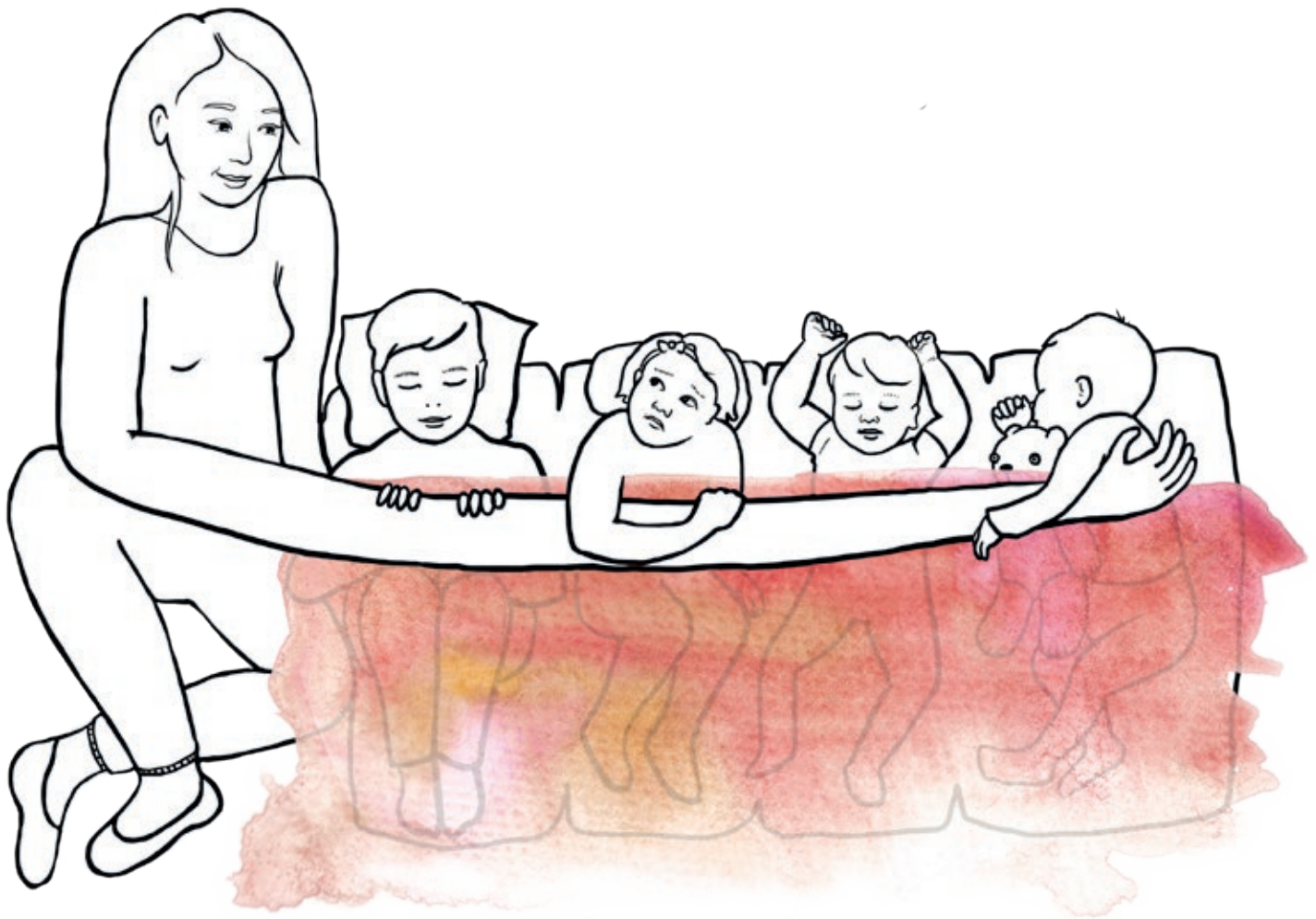
(Ford & Wilson, 2012, p. 12)

- Osservare i propri punti di forza e le risorse interiori che si tendono a mobilitare nelle situazioni quotidiane normali o critiche. Quali sono? Basta menzionarne alcuni.
- Sceglierne alcuni dalla propria lista e tenerne conto nelle successive due settimane. Cercare di applicarli consapevolmente. Prendere nota delle proprie esperienze.
- Pensare alle storie di vita di due o tre bambini piccoli che si conoscono e delle loro famiglie. Come si può interpretare la definizione di evento - esperienza - effetto trauma nel loro caso?
- Se si ha l'opportunità, osservare i bambini in questione nelle situazioni quotidiane. Come si comportano durante un imprevisto? In che modo le loro esperienze passate possono determinare il loro comportamento presente in risposta all'evento inaspettato? Provare a rispondere alla domanda "Cosa è successo loro?".
- Pensare ai bambini con i quali si lavora e a quelli intorno in termini di trauma relazionale/complesso.
- Ci sono bambini piccoli nella propria vita la cui relazione di attaccamento primario ha portato a traumi? Come ci si può relazionare con loro? Cosa si tende a cercare nei propri sentimenti e nei propri modelli/schemi di attaccamento quando si cerca di raggiungerli, sia che si tratti di situazioni ordinarie, neutre o di crisi?
- Come si possono applicare i modelli comportamentali descritti nel concetto di finestra di tolleranza al proprio lavoro? In che modo influiscono sul proprio comportamento e sulla dimensione della propria finestra di tolleranza, quando si affronta una situazione di crisi nel proprio lavoro?
- Esperienze infantili avverse sono state presenti in quasi tutte le nostre vite. Scegliere uno o due bambini piccoli e le loro famiglie e pensare a quali prime esperienze possono aver caratterizzato la vita del bambino/della famiglia.
- Eventualmente, pensare a come sono state le proprie prime esperienze di vita. In quale modo influiscono sul proprio benessere?



CAPITOLO 2.

Il corpo tiene traccia di tutto⁹: Cosa fa il trauma ai bambini più piccoli



“ Come “cuccioli” umani, non possediamo i muscoli forti del giovane puledro, non riusciamo a reggerci in piedi poche ore dopo la nascita. Contiamo completamente sulla benevolenza delle persone che ci circondano. ”

(Orosz & S. Nagy, 2021, p.19)

La lettura di questo capitolo consente una comprensione più profonda dell'importanza dei primi anni di vita e degli effetti del trauma sul sistema nervoso centrale.

⁹ Bessel van der Kolk, 2014

Se confrontiamo un neonato con un bambino di due anni, vedremo enormi differenze: un bambino completamente indifeso diventa un bambino energico che è in grado di camminare e correre, parlare e cantare, andare a prendere ciò che vuole. C'è qualche altro periodo della vita in cui osserviamo cambiamenti di tale portata?

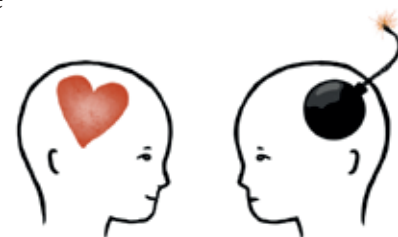
1. Lo sviluppo nei primi anni

Lo sviluppo dei bambini piccoli può essere analizzato da varie prospettive e angolazioni. Per questo protocollo, ci siamo concentrati sullo sviluppo neurobiologico e psicosociale, con la consapevolezza che questa è solo una piccola parte dello sviluppo generale dei bambini. Comprendere il trauma attraverso la lente dello sviluppo è necessario, perché ci aiuta a capire come il trauma può avere un impatto negativo sullo sviluppo del bambino e cosa possiamo fare per aiutare i bambini a riprendere il loro percorso di sviluppo ottimale.

Perché i primi 1000 giorni contano così tanto?

I primi tre anni di vita a partire già dal concepimento sono un momento particolarmente delicato per lo sviluppo della salute fisica e mentale. Un bambino piccolo è come una spugna, è fortemente influenzato da ciò che lo circonda. Durante questo periodo di età, il cervello si sviluppa a un ritmo eccezionale, soprattutto se stimolato da stimoli esterni positivi, assicurati da *caregiver* primari affettuosi.

Il cervello è organizzato e matura in modo gerarchico. Inizia dalle regioni di base, primitive, e si evolve in un sistema complesso. Questo modo sequenziale di sviluppo consente a ciascuna parte e funzione del cervello di costruirsi sulla base delle precedenti. Se le parti "inferiori" del cervello non ricevono gli stimoli appropriati per svilupparsi, anche quelle funzioni che si basano su di esse ne risentiranno e non funzioneranno in modo ottimale (Perry, 2004); immaginiamo un edificio con fondamenta inadeguate: non sarà stabile.



Il neurosviluppo è più intenso dal concepimento fino ai primi 1000 giorni. I neonati sono particolarmente suscettibili e vulnerabili in questi primi anni di vita: il loro cervello in rapido sviluppo è malleabile e può essere maggiormente modellato attraverso le loro esperienze e le cure che ricevono.

Giorno dopo giorno, sappiamo sempre più su cosa succede al feto e durante il parto: il periodo prenatale e perinatale. Questi nove mesi influenzano sensibilmente sia la madre che il feto. Diversi fattori contribuiscono allo sviluppo ottimale del feto, ad esempio la sicurezza fisica della madre, il suo stato di salute mentale, la stabilità nella vita quotidiana. Fondamentalmente, tutto ciò che accade nell'ambiente materno conta. Una gravidanza stabile e tranquilla crea un vantaggio ideale per il feto e aiuta a creare un legame sicuro tra la madre e il neonato. I problemi che la madre può sperimentare - per esempio, confusione, depressione, violenza, malattia, qualsiasi evento potenzialmente traumatizzante, e così via - avranno un impatto negativo sullo sviluppo nel lungo periodo. Questa crescita continua ad essere rapida e di importanza critica fino all'età di tre anni, come si può osservare in Figura 3 (Perry, 2004).

Crescita del Cervello vs. Crescita del Corpo

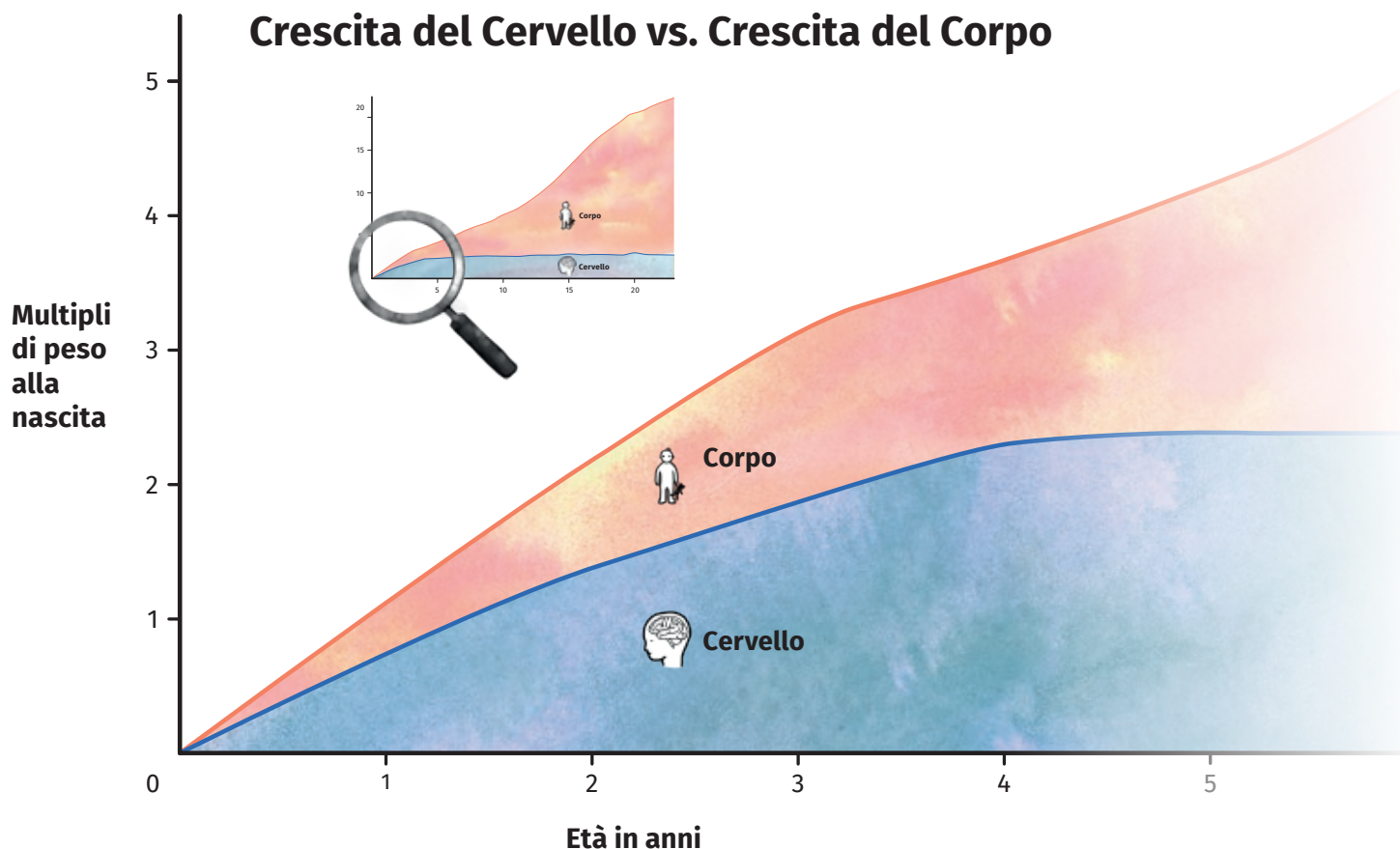


Figura 4. Immagine basata su Bruce D. Perry, 2004

Le ripetute esperienze che i bambini sperimentano in questa fase formano connessioni e sono immagazzinate nelle diverse aree cerebrali, consentendo la crescita progressiva di abilità, talenti e capacità personali. Per questa fascia di età, il bisogno più importante e fondamentale è la ricerca di conforto e rassicurazione. **Prima di imparare a confortare, o regolare, sé stessi, i bambini dipendono dai loro caregiver primari per conforto e rassicurazione.** Queste esigenze sono generalmente soddisfatte stabilendo una base sicura con i loro caregiver primari. Trauma e incuria fanno il contrario: contribuiscono alla disorganizzazione e stimolano lo stress e l'incapacità di autoregolarsi.



Cosa possiamo fare?

Creare opportunità per mostrare come qualcuno può esprimere le proprie emozioni in sicurezza. Spiegando le alternative, ma anche essendo un esempio. È salutare mostrare le proprie emozioni. È così che i bambini imparano che va bene avere emozioni ed esprimerle in modo adeguato. È importante accogliere le emozioni, anche quelle negative. Va bene piangere, essere arrabbiato o essere eccitato, purché non sia opprimente per i bambini.

Attaccamento

L'attaccamento emerge naturalmente in ogni bambino. È la tendenza innata del bambino a cercare sostegno da qualcuno più forte, un adulto che può proteggerlo e aiutarlo. Quando i bambini instaurano una relazione con le loro figure di accudimento, si parla di **legame** (*bonding*). Questo processo inizia e si sviluppa molto presto, nel grembo materno, e può essere influenzato dagli eventi quotidiani che colpiscono la madre, sia positivi che negativi. La relazione può svilupparsi in modi diversi, a seconda della sua natura e qualità (Perry, 2001).

Ogni bambino si lega durante i primi anni di vita, ma non tutti i bambini saranno in grado di legarsi in modo sicuro. Anche in condizioni terribili, i bambini si affezionano agli adulti, anche maltrattanti. Il modo in cui viene assistito e curato il bambino è quindi particolarmente importante in questo periodo. Alla nascita, osserviamo un processo di sintonia reciproca tra i *caregiver* e il bambino, qualcosa che può essere visto come la preparazione per la successiva relazione di attaccamento. Questa sintonia reciproca riguarda gli eventi quotidiani: il bambino piange, viene consolato e si sente gratificato. Il *caregiver* sorride al bambino, il bambino ricambia e si divertono insieme. Tuttavia, se questa sintonizzazione non avviene in armonia o se non c'è alcuna sintonizzazione (ad esempio, nei casi di incuria), i segnali del bambino possono diventare distorti o assenti.

