

Lista dei Bisogni e delle Necessità della famiglia - Manuale per il Professionista

La checklist dei bisogni familiari si basa sulle linee guida nazionali finlandesi aggiornate (2021) emesse dalla *Finnish Nursing Research Foundation HOTUS* (Paavilainen & Flinck 2015; versione aggiornata in corso), che ospita due centri di collaborazione internazionali: il centro collaborativo di assistenza infermieristica dell'OMS e il Centro finlandese di assistenza sanitaria basata sull'evidenza scientifica, il *Joanna Briggs Institute (JBI) Centre of Excellence*. Le linee guida vengono aggiornate ogni cinque anni secondo rigorosi criteri JBI. L'aggiornamento delle linee guida nazionali finlandesi è in corso e sarà pronto per il 2021. La checklist dei bisogni familiari sarà convalidata durante il 2022-2024 in Finlandia, presso l'Università di Tampere (tesi di MNSc Heidi Rantanen).

Questa checklist – strutturata in modalità di questionario - ha lo scopo di aumentare la conoscenza del genitore o di qualsiasi adulto che completerà le domande sul maltrattamento sui minori. La finalità è quella di far riflettere sulla situazione personale del genitore e fungere da canale per servizi di supporto e intervento precoci. L'applicazione della checklist può essere una fonte di auto-aiuto per i genitori, oltre che servire da base per la discussione nel colloquio tra professionista e caregiver.

La checklist mira a prendere in considerazione tutte le preoccupazioni legate al maltrattamento sui minori, che riguardino il caregiver, il contesto familiare e il bambino.

La compilazione del questionario, effettuata dal genitore o da qualsiasi altro caregiver, sarà anonima. Le domande indagano la presenza di fattori di rischio di maltrattamento infantile, ben evidenziati dalla ricerca scientifica. Il genitore riceverà informazioni evidence-based, rispetto ai fattori di rischio presenti nel proprio contesto familiare rilevati mediante la compilazione della checklist. Inoltre, verrà fornito materiale generale utile riguardo ai fattori di rischio e ai fattori protettivi del maltrattamento infantile, oltre che contatti e collegamenti a materiale online di supporto.

La necessità di un supporto professionale viene svelata dal sentimento di apprensione che un caregiver può sperimentare. Quando il caregiver stesso identifica le proprie preoccupazioni attraverso l'uso della checklist, le questioni familiari sono di solito facili da affrontare. Se il professionista a sua volta ha delle preoccupazioni, deve dirlo apertamente al caregiver.

È fondamentale che il professionista abbia una buona consapevolezza del bagaglio acquisito attraverso la formazione ERICA. Le conoscenze acquisite durante la formazione, infatti, consentono al professionista di argomentare le ragioni delle proprie preoccupazioni, in modo coerente con l'evidenza scientifica. È importante che il professionista utilizzi sin da subito un dialogo incentrato sulla soluzione, perché la situazione di rischio deve essere risolta insieme al caregiver. Il concetto di discussione focalizzata sulla soluzione nasce dall'idea che preoccupazioni e problemi fanno parte della vita e possono essere risolti attraverso risorse, punti di forza e opportunità. Le tecniche di argomentazione e comunicazione con il caregiver includono la focalizzazione sulla persona e sull'obiettivo comune, positività, creatività e soluzioni di brainstorming (Tamski e Huotari 2015).

Affinché il problema venga risolto, questo deve prima essere identificato e sollevato. Un genitore può impegnarsi meglio nella risoluzione delle tensioni quando si sente coinvolto nei propri problemi. I professionisti lavorano in collaborazione con la famiglia e invitano i genitori a impegnarsi per migliorare il proprio benessere. Il benessere di un bambino, una crescita sana e sicura sono sempre gli obiettivi finali.

La persona diventa più consapevole dei propri pensieri quando si esprime con le parole (Vygotsky 1982). Verbalizzare i pensieri aiuta le persone a vedere le cose più chiaramente, il che rende anche più facile prendere decisioni e agire con saggezza in futuro (Talvio & Klemola 2017). Quando si valuta un rischio per il maltrattamento sui minori e il benessere della famiglia, è importante essere sinceramente presenti e interessati alla situazione della famiglia e mostrare un atteggiamento rispettoso. Questo consente lo sviluppo di fiducia, dialogo e comprensione. Il dialogo non si realizza tramite tecniche specifiche, ma è piuttosto un atteggiamento da coltivare durante gli incontri con un'altra persona. Evidenzia l'accettazione dell'altro, le capacità di ascolto e il rispetto per gli altri. (Eriksson & Arnkil 2009) Incontrare e generare dialogo richiede tempo e uno spazio condiviso. Dobbiamo ricordare che il caregiver non necessariamente sa cosa significa dialogo e può inizialmente, ad esempio, difendere con forza la propria opinione. La responsabilità di un dialogo efficace è sempre del professionista.

La checklist comprende sei sezioni: la lettera di accompagnamento, la sezione informativa, le domande riguardanti il genitore, il caregiver o l'adulto, le domande riguardanti la vita e la situazione familiare, le domande riguardanti il bambino e la sezione finale dei feedback basati sull'evidenza scientifica.

SEZIONE 1: LETTERA DI PRESENTAZIONE

Ecco la lettera di accompagnamento che appare nella checklist dei bisogni della famiglia. Se si preferisce, può essere utilizzata anche prima del colloquio congiunto tra professionista e caregiver. La lettera di presentazione può essere modificata per adattarsi al contesto culturale.

LETTERA DI PRESENTAZIONE

Questo questionario è dedicato ai genitori in attesa, ai caregiver di bambini o a qualsiasi adulto che voglia pensare alla sicurezza e al benessere della propria famiglia. Lo scopo è quello di aiutarti a riflettere sulla tua situazione, quella dei tuoi figli, nipoti o bambini di cui ti prendi cura e ad identificare una possibile necessità di cambiamento o di sostegno precoce. L'obiettivo del questionario è aumentare la tua conoscenza, basata sulla ricerca scientifica, dei fattori che promuovono la sicurezza e il benessere del bambino, nonché i fattori che li indeboliscono. Inoltre, la checklist contiene informazioni e link utili a materiale aggiuntivo sul sostegno precoce alle famiglie con bambini.

Tutte le famiglie affrontano diverse sfide nella loro vita. Tra queste ci sono la gravidanza, il parto, la crescita e l'educazione dei figli, la relazione intima con il partner, i rapporti familiari, la vita lavorativa, il tempo libero, gli hobby, le malattie. L'elenco è lungo. Le sfide possono essere positive o negative, previste o imprevedibili. Le sfide possono trasformarsi talvolta in problemi insormontabili, specialmente quando si accumulano.

La famiglia può essere priva di fattori che tutelano la sicurezza e il benessere del bambino, come il sostegno della società o dei parenti stretti, la capacità di gestire una situazione difficile o la mancanza di informazioni su come agire nel modo migliore in situazioni difficili. I bambini sono i più vulnerabili e danno dei segnali quando si sentono insicuri. Sii coraggioso e agisci presto!

Se hai dubbi sulla sicurezza e il benessere di tuo figlio o di un altro membro della famiglia, o hai bisogno di informazioni su servizi dedicati alle famiglie, questa app ti offre un aiuto per entrare in contatto con tali servizi.

Questa applicazione è stata sviluppata nell'ambito di un progetto di ricerca europeo (ERICA) per promuovere un futuro non violento per bambini e famiglie. L'applicazione ha il solo scopo di supportare la tua riflessione personale e le sue informazioni non saranno trasmesse ad altre parti. Se lo desideri, alla fine puoi stampare le tue risposte. I dati non verranno salvati da nessuna parte e andranno persi quando si esce dall'applicazione (Informativa sulla privacy qui).

All'inizio del questionario troverai informazioni sui diversi tipi di maltrattamento sui minori. Seguono 28 domande, alle quali viene chiesto di rispondere sì o no. Le domande sono state sviluppate sulla base della conoscenza scientifica e coprono un'ampia gamma di aspetti riguardanti la sicurezza nella vita familiare. Da parte tua, lo scopo è valutare per ogni affermazione se questa è vera o meno. È una buona idea essere abbastanza onesti con se stessi, perché alla fine della sezione delle domande, riceverai un feedback alle tue risposte, che include informazioni, basate sulla ricerca scientifica, sui fattori di rischio, fattori protettivi e offerte di servizi per supportare la tua situazione in caso di necessità. Ora, trova un posto tranquillo e inizia il tuo viaggio di riflessione.

SEZIONE 2: INFORMAZIONI SUL MALTRATTAMENTO DEI BAMBINI

La checklist include informazioni per il genitore su tutti i tipi di maltrattamento minorile, al fine di favorire la riflessione sulla propria situazione di vita nelle prossime sezioni. Il genitore può premere il pulsante Info se desidera informazioni. Le informazioni sono contrassegnate in corsivo nella tabella sottostante. I riferimenti bibliografici non sono inclusi nella domanda. Le fonti sono per uso professionale.

Sai	
<i>che cos'è il maltrattamento sui minori?</i> <i>Il maltrattamento sui minori costituisce, dal punto di vista familiare, l'ampia gamma di comportamenti abusivi, negligenti e/o dannosi vissuti dai minori (Madigan et al 2019), comprese tutte le forme di maltrattamento fisico e/o emotivo, abuso sessuale, negligenza, con conseguente danno effettivo o potenziale alla salute, alla sopravvivenza, allo sviluppo o alla dignità del bambino nel contesto di un rapporto di responsabilità, fiducia o potere (OMS 1999). Inoltre, comprende la violenza sessuale ed emotiva, inclusa la punizione violenta da parte di genitori o tutori (WHO 2016).</i>	INFO
<i>che cos'è la violenza fisica sui bambini?</i> <i>La violenza fisica si riferisce all'azione fisica che danneggia un bambino e potenzialmente lascia segni fisici o lesioni. La violenza fisica può togliere la vita a un bambino. Esempi di violenza fisica includono punizioni corporali (Paavilainen & Flinck</i>	INFO

<p>2015; WHO 2016; Hyvärinen 2017), strangolamento, schiacciamento, soffocamento, il colpire, provocare ustioni, spingere e prendere a calci, scuotere il bambino, narcotizzare il bambino, (Paavilainen & Flinck 2015; WHO 2016) oltre che le attività finalizzate alla mutilazione genitale infantile (WHO 2016). La violenza fisica include anche la somministrazione di farmaci non destinati al bambino, che causano i sintomi di una malattia in un bambino o la comunicazione di informazioni mediche false su un bambino, con conseguenti interventi medici intrusivi e non necessari (Yates & Bass 2017).</p>	
<p>che cos'è la violenza emotiva infantile?</p> <p>La violenza emotiva include, ad esempio, la limitazione della libertà di un bambino, la denigrazione, le minacce e l'intimidazione, la discriminazione, il rifiuto e altri trattamenti emotivamente ostili, ad esempio costringere il bambino ad assistere a un atto di violenza in casa (WHO 2016). Il maltrattamento emotivo inoltre è una componente presente in tutte le altre forme di maltrattamento sui minori (Wekerle et al., 2009). Si prega di vedere anche (Wolfe & Mc Isaac 2011)</p>	INFO
<p>cos'è la violenza sessuale sul bambino?</p> <p>La violenza sessuale comprende il contatto sessuale completo o tentato, gli atti di natura sessuale che non comportano un contatto, per esempio il voyeurismo o le molestie sessuali verso un bambino che non è in grado di rifiutare o di comprendere lo scopo degli atti (OMS 2016). La violenza sessuale infantile è spesso celata, in quanto il caregiver non ne è consapevole e non ci sono testimoni. Risulta in questo caso fondamentale il racconto del bambino, che però spesso è riluttante a parlare (Madigan et al., 2019; Azzopardi et al., 2019). Di solito, la violenza sessuale si verifica a casa quando un genitore non è in grado di fornire cure adeguate, sostegno e un ambiente domestico sicuro per il proprio figlio, o non è in grado di rilevare o valutare i segni di pericolo, minaccia o violenza (Madigan et al., 2019). Le conseguenze includono comportamenti genitoriali negativi come, ad esempio, insufficiente sensibilità genitoriale e dura invadenza e dissoluzione dei confini (Zvara et al., 2015). Le vittime di violenza sessuale sperimentano il maltrattamento emotivo e fisico (Dong et al., 2003). La conoscenza e le competenze sulla sessualità, relazioni sane in casa, la consapevolezza della violenza e la conoscenza di come o dove cercare aiuto proteggono i bambini dalla violenza sessuale (UNICEF 2017).</p>	INFO
<p>cos'è il neglect?</p> <p>Il neglect (negligenza) è l'omissione da parte dei genitori di comportamenti di cura necessari per il sano sviluppo di un bambino e comprende la mancanza di affetto e nutrimento, casa, protezione, frequenza scolastica, attenzione medica o negazione di cure e trattamenti professionali, scarsa qualità della supervisione, scarsa igiene o disponibilità inadeguata o insufficiente di cibo e abbigliamento (Dubowitz et al., 2004, 2005; Mulder et al., 2018). Alla base del neglect di solito sono coinvolti più fattori di rischio. Pertanto, è più probabilmente determinato da cause multiple, piuttosto che da un solo fattore di rischio. I più forti predittori di trascuratezza infantile sono una storia</p>	INFO

<p><i>genitoriale di comportamenti antisociali o criminali, di problematiche psichiatriche e un basso livello di istruzione, nonché una storia di maltrattamento infantile negli stessi genitori. (Mulder et al., 2018.) È stato visto che il neglect è associato a un più alto rischio di futuri maltrattamenti (White et al., 2014)</i></p>	
<p>cos'è la violenza sul partner o violenza domestica?</p> <p><i>La violenza sul partner o violenza domestica può essere fisica, ad esempio percuotere, strattonare o usare un'arma. Può essere emotiva, ad esempio insultare, disprezzare, urlare, o usare metodi coercitivi, cercando di controllare e minacciare l'altro. Questi ultimi comportamenti possono includere vari metodi di isolamento, di controllo e di restrizione del movimento, la detenzione, il vietare di avere degli amici, degli hobby, o di istruirsi, l'intimidazione facendo del male ad un altro, il controllo del sonno o del cibo. (Breiding et al. 2015.) Inoltre, vi può essere violenza economica, come la restrizione del denaro o del lavoro, o lo sfruttamento economico (THL 2020). La violenza del partner può essere sessuale, come lo stupro, le molestie sessuali, o la pressione per fare sesso, baciare, desiderare un altro, o guardare contenuti mediatici sessuali. La violenza del partner può anche essere stalking, costituita dall'attenzione ripetitiva e indesiderata o da una comunicazione che provoca paura o preoccupazione per la propria o altrui sicurezza, come controllare o seguire l'altro, o contatti telematici non desiderati. È anche, per esempio, l'uso dei bambini come strumenti, obiettivi o alleati della persecuzione. (THL 2020, Nikupeteri & Laitinen 2015)</i></p>	INFO
<p>cosa può causare lo scuotimento (shaking) al bambino?</p> <p><i>Lo scuotimento può causare al bambino lesioni e disabilità per tutta la vita. Il genitore potrebbe essere portato a scuotere il bambino perché quest'ultimo ha un temperamento difficile o un problema di salute. Il genitore potrebbe percepire il bambino irritable, iperattivo o altrimenti difficile da gestire. Il genitore potrebbe avere aspettative irrealistiche sulla capacità del bambino di controllare il proprio comportamento, o sentirsi senza speranza o incapace di affrontare la situazione. Il rischio di scuotimento è ulteriormente aumentato se c'è abuso di sostanze o violenza domestica in famiglia. Le conseguenze dello scuotimento del bambino sono spesso molto gravi e irreversibili. Lo scuotimento è sempre una violenza fisica. È quindi fondamentale cercare aiuto in modo proattivo. Puoi leggere di più sullo scuotimento del bambino qui.(link)</i></p>	INFO

