

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA
DIPARTIMENTO DI SCIENZE POLITICHE,
GIURIDICHE E STUDI INTERNAZIONALI

Corso di laurea *Triennale* in Servizio Sociale



Maltrattamento infantile e svantaggio sociale.
Strumenti dell'assistente sociale a protezione dei
minori.

Relatrice: Prof.ssa Barbara Segatto

Laureanda: Giorgia Ravanelli

Matr. N° 2018616

Anno accademico 2021/22

*A mia madre e mio padre,
che mi hanno permesso di arrivare fin qui;*

*A mia sorella,
che mi ha trasmesso la sua forza;*

*A Filippo,
punto di riferimento e conforto;*

A chiunque mi sia stato vicino in questo percorso.

Indice

<i>Introduzione</i>	1
<i>Capitolo 1</i>	3
<i>Il maltrattamento infantile</i>	3
4.1 Maltrattamento fisico	10
4.2 Maltrattamento psicologico	11
4.3 Patologia delle cure.....	12
4.4 Abuso Sessuale	14
4.5 Violenza assistita	16
<i>Capitolo 2</i>	23
<i>Le cause e le conseguenze del maltrattamento</i>	23
2.1.1 Fattori attinenti alla vittima.....	26
2.1.2 Fattori attinenti all'abusante	27
2.1.3 Fattori di rischio legati alla comunità	27
2.1.4 Fattori di rischio legati alla società	28
2.4.1 Conseguenze psicologiche del maltrattamento.....	32
<i>Capitolo 3</i>	43
<i>Strumenti dell'assistente sociale a favore dei minori maltrattati</i>	43
3.1.1 Il gruppo dei pari.....	43
3.1.2 I programmi di educazione parentale.....	44
3.1.3 I centri per le famiglie.....	45
3.2.1 Uno strumento di prevenzione: L'home visiting	47
3.3.1 La segnalazione.....	49
3.3.1 L'affidamento familiare	50
3.3.1 Lo spazio neutro e l'incontro protetto.....	51
3.3.2 Il centro multifamiliare	52
<i>BIBLIOGRAFIA</i>	57
<i>SITOGRAFIA</i>	61

Introduzione

La scelta del tema di questo elaborato nasce durante la mia esperienza di tirocinio all'interno in una comunità terapeutica per tossicodipendenti. Attraverso i colloqui e le attività con gli utenti sono venuta a contatto con i loro vissuti, iniziando ad intravedere un filo conduttore tra il maltrattamento in età infantile e l'utilizzo di droghe, la propensione alla criminalità e il comportamento deviante. Sebbene gli utenti presentassero storie differenziate, molti utenti avevano in comune esperienze traumatiche infantili, quali il maltrattamento fisico, psicologico e trascuratezza.

Mi sono dunque interrogata sulle conseguenze del maltrattamento e più in generale dello svantaggio sociale nei percorsi di vita delle persone. Svantaggio sociale è un termine d'insieme che ho voluto utilizzare per indicare tutte quelle situazioni negative che possono essere connesse all'esperienza infantile, portando a un peggioramento della qualità di vita.

Lo scopo di questa tesi non è rendere assoluta l'associazione tra il maltrattamento e lo svantaggio sociale, dando per scontato che chiunque sia stato maltrattato diventerà maltrattante. Si vuole invece evidenziare la portata della violenza sui minori, enunciando approcci e buone pratiche per minimizzarne le conseguenze attraverso un'ottica ecologica.

Diventa perciò sostanziale concentrarsi sulle questioni sociali attraverso l'analisi di varie prospettive, ricercando le cause non solo a livello personale ma anche che a livello ambientale, sociale e relazionale. Inoltre essendo il maltrattamento un problema sociale grave e diffuso, si rende necessario affrontarlo non solo intervenendo sulle conseguenze ma anche agendo sulle cause.

Questo elaborato si propone di affrontare la questione del maltrattamento attraverso tre capitoli che offrono una panoramica sulle origini del fenomeno, trattandone le conseguenze ed infine affrontando la questione a livello operativo. L'argomento verrà affrontato attraverso un'ottica principalmente psicologica, per poi concentrarsi sulla strumentazione a disposizione del servizio sociale.

Nel primo capitolo verranno accennate le varie forme di violenza sui minori, i riferimenti legislativi a riguardo e l'epidemiologia del fenomeno a livello nazionale.