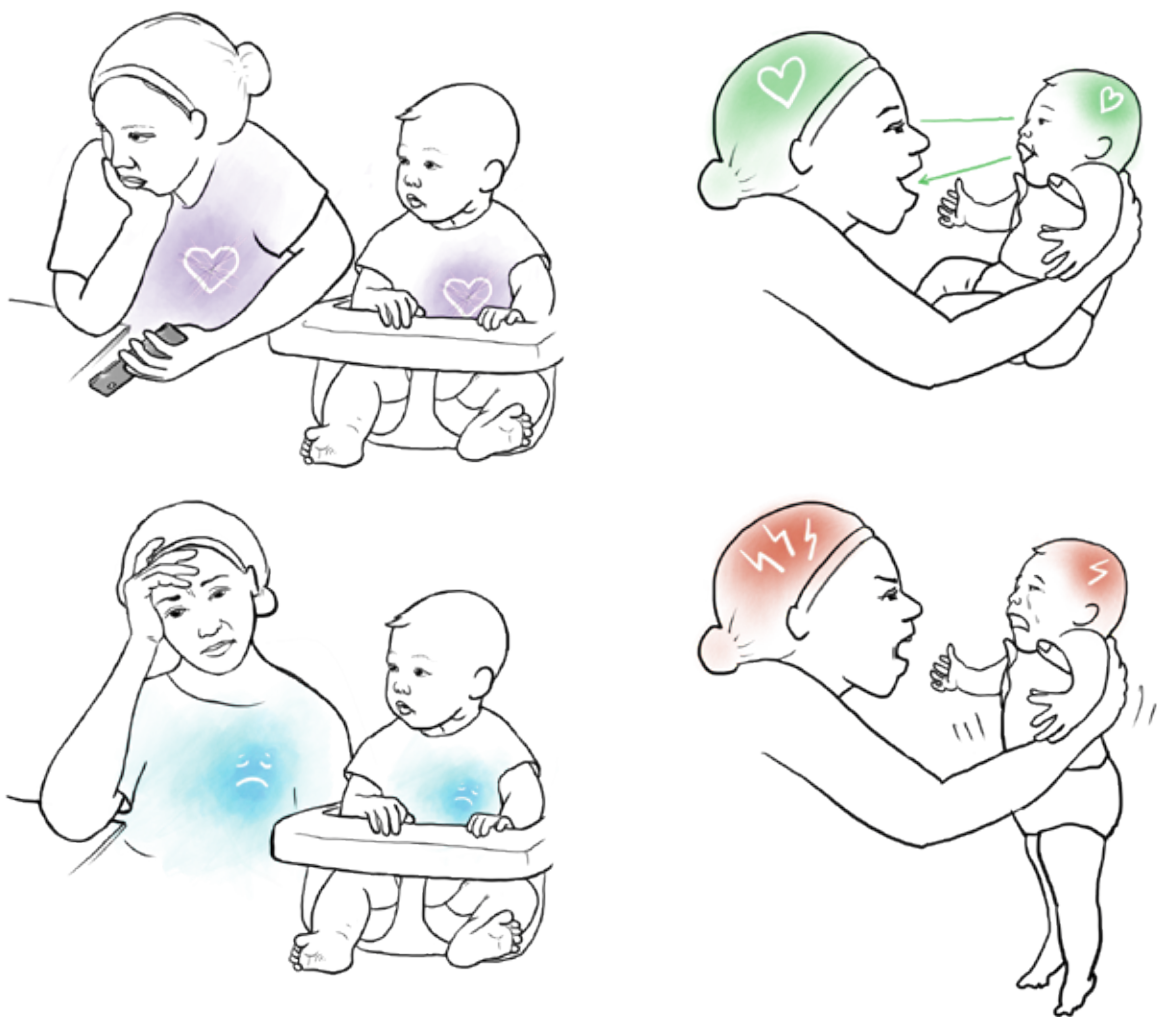


Figura 5. Immagini basate su disegni utilizzati dal Neurosequential Network.

Nel processo di instaurazione del legame si sviluppa un ciclo di *feedback* continuo “andata e ritorno” tra il bambino e il *caregiver* primario, che aiuta a sviluppare l'**attaccamento**. I bambini possono avere un attaccamento sicuro con i loro *caregiver* se questo ciclo di *feedback* è generalmente positivo e rassicurante. Allo stesso modo, se il ciclo di *feedback* è disturbato, anche il legame e l'attaccamento saranno disturbati. I neonati che non possono fare affidamento sul loro *caregiver* primario come fonte di sicurezza, costanza e amore, svilupperanno un attaccamento insicuro: potrebbero sviluppare comportamenti di evitamento, potrebbero essere ambivalenti nell'interazione con il loro *caregiver*, o avere uno schema di attaccamento disorganizzato in cui avvicinamento, evitamento e resistenza appaiono mescolate. Una difficoltà comune è la depressione post-parto, che può scatenarsi nel momento in cui la madre partorisce. La madre vive alti e bassi emotivi molto intensi, difficili da gestire. Ciò influisce anche sulla sua disponibilità emotiva nei confronti del neonato, che fa affidamento sulla sua positività e *feedback* rinforzante; la sua assenza

può contribuire anche a un attaccamento insicuro. I neonati che hanno sviluppato un attaccamento insicuro sono più inclini a ritardi nello sviluppo, problemi di funzionamento emotivo o hanno problemi a regolare il loro comportamento. Questa relazione emotiva determinerà anche come il bambino instaurerà relazioni con altre persone più avanti nella sua vita (Crowell et al, 2002).

La cura offerta ai bambini è la chiave per stabilire quanto sarà sicuro l'attaccamento che svilupperanno. Anche il numero di interazioni è di grande importanza: i neonati hanno bisogno di molte interazioni ripetute, in modo che il loro cervello sia organizzato di conseguenza. Un neonato il cui *caregiver* primario fornisce una grande quantità di attenzioni prevedibili, sintonizzate, coerenti, responsive e sensorialmente ricche (tatto, olfatto, voce) avrà un legame sano e positivo e un attaccamento sicuro. Ad esempio, abbracci, dondolamenti, canzoni, risate e attività faccia a faccia regolari e abbondanti aiutano in modo significativo a sviluppare questa relazione emotiva positiva. L'importanza di un attaccamento sicuro non può essere sottolineata abbastanza: sane interazioni relazionali possono controbilanciare eventi avversi e traumi.

Anche la **sintonizzazione** è un fattore critico nella formazione di una relazione sicura: significa leggere e rispondere ai segnali dell'altra persona (Perry, 2001). È un processo interattivo che fornisce le basi per la capacità di mentalizzare, cioè di comprendere lo stato mentale delle altre persone e di noi stessi (Fonagy e Target, 2005). Se i genitori sono in sintonia, è più probabile che sappiano di cosa ha bisogno il bambino e siano in grado di rispondere a tali bisogni. Questo contribuisce anche alla sensazione di sicurezza del bambino stesso. Il vantaggio della sintonizzazione è che può essere appresa osservando i segnali non verbali trasmessi dal neonato. I bambini mostrano attaccamento cercando il contatto con i loro *caregiver* quando si sentono impauriti, tristi, insicuri o malati. Nel comportamento di attaccamento, è importante che il bambino sia sintonizzato su una base sicura, che consenta al bambino di per esplorare il mondo e tornare quando si sente insicuro.



Cosa possiamo fare?

Quando si è sperimentata raramente l'empatia, anche che le conseguenze dei comportamenti altrui nei propri confronti non sono state riconosciute. Pertanto, può essere difficile capire come riflettere sulle conseguenze del proprio comportamento nei confronti degli altri. I bambini che vivono un disagio spesso non sono consapevoli che il loro comportamento sta disturbando gli altri. Ciò non significa che questi bambini siano egoisti. Significa che questi bambini hanno difficoltà a relazionarsi con gli altri.

Ruolo dell'attaccamento nell'assistenza sensibile al trauma

Come è stato precedentemente osservato, durante lo sviluppo di un bambino, il tempo è un fattore importante. I neonati hanno bisogno di determinate esperienze - interazioni sensoriali, coerenti e nutritive - in determinati periodi della vita, in modo che il loro cervello possa svilupparsi in modo ottimale. Se vengono privati di queste esperienze, avranno sicuramente bisogno di ulteriore aiuto più avanti per recuperare il ritardo.

Tuttavia, ciò non significa che lo sviluppo di un attaccamento sicuro sia possibile solo nella prima infanzia. A volte si presume che un bambino che cresce in un ambiente familiare problematico abbia solo opportunità limitate di acquisire esperienze di attaccamento sicuro (Juffer, 2010). Sulla base della teoria e delle ricerche disponibili, non è stato dimostrato alcun periodo critico al termine del quale i bambini non possano più sviluppare un attaccamento sicuro (Van Ijzendoorn, 2010). Al contrario, la teoria dell'attaccamento presuppone che i bambini provenienti da ambienti familiari problematici possano essere supportati con esperienze di attaccamento positive e correttive (Bowlby, 1988). Gli stili di attaccamento possono essere formati e modificati anche durante l'età adulta (Siegel, 2020). Tuttavia, potrebbe volerci più tempo per realizzare connessioni sicure nel corso degli anni, soprattutto quando un

bambino ha poca fiducia nelle altre persone. Ciononostante, è importante sottolineare che l'attaccamento del bambino può essere influenzato molto tempo dopo i primi 1.000 giorni e che il bambino trarrà vantaggio dal trovarsi in ambienti educativi sicuri.

Pertanto, sebbene molto dipenda dalla qualità del *caregiver* primario e le esperienze relazionali negative nella prima infanzia abbiano la capacità di modellare il sistema nervoso in via di sviluppo del bambino, **anche le relazioni al di fuori dei legami primari possono essere protettive e riparative. È fondamentale, pertanto, prendere in considerazione il potere curativo delle relazioni consapevoli, sensibili e sane.** Come accennato in precedenza, *“non devi essere un terapeuta per essere terapeutico”*. Insegnare ai *caregiver* i concetti fondamentali di legame, sintonizzazione e attaccamento potrebbe migliorare significativamente i modelli di attaccamento dei bambini e ridurre il potenziale trauma. Laddove le organizzazioni *Head start* forniscono assistenza sensibile al trauma, i professionisti dell'assistenza all'infanzia comunicano l'importanza dell'attaccamento, dell'educazione e delle interazioni coerenti e supportano i genitori nella costruzione di una relazione emotiva positiva con i loro figli.

Capita spesso che i bambini traumatizzati passino da un terapeuta all'altro, da istituto a istituto, da casa affidataria a casa affidataria, da comunità a comunità per trovare la soluzione migliore. Purtroppo, con questo metodo i nostri sistemi spesso esacerbano o addirittura replicano l'impermanenza relazionale e il trauma nella vita del bambino (Ludy-Dobson, Perry 2010).

Normalmente ci aspettiamo che i bambini si “riprendano” grazie a percorsi terapeutici di una o poche ore alla settimana. Anche se il ruolo della terapia è importante, spesso è solo una parte del percorso. **Sottovalutiamo ancora il potente impatto terapeutico dell'insegnante premuroso, dei professionisti dell'assistenza all'infanzia, degli operatori sanitari, del medico, del vicino, del nonno e di una miriade di altri potenziali “co-terapeuti”.** (Ludy-Dobson, Perry 2010).

“ **Futuri interventi terapeutici efficaci, sia preventivi che curativi, dovranno essere informati sulle tappe di sviluppo e sensibili al trauma. C'è molto ancora da imparare, ma ora sappiamo abbastanza per iniziare a valutare e modificare le nostre pratiche, programmi e politiche terapeutiche attuali per sfruttare appieno il dono biologico del potere curativo delle relazioni.** ”

(Ludy-Dobson, Perry 2010. p.39)



Cosa possiamo fare?

Non tutti i bambini hanno la possibilità di instaurare una relazione solida e sintonizzata, ma non è mai troppo tardi per iniziarne una. Assicurarsi che il neonato o il bambino piccolo possa relazionarsi con una o più persone in grado di comprendere i suoi bisogni e rispondere ad essi in modo armonioso può avere un impatto significativo. Creare molti momenti di cura e/o legame favorirà una relazione positiva. Il contatto fisico come abbracciarsi, cullarsi, e le attività ritmiche in genere è molto importante a questa età e può essere utile; tuttavia, è opportuno assicurarsi prima che ciò che si sta facendo sia sicuro per il bambino, stabilire quanto ci si può avvicinare e partire da lì. I professionisti dell'assistenza all'infanzia possono avere un'enorme influenza sull'attaccamento essendo premurosi, affidabili e regolanti. Se si mostra ai bambini che possono contare sul sostegno dell'educatore e che possono commettere errori senza essere rifiutati, se si offre loro calore, i bambini faranno piccoli passi per imparare a fidarsi di sé stessi e del loro ambiente.

Rispetto
(bambino,
famiglia, cultura)



Relazioni
(sicure)



Ritmo
(con modelli
neurali)

**Elementi
Fondamentali
di Perry**
di esperienze positive
di sviluppo, educative
e terapeutiche



Pertinenza
(abbinato allo
sviluppo)



Premio
(piacevole)



Ripetitività
(modelli)

Figura 6. Immagine di Emese Iványi, basata su un'immagine creata da Hidden Treasure Therapy

2. La mentalizzazione e la sua importanza nell'assistenza sensibile al trauma

Come discusso in precedenza, la costruzione di una relazione di fiducia può essere basata sul riconoscimento e sulla risposta ai bisogni del neonato. È qui che un'abilità umana fondamentale, la mentalizzazione, gioca un ruolo cruciale.

Cos'è la mentalizzazione?

La mentalizzazione è una capacità basata su una relazione di attaccamento precoce, **la capacità di interpretare il comportamento in relazione agli stati mentali interni. Tali stati interni possono**

essere desideri, sentimenti, pensieri, credenze, intenzioni o opinioni (Fonagy & Target, 2005). Quindi, quando mentalizziamo i sentimenti, pensieri o desideri nostri o di altri, lo facciamo per comprendere più facilmente i comportamenti.

Salvo poche eccezioni, questo è un approccio naturale e di base che utilizziamo tutti. Ad esempio, se vediamo qualcuno correre verso una stazione ferroviaria, guardando spesso l'orologio, supponiamo che la persona sia in ritardo e si impegni per prendere il treno (attribuzione dell'intenzione al suo comportamento). Quando vediamo qualcuno piangere, assumiamo immediatamente che sia triste (l'emozione dietro il comportamento). Prima di un esame, si presume che una persona pallida con le mani tremanti sia nervosa, ansiosa per la situazione che l'attende (l'emozione dietro il comportamento).

Siamo quindi in grado di distinguere il mondo esterno da quello interno.

Tuttavia, possiamo mentalizzare non solo l'altro, ma anche noi stessi. Abbiamo accesso ai nostri stati interni. Posso pensare a quale potrebbe essere il motivo per cui ho parlato con rabbia ai miei colleghi: mi sento offeso? Sono sopraffatto o non ho mangiato niente dalla colazione? Quindi siamo in grado di pensare ai nostri stati interni, di etichettare i nostri sentimenti, e questo aiuta anche a regolare il nostro comportamento.

Come si sviluppa questa capacità?

Acquisire la capacità di mentalizzare è come imparare una lingua: proprio come si impara a parlare, così si impara a mentalizzare. Tuttavia, proprio come possiamo imparare a scrivere e parlare in modo più elegante, possiamo anche imparare a mentalizzare in modo più efficace e coerente (Allen et al., 2011). La qualità delle nostre prime relazioni di attaccamento gioca un ruolo chiave nel padroneggiare la mentalizzazione. Dopo la nascita, la persona con l'attaccamento primario è in grado idealmente di interpretare il comportamento del neonato lungo gli stati interni ed aiutare a regolarli. Capisce che quando un bambino piange esprime un bisogno interiore. Per questa ragione cerca di trovare una soluzione in sintonia, aiutando il bambino a regolare la propria condizione interna. Se un neonato strilla forte verso l'ora di pranzo, si mette il pugno in bocca, saliva e dopo un po' inizia a piangere, il *caregiver* primario si avvicinerà a lui, rifletterà sulla sua presunta sensazione e offrirà una soluzione: "*Devi essere molto affamato! Dai, ti preparo da mangiare.*" Con questa reazione il genitore riconosce lo stato emotivo, riflette in modo contingente, di "rispecchiamento" e offre una soluzione (Fonagy et al., 2018). Queste esperienze aiutano i bambini ad etichettare e regolare le proprie emozioni successivamente e ad apprendere che i loro sentimenti e stati interni non sono gli stessi dei sentimenti e degli stati interni del *caregiver*. È in questo modo che imparano a mentalizzare e imparano anche che i sentimenti negativi possono essere tollerati e controllati.

In quale modo il trauma influisce sulla mentalizzazione?

La capacità di mentalizzare "crolla" a seguito di sentimenti intensi e opprimenti, e funziona in modo inefficace e goffo (nel corso di una discussione, capita spesso che sia difficile considerare e comprendere la prospettiva dell'altro, e solo quando ci siamo calmati possiamo riconsiderare cosa potrebbe nascondersi dietro questo comportamento).

A causa di stress ambientali (incuria, abuso, fame, condizioni igieniche inadeguate, ambiente caotico, ecc.), i bambini e gli adulti che sono esposti spesso a stress eccessivo, hanno difficoltà a interpretare i propri stati interni, i sentimenti che stanno dietro ai loro comportamenti che risultano spesso impulsivi. Per riuscire a riconoscere le proprie emozioni, attribuire stati interni agli altri e a sé stessi, c'è bisogno di un contesto e di una relazione stabili, sicuri e prevedibili. A seguito di traumi prolungati, il sistema nervoso si stabilizza spesso in uno stato di costante allerta, come se il pericolo potesse materializzarsi in qualsiasi momento. **Il sistema nervoso è predisposto per sopravvivere, essere vigile, pronto ad**

attaccare, fuggire o congelarsi. In tali casi, sembra superfluo interpretare e regolare il proprio stato interiore e quello dell'altro. Di conseguenza, una risposta comportamentale più intensa può essere molto più comune nelle persone che hanno subito un trauma, poiché questa è la soluzione adattativa nell'emergenza. La difficoltà è che questo stato di allerta, la reazione attacco-fuga-congelamento può persistere anche quando la situazione appare neutra e innocua.

Perché è così importante nei casi di bambini di 0-3 anni?

Prendersi cura di neonati e bambini piccoli a volte può essere opprimente anche per adulti equilibrati e rilassati. Se gli adulti che sono presenti per il bambino sono costantemente in condizioni di stress, o traumatizzati, possono vivere le loro giornate in modalità di allerta e interpretare situazioni molto comuni come una minaccia (ad es. un neonato che piange più a lungo del consueto, o un bambino che versa dell'acqua a tavola). Pertanto, la loro capacità di mentalizzare può crollare più velocemente o più frequentemente. Questo può causare di per sé ansia nei bambini e rendere il processo per imparare a riconoscere e controllare le proprie emozioni e stati mentali più difficile e lento, poiché i loro stati non sono ben rispecchiati.