SEZIONE 3: AFFERMAZIONI RIGUARDANTI IL GENITORE O IL CAREGIVER O L'ADULTO

N.	Affermazione	Sì	NO
1.	Sono stato maltrattato da bambino	S	N
2.	Ho vissuto eventi traumatici da bambino e non li ho superati	S	N

3.	A volte ho aspettative imprecise su come dovrebbe essere il comportamento del bambino	S	N
4.	Non sono sempre in grado di controllare il comportamento disobbediente di mio figlio	S	N
5.	La mia età è ≤18	S	N
6.	Non ho un'istruzione o ho una bassa istruzione	S	N
7.	Sto vivendo un periodo stressante	S	N
8.	Faccio uso di sostanze come tabacco, droghe e/o alcol	S	N
9.	Non so quale sia il limite di sicurezza per l'uso di alcol in una famiglia con bambini	S	N
10.	Ho una storia di atti antisociali o criminali	S	N
11.	Soffro di problemi di salute mentale, per esempio depressione o senso di inutilità	S	N
12.	Devo accedere frequentemente ai Servizi Sanitari per mio figlio perché si ammala spesso o non sta bene	S	N
13.	Ho difficoltà a prendermi cura dei bisogni di base di mio figlio, per esempio l'igiene dentale, igiene generale, abbigliamento o cibo sano	S	N
14.	Ho difficoltà a prendermi cura dei bisogni di base di mio figlio, per esempio dare sostegno sociale ed emotivo	S	N
15.	Ho difficoltà ad occuparmi dei bisogni primari di mio figlio, per esempio la scuola e gli orari di sonno	S	N

SEZIONE 4: AFFERMAZIONI RELATIVE ALLA VITA E ALLA SITUAZIONE FAMILIARE

16.	Sono un genitore single o divorziato	S	N
17.	Ho tre o più figli	S	N
18.	Ci sono costanti preoccupazioni finanziarie o disoccupazione nella mia famiglia	S	N
19.	Mio figlio/i miei figli hanno tre anni o meno di tre anni	S	N
20.	Mi sento solo e non ho avuto abbastanza sostegno dalla comunità, dai parenti, dagli amici o dal coniuge	S	N
21.	Ho subito violenza da parte del partner	S	N
22.	Mio figlio ha assistito a violenza domestica o ad altri tipi di violenza in casa	S	N

SEZIONE 5: AFFERMAZIONI RELATIVE AL BAMBINO

23.	Mio figlio ha avuto complicazioni legate alla gravidanza o al parto	S	N
24.	Mio figlio piange molto	S	N
25.	A mio figlio è stata diagnosticata una malattia fisica o dello sviluppo, o ha problemi legati alle emozioni o alle situazioni sociali	S	N
26.	Mio figlio è spesso disobbediente, si comporta male, è difficile o irritabile	S	N
27.	Mio figlio ha problemi a scuola o all'asilo	S	N
28.	Devo calmare mio figlio somministrando farmaci, sedativi o altre sostanze	S	N

SEZIONE 6: FEEDBACK

IN BREVE: La situazione familiare è considerata positiva se l'operatore risponde NO a tutte le seguenti affermazioni. Se non ci sono fattori di rischio riscontrati, la situazione familiare viene considerata positiva, il feedback per il caregiver è il seguente:

"Congratulazioni! La tua vita familiare sembra al momento sicura e sana per te, i tuoi figli e gli altri membri della famiglia. Per favore, non esitare a ripetere la procedura non appena la situazione nella tua famiglia diventa difficile, hai bisogno di informazioni basate sulla ricerca scientifica e di informazioni sui servizi di supporto. La cosa più importante è agire in anticipo. Tutte le famiglie hanno il diritto di ricevere supporto per una vita quotidiana sicura. Quando visitate i servizi sociali e di salute del bambino e della famiglia, potete dire loro di questo risultato. In questo modo la situazione della vostra famiglia diventa nota ai professionisti e può essere sempre discussa apertamente nelle conversazioni comuni. Il supporto adatto alle vostre esigenze può essere organizzato nel modo più flessibile e veloce possibile prima che le preoccupazioni danneggino la vita sicura e sana vostra, dei vostri figli e degli altri membri della famiglia.

Puoi trovare informazioni utili sui siti nazionali delle organizzazioni non governative.

<http://www.kansalaisyhteiskunta.fi/jarjestohakemisto/sosiaali- ja terveysyhdistykset> like [ensi ja turvakotien liitto](http://www.ensijaturvakotienliitto.fi) <https://www.ensijaturvakotienliitto.fi> , [Mannerheimin lastensuojeluliitto](http://www.mannerheiminlastensuojeluliitto.fi) <https://www.mll.fi/> and [väestöliitto https://www.vaestoliitto.fi/](http://www.vaestoliitto.fi/).

1. Sono stato maltrattato da bambino:

I genitori che sperimentano il maltrattamento nell'infanzia hanno maggiori probabilità di avere figli che sono anche vittime di maltrattamento (Madigan et al., 2019; Plant et al. 2018). Il maltrattamento infantile può avere effetti e conseguenze devastanti per la salute del bambino, ad esempio trauma cranico, mancata crescita, deficit di crescita, obesità e altri handicap neuromotori (Danese & Tan 2014; Norman et al., 2012), ridotto funzionamento cognitivo, sviluppo del linguaggio compromesso e disfunzioni neurologiche (Harden et al., 2016; Pollak et al, 2010), rischio di ritardo nello sviluppo, minori abilità sociali e aumento del rischio di problemi di salute mentale (Vachon et al., 2015), problemi di regolazione delle emozioni, riduzione delle sensazioni, allontanamento dagli altri (Lo et al 2019), tassi più elevati di comportamenti antisociali, rischiosi o problematici (Hughes

et al., 2017; Norman et al., 2012; Vachon et al., 2015; Plant et al., 2018), aggressività fisica e delinquenza (Hughes et al., 2017; Norman et al., 2012; Vachon et al., 2015). Il maltrattamento e la trascuratezza infantili sono un predittore di successive relazioni adulte problematiche, come la violenza sul partner (Li et al. 2020; Berlin et al., 2011). I genitori possono sperimentare un maggiore isolamento sociale e mancare di relazioni adulte sane che offrano supporto generale, genitoriale e di protezione del bambino per aiutare nei momenti di bisogno. (Berlin et al., 2011.) Il maltrattamento infantile può manifestarsi con comportamenti genitoriali negativi come insufficiente sensibilità genitoriale e forte invadenza e rottura dei confini (Zvara et al., 2015; Savage et al., 2019), disciplina abusiva o punizioni corporali, dichiarazioni critiche, ostilità verbale o fisica, trascuratezza, ipercontrollo, aggressività, rifiuto, rimprovero e minaccia mentre la genitorialità positiva include empatia, impegno, disciplina non violenta, affetto positivo, reattività, supporto, sensibilità, presenza di sostegno e calore (Savage et al., 2019).

Il genitore può sperimentare un maggiore isolamento sociale e non avere relazioni adulte sane che offrano supporto generale, genitoriale e di protezione dei bambini per essere di aiuto nei momenti di bisogno. (Berlin et al., 2011.) Il maltrattamento infantile può manifestarsi come comportamenti genitoriali negativi ad esempio insufficiente sensibilità genitoriale e dura invadenza e dissoluzione dei confini (Zvara et al., 2015; Savage et al., 2019), disciplina abusiva o punizione corporale, affermazioni critiche, ostilità verbale o fisica, negligenza, eccesso di controllo, aggressività, rifiuto, rimproveri e minacce mentre la genitorialità positiva include empatia, impegno, disciplina non violenta, affetto positivo, reattività, sensibilità, presenza di supporto e calore (Savage et al., 2019).

È noto che non tutti i genitori riproducono il maltrattamento subito e non tutti i genitori maltrattanti hanno subito abusi durante l'infanzia (Sexton et al., 2017). La presenza di relazioni sicure, stabili e nutritive, intimità emotiva, soddisfazione relazionale, sostegno e calore nelle relazioni con genitori, fratelli e sorelle e partner intimi protegge i bambini dall'esperienza di maltrattamenti sui minori (Schofield et al., 2013.; UNICEF 2017.). In caso di dubbi su questioni relative alla vita familiare o ai figli, grandi o piccoli che siano, è possibile chiedere consiglio o supporto a professionisti locali, ad esempio infermieri e assistenti sociali nei centri pubblici per le famiglie, o agli insegnanti. La chiave è agire presto prima che le preoccupazioni si trasformino in dolore. Hai bisogno di aiuto urgente? Chiama o contatta (numero o link)

Materiale extra per professionisti e formatori (non incluso nell'applicazione):

Nonostante la storia di maltrattamento fisico dei genitori aumenti il rischio di vittimizzazione dei loro figli, è scontato che sia così (Berlin et al., 2011). Aver subito maltrattamento infantile è solo uno dei rischi che condizionano il comportamento di un genitore nei confronti del proprio figlio, ad esempio, la giovane età del genitore o un rapporto instabile con il proprio partner, problemi di salute mentale o problemi di adattamento possono influenzare il comportamento del genitore nei confronti del proprio figlio (Selvaggio et al. 2019). In particolare durante la gravidanza fino a due anni dopo la nascita di un bambino, i rischi di trasmissione intergenerazionale della violenza sono associati a una diminuzione della fiducia dei genitori nelle proprie capacità genitoriali mentre il bambino piange, ha problemi di sonno, i genitori sono stressati, hanno interpretazioni negative dei

comportamenti del bambino, cattive pratiche genitoriali, scarso calore dei genitori, comportamenti negativi come dormire, mangiare o lavorare eccessivamente, apprezzamento della violenza disciplinare. Questi aspetti sono inoltre associati al basso peso alla nascita, alla nascita prematura, all'attaccamento insicuro e alla difficoltà a stabilire una relazione intima, e allo scarso sviluppo sociale ed emotivo del bambino. (Chamberlain et al. 2019.)

I fattori protettivi significativi relativi alle **caratteristiche individuali** del genitore includono la capacità dei genitori di autocontrollo (Langevin et al. 2019), la perseveranza o tolleranza dei genitori, la capacità di essere flessibili, la cura di sé, la mentalizzazione (la capacità di visualizzare la propria e l'altrui prospettiva ed esperienza), lo sviluppo di una relazione di attaccamento e la formazione delle capacità genitoriali (Chamberlain et al. 2019).

I fattori protettivi significativi relativi alle **relazioni** includono relazioni sicure, stabili, di supporto e di cura nella famiglia (Langevin et al. 2019; Chamberlain et al. 2019), supporto mentale (Cascio et al. 2017), attaccamento sicuro al bambino, calore materno, soddisfazione per la propria genitorialità (Langevin et al. 2019), sostegno dal contesto sociale (Chamberlain et al. 2019; Cascio et al. 2017), hobby, coinvolgimento della comunità (Cascio et al. 2017), positività interpersonale relazioni che accrescono le reti di supporto nella vita dei genitori (Chamberlain et al. 2019).

I fattori protettivi significativi relativi alle **circostanze** sono il più alto status socio-economico della famiglia (Langevin et al. 2019), la solvibilità finanziaria e l'accesso ai servizi (Chamberlain et al. 2019). I fattori legati alla vita familiare o sociale possono proteggere, aumentare la resilienza e mitigare le ripercussioni negative degli abusi infantili (Cascio et al. 2017).

2. Ho vissuto eventi traumatici da bambino e non li ho superati

Eventi traumatici nell'infanzia come catastrofi naturali, guerre, violenze politiche e genocidi aumentano la prevalenza del maltrattamento sui minori nelle famiglie. La gravità del trauma è associata al maltrattamento sui minori da parte dei genitori. I genitori con esperienze traumatiche gravi corrono un rischio maggiore di commettere violenze fisiche ed emotive contro i propri figli a causa di problemi di salute mentale come il disturbo da stress post-traumatico (PTSD) (Montgomery et al., 2018.). Gli effetti del trauma genitoriale diminuiscono la qualità delle relazioni con i bambini (Dalgaard & Montgomery 2017) e aumentano il rischio di violenza familiare nelle famiglie di rifugiati (Timshel et al., 2017). I fattori protettivi includono la consapevolezza della violenza e la conoscenza di come cercare aiuto e la capacità di recupero personale dopo maltrattamenti o traumi, comprese le capacità di coping e l'autostima, nonché l'accesso precoce agli interventi per eventi traumatici e ai servizi di salute mentale (UNICEF 2017). Chiedere consiglio o supporto al professionista locale, ad esempio l'infermiere del centro per le famiglie, l'assistente sociale, l'insegnante o il professionista dell'agenzia di volontariato in caso di dubbi su qualsiasi questione relativa alla vita dei bambini o della famiglia, grandi o piccole che siano. La chiave è agire presto prima che le preoccupazioni si trasformino in dolore. Hai bisogno di aiuto urgente? Chiama o contatta (numero o link)

3. A volte ho aspettative imprecise su come dovrebbe essere il comportamento del bambino

A volte la conoscenza del nuovo genitore sullo sviluppo del bambino non è sufficiente (Nuttal et al. 2015; Mulder et al., 2018). Il genitore può rivolgersi al bambino per avere sostegno e sovraccaricare il bambino con la responsabilità di aiutare i genitori, i fratelli e l'intero sistema familiare; ciò porta i bambini ad essere sovraccarichi in quanto non possono svolgere un ruolo che è più grande della loro capacità di sviluppo. I genitori che hanno sperimentato tale fardello nella propria infanzia possono mostrare un calore materno più povero e una reattività contingente nei confronti dei propri figli. Per calore materno si intende l'affetto positivo e il tono positivo della voce, l'affetto fisico rivolto al bambino, nonché il premio e l'incoraggiamento del bambino. Reattività contingente significa sensibilità ai segnali affettivi del bambino, accettazione e risposta accurata ai bisogni e agli interessi del bambino. (Nuttal et al. 2015) La conoscenza genitoriale dello sviluppo del bambino produce maggiore soddisfazione, investimento nella genitorialità, percezioni di competenza e meno stress genitoriale (Bornstein et al 2010). Se pensi di avere una scarsa comprensione dello sviluppo di tuo figlio, fai riferimento al tuo infermiere di sanità pubblica.

4. Non sempre sono in grado di controllare il comportamento disobbediente di mio figlio

Il maltrattamento infantile sperimentato dal genitore a volte causa risposte aggressive, pregiudizi nelle relazioni interpersonali. È fondamentale che il genitore lo riconosca e cerchi supporto per porre fine a comportamenti genitoriali duri, abusi fisici e interventi che mirano alle capacità relazionali dei genitori. (Berlin et al., 2011.) Le dure pratiche genitoriali sono note per essere un forte predittore di problemi comportamentali del bambino (problemi di esternalizzazione). I bambini che sperimentano una genitorialità dura e punizioni corporali hanno più problemi comportamentali (Fong et al., 2019 s .160, Graham et al., 2012; Grasso et al., 2016). I fattori protettivi significativi relativi alle relazioni includevano relazioni sicure, stabili, di supporto e di cura nella famiglia e nelle relazioni (Langevin et al. 2019; Chamberlain et al. 2019), sostegno mentale (Cascio et al. 2017), attaccamento sicuro al bambino, calore materno, soddisfazione per la propria genitorialità (Langevin et al. 2019), sostegno dal contesto sociale (Chamberlain et al. 2019; Cascio et al. 2017), hobby, coinvolgimento della comunità (Cascio et al. 2017) e relazioni interpersonali positive, aumentando le reti di supporto nella vita dei genitori (Chamberlain et al. 2019). Si prega di chiedere consiglio o supporto al professionista locale, ad esempio l'infermiere di assistenza sanitaria pubblica nel centro per le famiglie, l'assistente sociale, l'insegnante o il professionista di un'agenzia di volontariato in caso di dubbi sulla vita di un bambino o della famiglia, per questioni, grandi o piccole. La chiave è agire presto prima che le preoccupazioni si trasformino in dolore. Hai bisogno di aiuto urgente? Chiama o contatta (numero o link).