Sia per i bambini sia per gli adulti esposti a stress prolungato è fondamentale trovarsi in un ambiente sicuro dove poter trovare un senso di controllo, dove tutto sia familiare e prevedibile, in modo che il sistema nervoso possa rimanere calmo. In questo stato di calma possono essere aiutati al meglio a interpretare i propri stati interiori e quelli dell'altro, cioè a mentalizzare. **Per un bambino che ha subito un trauma è fondamentale avere quante più relazioni sane, sicure e mentalizzanti possibili.** Si tratta di relazioni in cui i bambini possono sperimentare pensando a sé stessi o a qualcun altro, chiedendosi cosa potrebbe esserci dietro il loro comportamento. Queste sono relazioni in cui fare la domanda "Cosa ti è successo?", le interazioni che li aiuteranno a pensare a sé stessi e agli altri, a capire i propri sentimenti e a regolarli. Come risultato dell'efficace funzionamento delle capacità di mentalizzazione, saranno in grado di prendere posizione, comprendere e risolvere malintesi, comunicare in modo assertivo, collaborare, costruire relazioni sicure con gli altri, amare e prendersi cura di loro stessi e degli altri.



Cosa possiamo fare?

Continuare ad affrontare il comportamento disfunzionale e a spiegare perché determinati comportamenti o determinate espressioni di emozioni non funzionano. Inoltre, continuare ad affrontare i comportamenti positivi e a spiegare perché questi comportamenti sono desiderabili. Le cose che consideriamo evidenti potrebbero non esserlo per gli altri. I bambini potrebbero non essere consapevoli delle cose che fanno quando sono al di fuori della loro finestra di tolleranza. Le loro intense emozioni sono spesso espresse nel loro comportamento. Aiutiamoli a nominare eventuali sentimenti che potrebbero nascondersi dietro il comportamento. Aiutandoli a nominare i sentimenti, li aiutiamo anche a regolare il comportamento e le emozioni.

3. Sintomi di trauma nella prima infanzia

I bambini piccoli che sono colpiti da traumi sono più sensibili agli eventi stressanti rispetto ai loro coetanei. I loro corpi e le loro menti sono più predisposti ad aspettarsi pericoli o stress. Di conseguenza, neonati e bambini piccoli che hanno subito eventi avversi sono meno desiderosi di esplorare e svilupparsi poiché possono sentire che la loro sicurezza e il loro benessere sono minacciati dalle transizioni. Fornire un ambiente sicuro e sintonizzato con la presenza di un'assistenza affidabile e coerente, modellata e ripetitiva è l'approccio migliore per ottimizzare lo sviluppo dei bambini.

I bambini non sono dei piccoli adulti. Gli eventi che considerano traumatizzanti potrebbero differire da quelli che impattano gli adulti, ad esempio il fatto di essere lasciati soli. Il modo in cui i bambini mostrano il loro disagio varia a seconda del sesso, dell'età e delle capacità di sviluppo. I bambini più piccoli hanno maggiori probabilità di "congelarsi" perché hanno meno opportunità di attaccare o fuggire in una situazione stressante. I principali sintomi di trauma nei neonati e nei bambini includono:

- Regressione e perdita delle competenze acquisite di recente
- Disturbi nel ritmo di sonno e pappa rispetto al consueto
- "Appiccicosità" e attaccamento casuale
- Irritabilità, difficoltà a calmarsi, iperattività, ritiro e mancanza di esplorazione e reattività
- Comportamenti sessualizzati inadeguati dal punto di vista dello sviluppo.



I problemi comportamentali comuni tra i bambini piccoli che hanno subito traumi includono difficoltà di regolazione, capacità cognitive ridotte, raggiungimento delle tappe dello sviluppo con notevole ritardo e difficoltà nello sviluppare relazioni con i coetanei e/o gli adulti. Questi sono sintomi generali ed è importante riconoscere che ogni bambino è diverso. **I bambini che vivono le stesse situazioni stressanti subiranno un impatto diverso. I bambini che hanno sintomi simili potrebbero avere esperienze molto diverse.** In generale, possiamo dire che il trauma interferisce con il normale sviluppo e interrompe il comportamento a cui siamo abituati per un bambino specifico. Ad esempio, può essere percepito come una "bandiera rossa" quando un bambino che normalmente esplora molto, improvvisamente non lo fa più.

Sintomi trauma/ PTSD nell'adulto	Alcuni sintomi di trauma nei neonati/bambini (per un elenco esaustivo, consultare lo Strumento di screening e rinvio)
Rivivere ricordi spiacevoli, immagini, pensieri intrusivi del trauma	Reagire in modo inatteso a suoni, odori, contatti (N.B.: i ricordi dei bambini sono più fisici/sensoriali poiché, avendo poco o nessun linguaggio, immagazzinano soprattutto nella loro memoria fisica)
Evitare situazioni che rievocano il trauma	Esplorare di meno
Sperimentare pensieri negativi (ad esempio, è colpa mia) e sentimenti opachi	Reazione apatica (il bambino evita ogni contatto, la tensione muscolare del bambino è molto bassa e l'espressione facciale è piatta)
Provare forte irritabilità (ad es. rapido sussulto) o iperattivazione (ad es. sonno scarso)	Risultare facilmente sovra-stimolati, difficili da consolare, in difficoltà con i cambiamenti di routine, arrabbiarsi o agitarsi improvvisamente e in modo imprevedibile.



Cosa possiamo fare?

Ciò che si fa come professionisti dell'assistenza all'infanzia è importante. I bambini che soffrono in seguito a traumi hanno spesso una finestra di tolleranza più piccola in cui funzionano in modo ottimale. È nostra responsabilità calmare il loro sistema nervoso e aiutare i bambini a regolarsi. Regolando noi stessi possiamo fungere da esempio. Una voce impaziente può scatenare stress e percezione di pericolo nel bambino.

4. Resilienza

Immaginiamo un bambino che sta imparando a camminare. Pensiamo a quante volte il bambino inciampa e cade (in media 17 volte in un'ora!). Ora immaginiamo noi stessi che per ben 17 volte in un'ora non riusciamo a realizzare qualcosa. Sarebbe scoraggiante, vero? Ma i bambini smettono di imparare a camminare? No, si alzano e continuano a muoversi.

Questo è un ottimo modo per comprendere la resilienza. La resilienza è considerata la capacità di riprendersi di fronte a contrattempi e battute d'arresto. In essa è coinvolta una varietà di tratti, tra cui determinazione, ottimismo, fede e speranza. Non nasciamo con una dose immutabile di resilienza. Essa cambia continuamente e i ricercatori ora descrivono la resilienza come un muscolo: più la esercitiamo, più diventa forte, specialmente nei nostri bambini più piccoli, i cui schemi di pensiero e il cervello sono più flessibili. Ogni bambino è esposto a diversi livelli di trauma, ma ha anche un insieme personale di tratti che lo aiuta a proteggersi dall'impatto del trauma. Avere sperimentato una o molteplici esperienze infantili avverse non sta a significare che il bambino sia destinato a sperimentare esiti negativi nella sua vita.

Due fattori cruciali giocano un ruolo nella resilienza: le caratteristiche del bambino e l'influenza della sua famiglia, della sua comunità e dei suoi sistemi di sostegno. È sempre più chiaro che gli esiti negativi delle ACE possono essere contrastati con attenzioni, supporto e senso di sicurezza. Attraverso relazioni positive, i bambini possono imparare a sviluppare capacità di elaborazione e quindi adottare modi sani per far fronte allo stress.



Cosa possiamo fare?

Supportare attivamente la resilienza lasciando che i bambini vivano situazioni positive. Ad esempio, organizzare attività positive con gli altri bambini e con i professionisti dell'assistenza all'infanzia. Invitare i bambini a provare cose in cui sono bravi in modo che possano avere esperienze di successo. Agire come un modello di ruolo per i bambini. Mostrare ai bambini che fanno parte del gruppo.

L'assistenza sensibile al trauma dovrebbe cercare di implementare ciò che contiene e conforta il bambino e ridurre ciò che è dannoso per il suo benessere e la sua sicurezza. Nei capitoli seguenti offriremo una spiegazione su come definire e organizzare l'assistenza sensibile al trauma a livello organizzativo e pratico.

Dopo aver letto il secondo capitolo, ecco alcuni esercizi per aiutare a mettere in pratica ciò che è stato appreso. La invitiamo a dare uno sguardo ai seguenti esercizi e a provarli con i propri colleghi: lo scambio reciproco può arricchire molto questo tipo di esercizi.

- Per i “primi 1000 giorni”, pensa alle storie di vita di 2-3 bambini piccoli che conosci e delle loro famiglie. Prendi una breve nota degli eventi che caratterizzano la vita di questi bambini, indipendentemente dal fatto che sostengano, responsabilizzino, rischino o nuocciano.
- Nel contesto dell’attaccamento, pensa con i tuoi colleghi a 2-3 bambini piccoli: chi è la figura di attaccamento principale per questi bambini e qual è il loro rapporto con loro? Quali altre figure di attaccamento li circondano? Disegna la rete di relazioni che forniscono sicurezza al bambino.
- “Quando mentalizziamo, pensiamo ai sentimenti, ai pensieri, ai desideri, ecc. nostri o degli altri, al fine di comprendere meglio il comportamento.” Oggi concediti un po’ di tempo e osserva te stesso e i tuoi processi di mentalizzazione. È sempre più facile ascoltare prima noi stessi, quindi inizia da te stesso. Scegli una situazione lavorativa durante il giorno in cui hai provato una sensazione intensa. Scopri quando è iniziata la sensazione, cosa l’ha innescata, quale azione è seguita. Prendi un po’ di tempo per riflettere e comprendere meglio i motivi del tuo comportamento.
- Ora scegli un bambino piccolo, osserva il suo comportamento e cerca di capirlo. Cosa potrebbe provare, quali bisogni potrebbe avere, quali pensieri, desideri, sentimenti guidano il suo comportamento? Prendi nota del tuo processo di pensiero.
- Il trauma interrompe lo sviluppo normale e abituale e lascia il segno nel comportamento. Qualcuno dei bambini a te affidati ora sta vivendo improvvisi cambiamenti nel comportamento? Pensa a cosa gli è successo, raccogli informazioni, parla del cambiamento con un collega.
- Parla del trauma che ha colpito il bambino e la sua famiglia, quale segno hai notato come prima cosa e collega il cambiamento. Guarda la tabella per i sintomi del trauma nei bambini piccoli. Li riconosci? Come hai elaborato le tue risposte alla domanda “Cosa ti è successo”?
- Per elaborare il concetto di resilienza, scegli due bambini piccoli che hanno vissuto eventi traumatici simili nella vita ma le cui storie di guarigione dal trauma e gli esiti sono diversi. Pensa ai loro diversi esiti di sviluppo. Pensa alle caratteristiche individuali del bambino e al ruolo della famiglia, della comunità, dell’ambiente di supporto nei due casi.

CAPITOLO 3.



L'importanza dell'atteggiamento: come implementare valori sensibili al trauma nelle organizzazioni di assistenza all'infanzia



“ Il fuoco può riscaldare o consumare, l'acqua può dissetarti o annegare, il vento può accarezzare o tagliare. E così è con i rapporti umani; possiamo sia creare che distruggere, nutrire e terrorizzare, traumatizzarci e curarci a vicenda. ”

(Bruce Perry)

Questo capitolo è stato scritto con una particolare attenzione alla sensibilità al trauma a livello di impostazioni organizzative, quindi specialmente per i coordinatori delle organizzazioni di assistenza all'infanzia e quei professionisti che sono disposti a assumere la leadership nel processo di trasformazione verso un modo di lavorare sensibile al trauma.

1. Valori predefiniti e funzionamento a livello organizzativo

Il trauma che colpisce molti bambini piccoli avviene nel contesto delle relazioni. Questo può accadere all'interno, ma non solo, della famiglia e del gruppo dei *caregiver* primari. La guarigione da un trauma è supportata al meglio con la guarigione delle relazioni. Pertanto, se si incontra un bambino esposto a un trauma, è importante che la relazione che costruisci possa contribuire alla sua guarigione. Anche le nostre più piccole interazioni possono fare la differenza. **La ricerca mostra che connessioni calde e stabili possono supportare i bambini piccoli nel loro recupero dal trauma** (Ungar & Perry, 2012). I bambini che hanno connessioni sicure (in cui gli adulti sono in grado di sintonizzarsi e mentalizzare i propri sentimenti e comportamenti) sono in grado di costruire i propri punti di forza e interessi e, in generale, continuano a promuovere sane relazioni sociali per tutta la vita.

Un'organizzazione di assistenza all'infanzia sensibile al trauma significa che l'organizzazione e i dipendenti (1) capiscono come **il trauma influisce sullo sviluppo dei bambini** e su come il trauma rende i bambini piccoli vulnerabili a ulteriori danni: più i bambini sono giovani, più sono vulnerabili; (2) prevenendo attivamente i traumi costruendo relazioni sicure, prevedibili e di fiducia; e (3) **comprendono che i bambini, i genitori e i professionisti dell'assistenza all'infanzia dovrebbero essere visti nel contesto delle proprie esperienze (stressanti)**. (Fredrickson, 2019).

La buona notizia è che **la maggior parte dei professionisti dell'assistenza dell'infanzia già integra le azioni sensibili al trauma come impostazione predefinita. Sono prevedibili, creano un ambiente sicuro per esplorare e imparare, forniscono presenza e cure coerenti e promuovono relazioni cordiali: tutte azioni sensibili al trauma che sono generalmente radicate nell'empatia e nella compassione e che confermano come le esperienze influiscono sui nostri comportamenti, sentimenti e pensieri.** Tuttavia, è importante incoraggiare tutti i professionisti a lavorare in modo sensibile al trauma, indipendentemente dall'istinto o dall'esperienza sul lavoro: da qui questo protocollo. Inoltre, **la cura sensibile al trauma è più che semplici azioni, implica anche attitudini, conoscenza e un modo consapevole di lavorare.** L'assistenza all'infanzia sensibile al trauma si basa sulla conoscenza di come il trauma colpisce i bambini, tenendo conto del fatto che le loro esperienze possono riflettersi nel loro comportamento, pensieri e sentimenti. Essere sensibili al trauma significa essere consapevoli degli effetti del trauma e tenerli a mente quando si lavora con i bambini, i familiari primari, i colleghi e altri professionisti. Guardare attraverso una lente sensibile al trauma modella la nostra conoscenza, le nostre azioni e il nostro atteggiamento.

L'organizzazione della prevenzione sensibile al trauma nell'assistenza all'infanzia implica una serie di aspetti.

- L'organizzazione riconosce che **il trauma non è un “problema domestico”**. L'organizzazione non incolpa i familiari o i bambini: l'atteggiamento è che essere genitori è un lavoro duro e si può imparare. Invece di vedere un bambino che si comporta “male”, è opportuno vedere un bambino alle prese con esperienze difficili. Il comportamento di un bambino può essere il risultato dell'attivazione di un ricordo traumatico.
- **L'organizzazione investe nella consapevolezza** (conoscenza, abilità e attitudine) del trauma e del suo impatto su dipendenti, familiari, partner e bambini.
- L'organizzazione riconosce che i bambini colpiti da traumi hanno meno probabilità di chiedere aiuto perché non si sentono sicuri. Viene preso in considerazione il bisogno di **sicurezza fisica e psicologica** del bambino.
- L'organizzazione fa spazio al **background personale e culturale dei bambini** e dei familiari che li circondano. Vengono prese in considerazione le esperienze di un particolare gruppo culturale in relazione a traumi passati, razzismo, immigrazione o traumi intergenerazionali poiché influiscono anche sul livello individuale.

- Il bambino e i suoi familiari sono in **stretto contatto** con l'organizzazione e c'è spazio per parlare di tutto ciò che potrebbe essere rilevante. Ogni incontro è un'opportunità per offrire uno spazio sicuro e ricostruire la fiducia.
- L'organizzazione organizza attività che **rafforzano la resilienza** dei bambini e dei familiari.
- L'organizzazione lavora in modo sensibile al trauma nella **struttura quotidiana** ma anche nei **momenti di crisi** (Fredrickson, 2019).

Avvicinarsi al trauma concentrandosi sui bambini e sui loro familiari è il modo più efficace per affrontare gli effetti e le conseguenze del trauma. Gli obiettivi della cura sensibile al trauma sono la prevenzione e il trattamento efficaci. Tuttavia, diventare un'organizzazione sensibile al trauma è un processo lungo e graduale, che richiede uno sforzo costante (JBS Int. & Georgetown University, 2016).

Uno staff di supporto ed efficace

Un'organizzazione può funzionare solo se i membri del personale si sentono generalmente bene, liberi, e possono perseguire la loro passione senza troppi ostacoli. Concentrandosi su nuove prospettive, abilità e strategie, i professionisti dell'assistenza all'infanzia sono in grado di promuovere il funzionamento socio-emotivo e affrontare problemi e preoccupazioni future. Insegnare ai professionisti dell'assistenza all'infanzia può essere difficile: la ricerca ci ha mostrato che generalmente si sentono poco preparati per far fronte a bambini con traumi e sono spesso combattuti tra i bisogni del bambino, degli altri bambini e dei propri. Da una prospettiva preventiva, è importante che l'assistenza al trauma sia progettata per assistere tutti i bambini, i loro familiari e il personale. Uno staff sensibile ai traumi:

- Conosce la gamma di esperienze che potrebbero interessare i bambini e i loro familiari;
- Conosce le strategie per coinvolgere e calmare i bambini e i loro familiari;
- Ha la capacità di autoregolarsi (a livello di gruppo e individuale).

2. Principi di cura sensibile al trauma

Come principio fondamentale, l'assistenza sensibile al trauma nelle organizzazioni di assistenza all'infanzia riconosce che le esperienze traumatiche possono avere un impatto sui bambini in vari modi. L'assistenza sensibile al trauma non è un metodo per trattare il trauma, ma mira piuttosto a fornire supporto in un modo che sia accessibile e appropriato per i bambini e i loro familiari che potrebbero aver subito un trauma. Ci sono sei principi di base che caratterizzano la trauma-informed care (SAMSHA, 2014):

1. **Sicurezza** - garantire la sicurezza fisica ed emotiva
2. **Prevedibilità** - creare un'atmosfera di chiarezza, coerenza e rispetto dei confini personali
3. **Sostegno** - aiutare le famiglie a farsi forza vicendevolmente
4. **Partnership** - concentrarsi ripetutamente su un processo decisionale condiviso
5. **Presenza** - sapere e rispettare che ogni individuo ha diritti e responsabilità
6. **Inclusione** - superare attivamente stereotipi e pregiudizi e stimolare l'inclusione

L'applicazione di questi principi di base consente una diversa interpretazione e personalizzazione in base a culture e contesti, senza forzare metodi e disposizioni specifici e precostituiti. Oltre ai sei principi di base della consapevolezza del trauma, vale la pena considerare la seguente domanda:

Come definisco il mio ruolo di professionista dell'assistenza all'infanzia nei confronti dei bambini e dei loro familiari?

Principio base 1.

SICUREZZA



Il primo principio riguarda la sicurezza fisica ed emotiva. È essenziale che le persone che lavorano nell'organizzazione, così come i bambini e i loro familiari, si sentano fisicamente e mentalmente al sicuro. Rendere adeguato l'ambiente fisico è molto importante per offrire a tutti calma e sicurezza. Ad esempio, se non ci sono spazio e tempo adeguati a un genitore per condividere eventuali difficoltà con il professionista dell'assistenza all'infanzia, e c'è un'opportunità per farlo solo nel corridoio di fronte ad altri genitori, il principio di sicurezza può essere violato. Se il funzionamento generale dell'organizzazione non è tracciabile e chiaro, se la comunicazione è fuorviante, il senso di sicurezza delle persone non sarà stabile.

Tutti dovrebbero essere consapevoli che l'esperienza della sicurezza è essenziale sia per i bambini che per i familiari che ricevono il servizio, nonché per i membri del personale che forniscono il servizio.

Principio base 2.

PREVEDIBILITÀ



Il secondo principio riguarda la creazione di un'atmosfera di chiarezza, coerenza e rispetto per i confini personali. Le decisioni organizzative e le modifiche riguardanti i piani educativi o le azioni che dovrebbero essere intraprese nella vita dei bambini sono trasparenti. I bambini e i familiari, il personale e gli altri membri dell'organizzazione sono coinvolti nel prendere decisioni, ciascuno al proprio livello di competenza e coinvolgimento. L'obiettivo principale è creare e mantenere un'atmosfera di fiducia con i bambini, le famiglie e i professionisti dell'assistenza all'infanzia.

Principio base 3.

SUPPORTO



Il terzo principio riguarda l'aiutare le famiglie a farsi forza vicendevolmente. Un'organizzazione sensibile al trauma fornisce supporto ai bambini e ai loro familiari nella crescita positiva in molti modi. Le comunità sono la risorsa di guarigione più potente quando si è verificato un trauma e c'è bisogno di un supporto informale. Dovremmo usare le nostre risorse interne e i gruppi di supporto (famiglie in situazioni di vita simili, sopravvissuti a traumi, ecc.) per il recupero. Ad esempio, i professionisti dell'assistenza all'infanzia possono organizzare gruppi di genitorialità positiva tra i propri utenti o gruppi di supporto per famiglie svantaggiate (supporto sia pratico che emotivo).

Principio base 4.

PARTNERSHIP



Il quarto principio riguarda il concentrarsi sul processo decisionale condiviso. La partnership è essenziale quando si lavora con bambini traumatizzati. Gli effetti del trauma vicario rappresentano un enorme onere per i professionisti dell'assistenza all'infanzia ed esso è un'ulteriore fonte di stress, quindi lavorare come partner, provare fiducia e sicurezza è essenziale in questi contesti difficili. I coordinatori sottolineano il lavoro insieme in partenariato, in modo equivalente e riconosciuto. Ogni individuo è il benvenuto con tutti i suoi talenti, caratteristiche, esperienze, risultati e sono tutti ugualmente preziosi. I coordinatori sottolineano che tutti i professionisti che lavorano con il bambino e i familiari hanno un ruolo significativo da svolgere nel recupero da un trauma – *Non devi essere un terapeuta per ottenere un effetto terapeutico* (Ford & Wilson, 2012).

Principio base 5.

PRESENZA



Il quinto principio riguarda la comprensione e il rispetto che ogni individuo ha dei suoi diritti e responsabilità. L'organizzazione si basa sui punti di forza e sulle esperienze dei bambini e dei loro familiari, credendo nella loro capacità di recupero e nel loro potenziale per riprendersi dal trauma. I professionisti dell'assistenza all'infanzia sono consapevoli che le persone che subiscono un trauma sono spesso escluse, deboli in termini di posizione sociale, e quindi prestano consapevolmente attenzione ad accogliere tutti i sentimenti e le esperienze. L'organizzazione sostiene lo sviluppo delle capacità di autoaffermazione e stimola il potenziale dei bambini e delle loro famiglie. I bambini e le loro famiglie sono supportati mentre superano la sensazione di perdita di controllo e competenza derivante dagli effetti a lungo termine del trauma. Questo può essere facilitato se l'organizzazione dà loro l'opportunità di scelte e decisioni su piani e interventi terapeutici.

L'organizzazione riconosce che le risorse dei suoi professionisti dell'assistenza all'infanzia sono ampiamente utilizzate essendo consapevole del trauma e quindi le rafforza e le sostiene. I coordinatori supportano i dipendenti nel concentrarsi sul nucleo del loro lavoro. Sono anche supportati quando si affrontano situazioni difficili, con bambini o familiari o durante il recupero e il lavoro con i propri traumi.

Principio base 6.

INCLUSIONE



Il sesto principio riguarda il superamento di stereotipi e pregiudizi e la stimolazione dell'inclusione e dell'intersezionalità. L'intersezionalità è definita come il fenomeno per cui ogni individuo in una società sperimenta in modo diverso disuguaglianza, identità ed emancipazione sulla base di fattori intersecanti come cultura, genere o esperienze passate. Concentrarsi su un fattore è troppo unilaterale per spiegare la complessità della discriminazione o del privilegio.

L'organizzazione e il personale lavorano attivamente contro l'emergere di stereotipi e pregiudizi. I piani di trattamento includono il potenziale curativo della cultura e delle tradizioni. I protocolli, le procedure e le disposizioni dell'organizzazione tengono conto delle caratteristiche culturali, etniche e di genere di ciascun individuo.

3. Consapevolezza del trauma nel funzionamento quotidiano dell'organizzazione

Non sarà sufficiente una singola sessione di allenamento (indipendentemente dalla durata) o la mera distribuzione del protocollo a rendere un'organizzazione sensibile al trauma. Ciò che consentirà di implementare o mantenere la consapevolezza sensibile al trauma è l'implementazione strutturale, la supervisione, la pratica continua delle abilità, l'intervisione e la ripetizione delle conoscenze, abilità e attitudini formate (Cutuli et al., 2019). Per quanto riguarda l'organizzazione, definiamo quattro fattori chiave per lavorare in modo sensibile al trauma con i bambini piccoli.

Il primo fattore chiave include l'**implementazione di uno screening sistematico per i traumi** (v. protocollo di *screening* e rinvio). I sintomi correlati al trauma sono più difficili da trattare quando non vengono rilevati precocemente ed efficacemente (Roberts et al., 2019). Un trauma non riconosciuto e non affrontato può ostacolare la salute mentale e portare a conseguenze negative. Senza *screening*, la storia del trauma spesso non viene rilevata. È importante che i professionisti siano formati all'uso di procedure di *screening* basate su qualcosa di più della sensazione o dell'esperienza viscerale, e che derivino dalla ricerca scientifica (Cutuli et al., 2019). Lo *screening* sistematico e il riconoscimento del trauma sono essenziali. L'organizzazione di assistenza all'infanzia dovrebbe sostenere i bambini e i loro familiari e, se possibile, reindirizzarli a servizi terapeutici specifici per i traumi.

Il secondo fattore chiave è stimolare la **formazione e lo sviluppo (professionale)** dei dipendenti. I professionisti che lavorano nei servizi di assistenza all'infanzia sono diversi per formazione ed esperienza di base. La formazione permanente per tutti i professionisti dell'assistenza all'infanzia è essenziale e dovrebbe essere presa in considerazione quando si assume un nuovo dipendente, quando si supervisiona il posto di lavoro e quando si valutano le prestazioni. I programmi di formazione dovrebbero aumentare l'autosufficienza e il benessere mentale dei dipendenti (Walkley & Cox, 2013). L'ambiente fisico dovrebbe prendere in considerazione le esigenze dei dipendenti per il riposo e il ristoro.

Il terzo fattore chiave consiste nell'includere **pratiche di lavoro basate sull'evidenza**. Quando si lavora con i bambini, dovrebbero essere utilizzati i metodi e le pratiche scientificamente più recenti. L'organizzazione dovrebbe monitorare quali metodi e pratiche vengono utilizzati e valutare l'efficacia e l'efficienza di questi metodi consultando professionisti dell'assistenza all'infanzia (Cutuli et al., 2019).

Il quarto fattore chiave è facilitare la collaborazione e la **cooperazione tra i sistemi**. I servizi di assistenza all'infanzia e i suoi dipendenti dovrebbero essere incoraggiati a rivolgersi anche ad altri servizi e ai propri dipendenti in modo sensibile al trauma. Ciò implica il riconoscimento degli effetti e del significato del trauma e l'uso di strategie che supportano la sicurezza e l'empowerment, anche quando altri sistemi non operano in modo sensibile al trauma (Walkley & Cox, 2013). A livello individuale, ciò potrebbe includere parlare rispettosamente o coinvolgere le famiglie nelle procedure decisionali relative ai bisogni del bambino. A livello organizzativo, ciò potrebbe includere i coordinatori pedagogici (o in generale i supervisori) delle strutture per monitorare il livello di coinvolgimento e collaborazione di bambini e familiari.

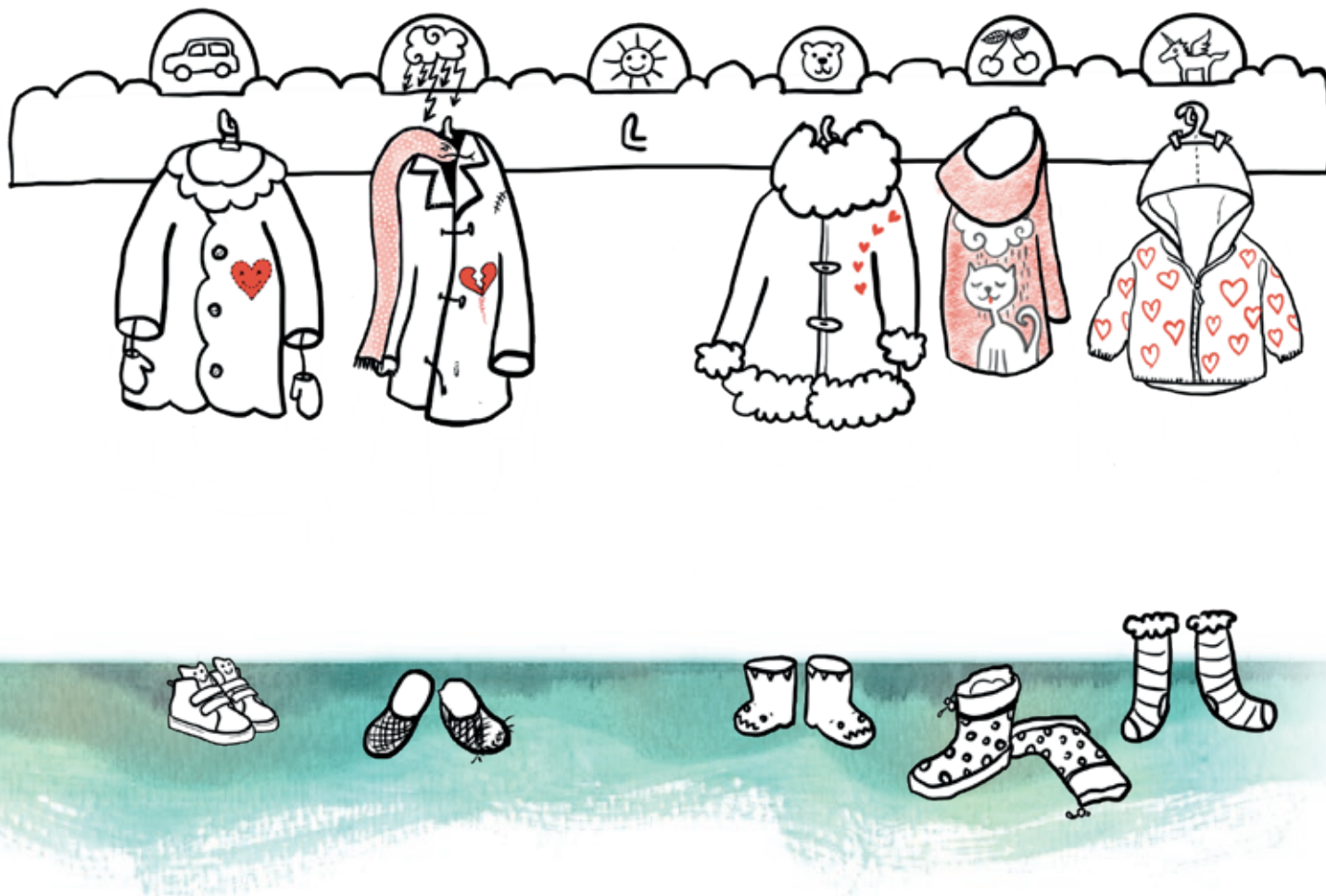
La collaborazione e la cooperazione includono anche il riconoscimento che ci sono alcune situazioni in cui un bambino potrebbe aver bisogno di maggiore sostegno, oltre alle cure sensibili al trauma. Riconoscere e comunicare questo non è sempre facile, quindi deve esserci l'opportunità di pensare a queste situazioni con una supervisione professionale. Se il bambino ha bisogno di sostegno in altri ambiti, è necessario che i professionisti pensino insieme, dialoghino con i *caregiver* primari, coinvolgano il bambino in modo per lui comprensibile e si aiutino a vicenda per garantire lo sviluppo del bambino. Questo tipo di rete protettiva è ciò che può portare a una vera guarigione. Inoltre, prima che il sostegno possa essere stabilito, è necessario stabilire che è necessario. È necessario domandarsi quando rivolgersi ai familiari o ad altri professionisti. Questa è spesso una zona grigia. Non esiste una linea guida che possa derimere quali bambini hanno bisogno di ulteriore supporto e quali no. In situazioni di stress acuto o quando lo sviluppo è ritardato, è importante parlarne con i colleghi, con il bambino e con i familiari del bambino. Le domande che potrebbero aiutare a decidere se la situazione necessita di ulteriore supporto (possibilmente da parte di professionisti specializzati) sono: "Hai informazioni sulla famiglia di questo bambino?", "La famiglia potrebbe essere sotto pressione? Quali fattori potrebbero contribuire a tale pressione?". In questi contesti è importante scambiare riflessioni, discutere le possibilità con un collega.



CAPITOLO 4.



Mettiamoci al lavoro: assistenza sensibile al trauma per bambini di età compresa tra 0 e 3 anni



“ *L'anima umana non vuole essere consigliata, riparata o salvata. Vuole semplicemente essere supportata per essere vista, ascoltata e accompagnata esattamente com'è. Quando ci inchiniamo davanti all'anima di una persona sofferente, il nostro rispetto rafforza le risorse curative dell'anima, le sole risorse che possono aiutare il malato a farcela.* ”

(Parker J. Palmer)

Lo scopo di questo capitolo è quello di offrire “appigli” orientati alla trauma-sensitive care ai professionisti dell'assistenza all'infanzia per il lavoro quotidiano con i bambini 0-3 anni.

1. I principi della trauma-informed care nelle organizzazioni per l'infanzia

Considerare e applicare i principi della trauma-informed care al trauma fornisce un quadro in cui i familiari, i professionisti e i bambini possono sentirsi ugualmente al sicuro. Se vogliamo creare un'organizzazione sensibile al trauma, dobbiamo applicare i principi sia a livello organizzativo sia individuale. Questo quadro dovrebbe essere fornito dai coordinatori pedagogici (o supervisori in generale) **alle organizzazioni per l'infanzia** in modo che i professionisti possano lavorare secondo le loro migliori conoscenze, i genitori possano vivere l'asilo come uno spazio sicuro per sé stessi e i loro figli possano trovarsi in un ambiente in cui il loro sviluppo è supportato al meglio.

Nella sezione seguente abbiamo raccolto alcune domande-stimolo che potrebbero aiutarti a pensare a quali principi sono già applicati all'interno dell'organizzazione per cui lavori e quali sono, invece, le aree in cui è necessario uno sviluppo. Dopo aver riflettuto sulle domande, abbiamo raccolto alcuni suggerimenti che possono aiutarti ad applicare i principi a livello organizzativo.

Raccomandiamo che i responsabili pedagogici (o supervisori) delle organizzazioni esaminino le domande per supportare la propria organizzazione nel processo di implementazione dell'assistenza sensibile al trauma nel modo più efficiente.