5. La mia età è ≤18

Sei un genitore giovane, ma potresti stare bene con tuo figlio. Le esperienze di vita passata di cura in cura (nurturing) sono spesso il risultato di una vita familiare sana e sicura durante l'infanzia. D'altra parte, un genitore molto giovane è a maggior rischio di maltrattare o trascurare il proprio figlio (Langevin et al. 2019, Chamberlain et al., 2019; Mulder et al., 2018). La giovane età del genitore o un rapporto instabile con il proprio partner, problemi di salute mentale o problemi di adattamento possono influenzare il comportamento del genitore nei confronti del proprio figlio (Savage et al.

2019). Per molti giovani genitori, il proprio sviluppo emotivo, sociale e cognitivo è ancora in corso e, di conseguenza, a volte può essere difficile essere un genitore maturo, calmo e benestante. Le abilità di sopravvivenza sono risorse come la capacità di controllare l'umore e le emozioni, i pensieri, le azioni, i desideri, le relazioni sociali e le condizioni di vita. Le abilità vengono utilizzate per risolvere le sfide quotidiane o per chiedere aiuto se le proprie risorse non sono sufficienti. I giovani genitori sono anche vulnerabili a una serie di difficoltà emotive, sociali e finanziarie, in particolare vivere in povertà ed essere single o divorziati si sono rivelati fattori di rischio per l'abbandono dei bambini (Lo et al. 2017). L'empatia materna ha un effetto protettivo sui bambini timorosi riducendo la sensibilità agli stimoli emotivi, che aiuta il bambino ad affrontare meglio la situazione. La maggiore capacità di empatia della madre promuove il sostegno sociale del bambino, l'autogestione della vita e la fiducia nelle proprie capacità. Inoltre, la capacità della madre di entrare in empatia è correlata alla capacità di percepire gli spunti dati dal bambino. La capacità di empatia delle giovani madri non differisce dalle altre madri. La possibile mancanza di capacità empatiche è dovuta al normale sviluppo umano. È possibile che una giovane madre sia a rischio di diminuzione dell'empatia a causa dell'immaturità dello sviluppo, nel qual caso la risposta ai bisogni del bambino potrebbe essere ancora scarsa. (Boorman et al. 2018.) Pertanto, è molto importante per i giovani genitori avere supporto sia per la propria crescita che per la crescita sana e sicura del bambino. Si prega di chiedere aiuto ai familiari, agli stretti collaboratori o agli operatori sociali e sanitari del proprio comune. È inoltre possibile usufruire di servizi per bambini e famiglie a bassa soglia.

Potresti trovare utile ottenere maggiori informazioni sullo sviluppo dell'adolescenza qui: <https://www.caiglobal.org/tctp/Files/Stages%20of%20Adolescent%20Development.pdf>; lo sviluppo dell'infanzia qui: <https://www.cambscommunityservices.nhs.uk/advice/childhood-development/milestones>, in modo da poter comprendere meglio tuo figlio o le tappe della tua crescita.

6. Non ho istruzione o ho bassa istruzione

Auspiciabilmente, attraverso un'adeguata formazione, hai la possibilità di lavorare nel tuo campo di interesse. Il tuo percorso formativo potrebbe anche essere ancora all'inizio o in corso. La mancanza di istruzione o il basso livello di istruzione, tra gli altri fattori di rischio, possono essere fattori predittivi della quota di trascuratezza nei confronti dei bambini in famiglia (Mulder et al., 2018). L'istruzione è nota per essere uno dei tasselli più importanti per la garanzia di una vita lavorativa e familiare stabile, sicura e soddisfacente. Nel momento in cui arriva un figlio, può essere difficile continuare a istruirsi. Non esitare a chiedere aiuto alla tua famiglia, al personale volontario locale o a contattare i professionisti locali dell'istruzione e dei centri di vita lavorativa per la pianificazione di un supporto.

Materiale extra per professionisti e formatori (non inclusi nell'applicazione):

Nelle famiglie di rifugiati il basso livello di istruzione o la mancanza di istruzione, così come il riscontro di barriere linguistiche aumentano la sensazione di disuguaglianza e determinano l'insorgenza di problematiche relazionali e maltrattamento sui minori (Timshel et al., 2017).

7. Attraverso momenti difficili di stress

Una situazione di vita stressante è nota per essere un serio fattore di rischio per il maltrattamento sui minori (Timshel et al., 2017) o addirittura per l'omicidio. (Aho et al., 2017). Una delle teorie alla base delle morti infantili faceva riferimento allo stress (Fredrick et al.2019). Un significativo tasso di stress nei genitori è stato osservato nel panorama della morte di bambini adottati a livello internazionale (Hegar et al. 2015; Miller et al. 2007). È noto che relazioni conflittuali tra i genitori, senza chiari limiti con il proprio partner, aumentano lo stress genitoriale (Rholes et al., 2006), il rischio di violenza da parte del partner (Rankin et al., 2000) e maltrattamenti sui minori in famiglia. Quando sei esausto e pensi che lo stress quotidiano sia troppo da sopportare e non sei in grado di superarlo, cerca supporto, parla con il tuo coniuge, parenti stretti o contatta il professionista sanitario più vicino della tua regione, l'assistenza sanitaria pubblica, l'infermiere del centro per la famiglia, l'assistente sociale, il consultorio familiare, l'insegnante o il professionista di un centro di volontariato per poter valutare le eventuali esigenze di sostegno tuo e della tua famiglia.

8. Utilizzo sostanze quali tabacco, droghe e/o alcol

L'abuso di sostanze quali droghe, tabacco o alcol sono fattori di rischio comuni di maltrattamento infantile intergenerazionale (Langevin et al. 2019, Chamberlain et al., 2019), violenza nei confronti del partner intimo (Cafferky et al., 2018) e figlicidi (Aho et al., 2017). L'abuso di sostanze, insieme allo scarso supporto sociale e alla giovane età del bambino, sono noti come fattori di rischio significativi di maltrattamento infantile ricorrente (White et al. 2015). I figli di genitori tossicodipendenti presentano maggiori probabilità di sviluppare una varietà di problemi emotivi, comportamentali, fisici, cognitivi, accademici e sociali a breve e lungo termine (Kuppens et al., 2020). In aggiunta alla vita caotica personale del genitore, l'abuso di droghe è associato a una riduzione della misura in cui i genitori controllano i propri figli. Ciò può minare la capacità dei genitori di fornire un ambiente domestico sicuro e stimolante, nonché aumentare l'instabilità nell'occupazione, nella struttura familiare, nell'alloggio, nell'assistenza all'infanzia e nelle finanze familiari e influire negativamente sul benessere dei bambini a lungo termine. (Kuppens et al., 2020.) L'esposizione prenatale ai farmaci è nota causare difetti in gravidanza e alla nascita, ritardo fisico e disfunzione del sistema nervoso centrale nel feto e nel neonato. Successivamente, vengono rilevati anche disturbi nello sviluppo cognitivo e comportamentale dei bambini.

Le madri che abusano di sostanze possono essere meno reattive ai bisogni del bambino e sperimentare minore ricompensa e maggiore stress nelle interazioni con il loro bambino. L'uso ricorrente e continuo di sostanze da parte della madre durante e dopo la gravidanza aumenta il rischio di sviluppare un attaccamento insicuro nel bambino. (Hyysalo et al., 2021.) È noto che l'esposizione passiva al tabacco è collegata a problemi di salute nei bambini e negli adolescenti e aumenta il rischio di iniziazione e dipendenza da parte dei bambini (Kuppens et al., 2020).

Durante la gravidanza, le sostanze contenute nel tabacco entrano nel flusso ematico fetale attraverso la placenta. Il fumo influisce, tra l'altro, sullo sviluppo del cervello fetale e aumenta il rischio di aborto spontaneo e parto prematuro. I figli di madri fumatrici sono, in media, di taglia più piccola alla nascita. Il fumo passivo compromette anche lo sviluppo fetale. Fumare durante la

gravidanza aumenta il rischio di malattie dopo il parto.

<https://paihdelinkki.fi/fi/tietopankki/pikatieto/tupakka>

Successivamente, vengono rilevate menomazioni nello sviluppo cognitivo e comportamentale dei bambini (Hyysalo et al., 2021).

- Qui (<https://paihdelinkki.fi/fi/testit-ja-laskurit/huumeet>) puoi fare un test sull'uso di droghe DAST-20;
- un test sui rischi dell'uso di droghe DUDIT (The Drug Use Disorders Identification Test; *In inglese:* (<https://paihdelinkki.fi/sites/default/files/duditmanual.pdf>), fornito dal Karolinska Institute, Svezia;
- un test di dipendenza da tabacco (<https://paihdelinkki.fi/testit-ja-laskurit/nikotiini/tupakkariippuvuustesti>);
- lo snus test (<https://paihdelinkki.fi/fi/testit-ja-laskurit/nikotiini/nuuskatesti>), sviluppato dall'esperto di tabacco svedese Dr. Karl Fagerstrom, che aiutano a determinare il grado di dipendenza da nicotina;
- Päihdelinkki (<https://paihdelinkki.fi/fi/tietopankki>) ti aiuterà con le tue preoccupazioni.

Anche i tuoi operatori sanitari locali sono lì per il tuo supporto. La chiave è agire presto prima che le preoccupazioni si trasformino in dolore. Hai bisogno di aiuto urgente? Chiama o contatta (numero o link) Non è mai troppo tardi per iniziare una vita senza sostanze per il bene tuo e della tua famiglia.

Materiale extra per professionisti e formatori (non inclusi nell'applicazione)

E' noto anche che l'uso materno di sostanze nel periodo pre e postnatale è associato a difficoltà nella cura del bambino, come una ridotta sensibilità ai bisogni del bambino che causa un attaccamento insicuro soprattutto nei bambini di età inferiore ai sei anni. Le avversità sociologiche compaiono insieme ai problemi di uso di sostanze e possono influenzare negativamente l'attaccamento sicuro del bambino. I bambini con una maggiore esposizione a sostanze mostrano difficoltà di interazione madre-figlio che portano alle difficoltà di coping dei bambini e all'attaccamento insicuro. (Hyysalo et al. 2021.) L'abuso di sostanze da parte dei genitori è anche legato a un minore benessere dei bambini. Sono state riscontrate differenze tra i tipi di abuso di sostanze nelle persone anziane. I confronti hanno mostrato che il legame tra lo scarso benessere dei bambini e l'uso di droghe da parte dei genitori era più forte rispetto all'uso di alcol o all'alcolismo. Per le droghe diverse dal tabacco o dall'alcol, in cinque studi, l'uso di cannabis da parte dei genitori ha avuto un effetto significativo sul benessere in termini negativi. (Kuppens et al., 2020)

Gli stupefacenti includono, ad esempio, cannabis (hashish, marijuana), cocaina, oppiacei (ad es. morfina, eroina), stimolanti (ad es. anfetamine), propellenti (ad es. adesivi, carburanti), sedativi, barbiturici (ad es. alcuni sonniferi) e allucinogeni (incluso l'LSD). Per "abuso di droghe" si intende l'uso di una prescrizione droghe o farmaci da banco in caso di overdose (uso eccessivo) o uso di farmaci per scopi non medici (Päihdelinkki).

9. Non so riconoscere il limite di sicurezza per l'abuso alcolico nel contesto di una famiglia con figli

I bambini con una persona di riferimento “caregiver”, che è un forte bevitore in casa, possono ricevere una ridotta supervisione, abusi verbali ed emotivi, un aumento del rischio di lesioni e altre forme di maltrattamento sui minori. Tali esperienze nei primi anni di vita possono avere un impatto cruciale sul benessere psicologico e fisico, oltre a rappresentare un fattore di rischio per l'abuso di alcol da parte dei bambini più avanti nella vita. Se c'è un forte bevitore in casa, i bambini sono esposti a danni fisici e a violenza familiare. Il rischio dei bambini di subire lesioni o di essere esposti alla violenza familiare è quasi quadruplicato (Laslett et al., 2020.) In generale, i figli di genitori che abusano di sostanze hanno maggiori probabilità di sviluppare una varietà di fattori emotivi, comportamentali, fisici, cognitivi, problemi accademici e sociali a breve e lungo termine (Kuppens et al., 2020). La domanda: sei un forte bevitore di alcol? È rilevante per tutti noi. La presenza di un forte bevitore in casa è costantemente associata alle lesioni legate all'alcol e all'esposizione dei bambini alla violenza. (Laslett et al., 2020.) Non esiste un limite sicuro per l'uso di alcol, poiché i limiti di rischio per l'uso di alcol sono indicativi. Fattori individuali contribuiscono al verificarsi di reazioni avverse e non è possibile determinare il limite di un uso completamente sicuro. Tuttavia, a un livello di rischio basso, è probabile che gli svantaggi siano minori. L'abuso di alcol si riferisce a un'abitudine al consumo che provoca qualche danno o è associata a un rischio significativo di danno. L'abuso di alcol è ulteriormente suddiviso in uso a rischio, uso dannoso o dipendenza da alcol. Qui (<https://thl.fi/fi/web/alkoholi-tupakka-ja-riippuvuudet/ehkaiseva-paihdetyo/alkoholinkayton-puheeksiotto-ja-mini-interventio/alkoholi>) puoi trovare quante dosi sono considerate a basso rischio, moderato rischio o uso ad alto rischio (THL 2021.)

"Lasten seurassa" – program (<https://www.alko.fi/vastuullisesti/alkoholihaitat-arjessa/lasten-seurassa>) ti sfida a considerare come anche il consumo modesto di alcol da parte di un adulto possa influenzare la vita di un bambino e come potrebbe sentirsi (ALKO 2021).

Qui (<https://paihdelinkki.fi/fi/testit-ja-laskurit/alkoholi>) puoi trovare Päihdelinkki (<https://paihdelinkki.fi/fi/tietopankki>) online che ti aiuterà con le tue preoccupazioni. Anche i tuoi operatori sanitari locali sono lì per il tuo supporto. Non è mai troppo tardi per iniziare una vita senza alcol per il bene di te e della tua famiglia. Scopri (<https://www.mll.fi/vanhemmille/tukea-perheen-huoliin-ja-kriiseihin/vanhempi-juo-liikaa/>) come il bere danneggia i bambini e per favore agisci prima che tuo figlio subisca danni. È importante ricevere aiuto in anticipo e senza vergogna. Il primo passo più importante è riconoscere l'esistenza di problemi e cercare aiuto. Tutti vogliamo il meglio per noi stessi, i familiari e i bambini!

Materiale extra per professionisti e formatori (non incluso nell'applicazione):

Nelle famiglie di rifugiati il consumo di alcol aumenta il rischio di violenza familiare e maltrattamento sui minori (Timshel et al., 2017).

10. Ho una storia di reati antisociali e criminali

Una crescita sana e sicura è un diritto umano per ogni membro della famiglia. Una fedina penale sporca non significa che non sei un buon caregiver per il tuo bambino. L'aver commesso dei reati di natura penale con abuso di sostanze e violenza aumenta il rischio di violenza domestica (Mulder et

al., 2018) e omicidio (Aho et al., 2017). Il maltrattamento infantile può consistere nel trascurare i bisogni quotidiani di un minore come la cura e l'attenzione, nell'assistere o subire violenza tra genitori o altri membri della famiglia. Con "background antisociale e criminale" del genitore si intende anche la violenza fisica tra i genitori sotto l'effetto dell'alcol, l'utilizzo delle armi dei genitori e i problemi della madre con le autorità (Mulder et al., 2018). Il maltrattamento infantile può anche consistere in un atto di violenza fisica, psicologica o sessuale su un minore. Parla con il tuo coniuge o i tuoi parenti stretti se hai problemi che non puoi risolvere da solo. Rivolgiti all'assistente sociale o al professionista più vicino (link: servizi di supporto alla violenza e all'abuso di sostanze) in modo da poter valutare insieme le possibili esigenze di supporto per te e per la tua famiglia.