CHECKLIST PER COORDINATORI PEDAGOGICI (O SUPERVISORI IN GENERALE)

Questa checklist può essere utilizzata dai coordinatori pedagogici (o supervisori, più in generale) che desiderano valutare il livello di sensibilità al trauma dell'organizzazione per l'infanzia. Un modo ottimale per utilizzare questa checklist è il seguente:

- Usare le domande per riflettere sul modo in cui i principi di base sono già incorporati nell'organizzazione di assistenza all'infanzia, e dove c'è spazio per migliorare.
- Scrivere le riflessioni (di gruppo).
- Sulla base di queste riflessioni, completare un piano d'azione che stimoli ad evolvere consapevolmente verso cure più sensibili al trauma.
- Cercare di rispondere nel modo più veritiero possibile. Non interpretare la checklist come un test o un quiz. Non ci sono risposte giuste o sbagliate.
- Per valutare il cambiamento, cercare di riflettere su ciascun principio almeno una o due volte l'anno.



SICUREZZA

L'obiettivo primario è creare un senso di sicurezza nell'organizzazione per l'infanzia, a livello organizzativo per il personale e a livello di attuazione per i bambini e i loro familiari.



FOCUS: PROFESSIONISTI DELL'ASSISTENZA ALL'INFANZIA

Domande di riflessione sul principio di sicurezza	Suggerimenti per garantire la sicurezza
L'organizzazione garantisce attivamente che i professionisti dell'assistenza all'infanzia si sentano fisicamente al sicuro ?	<ul style="list-style-type: none">• L'ambiente organizzativo dovrebbe fornire sicurezza e prevedibilità (spazi adatti alle diverse attività).• Creare linee guida su cosa fare in caso di emergenza (regole di primo soccorso, numero di ambulanze, ecc.).• Stabilire protocolli e formazione accessibili e ampiamente conosciuti per le situazioni di emergenza.• Stabilire un protocollo di protezione dell'infanzia e un programma di formazione nell'istituto.
L'organizzazione garantisce attivamente che i professionisti dell'assistenza all'infanzia si sentano emotivamente al sicuro ?	<ul style="list-style-type: none">• Agenda chiara e routine quotidiane, politiche, strutture e regole per tutti (bambini, familiari, professionisti dell'assistenza all'infanzia, supervisori)• Comunicazione chiara, gentile e rispettosa con tutti.• Un insieme di standard e un'atmosfera in cui tutti si sentono liberi di porre domande, dare e ricevere feedback rispettosi.
C'è un posto che garantisca adeguata <i>privacy</i> (ad es., per conversazioni importanti con familiari) per i professionisti dell'assistenza all'infanzia, per i bambini e per i familiari?	L'ambiente organizzativo dovrebbe fornire sicurezza e prevedibilità (spazi adatti alle diverse attività).
I professionisti dell'assistenza all'infanzia sono formati per comunicare e agire in caso di incidenti di sicurezza? (es. azioni impulsive tra bambini)	Fornire comunicazione (linee guida) e formazione su: <ul style="list-style-type: none">• Cosa fa un professionista dell'assistenza all'infanzia quando si verifica un incidente di sicurezza• In che modo i professionisti dell'assistenza all'infanzia possono comunicare con i bambini in merito a questi incidenti• In che modo i professionisti dell'assistenza all'infanzia possono comunicare con i genitori in merito a questi incidenti (v. protocollo di <i>screening</i> e rinvio).



FOCUS: CAREGIVER PRIMARI

Domande di riflessione sul principio di sicurezza	Suggerimenti per garantire la sicurezza
<p>I primi contatti con familiari sono accoglienti, rispettosi e coinvolgenti?</p>	<p>Sii consapevole del fatto che per molti genitori il primo incontro può essere un'esperienza difficile e che può provocare ansia. Comunicare in modo sensibile in risposta a questa situazione:</p> <ul style="list-style-type: none">• presentarsi;• stabilire lo scopo e la struttura della conversazione (quanto tempo hai, di cosa devi parlare prima);• ascolta attentamente le loro comunicazioni;• dare loro abbastanza tempo per formulare le loro domande;• se non c'è abbastanza tempo per discutere di tutto, indica quando e dove puoi continuare la conversazione o dove puoi trovare maggiori informazioni;• se trovi che sono ansiosi per la nuova situazione, indica che è perfettamente comprensibile. <p>Il professionista dell'assistenza all'infanzia tiene conto delle opinioni dei familiari ed è presente con un atteggiamento gentile e curioso.</p>
<p>I familiari ricevono spiegazioni e informazioni chiare su ogni attività e procedura? (es., accordi per il riposo pomeridiano)</p>	<p>Tenere presente che ciò che è familiare per i professionisti potrebbe non esserlo per un nuovo membro. Prendersi il tempo per spiegare con precisione le abitudini, i compiti e le procedure. Concedere il tempo sufficiente per porre domande e chiarire eventuali incertezze.</p>
<p>I professionisti dell'assistenza all'infanzia sono attenti ai segnali di disagio dei familiari? Capiscono questi segni in modo sensibile al trauma?</p>	<p>Le capacità di mentalizzazione possono aiutare a riflettere sui sentimenti e le intenzioni che stanno dietro al mio comportamento e a quello degli altri. Se un evento fosse troppo intenso e stressante, la supervisione potrebbe aiutare a comprendere meglio la situazione opprimente.</p>



PREVEDIBILITÀ

Lo scopo primario di questo principio è garantire che l'organizzazione per l'infanzia operi in modo strutturato e trasparente.



FOCUS: PROFESSIONISTI DELL'ASSISTENZA ALL'INFANZIA

Domande di riflessione sul principio di prevedibilità	Suggerimenti per garantire la prevedibilità
L'organizzazione ha aspettative e requisiti chiari per il ruolo e il mandato dei diversi professionisti dell'assistenza all'infanzia?	<p>Una descrizione del lavoro dovrebbe essere fornita a tutti i dipendenti.</p> <p>L'arrivo di un nuovo professionista dovrà essere preceduto da una selezione consapevole, basata (anche) sui principi della trauma-informed care.</p> <p>Il nuovo professionista riceverà formazione e preparazione adeguate.</p> <p>Il lavoro dei professionisti dell'assistenza all'infanzia è supportato da supervisione e tutoraggio</p>
L'organizzazione ha informazioni disponibili sulla rete di supporto? (Quando? Da chi? Come? Qual è il contesto?)	Offrire una guida sulle forme di sostegno disponibili all'interno e al di fuori dell'organizzazione.
L'organizzazione garantisce il rispetto dei confini professionali e personali?	<p>Creare una linea guida su come i coordinatori possono chiedere aiuto e supporto in modo positivo.</p> <p>Invitare regolarmente i professionisti dell'assistenza all'infanzia a condividere <i>feedback</i> sui propri confini e su come possono essere rispettati. È un piacere lavorare in un ambiente caldo e amichevole, ma è importante assicurarsi che i propri confini personali e professionali non oltrepassino il punto in cui diventa difficile lavorare professionalmente (ad es. essere il supervisore del proprio coinquilino o sentire l'obbligo di fare ore extra perché c'è una sovrapposizione tra il fatto che ami il tuo lavoro e ce n'è bisogno).</p>



FOCUS: CAREGIVER PRIMARI

Domande di riflessione sul principio di prevedibilità	Suggerimenti per garantire la prevedibilità
<p>Garantisco informazioni chiare sull'organizzazione di assistenza all'infanzia per quanto riguarda ciò che verrà fatto, da chi, quando, perché, in quali circostanze?</p>	<p>La comunicazione di nuove informazioni e cambiamenti deve essere comprensibile a tutti.</p> <p>È consentito il coinvolgimento di professionisti nelle decisioni professionali.</p> <p>Le responsabilità e gli ambiti di attività sono chiari, tutti ne sono consapevoli.</p> <p>Esiste una politica sui segnali preoccupanti.</p> <p>I professionisti dell'assistenza all'infanzia e familiari hanno familiarità con la <i>policy</i> dell'organizzazione. Viene chiarito come i genitori possono esprimere le proprie preoccupazioni e il loro stress.</p>
<p>È chiaro per i familiari primari come, dove e in quale forma possono avere una conversazione con i professionisti dell'assistenza all'infanzia? I professionisti dell'assistenza all'infanzia sono accessibili e disponibili per i familiari primari?</p>	<p>La comunicazione reciproca con i genitori aiuta molto il lavoro all'asilo nido. Ovviamente, i professionisti dell'assistenza all'infanzia hanno molto lavoro da fare, quindi è di grande aiuto per loro e per i familiari se esiste un quadro chiaro su quando e come parlare con loro.</p> <p>È importante definire chiaramente il quadro di questa comunicazione (es.: Quando parlare faccia a faccia? Quali altri canali possono essere utilizzati per il dialogo (e-mail, telefono)? A che ora è opportuno comunicare?</p>
<p>L'organizzazione garantisce il rispetto dei confini professionali e personali?</p>	<p>Creare una lista su come i professionisti dell'assistenza all'infanzia possono offrire aiuto e parlare con le famiglie senza risultare invadenti (v. protocollo di screening e rinvio”).</p>



SUPPORTO

Lo scopo principale di questo principio è incoraggiare i responsabili delle organizzazioni per l'infanzia a facilitare il sostegno reciproco tra i membri del personale e motivare i professionisti dell'assistenza all'infanzia a facilitare la comunicazione tra i *caregiver* primari e lo sviluppo di diversi gruppi di supporto, circoli e comunità più piccole.



FOCUS: PROFESSIONISTI DELL'ASSISTENZA ALL'INFANZIA

Domande di riflessione sul principio del supporto	Suggerimenti per garantire comunità di supporto
<p>L'organizzazione si collega attivamente con altre organizzazioni esterne di assistenza all'infanzia?</p>	<p>La cooperazione reciproca tra le professioni è essenziale per gestire un servizio di assistenza all'infanzia efficace. Si consiglia di organizzare incontri periodici (anche online) dove è possibile incontrare personale sanitario, pediatri, specialisti della tutela dell'infanzia e professionisti dei servizi pedagogici. L'esperienza dimostra che se esiste già una familiarità tra professionisti, è molto più facile collaborare in situazioni difficili.</p>
<p>Ai professionisti dell'assistenza all'infanzia vengono offerte opportunità di sviluppo, formazione o altre opportunità di supporto per affrontare le sfide e le difficoltà legate al lavoro? Per sfruttare le competenze e le capacità dei professionisti dell'assistenza all'infanzia? Per stimolare i loro obiettivi di carriera?</p>	<p>L'organizzazione di sessioni di formazione offre ai professionisti dell'assistenza all'infanzia l'opportunità di uno sviluppo professionale che funge da fattore altamente motivante e aumenta anche l'impegno a lungo termine. Può essere utile predisporre un sistema per delineare chi può partecipare a quali corsi di formazione e quando, ed eventualmente anche organizzare la condivisione interna delle conoscenze e le opportunità di apprendimento tra pari.</p> <p>Creare opportunità regolari in cui i professionisti dell'assistenza all'infanzia possono chiedere aiuto o esprimere preoccupazioni all'interno del gruppo o nei confronti del proprio supervisore.</p>
<p>Ogni professionista dell'assistenza all'infanzia si sente supportato quando affronta sfide nel proprio lavoro?</p>	<p>In presenza di abusi sui minori, è possibile che chiunque stia vivendo il problema sia lasciato ad affrontarlo da solo e poiché si tratta di una situazione difficile da sostenere, quella persona potrebbe avere difficoltà a gestirla. Si raccomanda che in queste e altre situazioni emotivamente angoscianti ci siano più professionisti dell'assistenza all'infanzia coinvolti come sistema di supporto oltre alla possibilità di supervisione, se necessario.</p> <p>La fiducia tra i professionisti dell'assistenza all'infanzia non è sempre evidente. L'organizzazione dovrebbe creare fiducia tra i professionisti dell'assistenza all'infanzia sia formalmente che informalmente (pranzi, esercizi di team building, ecc.).</p>



FOCUS: CAREGIVER PRIMARI

Domande di riflessione sul principio del supporto	Suggerimenti per garantire comunità di supporto
<p>I familiari primari hanno l'opportunità di incontrarsi in contesti formali e non formali per parlare e formare una comunità?</p>	<p>C'è un enorme potenziale nell'aver una solida comunità di genitori nell'asilo nido.</p> <p>Si consiglia di organizzare incontri formali e informali con i genitori per sostenere la creazione di questa comunità. Per esempio:</p> <ul style="list-style-type: none"> • seminari per i genitori su argomenti di attualità, • giornate in cui i genitori possano vivere l'organizzazione assieme ai figli • fare giardinaggio e piantare fiori insieme nel vivaio • momenti di scambio di vestiti e giocattoli.
<p>Se una famiglia sta attraversando un periodo difficile, viene supportata a sufficienza dalle comunità professionali, genitoriali e locali? Possiamo verificare se tale supporto è effettivamente disponibile ed efficace?</p>	<p>Una forte comunità di genitori può mettere una rete protettiva attorno a coloro che si trovano in condizione di vulnerabilità. Inoltre, vale la pena osservare da un punto di vista professionale di quale aiuto necessiti la famiglia, quali organizzazioni possono essere coinvolte a supporto.</p> <p>Se non ci sono cambiamenti, è necessario riflettere sulle ragioni di ciò. La logistica di questo non dovrebbe essere responsabilità di una sola persona, è bene avere un protocollo che sia ampiamente noto.</p>



FOCUS: BAMBINI

Domande di riflessione sul principio del supporto	Suggerimenti per garantire comunità di supporto
<p>Supportiamo i bambini nella costruzione di relazioni sociali positive?</p> <p>Se è difficile per un bambino relazionarsi con gli altri, stiamo fornendo abbastanza supporto? E così facendo, prendiamo in considerazione la storia evolutiva e i confini personali del bambino?</p>	<p>Dobbiamo prestare particolare attenzione ai bambini che possono avere difficoltà nei rapporti con i pari e gli adulti e riflettere sui motivi. Ciò richiede una conoscenza approfondita della storia evolutiva del bambino.</p>



Le mie note e riflessioni per il principio del **SUPPORTO**

A large rectangular area with horizontal dotted lines, intended for writing notes and reflections.



PARTNERSHIP

Scopo principale del principio è sviluppare forme di supporto nell'organizzazione per l'infanzia e offrire formazione e sostegno alla salute mentale dello staff.



FOCUS: PROFESSIONISTI DELL'ASSISTENZA ALL'INFANZIA

Domande di riflessione sul principio della partnership	Suggerimenti per garantire la partnership
<p>I professionisti dell'assistenza all'infanzia si forniscono supporto professionale reciproco?</p> <p>L'organizzazione consente ai professionisti dell'assistenza all'infanzia di dire "no, non posso farlo"? E in questi casi, i professionisti possono fare affidamento in sicurezza sui colleghi?</p>	<p>Il coordinatore pedagogico (o supervisore) parlerà di tanto in tanto con il personale per offrire la possibilità di scambiarsi feedback. Lo scopo dell'incontro è fornire supporto e promuovere uno sviluppo comune.</p> <p>I professionisti dell'assistenza all'infanzia devono sentirsi in grado di dire "no" senza conseguenze alle cose che vanno oltre i loro confini professionali o personali.</p>
<p>L'organizzazione offre ai professionisti dell'assistenza all'infanzia sufficienti opportunità di supporto?</p>	<p>Fornire momenti di confronto ai professionisti dell'assistenza all'infanzia per consentire di porre domande e affrontare difficoltà o incertezze.</p>
<p>Esiste un'equa distribuzione delle responsabilità tra i professionisti dell'assistenza all'infanzia in termini di esperienza e carico di lavoro?</p> <p>C'è qualcuno che ha un carico di lavoro troppo pesante e che non gode di alcuna forma di supporto?</p>	<p>L'organizzazione dovrebbe valutare come viene distribuito il carico di lavoro tra i professionisti dell'assistenza all'infanzia. Dobbiamo essere consapevoli di qualsiasi sovraccarico ed essere in grado di organizzare il sostegno e l'aiuto necessari.</p> <p>Creare opportunità regolari per i professionisti dell'assistenza all'infanzia per parlare del carico di lavoro e della suddivisione di responsabilità. Annotare le ore lavorate e il tempo dedicato alle attività può anche fornire un'immagine oggettiva del fatto che qualcuno sia oberato di lavoro.</p>



FOCUS: CAREGIVER PRIMARI

Domande di riflessione sul principio della partnership	Suggerimenti per garantire la partnership
<p>Il rapporto tra professionisti e <i>caregiver</i> primari è basato sulla collaborazione e sul rispetto reciproco?</p> <p>L'organizzazione di assistenza all'infanzia comunica e mostra l'atteggiamento secondo cui i <i>caregiver</i> sono i massimi esperti della propria esperienza?</p> <p>Le competenze del professionista e dei <i>caregiver</i> primari sono riconosciute reciprocamente? I professionisti e i <i>caregiver</i> primari riconoscono le competenze reciproche?</p>	<p>Le interazioni <i>caregiver</i>-professionisti dell'assistenza all'infanzia potrebbero diventare inconsciamente una dinamica gerarchica. Ciò richiede un'attenzione particolare, il rapporto dovrebbe essere basato su una partnership tra il professionista e i <i>caregiver</i>, e non su una gerarchia. È importante ascoltare con attenzione le esperienze e le conoscenze dei genitori sul loro bambino. La comunicazione dovrebbe essere rispettosa da entrambe le parti. La competenza dei genitori e quella dei professionisti sono reciprocamente riconosciute e rispettate.</p> <p>I <i>caregiver</i> dovrebbero avere l'opportunità di porre domande o segnalare difficoltà ai professionisti dell'assistenza all'infanzia in un ambiente sicuro. Dovrebbero essere disponibili spazio e tempo adeguati per questo tipo di comunicazione.</p>



FOCUS: BAMBINI

Domande di riflessione sul principio della partnership	Suggerimenti per garantire la partnership
<p>Guardiamo ai bambini come capaci e competenti?</p> <p>Trattiamo i bambini con lo stesso rispetto che ci aspettiamo che mostrino a tutti gli altri?</p>	<p>Probabilmente è facile rispondere sì a queste domande, ma ci sono ancora molte situazioni in cui possiamo essere sopraffatti, perdere la pazienza, avere difficoltà a relazionarci o a capire il comportamento di un bambino.</p> <p>Se sperimentiamo ciò in noi stessi o nei nostri professionisti dell'assistenza all'infanzia, è importante fornire opportunità di prendersi cura di sé e di riposarsi. L'organizzazione deve essere attenta a questo proposito e fornire opportunità di guarigione.</p>



Note e riflessioni sul principio della PARTNERSHIP



PRESENZA

Lo scopo del principio è garantire che il personale dell'organizzazione disponga di un sostegno a livello organizzativo per mantenere la motivazione, prevenire il burnout e lavorare con famiglie traumatizzate. È importante sfruttare i punti di forza di *caregiver* primari e personale.

Creare un senso di controllo in piccole situazioni decisionali può aiutare le famiglie traumatizzate e i bambini che spesso devono vivere in circostanze in cui non hanno il controllo.



FOCUS: PROFESSIONISTI DELL'ASSISTENZA ALL'INFANZIA

Domande di riflessione sul principio della presenza	Suggerimenti per garantire la presenza
<p>L'organizzazione ha sviluppato un approccio ai "danni morali" come organizzazione e come squadra, e come far fronte a tali sentimenti?</p> <p>"Danno morale" significa che i professionisti dell'assistenza all'infanzia potrebbero incontrare sfide personali quando le loro aspettative e convinzioni morali vengono violate. Le conseguenze possono includere sentimenti di colpa, vergogna, rabbia e tradimento. Ad esempio, un professionista dell'assistenza all'infanzia potrebbe aver fatto di tutto per rivolgersi alle organizzazioni specializzate in abuso sui minori, che ancora non intervengono sulla situazione.</p>	<p>Creare opportunità di dialogo su questi sentimenti ed esperienze.</p> <p>Contattare un supporto professionale (esterno) per i professionisti dell'assistenza all'infanzia.</p> <p>Contattare i professionisti dell'assistenza all'infanzia: come ti senti oggi? Validare i loro sentimenti, se possibile.</p>
<p>L'organizzazione offre ai professionisti dell'assistenza all'infanzia l'opportunità di presentare nuove idee?</p>	<p>È importante che i membri del personale sentano di avere l'opportunità di presentare e utilizzare le proprie idee su questioni professionali.</p>
<p>L'organizzazione si basa su piccole scelte che fanno la differenza per i professionisti dell'assistenza all'infanzia? (ad es. possibilità di esprimere preferenze personali in merito a modalità e tempi di comunicazione)</p>	<p>Se c'è un'opportunità per farlo, è importante che i professionisti abbiano la possibilità di scegliere orari flessibili, le formazioni da seguire, quando i genitori possono contattarli e in quale forma.</p>



FOCUS: CAREGIVER PRIMARI

Domande di riflessione sul principio della presenza	Suggerimenti per garantire la presenza
L'organizzazione presta attenzione ai punti di forza e alle risorse della famiglia?	<p>Anche nelle situazioni difficili, è importante essere consapevoli dei punti di forza della famiglia, su cui lavorare congiuntamente.</p> <p>È facile cadere nella trappola di concentrarsi sulle sole aree di miglioramento.</p> <p>Per ottenere un quadro più equilibrato, possiamo utilizzare la metodologia di analisi SWOT (vedi figura 7 sotto) (Kenton, 2021) per stabilire ed elencare i punti di forza, di debolezza, le opportunità e i potenziali rischi della famiglia. Con questo metodo, è facile individuare se ci si sta concentrando troppo sulle aree di miglioramento.</p>
L'organizzazione si basa su piccole scelte che fanno la differenza?	<p>Dare libertà di scelta, in quelle situazioni dove è possibile.</p> <p>Consentire alle persone di cambiare opinione senza sentirsi in colpa.</p> <p>Informare i professionisti dell'assistenza all'infanzia, i <i>caregiver</i> e i bambini sulle alternative e sulle possibili conseguenze. Semplificare e chiarire i diritti di decisione.</p>



Figura 7 SWOT – Punti di forza, debolezze, opportunità, rischi (Kenton, 2021) (Illustrazione di Emese Iványi)



FOCUS: BAMBINI

Domande di riflessione sul principio della presenza	Suggerimenti per garantire la presenza
L'organizzazione tratta i bambini con rispetto in ogni circostanza?	Il professionista dell'assistenza all'infanzia dovrebbe basarsi sui punti di forza del bambino, tenendo conto del ritmo di sviluppo individuale di ogni bambino.
Il collegamento con i bambini fornisce sicurezza?	Il professionista dell'assistenza all'infanzia dovrebbe adattare l'attività al livello di sviluppo dei bambini.
L'organizzazione quotidiana offre ai bambini una scelta nelle attività e nei compiti che li aiutano a crescere?	<p>Il professionista dell'assistenza all'infanzia dovrebbe essere in grado di tenere conto delle differenze tra gli stati biologici e di sviluppo.</p> <p>I bambini, quando possibile, dovrebbero avere voce in capitolo e l'opportunità di dire di no.</p> <p>L'approccio 6R del Dott. Bruce Perry si basa sul principio che le attività caratterizzate da queste qualità hanno un effetto curativo sul sistema nervoso. (Si veda figura 6 sopra)</p> <p>Queste attività sono:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Relazionali (sicure) • Rilevanti (corrispondenti allo sviluppo dell'individuo) • Ripetitive (schematiche) • Gratificanti (piacevoli) • Ritmiche (risonanti con schemi neurali) • Rispettose (del bambino, della famiglia e della cultura)



Note e riflessioni sul principio della PRESENZA



INCLUSIONE

Lo scopo del principio è che i professionisti dell'assistenza all'infanzia siano consapevoli, e quindi rispettino, la diversità, gli stili educativi e le caratteristiche delle famiglie dei bambini con cui lavorano.



FOCUS: PROFESSIONISTI DELL'ASSISTENZA ALL'INFANZIA

Domande di riflessione sul principio dell'inclusione	Suggerimenti per garantire inclusività
<p>L'organizzazione è aperta e inclusiva nei confronti di tutti i professionisti dell'assistenza all'infanzia, indipendentemente da sesso, età, religione o origine?</p> <p>I professionisti dell'assistenza all'infanzia sono incoraggiati a famigliarizzare con altre culture, con le loro esperienze, storie e spiegazioni?</p>	<p>L'organizzazione condanna gli stereotipi e i pregiudizi culturali del passato (ad esempio, basati su etnia, orientamento sessuale, età, e cultura), offre servizi sensibili al genere, sfrutta il valore curativo delle connessioni culturali tradizionali e riconosce e affronta il trauma storico.</p> <p>È importante che i professionisti aumentino la consapevolezza degli effetti traumatici della povertà e della deprivazione.</p> <p>Vengono prese in considerazione le difficoltà e i possibili effetti traumatici transgenerazionali dell'appartenenza a una minoranza etnica.</p>



FOCUS: CAREGIVER PRIMARI

Domande di riflessione sul principio dell'inclusione	Suggerimenti per garantire inclusività
<p>L'organizzazione è aperta e inclusiva verso tutte le famiglie, indipendentemente da sesso, età, religione o origine?</p> <p>I <i>caregiver</i> sono incoraggiati a conoscere altri <i>caregiver</i> e professionisti dell'assistenza all'infanzia in momenti formali e informali?</p> <p>C'è spazio per i professionisti dell'assistenza all'infanzia per sostenere i <i>caregiver</i> senza dover "risolvere" il problema?</p>	<p>Evita giudizi e aspettative basati sui tuoi valori e standard professionali quando comunichi con i genitori. La comunicazione con i genitori dovrebbe sempre cercare di essere inclusiva, aperta e calma.</p> <p>Offrire spiegazioni pratiche. Cose che potrebbero essere evidenti per una persona potrebbero non essere così evidenti per altre.</p>



FOCUS: BAMBINI

Domande di riflessione sul principio dell'inclusione

Suggerimenti per garantire inclusività

L'organizzazione è aperta e inclusiva nei confronti di tutti i bambini, indipendentemente da sesso, età, religione o origine?

C'è un clima sensibile nell'organizzazione, nel senso che tutti i contatti quotidiani con i bambini si basano su questi sei principi?

L'organizzazione si basa attivamente sulla resilienza e sui punti di forza di ogni singolo bambino?

Creare linee guida su come i bambini possono familiarizzare con culture diverse dalla loro.

Mantenere le aspettative a un livello realistico in modo che i bambini possano sperimentare il successo.

Offrire molte spiegazioni pratiche. Cose che potrebbero essere evidenti per una persona potrebbero non essere così evidenti per altre.

Fare ai bambini complimenti personali e specifici.

I professionisti dell'assistenza all'infanzia sono aperti alle differenze nelle abitudini quotidiane dei bambini? (essere aperti a comprendere e accettare, tenendo presente che un'istituzione non può essere adattata appieno alle esigenze individuali).

Essere attenti, accettare e guidare i bambini verso i valori comuni evitando sensi di colpa e vergogna (rendersi conto che è un processo molto difficile sia per l'educatore sia per il bambino.).



Note e riflessioni sul principio dell'INCLUSIONE

A large rectangular area with horizontal dotted lines, intended for taking notes or reflections.

2. L'assistenza sensibile al trauma nella pratica quotidiana degli asili nido

In questo capitolo abbiamo raccolto pratiche ed elementi metodologici utili e specifici che, insieme alla considerazione dei sei principi, possono sostenere efficacemente il funzionamento di un asilo nido sensibile al trauma.



ATTENZIONE AL BAMBINO

I bambini hanno bisogno di un ambiente strutturato e di routine. Quando la giornata è prevedibile, i bambini si sentono sicuri e pronti ad esplorare. Per attuare ciò si consiglia di prendere in considerazione i seguenti suggerimenti:

Creare una struttura

- Organizzare un momento di inizio e di chiusura condivisi
- Visualizzare la routine quotidiana con illustrazioni,
- Offrire ai bambini il controllo sulla loro struttura quotidiana, quando possibile
- Creare transizioni rilassanti (attraverso musica e canzoni)

Prevedere momenti di riposo

- Organizzare esercizi sensoriali in spazi con pochi stimoli
- Offrire vicinanza fisica (seduto sulle ginocchia, cantare, atteggiamento rassicurante)
- Introdurre i bambini alla natura e agli animali
- Usare il rumore bianco durante il pisolino
- Introdurre il massaggio infantile
- Introdurre lo yoga per bambini

Lavorare ritmicamente e stimolare lo sviluppo

- Fare musica per e con i bambini
- Offrire laboratori *caregiver*-bambini per fare musica insieme
- Ballare
- Stimolare il gioco sensoriale (conoscere, esplorare, e giocare con sabbia o acqua)

Sviluppare una politica di acclimatemento

- Creazione e attuazione di una politica di acclimatemento per tutti i nuovi bambini
- Chiedere ai *caregiver* di scattare alcune foto dell'ambiente domestico che possono essere presentate ai bambini presso il nido quando si sentono angosciati
- Dare a *caregiver* alcune foto dell'ambiente della struttura da guardare a casa, in modo che i bambini possano abituarsi all'ambiente
- Creare e attuare una politica di acclimatemento per i bambini che passano in un altro gruppo all'interno del nido

- Offrire ai bambini una bacheca di pianificazione/abitudini in un luogo visibile e accessibile, che possano seguire per comprendere le routine quotidiane
- Sottolineare l'importanza di un "momento di saluto con il caregiver" che non deve essere necessariamente breve
- Stimolare la connessione fisica tra la casa e l'organizzazione per l'infanzia (attraverso odori, immagini e routine)

Comunicare in modo positivo

- Parlare in modo adeguato all'età del bambino
- Sorridere e ridere insieme
- Rispecchiarsi nella comunicazione delle emozioni (gioco dello specchio)
- Aumentare i momenti uno-ad-uno
- Giocare insieme ai bambini
- Coinvolgere i bambini nella preparazione di un'attività
- Dare ai bambini possesso e controllo quando possibile
- Riconoscere le emozioni (sia piacevoli che spiacevoli)

Personalizzazione

- Creare uno spazio che appartenga ai bambini
- Integrare il punto di interesse dei bambini nello spazio
- Creare uno spazio sicuro per loro dove poter disporre le loro cose (vestiti, giocattoli, disegni)

Mentalizzazione

- Supportare la mentalizzazione attraverso il gioco
- Leggere ad alta voce per riconoscere i sentimenti e imparare a dare un nome alle situazioni
- Leggere libri adatti ai bambini su sentimenti e situazioni stressanti
- Organizzare spettacoli di burattini su temi che coinvolgano i bambini
- Raccontare storie su "chi è questo bambino" e "cosa è successo al bambino"
- Narrare esperienze
 - Esprimere ciò che si fa, ciò che si pensa e ciò che si prova al riguardo
 - Esprimere ciò che il bambino potrebbe pensare e provare, specialmente in una situazione opprimente
 - Se la situazione è più calma, chiedere ai bambini dei loro pensieri e sentimenti
 - Incoraggiarli a esprimere i loro sentimenti
 - Insegnare loro che tutti i sentimenti sono rilevanti
- Pensare come coinvolgere i bambini che parlano lingue diverse a casa



ATTENZIONE AI CAREGIVER PRIMARI

Questa parte è identica al paragrafo precedente su attenzione ai bambini. Un ambiente di questo tipo può essere realizzato tenendo in considerazione questi suggerimenti.

Offrire riposo/relax ai caregiver

- Senza necessità di una completa ristrutturazione, ipotizzare come disporre lo spazio in modo diverso per offrire un angolo tranquillo ai *caregiver*.
- Creare un'atmosfera tranquilla negli orari di consegna e ritiro
- Puntare sull'accessibilità (politica della porta aperta)
- Organizzare un angolo caffè/colazione per i *caregiver*
- Avere una sedia dove i *caregiver* possono allattare o coccolare i propri figli
- Creare uno spazio fisico dove i *caregiver* possono parlare liberamente
- Organizzare un'area giochi dedicata a bambini e *caregiver*

Aumentare il coinvolgimento dei caregiver

- Concentrarsi sulla connessione tra bambino e *caregiver*, senza aspettarsi nulla in più da loro. Prestare attenzione anche alla micro-discriminazione se ci si rivolge ai *caregiver* sulla base del loro background culturale.
- Organizzare gite o escursioni con bambini e *caregiver*
- Organizzare momenti di lettura con i *caregiver*
- Organizzare una festa dei *caregiver*

Connettersi con i caregiver

- Costruire una solida fiducia interloquendo con i *caregiver* ogni giorno, non solo quando ci sono problemi. Coinvolgere concretamente i genitori in modo sistematico nello sviluppo del proprio figlio. Coinvolgere i *caregiver* su temi importanti dello sviluppo dei bambini
- Concentrarsi su un rapporto di fiducia durante tutto l'anno
- Comunicare positivamente con i *caregiver* in merito alla giornata del bambino al nido
- Fare domande aperte e mostrare interesse per i genitori
- Mostrare interesse per l'identità del/i *caregiver*
- Prestare attenzione ai *caregiver*
- Promuovere il collegamento tra casa e organizzazione
- Adattare la comunicazione alle esigenze dei *caregiver*
- Discutere temi legati allo sviluppo del bambino con i *caregiver*
- Agevolare sistematicamente il contatto tra i *caregiver*
- Parlare con i *caregiver* su come stanno andando le cose all'asilo
- Incoraggiare momenti di conversazione informale tra i *caregiver*
- Dare ai *caregiver* l'opportunità di discutere, manifestare il proprio pensiero
- Organizzare serate formali per i *caregiver* e sessioni di formazione
- Offrire informazioni mediante poster, volantini e video

Cercare soluzioni con i caregiver

- Esprimere la propria comprensione per i caregiver
- Contribuire a trovare una soluzione ai problemi dei caregiver
- Lavorare in un'ottica di aiuto (prendere l'iniziativa visitando caregiver e offrendo sostegno)
- Collaborare con organizzazioni esterne per segnalazioni mirate



ATTENZIONE AL PERSONALE

Fare team-building nell'organizzazione (non solo nel sotto-gruppo)

- Organizzare il personale in modo che chiunque possa chiamare un collega nel momento del bisogno
- Pensare consapevolmente alla composizione della squadra
- Creare uno spazio fisico dove il personale possa riposarsi senza bambini e caregiver
- Offrire esercizi di respirazione per il personale

Aumentare la consapevolezza sull'autoregolazione

- Fare regolarmente una pausa
- Comporre un "kit di primo soccorso" per ogni membro del personale che lo aiuti a ritrovare la calma (bustina di tè, musica, ecc.)
- Creare una bacheca delle abitudini per i professionisti dell'assistenza all'infanzia: annotare ciò che funziona per ognuno per ritrovare la calma

Costruire un rapporto di fiducia tra i professionisti dell'assistenza all'infanzia

- Creare un'atmosfera serena: ad es. poter fare una pausa insieme
- Chiedere ai professionisti dell'assistenza all'infanzia "Come stai?"
- Concentrarsi sulla formazione della squadra
- Incoraggiare un legame di fiducia e comunicazione
- Tenere conto delle simpatie e antipatie reciproche
- Fare spazio a discussioni collettive positive
- Organizzare sessioni per parlare di cura di sé, stress, ecc.
- Organizzare colloqui separati con il responsabile della squadra

Strutturare la rete e costruire una mappa sociale

- Organizzare e utilizzare la rete professionale dell'asilo
- Stimolare la formazione, supervisione e il coaching (riunioni di gruppo)
- Prevedere una formazione continua e aggiornata
- Documentare la rete per trovare informazioni e strutture adeguate

3. Guida ai momenti di crisi

Per costruire una relazione e lasciare spazio allo sviluppo, è importante seguire tre passaggi per aiutare una persona a calmarsi.