11. Soffro di problemi di salute mentale, ad esempio depressione o senso di inutilità

Problemi particolarmente gravi, come il disturbo mentale dei genitori, tra cui DPTS (Disturbo Post Traumatico da Stress), ansia, depressione, disturbo dissociativo (Langevin et al. 2019, Chamberlain et al., 2019; Montgomery et al., 2018), depressione materna postpartum, una storia di disturbi psichiatrici come depressione, disturbi dell'umore o schizofrenia (Mulder et al., 2018) e una scarsa salute mentale perinatale (Ayers et al., 2019) sono i rischi più comuni di maltrattamento e negligenza sui minori. L'instabilità psicologica è nota per essere un fattore di rischio per il filicidio e il familicidio (Aho et al. 2017). Sembra che la depressione postpartum comprometta la capacità della madre di entrare in empatia, aumenti la sensazione di frustrazione della madre e i pensieri di poter fare del male al figlio. D'altra parte, l'empatia materna ha un effetto protettivo sui bambini timorosi riducendo la sensibilità agli stimoli emotivi, che aiuta il bambino ad affrontare meglio la situazione. La maggiore capacità di empatia della madre promuove il sostegno sociale del bambino, l'autogestione della vita e la fiducia nelle proprie capacità. La capacità della madre di entrare in empatia è inoltre correlata all'abilità di percepire i segnali dati dal bambino. (Boorman et al. 2018.) Si è scoperto che le madri depresse che hanno subito maltrattamenti durante l'infanzia, in particolare abusi emotivi, negligenza emotiva o abusi fisici, hanno reti sociali più piccole e competenze genitoriali carenti come un minore nutrimento e stimolo del bambino (Ammerman et al., 2016). Ci possono essere altri fattori di rischio nella famiglia annoverabili tra i problemi di salute mentale dei genitori che possono aumentare il rischio di maltrattamento infantile, come la scarsa presenza dei padri nella vita familiare, l'abuso psicologico, la coercizione o la violenza contro la madre adoperata dal padre. (Ayers et al. 2019.) Inoltre, anche i problemi di salute mentale meno gravi sono considerevoli rischi di maltrattamento su minori e pertanto necessitano di misure di sostegno precoci. I problemi di salute mentale dei genitori riguardano tutta la famiglia. Pertanto, occorre prestare attenzione alle relazioni familiari, soprattutto quando ci sono bambini in famiglia. Ad esempio, i pensieri filicidi potrebbero rimanere solo pensieri se la persona che cerca aiuto venisse identificata in una fase iniziale. (Aho et al., 2017.) Quando sei esausto e pensi che lo stress quotidiano sia troppo da sopportare e non sei in grado di superarlo, cerca supporto, parla con il tuo coniuge, con parenti stretti o contatta il professionista sanitario più vicino nella tua regione, l'infermiere di assistenza sanitaria pubblica nel centro per le famiglie, l'assistente sociale, il centro di consulenza familiare, l'insegnante o il professionista di un'agenzia di volontariato per poter valutare le eventuali esigenze di supporto tue e della tua famiglia.

12. Devo usare molti servizi sanitari con mio figlio perché spesso si ammala o non sta bene

Se tuo figlio è spesso malato, di solito c'è una ragione per questo. A volte la malattia può essere misteriosa all'inizio, ma di solito la causa viene trovata e il bambino riceve il miglior trattamento possibile. È importante che entrambi i genitori partecipino alla cura del bambino e trascorrono del tempo con lui, così che entrambi i genitori abbiano un'idea dello stato di benessere del bambino. A volte un genitore inizia a vedere il figlio solo attraverso la malattia, anche quando il bambino è sano; ciò può essere molto dannoso per una crescita sana e sicura. Anche quando a un bambino viene diagnosticata una malattia a lungo termine, è importante concentrarsi sulla salute, sulle sue risorse e sulla sua unicità. La vita familiare è molto dura quando un figlio si ammala frequentemente. È il bambino a risentirne maggiormente perché la malattia inibisce la normale crescita e sviluppo fisico, emotivo e sociale. La malattia produce sofferenza costante. Frequenti visite ambulatoriali o in ospedale interrompono anche la frequenza scolastica (Yates & Bass 2017) ed è noto che l'assenteismo cronico può minare le relazioni tra pari dei bambini (Shiu 2001), aumentare l'abbandono scolastico e portare a scarse competenze psicosociali in età adulta (Kearney 2008). Tutto ciò ha effetto anche sui genitori, poiché la malattia del bambino interrompe la normale vita sociale, familiare e lavorativa. Se la situazione con tuo figlio diventa difficile e non sei in grado di risolverla con il tuo coniuge o parenti stretti, contatta il professionista sanitario più vicino, il tuo infermiere, con cui puoi valutare le potenziali esigenze di supporto tue e della tua famiglia.

Materiale extra per professionisti e formatori (non incluso nell'applicazione):

Causare malattie in un bambino può portare all'interruzione del percorso scolastico, a fare accertamenti sanitari inutili e persino alla morte (Yates & Bass 2017). Si tratta di una forma di violenza fisica infantile in cui un genitore o un altro caregiver induce intenzionalmente una malattia a un bambino. In letteratura è descritta con molti termini diversi, come la sindrome di Munchausen per procura (MNSP=Munchausen Syndrome by Proxy), il disturbo fittizio imposto su un altro (FIDIOA=Factitious Disorder Imposed On Another), l'abuso medico infantile (CMA=Child Medical Abuse), falsificazione di condizioni pediatriche, malattia provocata o indotta (FII=Fabricated or Induced Illness) (Yates & bass 2017) o simulazione per procura (Yates & bass 2017; Davis et al. 2019). Secondo un recente studio, la quasi totalità degli abusatori sono donne e madri di bambini (97,6%), solo in pochi casi l'abusante era un padre (2,4%) o un altro stretto collaboratore, come una baby sitter (2,65%); la maggior parte degli abusatori era sposato (75,8%). L'età media dell'abusatore era di 27,6 anni (range 16, 53) e frequentemente aveva un'educazione sanitaria (45,55%), che poteva però essere falsa dal momento che ad alcuni soggetti era stata diagnosticata una condizione di menzogna patologica (9,2%). L'abusatore aveva spesso una storia di abuso infantile (30%), abuso relazionale (7,2%), difficoltà di inserimento (4,6%) o problematiche psicologiche, come la tendenza all'autodistruzione e all'autolesionismo (8,6%), depressione (14,2%), disturbo della personalità, ad esempio borderline (18,6%), altre malattie psichiatriche (16,3%) o sindrome di Munchausen da sola (FDIOS = Factitious Disorder Imposed On Self) (30, 9%), nel qual caso il genitore abusante potrebbe variare da una malattia all'altra per sé e per il figlio. I soggetti hanno inoltre sviluppato abuso di sostanze (14,2%), comportamento criminale (9,9%) o malattie somatiche (7,1%). I figli di genitori con sindrome di Munchausen avevano un aumentato rischio di abuso fisico infantile (MCA = Abusi

medici su minori). Una minoranza di genitori non aveva alcun disturbo mentale (4,59%). Gli abusatori avevano spesso avuto complicazioni legate alla nascita (23,5%) come l'aborto spontaneo o il parto prematuro (Yates & Bass 2017). Siate consapevoli che il genitore o il caregiver di un bambino può causare consapevolmente e intenzionalmente una malattia al proprio bambino e pertanto è necessario identificare precocemente i fattori di rischio correlati alla genitorialità. Il genitore abusante è solitamente la madre del bambino, e va tenuto presente che può causare intenzionalmente una malattia anche a se stesso. Il genitore potrebbe avere una storia di maltrattamento infantile. Il genitore potrebbe indurre la malattia nel figlio e va ricordato che può essere la forma più letale di maltrattamento sui minori. Il genitore di solito mantiene la condotta di maltrattamento anche in ambiente ospedaliero. Il bambino non ha sempre una vasta documentazione clinica, ma può avere molti contatti con medici diversi. Evitare incontri ostili o polemici con il genitore poiché alcuni di essi potrebbero essere a rischio suicidario.

13. Ho difficoltà a prendermi cura dei bisogni primari di mio figlio, ad esempio l'igiene dentale, l'igiene generale, l'abbigliamento o il cibo sano

Sembra che tu abbia qualche difficoltà a prenderti cura dei bisogni fisici quotidiani di tuo figlio. Ci possono essere molte ragioni, come la mancanza di denaro, difficoltà a trovare i servizi, un'insufficiente comprensione della necessità di supporto, l'inadeguatezza dei servizi (Bhatia et al. 2014), problemi riguardanti la tua salute fisica o mentale o difficoltà sociali, la mancanza di istruzione ed educazione (Mulder et al. 2018), la difficoltà a trovare del tempo da trascorrere con tuo figlio o il sovraccarico lavorativo. L'attività dei genitori ha un impatto importante e ampio sulla salute e sullo sviluppo dei bambini piccoli, ad esempio sulla salute orale (Hooley et al. 2012, Seow 2012). La carie dentaria è il segno più evidente del fallimento della salute orale di un bambino. L'incuria dentale fa sì che il bambino abbia carie, placca, infezioni orali, sanguinamento nella mucosa orale, deterioramento dentale, dolore, gonfiore, difficoltà a mordere ed evitare di sorridere. Inoltre, può causare disturbi del sonno, disturbi della crescita fisica, problemi con il rendimento scolastico e il funzionamento sociale. La perforazione dei canini può causare disturbi nello sviluppo dello smalto dentale nella dentatura permanente. Alcuni bambini piccoli potrebbero inoltre aver bisogno di un'anestesia generale per rimuovere i denti dolenti e perforati (Bhatia et al. 2014.) Il bambino può anche ridurre l'attività di gioco, avere difficoltà ad alimentarsi o a dormire e ridurre la frequenza scolastica o essere più stanco a scuola (Gilchrist et al. 2015), può avere un aspetto dentale alterato, ritardo della crescita, soprattutto nei bambini piccoli, e in generale la qualità della vita risulta compromessa (Sheiham 2006). Prendersi cura della bocca del proprio bambino con un'igiene orale regolare riduce il rischio di carie (Harris 2018). I bambini piccoli dipendono dai loro caregiver per mantenere la salute della bocca, ciò include la cura dell'igiene orale, l'attuazione di una dieta che promuova la salute e la ricerca di cure sia regolari e sia in caso di necessità (Bhatia et al. 2014.) Un'alimentazione adeguata e nutriente garantisce una crescita sana del bambino e previene ritardi di crescita o una possibile obesità. Igiene e abbigliamento adeguati garantiscono la salute generale del bambino. Accompagnare tempestivamente il bambino ai servizi sanitari offerti garantisce lo sviluppo favorevole del bambino, la salute e il sostegno ai genitori. Non esitate a contattare l'operatore sanitario o i servizi sociali più vicini se necessitate di un supporto tempestivo. La valutazione dei bisogni familiari aiuta a identificare i possibili rischi e un aiuto rapido e appropriato.

Materiale supplementare per i professionisti e i formatori (non incluso nell'applicazione):

L'eziologia delle carie è complessa. Il rischio di carie è determinato da fattori fisici, biologici, ambientali, comportamentali e di stile di vita. Questi includono ad esempio l'indigenza, un alto numero di batteri che causano carie, scarsa salivazione, assunzione inadeguata di fluoro, cattiva igiene orale, elevato consumo di zuccheri, allattamento notturno con il biberon, fare spuntini tra i pasti (Selwitz et al., 2007). L'intervento dei genitori ha un impatto significativo, soprattutto sulla salute orale dei bambini piccoli (Hooley et al., 2012; Seow, 2012). Prendersi cura del cavo orale spazzolandolo regolarmente riduce il rischio di carie (Harris, 2018). La carie dentale è il segno più evidente del fallimento della salute orale di un bambino, ma i segni della violenza fisica o sessuale e della violenza mentale possono essere visti anche nel cavo orale. Tra i segni tipici della violenza vi sono lividi dei tessuti molli del cavo orale, emorragie, ferite, gonfiori, ustioni e fratture o lussazioni articolari del massiccio faciale. È importante ricordare che, come per qualsiasi lesione, le lesioni orali devono sempre essere valutate da esperti. Oltre alla valutazione clinica, è necessario prendere in considerazione i fattori familiari e sociali, lo stadio di sviluppo del bambino, il racconto dei genitori e una revisione clinica completa e degli studi correlati (Harris, 2018).

Si dovrebbe sospettare negligenza nei casi in cui il bambino mostra ripetutamente scarsa igiene orale che mette in pericolo la sua salute, così come in situazioni in cui i genitori trascurano ripetutamente le cure dentali. Una valutazione psicosociale della famiglia è utile per identificare le famiglie a rischio e per aiutarle adeguatamente. I segni più comuni di trascuratezza delle cure dentali sembrano essere la mancanza o il ritardo nella ricerca delle cure, la mancata aderenza alle linee guida di trattamento e il mancato completamento del trattamento pianificato (Bhatia et al., 2014). È importante che gli infermieri, gli assistenti sociali e i medici capiscano che la scarsa salute orale e le lesioni di un bambino possono essere correlate all'abuso infantile e che questi bambini possono avere ulteriori bisogni complessi di salute orale o che possono subire altri abusi. (Bradbury-Jones et al., 2019).

Le lesioni orali in un bambino dovrebbero sempre essere valutate nel contesto della storia medica e sociale, lo stadio di sviluppo del bambino, la spiegazione dell'evento e un esame clinico completo. Qualsiasi lesione inspiegabile che causa preoccupazione per il bambino deve essere indagata. Le cause di afte, gonfiori o ferite alle labbra, petecchie, piccole emorragie, lividi, emorragie in un bambino devono sempre essere indagate. La bocca del bambino dovrebbe essere esaminata specialmente nei casi di sospetto di abuso fisico (Royal College of Paediatrics and Child Health, 2015).

14. Ho difficoltà a soddisfare i bisogni di base di mio figlio, ad esempio dargli supporto sociale ed emotivo

Sembra che lei abbia qualche problema nel prendersi cura dei bisogni emotivi e sociali quotidiani di suo figlio. Il bambino ha un intrinseco bisogno di essere amato e accudito, un bisogno di comunicare e di relazionarsi con i genitori e con i familiari più stretti per poter essere in grado di crescere come persona indipendente che ama e valorizza se stessa ed è in grado di comunicare in modo efficace e

funzionale con altre persone. È noto che in particolare lo sviluppo del linguaggio dei bambini fisicamente abusati e/o trascurati avvenga più in ritardo di quello dei bambini che non hanno subito abusi e/o trascuratezza. (Sylvestre et al., 2016). È anche noto che le esperienze dei genitori con relazioni inaffidabili sia causare una disregolazione delle emozioni e di una genitorialità disfunzionale, e ciò implica un caregiving meno sensibile e responsivo alle esigenze del bambino (Jones et al., 2014). Possono esservi anche molte altre ragioni, come la salute fisica o mentale del genitore stesso, problematiche sociali, la mancanza di istruzione e conoscenze per soddisfare i bisogni di base del bambino (Mulder et al., 2018), la mancanza di denaro, difficoltà nel trovare e raggiungere i servizi, l'insufficiente comprensione del bisogno di supporto, l'inadeguatezza dei servizi (Bhatia et al., 2014), la difficoltà di trovare tempo da condividere con il proprio figlio o un carico di lavoro eccessivo. La vostra empatia, l'impegno, la definizione di limiti in modo non violento, le influenze positive, la disponibilità, la sensibilità, essere costruttivi, la comprensione, la sistematicità, la presenza di sostegno, il calore umano (Savage et al., 2019), l'amore e l'affidabilità sono molto importanti per il sano sviluppo emotivo e sociale di vostro figlio. Se avete delle preoccupazioni, chiedete consiglio o supporto al professionista a voi più vicino, come l'infermiera del centro per la famiglia, l'assistente sociale, l'insegnante dell'asilo o il professionista di un'agenzia di volontariato per qualsiasi dubbio su questioni grandi o piccole della vita del bambino o della famiglia. È fondamentale agire tempestivamente prima che le preoccupazioni si trasformino in dolore. Hai bisogno di aiuto urgentemente? Chiama o contatta (numero o link). Agisci precocemente e chiedi supporto.

15. Ho difficoltà a prendermi cura dei bisogni fondamentali di mio figlio, ad esempio la scuola e gli orari di sonno

Sembra che lei abbia qualche problema a occuparsi dei bisogni educativi o di supervisione di suo figlio. Ciò può essere davvero molto difficile! Possono esservi anche molte altre ragioni, come la salute fisica o mentale del genitore stesso, problematiche sociali, la mancanza di istruzione e conoscenze per soddisfare i bisogni di base del bambino (Mulder et al., 2018), la mancanza di denaro, difficoltà nel trovare e raggiungere i servizi, l'insufficiente comprensione del bisogno di supporto, l'inadeguatezza dei servizi (Bhatia et al., 2014), la difficoltà di trovare tempo da condividere con il proprio figlio o un carico di lavoro eccessivo. Il fatto è che la frequenza scolastica e un'adeguata qualità della supervisione e l'impartizione di limiti nell'educazione dei figli sono bisogni fondamentali del bambino. Assentarsi da scuola senza una buona ragione compromette le possibilità di apprendimento di un bambino e non conoscere confini sicuri crea insicurezza, reazioni eccessive e ricerca di limiti nel bambino. Pratiche genitoriali positive come l'empatia, l'impegno, la definizione di confini non violenti, le influenze positive, la disponibilità, la sensibilità, essere costruttivi, la comprensione, la sistematicità, la presenza di sostegno, il calore umano (Savage et al., 2019), l'amore e l'affidabilità sono molto importanti per il sano sviluppo emotivo e sociale di vostro figlio. Agisca tempestivamente e chiedi supporto. Se pensa che la sua vita quotidiana rappresenti un carico eccessivo e non è in grado di sostenerla, cerchi un sostegno, ne discuta con il suo coniuge, con i parenti più stretti o contatti il professionista sanitario più vicino, l'assistente sociale, il centro di consulenza familiare o il professionista di un'associazione di volontariato per poter valutare le possibili esigenze di sostegno sue e della sua famiglia.

16. Sono un genitore single o divorziato

Da genitore divorziato si può provare sollievo dopo aver concluso una relazione dannosa. D'altra parte, dover lasciare casa può essere un'esperienza straziante. Il divorzio è sempre un trauma per tutti i membri della famiglia, ma soprattutto per i bambini, che amano entrambi i genitori incondizionatamente e non capiscono perché la famiglia si rompe. Si è visto che nelle famiglie in cui i padri non abitano con i figli o hanno meno contatti con loro c'è un rischio maggiore di maltrattamento dei bambini (Saphiro et al., 2011). La disorganizzazione familiare, la rottura o la violenza sono fattori di rischio per il maltrattamento infantile (Centre for disease control and prevention, 2018; Timshel et al., 2017), e la monogenitorialità è nota per aumentare il rischio di maltrattamento infantile soprattutto se il bambino vive con un solo genitore biologico (Mulder et al., 2018). In caso di divorzio, è importante che i bambini mantengano una relazione sana con entrambi i genitori, quando possibile. È molto dannoso per i bambini ascoltare e guardare i loro genitori litigare, avere comportamenti prepotenti o sperimentare un isolamento intenzionale dall'altro genitore. È dunque essenziale che gli adulti ricevano supporto e informazioni sulla genitorialità dopo il divorzio. La cosa più importante è mantenere un'atmosfera sicura in famiglia, così come relazioni aperte e affettive. Esistono diversi servizi e informazioni per le famiglie divorziate su come affrontare questo evento di vita stressante e doloroso. Sono disponibili informazioni anche per i bambini (link). Se avete delle preoccupazioni, chiedete consiglio o supporto al professionista a voi più vicino, per esempio l'infermiera del centro della famiglia, l'assistente sociale, l'insegnante dell'asilo o il professionista di un'associazione di volontariato per ogni dubbio su qualsiasi questione grande o piccola della vita infantile o familiare. È fondamentale agire tempestivamente prima che le preoccupazioni si trasformino in dolore. Ha bisogno di aiuto urgentemente? Chiami o contatti (numero o link).

17. Ho tre figli o più

Fare il genitore ha la grande responsabilità di assicurare la crescita sicura e sana di ciascuno dei vostri figli. Avere molti figli può rendere difficile per un genitore condividere equamente le risorse fisiche, mentali e sociali con tutti i bambini. È noto che una famiglia numerosa sia un fattore di rischio per il maltrattamento dei bambini (Mulder et al., 2018), anche nelle famiglie di rifugiati (Timshel et al., 2017). Se pensa che il suo carico di lavoro sia eccessivo e che non ci sia abbastanza tempo per ciascun figlio, discuta con il suo coniuge di come poter affrontare meglio i problemi insieme, o chiedi supporto ai familiari stretti o ai professionisti dell'assistenza familiare. Agisca per tempo, preferibilmente in anticipo. Anche i servizi di assistenza all'infanzia (link) possono essere d'aiuto.

18. Ci sono costanti preoccupazioni finanziarie o disoccupazione nella mia famiglia

La povertà, il basso status socioeconomico e la bassa occupazione sono noti fattori di rischio per la violenza intima tra partner (Langevin et al., 2019; Timshel et al., 2017; Mulder et al., 2018) e il maltrattamento infantile (Chamberlain et al. 2019; Timshel et al., 2017). Nelle famiglie di rifugiati, oltre alla fragilità socioeconomica della famiglia, ci sono anche condizioni di disuguaglianza, i problemi di adattamento culturale della famiglia, conflitti nella relazione causati dall'adattamento culturale come le credenze, i valori e le norme patriarcali, l'accettazione della violenza e della punizione nella propria cultura, il cambiamento dei rapporti di potere tra donna e uomo (Timshel et al., 2017). Se pensa che la sua vita quotidiana sia troppo dura da sopportare e non è in grado di sostenerla, cerchi un sostegno, ne discuta con il suo coniuge e con i parenti più stretti o contatti

l'assistente sociale più vicino per poter valutare le possibili esigenze di sostegno sue e della sua famiglia.

19. Mio figlio ha tre anni o meno

Si sta occupando di un bambino molto piccolo, o di più bambini sotto i tre anni. Potrebbe rendersi conto che ogni persona ha un temperamento individuale che diventerà poi la sua personalità. Il temperamento è una serie di abilità, tendenze e modalità di reazione (e.g. attività, pigrizia, socialità, tendenza al risentimento e all'irritabilità). I neonati possono esprimere il proprio temperamento come irritabile, ma non possono controllare le proprie reazioni. I neonati e i piccoli bambini sono quindi i più fragili e indifesi. Un genitore esausto e stanco può diventare frustrato e sentirsi inadeguato se il bambino è irritabile e richiestivo.

Neonati e bambini piccoli sono quindi i più fragile e indifesi. Un genitore stanco o esausto potrebbe sentirsi frustrato e inadeguato se il neonato diventa molto irritabile e richiestivo. Un neonato o un bambino molto piccolo può subire traumi permanenti o anche morire a seguito di violenze. E' importante ottenere informazioni circa il temperamento e l'occuparsi in maniera sicura del neonato. Se ha qualsiasi preoccupazione, chieda consigli o supporto ad un professionista locale di riferimento, ad esempio ad un'infermiera di un centro della famiglia, assistente sociale, insegnante o volontario di un'agenzia professionale. La chiave è agire precocemente prima che le preoccupazioni diventino tristezza. Ti serve urgentemente aiuto? Chiama o contatta (numero o link). E' Noto che assieme all'uso di sostanze, la scarsa rete sociale e l'età giovane del bambino siano fattori di rischio per la ricorrenza di maltrattamento infantile (White et al. 2015).

20. Mi sento solo e non ho avuto abbastanza supporto dalla comunità, da parenti, amici o dal mio partner

Sembra che tu gestisca la tua vita familiare da sola. Gestire tutte le difficoltà del quotidiano senza un supporto adeguato da parte del partner, altri parenti o dalla comunità può condurre a burn out velocemente. Un genitore esausto è un rischio per lo sviluppo sano e sicuro come lo è un genitore che non è presente o ha pochi contatti con il figlio o il coniuge (Saphiro et al., 2011). E' noto che assieme all'uso di sostanze da parte dei genitori, uno scarso supporto sociale e l'età giovane del bambino produce un significativo rischio di maltrattamento infantile (White et al. 2015). Dunque, è importante avere una conversazione con i membri della famiglia e scoprire come ci si può aiutare a vicenda. La comunità di professionisti nel campo sociale e sanitario potrebbe a sua volta aiutarti.

C'è anche un altro punto di vista sulla solitudine. Alcune persone potrebbero soffrire di una personalità dipendente, dove le persone dipendenti hanno come obiettivo primario quello di massimizzare la probabilità di ottenere e mantenere relazioni con i propri cari. Si sentono soli e disperati quando soli e si percepiscono deboli, incompetenti ed inutili mentre percepiscono gli altri come capaci e potenti. Persone eccessivamente dipendenti sono spesso, complianti e disposti ad aiutare, ma anche gelosi, possessivi, insicuri e con scarso controllo degli impulsi, non avendo sviluppato un adeguato coping e abilità di caregiving che li rendono a più alto rischio di maltrattare bambini. Se pensi di essere eccessivamente dipendente è essenziale cercare supporto e superare dipendenze problematiche. (Kane & Bornstein 2017.)

21. Ho vissuto violenza intima tra partner al domicilio

Vivere con un partner violento autore di reati aumenta il rischio di violenza intima tra partner nella famiglia (Langevin et al. 2019; Mulder et al., 2018). E' un fattore di rischio significativo anche per i cicli intergenerazionali di maltrattamento infantile (Langevin et al. 2019; Chamberlain et al. 2019). La storia familiare positiva per eventi traumatici nelle famiglie di rifugiati aumenta il rischio per violenze relate alla famiglia che includono la violenza intima tra partners e il maltrattamento infantile. I fattori di rischio culturali includono la barriera linguistica, sentimenti di ineguaglianza, conflitti di relazioni causati dall'adattamento culturale, tradizioni patriarcali, valori e norme, accettazione di violenza e punizione nella propria cultura e cambiamento nelle relazioni di potere tra donne e uomini. (Timshel et al., 2017.)

E' una questione difficile da risolvere perché c'è spesso anche tanto affetto nella relazione intima tra partner ed è difficile fuoriuscire dalla situazione di vita sofferente. Una sana relazione intima include l'amore, la trasparenza, la fiducia, e il rispetto per la libertà. Tutto ciò può essere acquisito tramite la crescita umana, iniziando a lavorare e a imparare in maniera progressiva. Una casa sicura è un diritto umano universale. Per il genitore che vive violenza intima tra partners, essa potrebbe produrre ridotti abilità genitoriali efficaci come pratiche di genitorialità negative, soprattutto maggiori livelli di aggressione fisica (punizioni corporali, disciplina aggressiva e rigida, violenza fisica). La violenza fisica può produrre anche violenza psicologica (ridotta comunicazione, ridotta attenzione e relazione, offendere, minacciare, abbandonare o spaventare), incuria e stili di genitoriali autoritari (severità, richiestività, rigidità, controllo, oppressione, comportamento intrusivo) (Chiesa et al., 2018.)

Pratiche di genitorialità positiva proteggono contro il maltrattamento. Queste includono l'interazione con il bambino (al bambino è permesso di parlare dei propri sentimenti, il bambino può parlare liberamente), abilità di genitorialità efficace (abilità di problem-solving, figure democratiche, coerenti, protettive), l'espressione di emozioni positive (un tono caldo e felice e sensibile) e il sentirsi ingaggiati e connessi con il bambino (incoraggiamento, giocare col bambino premiare il bambino) (Chiesa et al., 2018.) C'è anche evidenza che alcune madri affette da Violenza intima tra partners risponda ai bambini in maniera più calorosa e attenta (Lapierre 2010).

Se si sente non sicura a casa è importante riflettere velocemente su come risolvere il problema. Agendo velocemente ci sono molte possibilità. Potrebbe essere insopportabile provare a sopravvivere e cercare di mantenere i bambini al sicuro. Se ha compiuto violenze potrebbe essere intollerabile anche per Lei sentirsi incapaci di gestire la rabbia. Nessuno è violento per natura. La violenza cresce in un ambiente violento. Potrebbe essere stato lei stesso vittima di violenza da bambino. La chiave è cercare aiuto e risolvere i problemi a casa e coi professionisti il prima possibile. Ci sono molti servizi dove professionisti possono aiutare a risolvere situazioni difficili con Lei e i suoi cari.

Materiale extra per professionisti e formatori (non incluso nell'applicazione):

I servizi di supporto devono includere la collaborazione tra differenti discipline, dato che le responsabilità di supporto spesso si sovrappongono. La violenza intima tra partners e le sue conseguenze sulle pratiche di genitorialità nelle famiglie dovrebbe essere una preoccupazione dei

professionisti (Chiesa et al.2018) per offrire fattori di protezione come ambienti familiari privi di violenza, equità di genere, supporto familiare per educazione, rimando di gravidanze all'età adulta, relazioni genitore-figlio vicine e accoglienti, consapevolezza, abilità e supporto per crescere il bambino in maniera non violenza e risposte supportive sulla violenza. La collaborazione con tra professionisti dovrebbe seguire solide cornici legali e politiche, alti livelli di inclusione sociale e il coinvolgimento della comunità per proteggere i bambini dalla violenza (UNICEF 2017).

Fattori protettivi significativi legati alle relazioni interpersonali includono relazioni sicure, stabili e supportive nella famiglia e nella relazione (Langevin et al. 2019; Chamberlain et al. 2019), supporto alla salute mentale (Cascio et al. 2017), attaccamento sicuro al bambino, calore materno, soddisfazione rispetto alla propria genitorialità (Langevin et al. 2019), supporto dalla rete sociale (Chamberlain et al. 2019; Cascio et al. 2017), hobbies, inclusione della comunità (Cascio et al. 2017) e positive relazioni interpersonali (Chamberlain et al. 2019).

Fattori correlati alla famiglia e alla vita sociale possono proteggere, aumentare la resilienza e mitigare ripercussioni negative sull'abuso infantile (Cascio et al. 2017).

Un fattore protettivo significativo legato alle circostanze è lo stato economico alto (Langevin et al. 2019), assenza di debiti e possibilità di accesso ai servizi (Chamberlain et al. 2019). Fattori che proteggono contro la violenza domestica in famiglie di rifugiati includono strategie di coping positive, livello di istruzione dei genitori, tempo speso nel paese di arrivo, e relazioni coi vicini supportive (Timshel et al. 2017.)