La regolazione implica un modo per calmarsi fisicamente e allontanarsi consapevolmente dalla risposta di attacco, fuga o congelamento. Questa è seguita dalla relazione o connessione, un modo per stabilire un contatto e mostrare che si è lì per qualcuno. Infine, il ragionamento è un modo per parlare di ciò che è accaduto e dare un significato a sentimenti, pensieri e comportamenti. Questa sequenza è particolarmente importante perché in uno stato di eccitazione elevata, la parte “intelligente” del cervello (neocorteccia) è meno disponibile rispetto a uno stato “di calma”. Ecco perché prima regoliamo il sistema nervoso con stimoli ritmici, ripetitivi e prevedibili, e poi, quando il sistema nervoso è di nuovo in uno stato di calma, diamo una risposta più complessa, cercando di spiegare l’evento.

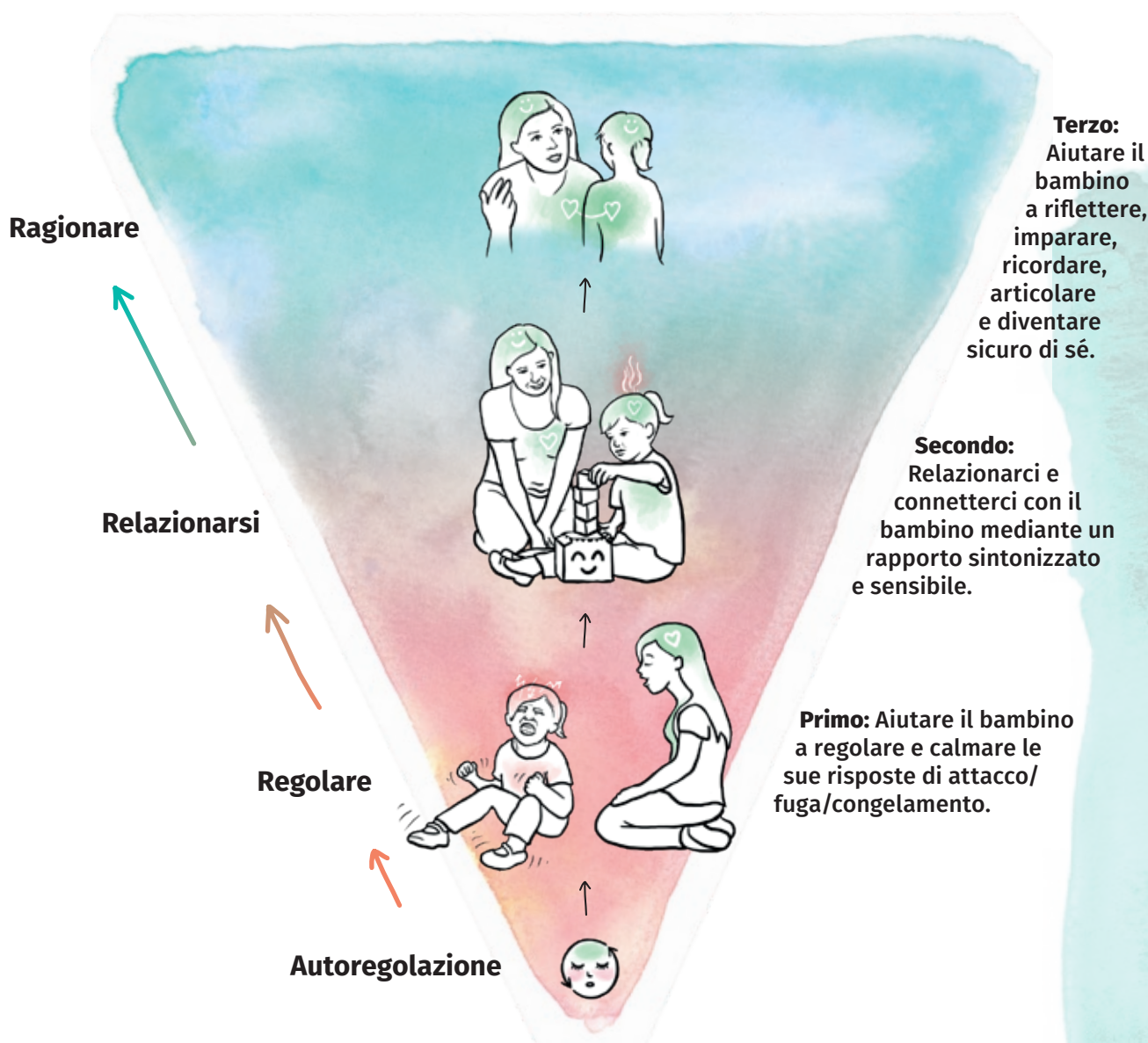


Figura 8. (Immagine di Emese Iványi, basata sul Beacon House Therapeutic Services & Trauma Team, 2019)



ATTENZIONE AL BAMBINO

Regolare

- Adeguarsi a un bambino in crisi
- Offrire uno spazio tranquillo o sicuro (con pochi stimoli)
- Ascoltare brani riconoscibili
- Stare vicini senza essere minacciosi
- Fornire un'alternativa al comportamento disfunzionale (strappare carta straccia, mordere un canovaccio, ecc.)
- Fare insieme una passeggiata

Relazionarsi

- Fare qualcosa di rilassante insieme (leggere, cantare, suonare)
- Offrire momenti in cui si è da soli
- Usare un angolo per le coccole con pochi stimoli
- Informarsi su cosa fanno i *caregiver* a casa in situazioni di crisi
- Adeguarsi a ciò che il bambino consente e indica

Ragionare

- Parlare di quello che è successo e dei possibili sentimenti che il bambino ha provato
- Dare un nome al comportamento che non va bene, ma non dare la colpa al bambino
- Dare un nome a ciò che vedi (“che lacrimoni!”)
- Dare un nome all'emozione che il bambino potrebbe provare (“probabilmente eri davvero sconvolto/arrabbiato/ansioso”)
- Usare “e” invece di “ma” (“Ci siamo divertiti ma ora dobbiamo ripulire” diventa “Ci siamo divertiti e ora dobbiamo ripulire”)
- Rievocare con il bambino quello che è successo



ATTENZIONE AL CAREGIVER

Regolare

- Invitare i *caregiver* in crisi all'interno dell'organizzazione e condurli in uno spazio tranquillo
- Dare ai *caregiver* il tempo di parlare
- Chiedere conferma di ciò che si è notato
- Chiedere di cosa necessita il *caregiver* o cosa potrebbe aiutare

Relazionarsi

- Menzionare le esperienze legate ai *caregiver* che ci rendono orgogliosi (di loro)
- Sottolineare che entrambi state cercando di affrontare un problema, non l'un l'altro
- Usare frasi brevi (“Vedo che sei sconvolto”)
- Convalidare i loro sentimenti (con parole, tono di voce)
- Chiedere di cosa necessita il *caregiver*
- Dire ai *caregiver* che il legame con loro è importante per noi anche quando criticano

Ragionare

- Chiedere poi: come stanno andando le cose adesso?
- Chiedere “Possiamo parlare di quello che è successo?” invece di porre domande sul “perché”.
- Non trarre conclusioni affrettate dopo l'evento, cercare di rimanere curiosi di sapere cosa è successo a tutti i livelli



ATTENZIONE AL PERSONALE

Regolare

- Individuare i propri fattori scatenanti dello stress e il modo per calmarci
- Discutere con i colleghi di cosa ci aiuta a calmarci
- Essere consapevoli che non si può calmare qualcun altro quando non si è calmi noi stessi
- Esercitare le abilità di regolazione (esercizi di respirazione, camminata, ecc.)
- Ricercare pace e tranquillità quando si è in crisi
- Imparare a fare appello ai professionisti dell'assistenza all'infanzia quando si è in crisi
- Introdurre linee guida all'interno del gruppo per affrontare le crisi
- Chiedere aiuto quando non si riesce a regolarsi da soli

Relazionarsi

- Imparare a conoscere i professionisti dell'assistenza all'infanzia e notare quando sono stressati
- Avere contatti regolari con i professionisti dell'assistenza all'infanzia
- Essere consapevoli che i *caregiver* possono reagire a causa dello stress ma che non è una questione personale

Ragionare

- Chiedere poi: come stanno andando le cose adesso?
- Chiedere “Possiamo parlare di quello che è successo?” invece di porre domande sul “perché”.

Risposta adattiva	RIPOSO	VIGILANZA	CONGELAMENTO	FUGA	ATTACCO
Comportamenti prevedibilmente deattivanti (comportamenti che può adottare un professionista quando un bambino è in uno stato di attivazione eccessiva)	Presenza Calma Cullare	Voce basse Contatto visivo Fiducia Indicazioni semplici e chiare	Contatto fisico lento e sicuro Contatto su invito Parole calme e melodiche Cantare, mettere musica	Presenza Calma Fiducia "Sospensione"	Contenimento fisico appropriato Allontanamento TEMPO!
Comportamenti prevedibilmente attivanti (comportamenti che non dovrebbero essere adottati dal professionista quando in uno stato di attivazione eccessiva)	Parlare Stuzzicare Rumore Televisione	Frustrazione Ansia Comunicazione a distanza senza contatto visivo Indicazioni complesse Ultimatum	Voce alta Mani in alto Scuotere il dito Urlare, minacciare Confusione	Continua frustrazione Urla Confusione Paura	Contatto fisico inappropriato Afferrare Scuotere Urlare
Aree di regolazione cerebrale	Neocorteccia Corteccia	Corteccia Sistema limbico	Sistema limbico Mesencefalo	Mesencefalo Tronco encefalico	Tronco encefalico Sistema autonomo
Processi cognitivi	Astratta	Concreta	Emotivo	Reattivo	Reattivo
Stato	CALMA	ALERTA	ALLARME	PAURA	TERRORE

Figure 9. Basato su materiali adoperati dal Neurosequential Network

4. Come discutere le preoccupazioni con i caregiver primari

Questa parte è complementare alla sezione “Linee guida per la comunicazione con i genitori” nello strumento di screening e rinvio.

Preparare la conversazione

- Di norma, invitare entrambi i genitori alla conversazione. Entrambi i genitori hanno una responsabilità nei confronti del figlio. È necessario il coinvolgimento e l'accordo di entrambi i genitori per decidere le azioni da intraprendere. Invitare entrambi i genitori consente anche di costruire una fiducia reciproca.
- I fatti non sono supposizioni. Pensare a ciò che si è osservato e a ciò che si è interpretato e separare le due cose. Le osservazioni possono essere offerte come fatti: “Ho notato che Sara ha avuto difficoltà in questo ultimo periodo per qualche motivo. Ad esempio, ho visto Sara spingere quattro bambini in due giorni”. Le preoccupazioni fanno parte della propria interpretazione: “Temo che questo cambiamento comportamentale possa essere causato da angoscia, sofferenza e che la situazione possa peggiorare se non interveniamo”.
- Trovare il tempo per la conversazione.
- Decidere chi sarà coinvolto nella conversazione e informare i genitori in anticipo.
- Pensare ai propri obiettivi.
- Riflettere sull'attuale livello di sicurezza del bambino.
- Parlare della conversazione con i colleghi. La propria prospettiva è solo un punto di vista. È importante vedere un altro punto di vista.
- Pensare già alle prime frasi da dire. Potrebbero plasmare l'intera conversazione.
- Questa situazione potrebbe pesare sulla figura del professionista dell'assistenza all'infanzia. È importante in questo caso il sostegno dei colleghi, i quali possono stabilire dei limiti se si viene trascinati dalle proprie emozioni.

Punti cruciali durante la conversazione

- Spiegare il contesto e la posizione dell'organizzazione di assistenza all'infanzia.
- Essere chiari e arrivare al punto delle proprie preoccupazioni.
- Riconoscere ai genitori il loro impegno e i loro sforzi per il bambino, ma non aver paura di definire possibili comportamenti distruttivi.
- Parlare dei loro sentimenti di rifiuto.
- Spiegare che comprendiamo i loro sentimenti.
- Trovare del tempo per discutere le conseguenze per il bambino a diversi livelli: fisico, emotivo, cognitivo, relazionale, sociale, ecc.
- Chiedere ai genitori se riescono mettersi nei panni del bambino.
- Porre dei limiti ai genitori. Cosa possono fare loro, in qualità di genitori?
- Riflettere sulla disponibilità dei genitori a cercare ulteriore sostegno:
 - Chiedere se sono in grado di comprendere le tue preoccupazioni.
 - Offrire informazioni su organizzazioni che potrebbero essere in grado di sostenerli.
 - Raggiungere degli accordi specifici per la sicurezza del bambino.
- Parlare del messaggio che i genitori possono dare al bambino dopo la conversazione.

Punti cruciali sull'atteggiamento

- Essere premurosi, ma anche diretti.
- Cercare di esprimere il problema/le preoccupazioni nel modo più dettagliato possibile.
- Assicurarci che i genitori si sentano al sicuro.

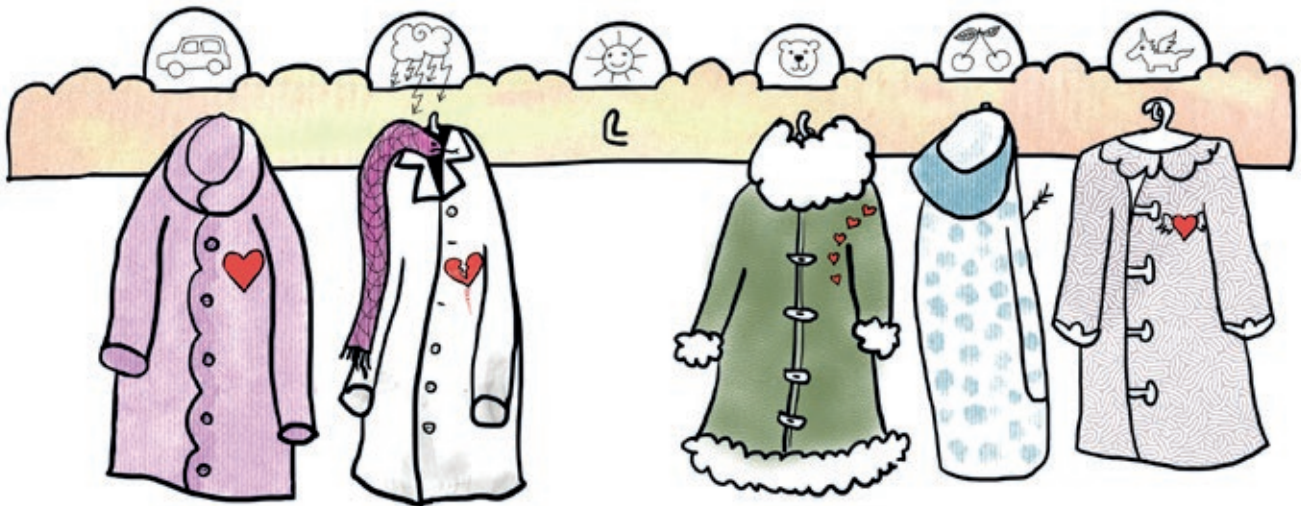
Come evitare le insidie:

- Rivolgersi direttamente ai genitori.
- Essere aperti.
- Non dubitare di sé stesso o dei propri sentimenti (continua a riflettere su te stesso, chiedi una supervisione se necessario).
- Evitare di incolpare il bambino:
 - partire sempre dalle proprie osservazioni;
 - non utilizzare dichiarazioni o citazioni del bambino.

Per ulteriori idee su come comunicare con i genitori, consulta il protocollo di screening e rinvio.

CAPITOLO 5.

Materiali supplementari



Glossario

Nel glossario offriamo un elenco alfabetico della terminologia del protocollo, con le relative spiegazioni.

1.000 giorni: I primi 1.000 giorni si riferiscono al primo periodo di vita di un bambino, dal concepimento fino al raggiungimento dei 2 anni di età. Durante questo periodo, il cervello, il corpo e i sistemi di stress si sviluppano in modo significativo, rendendolo il periodo più critico dello sviluppo.

Abuso: Qualunque circostanza causi lesioni fisiche o mentali o dolore a un bambino. Coloro che non prevencono o denunciano il danno arrecato al minore pur conoscendolo o avendo assistito possono essere, almeno in parte, colpevoli di abuso. Sono inclusi abusi fisici, emotivi, sessuali, Münchhausen per procura (quando un caregiver adulto inventa o induce intenzionalmente dei sintomi). Sono considerate forme di abuso anche l'alienazione genitoriale e la negligenza.

Attaccamento: “Un legame speciale che si forma nei rapporti madre-bambino o caregiver primario-neonato. Il legame di attaccamento ha diversi elementi chiave: (1) un legame di attaccamento è una relazione emotiva duratura con una persona specifica; (2) la relazione porta sicurezza, conforto, calma e piacere; (3) la perdita o la minaccia di perdere questa persona evoca un'intensa angoscia”. (Perry, 2001, pag. 2.)

Esperienze avverse dell'infanzia (ACEs): le ACE includono tre categorie: abuso, problematiche familiari e incuria. Subire questi eventi durante l'infanzia comporterà situazioni ed esiti peggiori più avanti nella vita del bambino.

Finestra di tolleranza: ognuno ha una “finestra di tolleranza” all’interno della funziona adeguatamente. Possiamo elaborare e reagire consapevolmente alle informazioni provenienti dal mondo esterno solo ed esclusivamente se possiamo tollerarle. Se funzioniamo “all’interno” della nostra finestra di tolleranza, siamo nella zona di eccitazione ottimale. Qui le nostre parti del cervello (la corteccia e le parti inferiori del cervello) funzionano in modo ottimale e sinergico.