22. Mio Figlio ha testimoniato/vissuto a casa violenza domestica o tra partner.

"Una casa sicura è un diritto umano universale. C'è forte evidenza che l'esposizione del bambino a violenza tra partner può avere conseguenze dannose come problemi comportamentali (Vu et al., 2016), problemi di salute fisica, depressione e sintomi di trauma (Chiesa et al., 2018). I bambini imparano e creano aspettative per quello che è un comportamento appropriato e accettabile a casa osservando come i caregivers interagiscono in relazioni intime. Dunque, imparano dai caregivers come socialmente e moralmente giustificare l'uso della violenza, ad esempio se i genitori gestiscono conflitti o stress rispondendo all'aggressione o alla violenza, il bambino ha un aumentata probabilità di comportarsi allo stesso modo. Il bambino potrebbe imparare che la violenza è una modalità accettabile ed efficace di risolvere i problemi. Inoltre, un bambino che percepisce il conflitto tra genitori come minaccioso per sé o per un genitore è più probabilmente stressato. I bambini possono anche dare la colpa a se stessi per i conflitti tra i genitori e vivere vergogna o colpa. Nell'ambiente con violenza tra partners i bambini possono avere in misura minore esauditi i loro bisogni di un disponibile e responsivo caregiving, e potrebbero formare un attaccamento non sicuro o disorganizzato con i loro genitori per la scarsa disponibilità dei genitori (Fong et al., 2019). Un bambino può vivere insicurezza o dubbi rispetto alla stabilità del sistema familiare o la sicurezza di uno o entrambi i genitori o intervenire in una situazione violenta come tentativo di fermare i genitori dal litigare (Vu et al., 2016.) La violenza intima tra partners avviene raramente solo una volta, ma è ripetuta o un problema cronico a casa (Margolin et al. 2009) e le sue conseguenze possono estendersi all'età adulta (Fong et al., 2019). Fattori protettivi includono sistemi di welfare sociali, supporto precoce alle famiglie, reti di supporto informali e interattive, stabili e supportive relazioni familiari,

eguaglianza di genere ed ambienti familiari non-violenti. Supporto familiare per l'educazione ed il postparto, matrimoni e gravidanze all'età adulta (UNICEF 201X). Anche il calore materno come l'affetto, l'accoglienza e il supporto, la genitorialità sensibile e appropriati livelli di controllo riducono l'impatto della violenza intima tra partners (Fong et al., 2019; Lavi & Slone 2012; Sturge-Apple et al., 2010). Imparare strategie di genitorialità positiva come il riconoscimento dei meriti, spendere tempo col bambino e uso di calma, disciplina non fisica come le pause di riflessione, la rimozione di privilegi, azioni efficaci nel promuovere la relazione genitori-figli e nel ridurre comportamenti di sfida (Fong et al., 2019)

23. Il mio bambino ha avuto complicazioni legate alla gravidanza o al parto

La gravidanza e il parto sono un cambiamento di vita rivoluzionario per la famiglia. Questo momento può essere complicato ulteriormente da problemi della salute del bambino come un basso peso alla nascita, parto prematuro o un basso score di APGAR, o salute della madre come scarsa cura prenatale o fumo, litigiose relazioni familiari, genitori single o stress finanziario (Mulder et al., 2018). Questi possono complicare la relazione tra genitore e neonato, ad esempio, se il neonato è stato separato dall'immediata vicinanza del genitore subito dopo il parto. Ciò può ostacolare lo sviluppo di un attaccamento vitale con il neonato. Il genitore che percepisce i messaggi del bambino, li interpreta correttamente, e risponde ad essi adeguatamente rafforza la relazione sicura tra genitore e bambino. E' così che il neonato inizia a sentirsi importante, sicuro, amato e con attaccamento al genitore. Se un genitore trova difficile occuparsi di un bambino, il neonato potrebbe sentirsi non sicuro. Una relazione non sicura o confusa con un genitore, in cambio, ostacola lo sviluppo della crescita, della sicurezza del bambino e la sua immagine di sé. Riflettere sulla propria relazione col proprio figlio/a e parlare con i propri cari e sentirsi liberi di parlare con un'infermiera se necessario per valutare che bisogni per sé e per la famiglia ci siano. E' possibile rafforzare l'attaccamento durante la vita. Può leggere altro rispetto alla relazione neonato-genitore qui: [link](#).

24. Mio figlio piange molto

Piangere è un modo per un bambino di esprimere fame, risentimento, dolore, ansia o la propria volontà in base all'età e al suo stadio di sviluppo. Un genitore può esser frustrato se lui o lei non riescono a gestire una situazione difficile con il proprio bambino. Il bambino può avere un temperamento difficile ([link](#)). Un genitore può trovare il neonato irritabile, iperattivo, o altrimenti difficile da gestire. Un genitore potrebbe avere aspettative non realistiche sull'abilità del bambino di controllare il proprio comportamento, o il genitore potrebbe sentirsi senza speranza quando lui o lei si sentono incapaci di gestire una situazione difficile (Botha et al. 2019; Kaźmierczak et al., 2020.) Il pianto inconsolabile di un neonato crea disperazione nella famiglia, altera la quotidianità, interferisce con l'allattamento, isola i genitori, tende a spezzare relazioni in famiglia, causa vissuti di fallimento, porta a stanchezza fisica e mentale, potrebbe mettere il bambino a rischio di abuso infantile o anche morte e aumentare i problemi successivamente nella vita. I genitori di un bambino che piange tentano attivamente di risolvere un problema e aggiustarlo finché il tempo gli permette di gestire sintomi, emozioni, ricordi negativi (Botha et al. 2019.). Il miglior modo è andare dal bambino e scoprire perché il bambino sta piangendo. E' utile avere una conversazione gentile e tranquilla con un bambino più grande e ascoltare il punto di vista del bambino nel momento in cui scoppia in pianto. Tranquillità, abbracci, affetto alleviano l'ansia del bambino. Genitori frustrati potrebbero violentemente scuotere il bambino. Il rischio di scuotere il bambino è aumentato dall'uso

di sostanze o dalla presenza di violenza domestica in famiglia. Le conseguenze dello scuotere un neonato possono essere molto gravi e irreversibili. Scuotere è violenza contro il bambino e può causare infortuni e disabilità persistenti. Dunque, è importante riconoscere e cercare aiuto a scopo preventivo. Puoi leggere di più sulla sindrome del bambino scosso qui: [link](#).

25. A mio figlio è stata diagnosticata una malattia dello sviluppo o fisica, o ha problemi legati alle emozioni o alle situazioni sociali.

Sei il genitore di un bambino speciale e ha bisogni speciali. Questo consuma costantemente le risorse del genitore. Il tempo è spesso gioioso insieme, ma anche estenuante. È noto che i bambini speciali abbiano bisogno di cure significativamente più continuative e individualizzate, visite mediche ripetute e talvolta poche prospettive di miglioramento del benessere del bambino (Peer & Hillman 2014). Ciò impone ai genitori notevoli richieste fisiche, finanziarie ed emotive, che loro stessi a volte descrivono, ad esempio "Essere stressanti, estenuanti, o irragionevoli e di svolgere un lavoro infermieristico pesante e continuo 24 ore su 24, 7 giorni su 7, 365 giorni all'anno che non finisce mai" (Doig et al.2009; Nowak 2015). Potrebbe esserci mancanza di un legame genitore-figlio a causa di lunghe degenze ospedaliere o il bambino potrebbe esprimere comportamenti costantemente impegnativi (Frederick et al. 2019) che creano alti livelli di stress (Peer & Hillman 2014) e problemi di salute mentale (Barreto et al. , 2020). I genitori devono essere maggiormente in equilibrio con le richieste degli altri membri della famiglia. Possono sperimentare isolamento e problemi sociali che influiscono sulla loro salute mentale. Possono sperimentare una grave ansia mentale e avere un rischio maggiore di sviluppare depressione rispetto ai genitori senza un figlio disabile (Nes et al. 2014). Alti livelli di stress possono causare comportamenti da parte dei genitori che possono portare al maltrattamento o addirittura alla morte di un bambino (Fredrick et al. 2019). Sebbene la maggior parte dei genitori offra ai propri figli una casa sicura e amorevole (Taylor et al. 2016), a volte i genitori non comprendono i bisogni speciali del bambino o la capacità di rispondere a quei bisogni speciali (Frederick et al. 2019.), prima di diventare esperti dei bisogni del bambino. Pertanto, i genitori di bambini speciali hanno bisogno di un sostegno continuo e di una sensibilità speciale da parte di professionisti a tutti i livelli della comunità. L'obiettivo finale della collaborazione è essere ascoltati e supportati in base alle vostre esigenze e alla vostra famiglia. Rifletti spesso sulla tua situazione, e quando la situazione di tuo figlio, tua o della tua famiglia lo richiede, contatta la tua infermiera, assistente sociale, insegnante di asilo nido o scuola, o un professionista del terzo settore. Puoi trovare supporto tra pari qui ([link](#)). Puoi trovare utili servizi di supporto qui ([link](#)).

Materiale extra per professionisti e formatori (non incluso nell'applicazione):

A causa delle cure ospedaliere intensive necessarie al bambino nelle prime fasi della vita o in diversi periodi ospedalieri successivi, il legame tra il genitore e il bambino rimane poco sviluppato. I genitori possono anche provare la tristezza di "perdere" il loro figlio tanto atteso e avere un figlio disabile può influire sul benessere mentale di un genitore e sulla qualità della vita (Nowak 2015). Lo sviluppo di un legame emotivo può essere compromesso se il bambino ha difficoltà ad esprimere determinate reazioni emotive, soprattutto se al bambino è stato diagnosticato l'autismo. Sono stati

osservati problemi nella relazione di attaccamento tra madri che hanno commesso infanticidio e i loro figli (Fredrick et al. 2019; Croog & Tournay 2013). A causa del comportamento provocatorio del bambino, i genitori possono sentirsi frustrati dal fatto che il bambino o l'adolescente non risponda ai metodi disciplinari convenzionali, il che può portare a un graduale aumento di forme di punizione più severe e all'uso eccessivo della forza che può portare alla morte del bambino (Nowak 2015). I bambini con autismo sono associati a un gruppo a rischio più elevato a causa della natura del loro comportamento e della frustrazione e incapacità dei genitori di prendersi cura del loro bambino e controllare il comportamento del bambino (Fredrick et al.; Croog & Tournay 2013). Le famiglie in una posizione particolarmente vulnerabile necessitano di percorsi di cura chiari e coordinati per garantire che genitori e figli abbiano accesso al sostegno, e al momento giusto (Sidebotham et al. 2016). È importante che i professionisti della salute mentale adulti tengano conto delle esigenze dei loro pazienti, in particolare dei bambini vulnerabili con disabilità. Gli articoli revisionati hanno mostrato chiari rischi per i bambini i cui genitori avevano problemi di salute mentale, compreso il comportamento suicidario dei genitori ed il coinvolgimento dei bambini in deliri psicotici. (Fredrick et al. 2019.) I genitori spesso provano stress durante il processo di valutazione e diagnosi di disabilità del loro bambino. È noto che le esperienze aperte, oneste e positive con gli operatori sanitari in questo momento cruciale, inclusa la fornitura di supporto e consulenza, possano avere effetti positivi significativi sulla loro resilienza. Opportunità per una tregua o "brevi pause" possono essere necessarie per i genitori per far fronte al loro ruolo di cura. (Fredrick et al. 2019.) I genitori con bambini con maggiori problemi emotivi e comportamentali avevano maggiori probabilità di avere un aumento dello stress e della depressione (ansia psicologica) e ricevevano meno sostegno dalle loro famiglie. Anche i genitori che hanno sperimentato alti livelli di stress e depressione pensavano di aver ricevuto scarso sostegno sociale. Un bambino con disabilità è visto in modo diverso nelle diverse culture. I genitori di bambini con disabilità spesso vedono i loro figli principalmente come bambini e solo come parte della disabilità e come un insieme di molte abilità. I genitori sono consapevoli del peso, ma molti genitori sperimentano ancora stress e difficoltà. (Barreto et al. 2020.)

26. Mio figlio è spesso disobbediente, si comporta male, è difficile o irritabile

Un bambino disobbediente, che si comporta male, difficile o irritabile può davvero essere una sfida. La crescita di un bambino è associata a sfide evolutive, che, se risolte, portano a una crescita e uno sviluppo favorevole verso l'età adulta. Un bambino ha bisogno di un adulto per affrontare queste sfide. È importante un'interazione stretta e solidale con il bambino. È importante che un genitore mantenga un'atmosfera di sostegno e relazioni familiari stabili, regole di sicurezza, eserciti il giudizio e agisca adeguatamente in situazioni difficili. Non è sempre facile. Molte cose possono ostacolare i nostri sforzi come la fatica, un cattivo rapporto con il bambino, la vita frenetica e poco tempo per il bambino, problemi di salute mentale, difficoltà ad affrontare una situazione difficile, capire i sentimenti di un bambino, lo stadio di sviluppo o mantenere consistenti metodi genitoriali sicuri e che promuovono la salute.

Il bambino può anche avere difficoltà speciali che causano problemi alla genitorialità, ad esempio il disturbo da deficit di attenzione e iperattività (ADHD) (Laugensen et al., 2016; Clayton et al. 2018). Vivere con un bambino con ADHD può essere stressante e la vita quotidiana può essere caotica e piena di conflitti che causano esaurimento, disperazione e impotenza, che i genitori cercano di normalizzare. Il tempo trascorso con altri membri della famiglia diventa limitato, poiché trattare con

vari professionisti richiede tempo. La cura del bambino interrompe anche la vita lavorativa. I genitori mancano di comprensione da parte di amici, familiari, professionisti e società in generale. Pensano di dover lottare per il sostegno dei sistemi educativi, di assistenza sociale e di assistenza sanitaria. Infine, accettando il bambino così com'è, i genitori si riprendono e iniziano a sentirsi più ottimisti riguardo al futuro (Laugensen et al., 2016). È riconosciuto che l'ADHD sia associato a un numero maggiore di esperienze di maltrattamento sui minori (Clayton et al. 2018.) Pertanto, è importante una grande quantità di supporto familiare preventivo. I fattori protettivi includono sistemi accessibili che supportano le famiglie, relazioni familiari stabili e solidali, relazioni genitori-figli strette e attente, abilità e supporto per l'educazione non violenta dei figli, accesso a un'istruzione e abilità di vita sicure e inclusive, consapevolezza della violenza e conoscenza di come e dove cercare aiuto, relazioni strette e di sostegno con i genitori e gli operatori sanitari, supporto per affrontare e costruire l'autostima e l'accesso a servizi di supporto e intervento precoce (UNICEF 2017).

Se la situazione di tuo figlio è difficile e non ti senti in grado di risolverla con il tuo coniuge o un parente stretto, contatta il tuo professionista sanitario di riferimento, l'assistente sociale o l'insegnante. Ti aiuteranno anche professionisti del terzo settore (link). Insieme ai professionisti, puoi valutare le tue potenziali esigenze di supporto e quelle della tua famiglia.

Materiale extra per professionisti e formatori (non incluso nell'applicazione):

La connessione tra ADHD e abuso sui minori si basa sul fatto che le persone che hanno subito abusi sui minori hanno disturbi simili a quelli con ADHD, come problemi comportamentali, deficit cognitivi e relazioni sociali compromesse (Coohey et al. 2011; Kim & Cicchetti 2010), conflitti nella relazione, disturbi mentali, delinquenza, disfunzioni della famiglia e basso stato socioeconomico (Banerjee et al. 2007). I bambini con ADHD sperimentano quantità significative di abuso. È quindi importante chiedere e discutere apertamente dell'abuso ed essere consapevoli dei sintomi di abuso quando si lavora con bambini e famiglie con ADHD. Secondo un recente studio i bambini con ADHD avevano subito abusi 2,39 volte più spesso rispetto al gruppo di controllo. Avevano subito abusi fisici 2,02 volte, trascuratezza 5,33 volte e abusi emotivi 8,59 volte più spesso di quelli senza ADHD. Quelli con sintomi di Disturbo Oppositivo Provocatorio o Disturbo della Condotta oltre all'ADHD avevano una probabilità 2,55 volte maggiore di subire abusi rispetto a quelli con solo ADHD (Clayton et al. 2018.). Per la pratica clinica, il supporto dell'intera famiglia è essenziale per alleviare lo stress e il disagio dei genitori. I professionisti dovrebbero prestare attenzione alle esigenze uniche della famiglia. Un migliore coordinamento tra i servizi potrebbe migliorare l'assistenza centrata sulla famiglia (Laugensen et al., 2016.).

27. Mio figlio ha difficoltà a scuola o all'asilo

Se tuo figlio ha difficoltà a scuola, si dovrebbe dare una risposta abbastanza rapida e completa. Pertanto, è fondamentale ottenere supporto immediatamente. Ad esempio, il bambino può avere problemi di apprendimento a causa di condizioni mediche, problemi di concentrazione, stanchezza, bullismo a scuola, problemi nell'ambiente domestico, mancanza di sostegno emotivo, guida e nutrimento trascurati ogni giorno, relazioni difficili a casa o a scuola, mancanza di amici, testimoni

di violenze domestiche o violenze fisiche, emotive, sessuali a casa... la lista è lunga. Se la situazione con tuo figlio diventa difficile e non sarai in grado di superarla a casa, prova a risolvere i problemi con il tuo coniuge o parente stretto, oppure contatta il personale della scuola di tuo figlio per risolvere il problema. Puoi anche contattare un'infermiera dell'assistenza sanitaria pubblica nel centro per le famiglie, un assistente sociale, un insegnante di assistenza diurna o un professionista di un'agenzia di volontariato per essere in grado di valutare le eventuali esigenze di supporto tue e della tua famiglia. (Laugensen et al., 2016; Clayton et al. 2018; Sylvestre et al., 2016)

28. Devo calmare mio figlio somministrando farmaci, sedativi o altre sostanze

Il tuo bambino potrebbe avere farmaci prescritti da un medico. È importante che il bambino prenda tutti i medicinali prescritti e che gli vengano somministrati correttamente. Se un bambino ha farmaci da assumere secondo necessità, possono essere somministrati solo a un bambino sintomatico. Dare altri medicinali a un bambino senza prescrizione medica e sotto la direzione di un farmacista è contro la legge. Inoltre, somministrare alcol o altre droghe a un bambino o falsificare i sintomi di un bambino per ottenere una prescrizione medica è contro la legge ed è violenza. Se hai domande sui medicinali per bambini, ottieni maggiori informazioni qui (link). Puoi anche chiedere consiglio al tuo medico. (Yates & Bass 2017)

Bibliografia:

Aho A L, Remahl A, Paavilainen E. 2017. Homicide in the western family and background factors of a perpetrator. *Scandinavian Journal of Public Health* 45(5) 555–568. Doi: <https://doi.org/10.1177%2F1403494817705587>

ALKO 2021. Alkoholihaitat arjessa. Lasten seurassa -lapsi ei ymmärrä aikuisen alkoholin käyttöä. Online <https://www.alko.fi/vastuullisesti/alkoholihaitat-arjessa/lasten-seurassa>

Ammerman RT, Peugh JL, Teeters AR, Putnam FW, Van Ginkel JB. 2016. Child maltreatment history and R´response to CBT treatment in depressed mothers participating in home visiting. *Journal of Interpersonal Violence*. 31(5), 774–791. Doi: <https://dx.doi.org/10.1177/0886260514556769>.

Appleton J.V. & Sidebotham P. 2017. Was not brought-Take note! Think Child! Take Action! Editorial. *Child Abuse Review* 26, 165–171.

Assink M, Spruit A, Schuts M, Lindauer R, van der Put C E, Stams G-J J M. 2018. The intergenerational transmission of child maltreatment: A three level meta-analysis. *Child Abuse & Neglect* 84(10), 131–145. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2018.07.037>

Azzopardi C, Eirich R, Rash C L, MacDonald S, Madigan S. 2019. A meta-analysis of the prevalence of child sexual abuse disclosure in forensic settings. *Child Abuse & Neglect*. 93, 291–304. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2018.11.020>

Ayers S, Bond R, Webb R, Miller P. & Bateson K. 2019. Perinatal mental health and risk of child maltreatment: A systematic review and meta-analysis. *Child Abuse & neglect* 98, 1–13. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2019.104172>

Banerjee TD, Middleton F, Faraone SV. 2007. Environmental risk factors for attention-deficit hyperactivity disorder. *Acta Paediatrica*. 96(9), 1269–1274. Doi: <https://doi.org/10.1111/j.1651->

2227.2007.00430.x.

Bartlett JD, Easterbrooks MA. 2015. The moderating effect of relationships on intergenerational risk for infant neglect by young mothers. *Child Abuse & Neglect*. 45, 21–34. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2015.02.018>

Barreto Tainara M, Bento M N, Barreto Tamiris M, Jagersbacher J G, Jones N S, Lucena R, Bandeira I D. 2020. Prevalence of depression, anxiety, and substance-related disorders in parents of children with cerebral palsy: a systematic review. *Developmental Medicine & Child Neurology*. 62(2), 163–168. Doi: <https://doi-org.libproxy.tuni.fi/10.1111/dmcn.14321>

Berlin L J, Appleyard K, Dodge K A. 2011. Intergenerational continuity in child maltreatment: mediating mechanisms and implications for prevention. *Child Development*. 82(1), 162–176. Doi: [10.1111/j.1467-8624.2010.01547.x](https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.2010.01547.x)

Bhatia S K, Maguire S A, Chadwick B L, Hunter M L, Harris J C, Tempest V, Mann M K, Kemp Alison M. 2014. Characteristics of child dental neglect: A systematic review. *Journal of Dentistry* 42(3), 229–239. Doi: [10.1016/j.jdent.2013.10.010](https://doi.org/10.1016/j.jdent.2013.10.010)

Bradbury-Jones C, Isham L, Morris A J, Taylor J. 2019. The “neglected” relationship between child maltreatment and oral health. An international scoping review of research. *Trauma, Violence & Abuse* 22(2), 265–276. Doi: <https://doi.org/10.1177%2F1524838019841598>

Breiding M, Basile K, Smith S, Black M, Mahendra R. 2015. Intimate partner violence surveillance: Uniform definitions and recommended data elements, version 2.0. Atlanta, GA: National Center for Prevention and Control. Centres for Disease Control and Prevention. Online: [Preventing Intimate Partner Violence | Violence Prevention | Injury Center | CDC](https://www.cdc.gov/violenceprevention/dpvi/pdf/2015-08-10-IPV-Surveillance-2015.pdf)

Boorman R J, Creedy D K, Fenwick J & Muurlink O. 2018. Empathy in pregnant women and new mothers: A systematic review. *Journal of Reproductive and Infant Psychology* 37(1), 84–103. Doi: [10.1080/02646838.2018.1525695](https://doi.org/10.1080/02646838.2018.1525695)

Bornstein M H, Cote L R, Haynes O M, Hahn C-S & Park Y. (2010). Parenting knowledge: Experiential and sociodemographic factors in European American mothers of young children. *Developmental Psychology*. 46, 1677–1693. Doi: <http://dx.doi.org/10.1037/a0020677>.

Botha E, Joronen K, Kaunonen M. 2019. The consequences of having an excessively crying infant on the family: An integrative review. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 33(4), 779–790. Doi: [10.1111/scs.12702](https://doi.org/10.1111/scs.12702)

Cafferky B M, Mendez M, Anderson J R, Stith S M. 2018. Substance use and intimate partner violence: A meta-analytic review. *Psychology of Violence*. 8(1), 110–131. Doi: [10.1037/vio0000074](https://doi.org/10.1037/vio0000074)

Cascio ML, Guarnaccia C, Infurna MR, Mancuso L, Parroco AM, Giannone F. 2017. Environmental dysfunctions, childhood maltreatment and women’s intimate partner violence victimization. *Journal of Interpersonal Violence*. 35(19–20), 3806–3832. Doi: <https://doi.org/10.1177%2F0886260517711176>

Centre for disease control & prevention. 2018. Child maltreatment: Risk and protective factors. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5815838/> Doi: [10.1097/PHH.0000000000000669](https://doi.org/10.1097/PHH.0000000000000669)

Chamberlain C, Gee G, Harfield S, Campbell S, Brennan S, Clark Y, Mensah F, Arabena K, Herrman H & Brown S. 2019. Parenting after a history of childhood maltreatment: A scoping review and map of evidence in the perinatal period. *PLoS ONE* 14 (3): e0213460. Open Access. Doi: <https://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0213460>

Child protection evidence. 2014. Systematic review on oral injuries. Royal College of Paediatrics and Child Health. Online: https://childprotection.rcpch.ac.uk/wp-content/uploads/sites/6/2020/05/child_protection_evidence_-_oral_injuries.pdf

Chiesa AE, Kallechey L, Harlaar N, Ford CR, Garrido EF, Betts WR. & Maguire S. 2018. Intimate partner violence victimization and parenting: A systematic review. *Child Abuse & Neglect* 80, 285–300. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2018.03.028>

Choenni V, Hammink A, van de Mheen D. 2017, Association between substance use and the perpetration of family violence in industrialized countries: A systematic review. *Trauma, Violence & Abuse*. 18(1), 37–50. Doi: <https://doi.org/10.1177/1524838015589253>

Clayton K, Lee, J B, Cheung K, Theule J, Henrikson B. 2018. Quantifying relationship between attention-deficit/hyperactivity disorder and experiences of child maltreatment: A meta-analysis. *Child Abuse Review* 27(5), 361–377. Doi: [10.1002/car.2530](https://doi.org/10.1002/car.2530)

Coohey C, Renner LM, Hua L, Zhang YJ, Whitney SD. 2011. Academic achievement despite child maltreatment: A longitudinal study. *Child Abuse & Neglect*. 35(9), 688–699. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2011.05.009>.

Dalgaard NT, Montgomery E. 2017. The transgenerational transmission of refugee trauma: Family functioning and children's psychosocial adjustment. *International Journal of Migration, Health and Social Care*. 13(3), 289–301. Doi: [10.1108/IJMHS-06-2016-0024](https://doi.org/10.1108/IJMHS-06-2016-0024)

Danese A & Tan M. 2014. Childhood maltreatment and obesity. Systematic review and meta-analysis. *Molecular Psychiatry*. 19(5), 544–554. Doi: [10.1038/mp.2013.54](https://doi.org/10.1038/mp.2013.54)

Doig JL, McLennan JD, Urichuk L. 2009. 'Jumping through hoops': Parents' experiences with seeking respite care for children with special needs. *Child: Care, Health and Development*. 35, 234–242. Doi: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2214.2008.00922.x>.

Dong, M., Anda, R. F., Dube, S. R., Giles, W. H., & Felitti, V. J. 2003. The relationship of exposure to childhood sexual abuse to other forms of abuse, neglect, and household dysfunction during childhood. *Child Abuse & Neglect*. 27(6), 625–639. Doi: [https://doi.org/10.1016/S0145-2134\(03\)00105-4](https://doi.org/10.1016/S0145-2134(03)00105-4)

Dubowitz H, Pitts S C, Black M. 2004. Measurement of three major subtypes of child neglect. *Child Maltreatment*. 9(4), 344–356. Doi: <https://doi.org/10.1177/1077559504269191>

Dubowitz H, Pitts S C, Litrownik AJ, Cox C E, Runyan D, Black M. 2005. Defining child neglect based on child protective services data. *Child Abuse & Neglect*. 29(5), 493–511. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2003.09.024>

Eriksson E & Arnkil T. (2009) *Taking up one's worries –A handbook on early dialogues*. 1st ed. Guide no. 60 of Social and Health Research and Development Centre (STAKES), National Institute for Health and Welfare. Available in English: <https://kirjakauppa.thl.fi/sivu/tuote/taking-up-one-s-worries/45416>

Fong VC, Hawes D & Allen JL. 2019. A systematic review of risk and protective factors for externalizing problems in children exposed to intimate partner violence. *Trauma, Violence & Abuse* (20)2, 149–167. Doi: <https://doi.org/10.1177%2F1524838017692383>

Frederick J, Devaney J, Alisic E. 2019. Homicides and maltreatment-related deaths of disabled children: A systematic review. *Child Abuse Review* 28(5), 321–338. Doi: <https://doi.org/10.1002/car.2574>

Gilchrist F, Marshman Z, Deery C. 2015. The impact of dental caries on children and young people: what they have to say? *International Journal of Paediatric Dentistry*. 25(5), 327–338. Doi: <https://doi.org/10.1111/ipd.12186>

Graham A M, Kim H K, Fisher P A. 2012. Partner aggression in high-risk families from birth to age 3 years: Associations with harsh parenting and child maladjustment. *Journal of Family Psychology*. 26(1), 105–114. Doi: 10.1037/a0026722

Grasso D J, Henry D, Kestler J, Nieto R, Wakschlag L S, Briggs-Gowan M J. 2016. Harsh parenting as a potential mediator of the association between intimate partner violence and child disruptive behaviour in families with young children. *Journal of Interpersonal Violence*. 31(11), 2102–2126. Doi: <https://doi.org/10.1177%2F0886260515572472>

Coorg R, Tournay A. 2013. Filicide-suicide involving children with disabilities. *Journal of Child Neurology*. 28(6), 745–751. Doi: <https://doi.org/10.1177/0883073812451777>.

Harden B J, Buhler A, Parra L J. 2016. Maltreatment in infancy: A developmental perspective on prevention and intervention. *Trauma, Violence, & Abuse*. 17, 366–386. Doi: 10.1177/1524838016658878

Harris J, Sidebotham P, Welbury R, Townsend R, Green M, Goodwin J. 2006 Child protection and the dental team: an introduction to safeguarding children in dental practice. Sheffield: Committee of Postgraduate Dental Deans and Directors (COPDEND) available from: <http://www.cpd.org.uk>.

Harris JC, Balmer RC, Sidebotham PD. 2009c. British Society of Paediatric Dentistry: a policy document on dental neglect in children. *International Journal of Paediatric Dentistry Online* available <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-263X.2009.00996.x/abstract>

Harris JC, Elcock C, Sidebotham PD, Welbury RR. 2009a. Safeguarding children in dentistry: 1. Child protection training, experience and practice of dental professionals with an interest in paediatric dentistry. *British Dental Journal*. 206(8), 409–414. Doi: 10.1038/sj.bdj.2009.307

Harris JC, Elcock C, Sidebotham PD, Welbury RR. 2009b. Safeguarding children in dentistry: 2. Do paediatric dentists neglect child dental neglect? *British Dental Journal*. 206(9), 465–470. Doi: 10.1038/sj.bdj.2009.356

Hegar RL, Verbovaya O, Watson LD. 2015. Child fatality in intercountry adoption: What media reports suggest about deaths of Russian children in the U.S. *Children and Youth Services Review*. 55, 182–192. <https://doi.org/10.1016/j.chilyouth.2015.06.002>.

Hooley M, Skouteris H, Boganin C. 2012. Parental influence and the development of dental caries in children aged 0-6 years: a systematic review of the literature. *Journal of Dentistry*. 40(11), 873–885. Doi: 10.1016/j.jdent.2012.07.013

HOTUS. Nursing Research foundation, Finland. www.hotus.fi

Hughes K, Bellis M A, Hardcastle K A, Sethi D, Butchart A, Mikton C, . . . Dunne M P. 2017. The effect of multiple adverse childhood experiences on health: A systematic review and meta-analysis. *Lancet Public Health*. 2, e356–e366. Doi: 10.1016/S2468-2667(17)30118-4

Hyvärinen S. 2017. *Finn's attitudes to parenting and the use of corporal punishment 2017*. Summary. Central Union for Child Welfare. <https://www.lskl.fi/verkkokauppa/finns-attitudes-to-parenting-and-the-use-of-corporal-punishment/>

Hyysalo N, Gastelle M, Flykt M. 2021. Maternal pre and postnatal substance use and attachment in young children: A systematic review and meta-analysis. *Development and Psychopathology* 1 – 18 (Open Access). Doi: 10.1017/S0954579421000134

Jones, J. D., Brett, B. E., Ehrlich, K. B., Lejuez, C. W., & Cassidy, J. (2014). Maternal attachment style and responses to adolescents' negative emotions: The mediating role of maternal emotion regulation. *Parenting*. 14(3–4), 235–257. Doi: 10.1080/15295192.2014.972760

Kane F A & Bornstein R F. 2018. Unhealthy dependency in victims and perpetrators of child maltreatment: a meta-analytic review. *Journal of Clinical Psychology* 74(6), 867–882. Doi: 10.1002/jclp.22550

Kaźmierczak M, Pawlicka P, Anikiej P, Łada A, Michałek-Kwiecień J. 2020. Parental negative emotionality and emotional reactions to child's crying: The mediating role of child's temperament. *Early Child Development and Care*. ISSN: 0300-4430 (Print) 1476-8275. Doi: <https://doi.org/10.1080/03004430.2020.1753719>

Kearney C A. 2008. School absenteeism and school refusal behaviour in youth: A contemporary review. *Clinical Psychology Review*. 28(3), 451–471. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2007.07.012>

Kim J, Cicchetti D. 2010. Longitudinal pathways linking child maltreatment, emotion regulation, peer relations, and psychopathology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 51(6), 706–716. Doi: <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2009.02202.x>.