Incuria/negligenza: Si è in presenza di incuria quando il neonato o il bambino non riceve le cure di cui ha bisogno per svilupparsi. Ciò danneggia e rallenta significativamente la sua salute e impedisce lo sviluppo fisico, mentale ed emotivo. Quando accertiamo un trauma, poniamo domande quali: “Cosa è successo a questo bambino? Cosa non è successo a questo bambino? Cosa non ha ricevuto? Cosa gli è mancato?” L’incuria può essere una risposta alle ultime domande.

Mentalizzazione: capacità di comprendere il proprio comportamento e quello degli altri in base agli stati mentali. Gli stati mentali possono essere sentimenti, pensieri, bisogni, obiettivi e ragioni. Tutti noi mentalizziamo quando interagiamo, ma raramente ne siamo consapevoli. Lo sviluppo di questa capacità si basa sul rapporto di attaccamento precoce (Fonagy & Target, 2005).

Neocorteccia: è la parte intelligente del nostro cervello, una struttura altamente organizzata presente in tutti gli esseri umani che elabora informazioni sensoriali, motorie, linguistiche, emotive e associative.

Regolare-relazionarsi-ragionare: processo in 3 fasi per gestire un momento di stress (proprio e altrui).

1. Regolazione di noi stessi: diventare consapevoli della nostra finestra di tolleranza e provare rientrarvi.
2. Regolazione del bambino/genitore attraverso il ripristino del legame. Solo quando il bambino/genitore diventa più calmo la relazione è di nuovo possibile.
3. Il ragionamento è di nuovo possibile: se il bambino/il genitore sta di nuovo funzionando all’interno della sua finestra di stress, si può parlare di quanto è successo.

Sottocorticale: relativo, coinvolgente o facente parte del cervello al di sotto della corteccia cerebrale.

Trauma vicario: “L’impatto traumatico su coloro che avvertono l’intensità dell’evento traumatico attraverso un’altra persona. I bambini dei veterani del Vietnam, ad esempio, sono stati segnalati per mostrare sintomi emotivi, comportamentali e fisiologici simili a quelli dei loro genitori con disturbo da stress post-traumatico (PTSD). (...). La forza e l’intensità dell’evento reale possono essere abbastanza potenti da avere un impatto su altri anche se questi non sono stati testimoni di o minacciati dall’esperienza reale. (Perry, 2014, pag. 10.)

Trigger/fattore scatenante: Qualcosa che può ricordare un trauma a una persona. Un fattore scatenante può includere informazioni sensoriali (un’immagine, un odore, un suono, un tocco) o informazioni verbali (cosa dici, ma sicuramente anche il modo in cui qualcuno dice qualcosa che fa ricordare l’evento (traumatico).

Violenza domestica: una forma di violenza, principalmente fisica, diretta a una o più vittime specifiche all’interno della famiglia.

Un modello d'assistenza organizzativa sensibile al trauma

Consapevolezza del trauma	<ul style="list-style-type: none">• Riconosce la necessità di assistenza sensibile al trauma• Esprime la necessità di un approccio all'assistenza sensibile al trauma• Utilizza un approccio basato sui dati per convalidare la necessità di tale assistenza
Sensibilità al Trauma	<ul style="list-style-type: none">• Comprende l'impatto del trauma su bambini, famiglie e genitori• Dimostra la disponibilità dell'organizzazione a diventare sensibile al trauma.• Crea processi e strutture per fornire assistenza informata sul trauma
Reattività al Trauma	<ul style="list-style-type: none">• Raccoglie informazioni sulle opportunità d'assistenza informata sul trauma• Esamina le politiche con una lente informata sul trauma.• Da priorità e crea piani per soddisfare le esigenze e le opportunità di tale assistenza
Informazione sul Trauma	<ul style="list-style-type: none">• Implementa e monitora gli sforzi dell'assistenza informata sul trauma• Adotta politiche e pratiche informate sul trauma e istituzionalizza questi cambiamenti• Controlla l'impatto dei cambiamenti culturali sull'assistenza informata sul trauma e sui risultati dei clienti

Figura 10. basata su *Bremd and Sprang (2020)*

Definizioni di trauma

“Il trauma individuale deriva da un evento, una serie di eventi o un insieme di circostanze vissuti da un individuo come dannosi fisicamente o emotivamente, pericolosi per la vita e/o che hanno **effetti negativi duraturi** sul funzionamento dell'individuo e sul benessere mentale, fisico, sociale, emotivo o spirituale” (SAMHSA, 2014).

Peter Levine definisce il trauma come qualsiasi esperienza che è “**troppo, troppo presto o troppo veloce**” (Ives, 2020). Levine sottolinea che qualsiasi evento a cui il corpo e l'individuo non riescono a far fronte in un dato momento e in cui la risposta allo stress domina il comportamento ha un effetto traumatico. Tuttavia, la reazione a stimoli irrealisticamente forti e opprimenti è naturale e necessaria.

Il Dott. Gábor Máté, medico e ricercatore, sottolinea gli effetti del trauma, il cambiamento interiore e il lavoro che l'individuo deve svolgere a seguito del trauma. “Il trauma è una ferita psichica che indurisce psicologicamente e blocca la crescita e lo sviluppo. (...) Il trauma non è ciò che ci accade, il trauma è ciò che accade in noi a seguito di ciò che **ci accade**. Il trauma è la cicatrice che ci rende meno resilienti, più rigidi, meno emotivi, più difensivi.” (Caparotta, 2020)

Bibliografia

- Abraham, J. (2016). Creating a Culture of Trauma Informed Care within Your Agency Alliance Health Center. Retrieved from https://2016traumainformedcareconference.weebly.com/uploads/1/4/0/6/14060029/creating_a_culture_of_trauma_-_james_abraham.pdf
- Allen, J. G., & Fonagy, P. (2006). Handbook of mentalization-based treatment. Wiley.
- Allen, J. G., Fonagy, P., Bateman, A., & Bulath Máté. (2011). Mentalizáció a klinikai gyakorlatban. Oriold.
- Ayre, K., & Krishnamoorthy, G. (2020). Trauma informed behaviour support: a practical guide to developing resilient learners. University of Southern Queensland.
- Baffour, F. (2016). Love your Authentic Self. (n.p.).
- Bellis, M. A., Hughes, K., Ford, K., Rodriguez, G. R., Sethi, D., & Passmore, J. (2019). Life course health consequences and associated annual costs of adverse childhood experiences across Europe and North America: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet Public Health*, 4(10), e517-e528. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(19\)30145-8](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(19)30145-8)
- Boullier, M., & Blair, M. (2018). Adverse childhood experiences. *Paediatrics and Child Health*, 28(3), 132-137. <https://doi.org/10.1016/j.paed.2017.12.008>
- Brend, D. M., & Sprang, G. (2020). Trauma-Informed Care in Child Welfare: An Imperative for Residential Childcare Workers. *International Journal of Child and Adolescent Resilience*, 7(1), 154–165. <https://doi.org/10.7202/1072595ar>
- Caparotta, M. (2020). Dr. Gabor Maté on Childhood Trauma, the Real Cause of Anxiety and Our ‘Insane’ Culture. Retrieved from <https://humanwindow.com/dr-gabor-mate-interview-childhood-trauma-anxiety-culture/>
- Crowell, J. A., Treboux, D., Gao, Y., Fyffe, C., Pan, H., & Waters, E. (2002). Assessing secure base behavior in adulthood: Development of a measure, links to adult attachment representations and relations to couples’ communication and reports of relationships. *Developmental Psychology*, 38(5), 679–693. <https://doi.org/10.1037/0012-1649.38.5.679>
- Cutuli, J. J., Alderfer, M. A., & Marsac, M. L. (2019). Introduction to the special issue: Trauma-informed care for children and families. *Psychological Services*, 16(1), 1-6. <http://dx.doi.org/10.1037/ser0000330>
- Fallot, R. D. (2015) Creating Cultures of Trauma-Informed Care (CCTIC): A Fidelity Scale.
- Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards, V., Koss, M. P., & Marks, J. S. (2019). Relationship of Childhood Abuse and Household Dysfunction to Many of the Leading Causes of Death in Adults: The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *American Journal of Preventive Medicine*, 56(6), 774–786. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2019.04.001>
- Fonagy, P., Target, M., Milák P., & Al, E. (2005). Pszichoanalitikus elméletek a fejlődési pszichopatológia tükrében. Budapest Gondolat.

Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E. L., & Target, M. (2018). *Affect regulation, mentalization, and the development of the self*. Routledge.

Ford, J. and Wilson, C. (2012). SAMHSA's Trauma and Trauma-Informed Care Experts Meeting.

Fredrickson, R. (2019). Trauma-informed care for infant and early childhood abuse. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 28(4), 389-406.

Hambrick, E. P., Brawner, T. W., Perry, B. D., Brandt, K., Hofmeister, C., & Collins, J. O. (2019). Beyond the ACE score: Examining relationships between timing of developmental adversity, relational health and developmental outcomes in children. *Archives of Psychiatric Nursing*, 33(3), 238-247.

Harris, M., & Fallot, R. (2001). Creating cultures of trauma-informed care (CCTIC): A self-assessment and planning protocol.

Ives, E. (2020): Peter Levine and Somatic Experiencing. *Psychiatry Mental Illness*, 3(1): p. 101

JBS International, Inc., & Georgetown University National Technical Assistance Center for Children's Mental Health. (2016). Creating trauma-informed provider organizations. Retrieved from http://gucchdtacenter.georgetown.edu/data/issues/2015/0215_article.html

Kenton, W., & Scott, G. (2021). Strength, Weakness, Opportunity, and Threat (SWOT) Analysis. <https://www.investopedia.com/terms/s/swot.asp>.

Juffer, F. (2010). Beslissingen over kinderen in problematische opvoedingssituaties: Inzichten uit gehechtheidsonderzoek. *Research Memoranda*, 6, 1-51.

Lund, J. I., Toombs, E., Radford, A., Boles, K., & Mushquash, C. (2020). Adverse childhood experiences and executive function difficulties in children: A systematic review. *Child Abuse & Neglect*, 106, 104485. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2020.104485>

McCrary, E., De Brito, S. A., & Viding, E. (2011). The Impact of Childhood Maltreatment: A Review of Neurobiological and Genetic Factors. *Frontiers in Psychiatry*, 2. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2011.00048>

Perry, B. D (2001). Bonding and attachment in maltreated children. Consequences of emotional neglect in childhood. Adapted in part from *Maltreated Children: Experience, Brain Development and the Next Generation*. W.W. Norton & Company, New York.

Perry, B. D. (2004). How the brain develops: The importance of early childhood. Video Series 1, Understanding traumatized and maltreated children: The core concepts. Child Trauma Academy – DVD Series 1, Educator's Package.

Perry, B.D. & Dobson, C. (2010). The role of healthy relational interactions in buffering the impact of childhood trauma. In (Gil, E., Ed) *Working with Children to Heal Interpersonal Trauma: The Power of Play*. Guilford Press, New York.

Petrucelli, K., Davis, J., & Berman, T. (2019). Adverse childhood experiences and associated health outcomes: A systematic review and meta-analysis. *Child Abuse & Neglect*, 97, 104127. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2019.104127>

Roberts, S. J., Chandler, G. E., & Kalmakis, K. (2019). A model for trauma-informed primary care. *Journal of the American Association of Nurse Practitioners*, 31(2), 139-144.
<https://doi.org/10.1097/JXX.0000000000000116>

SAMHSA (2014). SAMHSA's Concept of Trauma and Guidance for a Trauma-Informed Approach SAMHSA's Trauma and Justice Strategic Initiative. Retrieved from:
<http://store.samhsa.gov/product/SAMHSA-s-Concept-of-Trauma-and-Guidance-for-a-Trauma-Informed-Approach/SMA14-4884>

Selye, H. (1976). *The stress of life*. New York McGraw-Hill.

Siegel, D. J. (2020). *The developing mind: How relationships and the brain interact to shape who we are*. Guilford.

Ungar, M. & Perry, B.D. (2012) Violence, trauma and resilience. in (R. Alaggia & C. Vine, Eds) *Cruel but Not Unusual: Violence in Canadian Families* pp. 119-143 WLU Press, Waterloo, CA 2012

UN General Assembly, Convention on the Rights of the Child, 20 November 1989, United Nations, Treaty Series, vol. 1577, retrieved from: <https://www.refworld.org/docid/3ae6b38f0.html>

Van der Kolk, B. (2014). *The body keeps the score: Mind, brain and body in the transformation of trauma*. Penguin Books.

Walkley, M., & Cox, T. L. (2013). Building trauma-informed schools and communities. *Children & Schools*, 35(2), 123-126. <https://doi.org/10.1093/cs/cdt007>

Winfrey, O., & Perry, B. D. (2021). *What Happened to You?: Conversations on Trauma, Resilience, and Healing*. Flatiron Books.

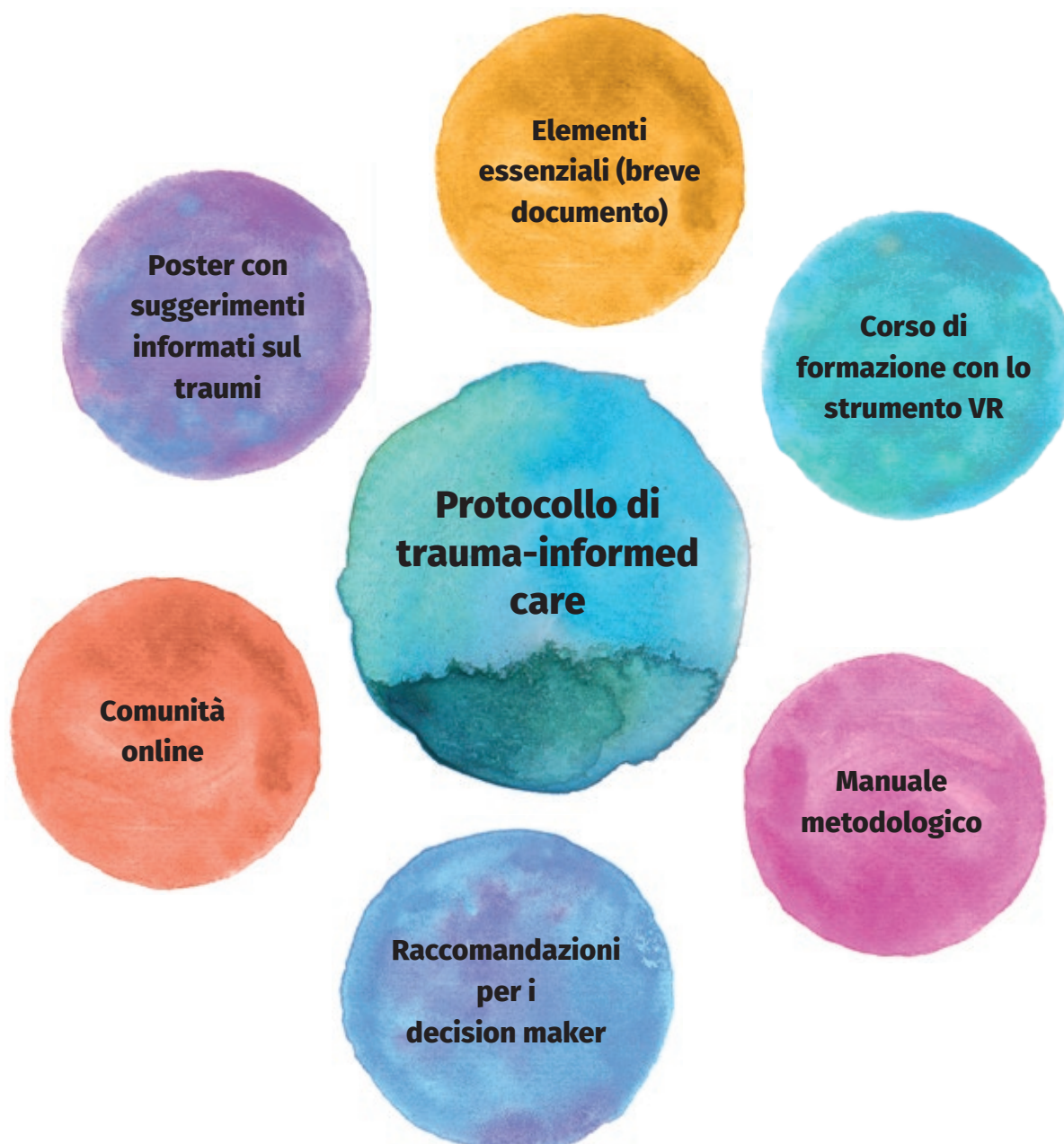
Winnicott, D. W. (1963). *The child, the family, and the outside world*. PenguinBooks.



APPENDICI

Guida alla struttura del protocollo di trauma-informed care

Struttura generale



Struttura del documento contenente gli elementi essenziali della trauma-informed care

1.

Trauma-informed care nella prima infanzia

Eventi traumatici

Stress



Cronico

Complesso

Acuto

2.

Attaccamento

Mentalizzazione

Regolazione emozioni



Resilienza

Sviluppo

ACE

I primi 1000 giorni

3.

Elementi Essenziali

- Sicurezza
- Affidabilità e trasparenza
- Comunità solidali
- Cooperazione
- Incoraggiamento presenza, scelta
- Atteggiamento adeguato verso caratteristiche culturali, passate e di genere



Pratiche organizzative

- Screening
- Formazione e sviluppo dipendenti
- Pratiche di lavoro basate sull'evidenza invece delle solite pratiche
- Cooperazione tra i sistemi

4.

Operatori sanitari

Servizi sociali

Organizzazioni per l'infanzia

Genitori

Pediatri

Servizi pedagogici



“ Come “cuccioli” umani, non possediamo i muscoli forti del giovane puledro, non riusciamo a reggerci in piedi poche ore dopo la nascita. Contiamo completamente sulla benevolenza delle persone che ci circondano. ”