- Kuppens S, Moore S C, Gross V, Lowthian E, SiddaWay A P. 2020. The enduring effects of parental alcohol, tobacco and drug use on child well-being: A multilevel meta-analysis. *Development and Psychopathology* 32(2), 765–778. Doi: 10.1017/S0954579419000749
- Langevin R, Marshall C, Kingsland E. 2019. Intergenerational cycles of maltreatment: A scoping review of psychosocial risk and protective factors. *Trauma, Violence & Abuse*, Aug 27, 1–17. Doi: <https://doi-org.libproxy.tuni.fi/10.1177/1524838019870917>
- Lapierre S. (2010). Striving to be 'good' mothers: Abused women's experiences of mothering. *Child Abuse Review*. 19(5), 342–357. Doi: <https://doi.org/10.1002/car.1113>
- Laslett A-M, Stanesby O, Graham K, Callinan S, Karriker-Jaffe K J, Wilsnack S, Kuntche S, Waleewong O, Greenfield T K, Gmel G, Florenzano R. 2020. Children's experience of physical harms and exposure to family violence from others' drinking in nine societies. *Addiction Research and Theory*. 28(4), 354–364. Doi: <https://doi.org/10.1080/16066359.2019.1704272>
- Laugensen B, Lauritsen M B, Jørgensen R, Sørensen E, Rasmussen P, GrønkJaær M. 2016. Living with a child with attention deficit hyperactivity disorder: a systematic review. *International Journal of Evidence-Based Healthcare*. 14(4), 150–165. Doi: 10.1097/XEB.0000000000000079
- Lavi I, Slone M. 2012. Parental practices and political violence: The protective role of parental warmth and authority-control in Jewish and Arab Israeli Children. *American Journal of Orthopsychiatry*. 82(4), 550–561. Doi: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1939-0025.2012.01183.x>
- Li S, Zhao F, Yu G. 2020. A meta-analysis of childhood maltreatment and intimate partner violence perpetration. *Aggression and Violent Behaviour*. 50, p. 101362. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.avb.2019.101362>
- Lo C K, Tung K T, Chan K L, Yip P S, Lau J T, Wong W H, Wong R S, Tsang A, Tsang H, Tso W, Ip P. 2017. Risk factors for child physical abuse and neglect among Chinese young mothers. *Child Abuse & Neglect*. 67, 193–206. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2017.02.031>
- Lo C K M, Chan K L & Ip P. 2019. Insecure adult attachment and child maltreatment: A meta-analysis. *Trauma, Violence & Abuse* 20(5), 706–719. Doi: <https://doi.org/10.1177%2F1524838017730579>
- Madigan S, Cyr C, Eirich R, Fearon R M P, Ly A, Rash C, Poole J C & Alink L R A. 2019. Testing the cycle of maltreatment hypothesis: Meta-analytic evidence of the intergenerational transmission of child maltreatment. *Development and Psychology* 31(1), 23–51. Doi: 10.1017/S0954579418001700
- Margolin G, Vickerman K A, Ramos M C, Serrano S D, Gordis E B, Iturralde E, Spies L A. 2009. Youth exposed to violence: Stability, co-occurrence, and context. *Clinical Child and Family Psychology Review*. 12(1), 39–54. Doi: 10.1007/s10567-009-0040-9
- Miller LC, Chan W, Reece RA, Tirella LG, Pertman A. 2007. Child abuse fatalities among internationally adopted children. *Child Maltreatment*. 12(4), 378–380. Doi: <https://doi.org/10.1177/1077559507306716>.

Montgomery E, Just-Østergaard E & Jervelund S. 2018. Transmitting trauma: A systematic review of the risk of child abuse perpetrated by parents exposed to traumatic events. *International Journal of Public Health* (December). Doi:10.1007/s00038-018-1185-4

Mulder T M, Kuiper K C, van der Put C E, Stams G-J JM, Assink M. 2018. Risk factors for child neglect: A meta-analytic review. *Child Abuse & Neglect*. 77, 198–210. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2018.01.006>

Nes R B, Røysamb E, Hauge L J, Kornstad T, Landolt M A, Irgens L M, Eskedal L, Kristensen P, Vollrath M E. 2014. Adaptation to the birth of a child with a congenital anomaly: A prospective longitudinal study of maternal well-being and psychological distress. *Developmental Psychology*. 50(6), 1827–1839. Doi: <http://dx.doi.org/10.1037/a0035996>

Nikupeteri A, Laitinen M. 2015. Children's everyday lives shadowed by stalking: Postseparation stalking narratives of Finnish children and women. *Violence and Victims*. 30(5), 830–845. Doi: 10.1891/0886-6708.VV-D-14-00048

Norman R E, Byambaa M, De R, Butchart A, Scott J & Vos T. 2012. The long term health consequences of child physical abuse, emotional abuse and neglect: a systematic review and meta-analysis. *PLOS Medicine* 9(11), e1001349. Doi: 10.1371/journal.pmed.1001349

Nowak CB. 2015. Recognition and prevention of child abuse in the child with disability. *American Journal of Medical Genetics. Part C, Seminars in Medical Genetics*. 169(4), 293–301. Doi: <https://doi.org/10.1002/ajmg.c.31458>.

Nuttall AK, Valentino K, Wang L, Lefever JB, Borkowski JG. 2015. Maternal history of parentification and warm responsiveness: The mediating role of knowledge of infant development. *Journal of Family Psychology*. 29(6), 863–872. Doi: <https://doi.org/10.1037/fam0000112>

Paavilainen E, Flinck A. 2015. Efficient methods for identifying child maltreatment in social and health care. Nursing Research foundation, Finland. Online: <https://www.hotus.fi/wp-content/uploads/2019/03/maltreatment-hs-sum-eng.pdf>

Peer J, Hillman S. 2014. Stress and resilience for parents of children with intellectual and developmental disabilities: A review of key factors and recommendations for practitioners. *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities*. 11(2), 92–98. Doi: <https://doi.org/10.1111/jppi.12072>

Plant D T, Pawlby S, Pariante C M, Jones F W. 2018. When one childhood meets another-maternal childhood trauma and offspring child psychopathology: A systematic review. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*. 23(3), 483–500. Doi: <https://doi-org.libproxy.tuni.fi/10.1177/1359104517742186>

Pollak S D, Nelson C A, Schlaak M F, Roeber B J, Wewerka S S, Wiik K L, . . . Gunnar M R. 2010. Neurodevelopmental effects of early deprivation in postinstitutionalized children. *Child Development*. 81, 224–236. Doi:10.1111/j.1467-8624.2009.01391.x

Potilaan lääkrilehti.fi. Ravistellun vauvan oireyhtymä. Vaikeasti tunnistettava kaltoinkohtelu. Online <https://www.potilaanlaakarilehti.fi/uutiset/ravistellun-vauvan-oireyhtyma-vaikeasti-tunnistettava-kaltoinkohtelu/>

Päihdelinkki. Online: <https://paihdelinkki.fi/>

Rankin LB, Saunders D G, Williams R A., 2000. Mediators of attachment style, social support and sense of belonging in predicting woman abuse by African America men. *Journal of Interpersonal Violence*. 15(10), 1060–1080. Doi: <https://doi.org/10.1177%2F088626000015010004>

Was not brought. Rethinking did not attend. Nottingham City Safeguarding Children Board: <https://www.youtube.com/watch?v=dAdNL6d4lpk>

Rholes W S, Simpson J A, Friedman M. 2006. Avoidant attachment and the experience of parenting. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 32, 275–285. Doi:10.1177/0146167205280910

Royal College of Paediatrics and Child Health. 2015. Child protection evidence. Systematic review on oral injuries. Online: <https://childprotection.rcpch.ac.uk/child-protection-evidence/dental-neglect-systematic-review/>

Savage L-É, Tarabulsy G M, Pearson J, Collin-Vézina D & Gagné L-M. 2019. Maternal history of childhood maltreatment and later parenting behaviour: A meta-analysis. *Development and Psychology* 31(1), 9–21. Doi: 10.1017/S0954579418001542

Saphiro A F, Krysik J, Pennar AI. 2011. Who are the fathers in healthy families Arizona? An examination of father data in at-risk families. *The American Journal of Orthopsychiatry*. 81(3), 327–336. Doi: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1939-0025.2011.01101.x>

Schofield T J, Lee R D, Merrick M T. 2013. Safe, stable, nurturing relationships as a moderator of intergenerational continuity of child maltreatment: A meta-analysis. *Journal of Adolescent Health*. 53(4, Suppl.), S32–S38. Doi:10.1016/j.jadohealth.2013.05.004

Selwitz RH, Ismail AI, Pitts NB. 2007. Dental caries. *Lancet*. 369, 51–59 Doi: 0.1016/S0140-6736(07)60031-2

Seow KW. 2012. Environmental, maternal, and child factors which contribute to early childhood caries: a unifying conceptual model. *International Journal of Paediatric Dentistry*. 22(3), 157–68. Doi: 10.1111/j.1365-263X.2011.01186.x

Sexton M B, Davis M T, Menke R, Raggio G A, Muzik M. 2017. Mother–child interactions at six months postpartum are not predicted by maternal histories of abuse and neglect or maltreatment type. *Psychological Trauma*. 9, 622–626. Doi: 10.1037/tra0000272

Sheiham A. 2006. Dental caries affects body weight, growth and quality of life in pre-school children. *British Dental Journal*. 201(10), 625–626. Doi: 10.1038/sj.bdj.4814259

Shiu S. 2001. Issues in the education of the students with chronic illness. *International Journal of Disability. Development and Education*. 48(3), 269–281. Doi: <https://doi.org/10.1080/10349120120073412>

Sidebotham P, Brandon M, Bailey S, Belderson P, Dodsworth J, Garstang J, Harrison E, Retzer A, Sorensen P. 2016. Pathways to harm, pathways to protection: A triennial analysis of Serious

Case Reviews 2011 to 2014. Department for Education: London. Available online: [https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/533826/Triennial Analysis of SCRs 2011-2014 - Pathways to harm and protection.pdf](https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/533826/Triennial_Analysis_of_SCRs_2011-2014_-_Pathways_to_harm_and_protection.pdf)

Sturge-Apple M L, Davies P T, Cicchetti D, Manning L G. 2010. Mothers' parenting practices as explanatory mechanisms in associations between interparental violence and child adjustment. *Partner Abuse*. 1(1), 45–60. Doi: 10.1891/1946-6560.1.1.45

Stöckl H, Dekel B, Morris-Gehring A, Watts C & Abrahams N. 2017. Child homicide perpetrators worldwide: A systematic review. *BMJ Pediatrics Open* 1(1) doi: 10.1136/bmjpo-2017-000112

Sylvestre A, Bussi eres  -L & Bouchard C. 2016. Language problems among abused and neglected children: A meta-analytic review. *Child Maltreatment* 21 (1), 47–58. Doi: <https://doi.org/10.1177%2F1077559515616703>

Talvio M, Klemola U. 2017. *Toimiva vuorovaikutus*. Juva: Bookwell Digital.

Tamski E-L, Huotari A. 2015. *Tammenterhon tarinoita*. Perhevalmentajan ty okirja. Mikkeli: Porstua.

Taylor J, Stalker K, Stewart A. 2016. Disabled children and the child protection system: A cause for concern. *Child Abuse Review*. 25(1), 60–73. Doi: <https://doi.org/10.1002/car.2386>.

Timshel I, Montgomery E, Thorup Dalgaard N. 2017. A systematic review of risk and protective factors associated with family related violence in refugee families. *Child Abuse & Neglect* 70, 315–330. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2017.06.023>

THL 2020. Huoltoriidat, v akivalta ja v akivaltaep ailyt. Barnahus -verkkokoulu lapsiin kohdistuvasta v akivallasta. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Finnish Institute for Health and Welfare. Helsinki. Online: <https://thl.fi/fi/tutkimus-ja-kehittaminen/tutkimukset-ja-hankkeet/barnahus-hanke/barnahus-verkkokoulu>

THL 2021. Alkoholi ja puheeksi otto. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Finnish Institute for Health and Welfare. Helsinki Online -materiaali: <https://thl.fi/fi/web/alkoholi-tupakka-ja-riippuvuudet/ehkaiseva-paihde-tyo/alkoholinkayton-puheeksiotto-ja-mini-interventio/alkoholi>

UNICEF 2017. Preventing and responding to violence against children and adolescents. Theory of change. United Nations Children's Fund. Online: <https://www.unicef.org/media/83206/file/Violence-Against-Children-ToC.pdf>

Vachon D, Krueger R F, Rogosch F A, Cicchetti D. 2015. Assessment of the harmful psychiatric and behavioral effects of different forms of child maltreatment. *JAMA Psychiatry*. 72, 1135–1142. Doi:10.1001/jamapsychiatry.2015.1792

Vu NL, Jouriles EN, McDonald R & Rosenfield D. 2016. Children's exposure to intimate partner violence: A meta-analysis of longitudinal associations with child adjustment problems. *Clinical Psychology Review* 46, 25–33. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2016.04.003>

Vygotsky L. S. 1982. *Ajattelu ja kieli*. Espoo: Weilin+G oos.

Wekerle, C., Leung, E., Wall, A. M., MacMillan, H., Boyle, M., Trocme, N., & Waechter, R. (2009). The contribution of childhood emotional abuse to teen dating violence among child protective services-involved youth. *Child Abuse & Neglect*, 33(1), 45–58. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2008.12.006>

White O G, Hindley N, Jones D P H. 2015. Risk factors for child maltreatment recurrence. *Medicine, Science and the Law*. 55(4) 259–277. Doi: 10.1177/0025802414543855

Wolfe DA, Mclsaac C. 2011. Distinguishing between poor/dysfunctional parenting and child emotional maltreatment. *Child Abuse & Neglect*. 35(10), 802–813. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2010.12.009>

World Health Organization. 1999. Report of the Consultation on Child Abuse Prevention, 29–31, March 1999. Geneva: Author. Online: [Report of the Consultation on Child Abuse Prevention, 29-31 March 1999, WHO, Geneva](#)

WHO 2016. INSPIRE. Seven strategies for ending violence against the children. World health organization. Available online: <https://www.who.int/publications/i/item/inspire-seven-strategies-for-ending-violence-against-children>

Yates G & Bass C. The perpetrators of medical child abuse (Munchausen Syndrome by Proxy) – A systematic review. *Child Abuse & Neglect* 72, 45–53. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2017.07.008>

Zvara B J, Mills-Koonce W R, Appleyard Carmody K, Cox M. 2015. Childhood sexual trauma and subsequent parenting beliefs and behaviors. *Child Abuse & Neglect*. 44, 87–97. Doi: 10.1016/j.chiabu.2015.01.012