Successivamente, nel secondo capitolo, verranno approfonditi i fattori di rischio e di protezione per la presa in carico dei minori, rimarcando l'importanza del loro riconoscimento per una maggiore efficienza e contrasto del fenomeno.

Infine, nel terzo capitolo, verranno enunciate le conseguenze a breve e a lungo termine causate dalla violenza in età infantile, presentando gli strumenti dell'assistente sociale nelle aree di promozione, prevenzione e protezione. Gli interventi precoci a tutela della famiglia e del minore si devono strutturare attraverso una visione ad ampio raggio, rendendo accessibili i programmi di prevenzione ed implementandoli a livello nazionale per una maggior consapevolezza della questione.

Capitolo 1

Il maltrattamento infantile

1. Le origini del maltrattamento: cenni storici

Il maltrattamento non è una questione recente: infanticidi, mutilazioni, abbandoni ed altre forme di violenza trovano traccia in molte civiltà antiche, motivate da credenze e tradizioni. Esercitare potere sul minore era accettato socialmente e normato a livello legislativo.

La figura del minore nelle società antiche non era considerata come un apporto prezioso alla società ed al suo sviluppo, bensì come risorsa produttiva e come peso fino a che non avesse raggiunto l'età adulta.

Nelle società contadine i figli erano considerati come compartecipanti al sostegno familiare, mentre a partire dalla rivoluzione industriale diventano degli operai, introducendo il lavoro minorile in fabbrica.

In queste società, il bambino non era percepito come un soggetto da tutelare e da proteggere, piuttosto come un prolungamento dell'adulto e, nelle famiglie indigenti, da impiegare nel lavoro per la sussistenza familiare. Il figlio si doveva controllare fino alla maggiore età, innescando dei meccanismi di potere accordati anche dalle normative del tempo.

In Italia, il diritto romano introduce il concetto di “*patria potestà*”, dal latino *potestas*, dal significato potere, facoltà, dominio. La potestà sui figli era monocratica e solamente in casi eccezionali, come ad esempio in caso di morte del marito, la moglie poteva esercitare il potere decisionale sui figli. Il padre poteva richiamare il figlio nella “casa

paterna” quando se ne allontanava e, se non riusciva a frenarne la cattiva condotta, poteva collocarlo in un istituto di correzione con l’autorizzazione del Tribunale per i Minorenni.

Il padre diviene in questo modo l’unica figura di riferimento per i figli, autorizzando tramite il legame di sangue la visione del minore come proprietà e prodotto. Le decisioni per i figli venivano sempre prese dal padre, veniva esercitato il controllo in ogni ambito della vita, compreso il matrimonio, che molto spesso veniva combinato. Questo modello normativo non faceva altro che rimuovere eventuali ostacoli legati al maltrattamento dei figli, rendendo molto più facile essere vittime di abusi.

Anche il codice Napoleonico accordava alla figura paterna l’ausilio di mezzi di correzione, un termine che poteva essere interpretato a discrezione del genitore, tutelando di fatto l’espressione di condotte violente che non portavano ad alcuna ripercussione dal punto di vista legale.

Tuttavia, la messa in atto di forme di educazione più abusanti era strettamente legata ai modelli familiari e ai metodi di accudimento dei figli: non tutte le famiglie attuavano comportamenti maltrattanti, ma norme e fattori societari accordavano un permesso silenzioso al maltrattamento dei figli.

Nelle società del passato osservava perciò un forte uno squilibrio di potere nella relazione genitore-figlio. L’adulto ricopriva una funzione di autorità, rendendo irraggiungibile la figura genitoriale, rendendo impossibile al figlio l’affermazione delle proprie opinioni e della propria identità.

È evidente ai giorni nostri che la polarizzazione della relazione adulto-bambino possa definirsi come una relazione negativa, che può divenire una situazione a rischio per la formazione della condotta maltrattante.

L’asimmetria di potere e la relazione tra genitori e figli attraverso il concetto di patria potestà, comincia ad entrare in crisi negli anni 1946 e 1947, quando viene redatta la Costituzione e il termine “potestà” non viene riportato nel testo. L’articolo 30 comma 1 della Costituzione sancisce infatti che “è *dovere e diritto* dei genitori mantenere, istruire e educare i figli”, eliminando il concetto di figlio come proprietà, considerandolo come soggetto bisognoso di cure e portatore di bisogni essenziali. Nel 1975, quando si procede alla riforma del diritto di famiglia la “patria potestà” viene modificata in modo inclusivo dando forma al termine ibrido: “potestà genitoriale”, aprendo ad una condivisione di

questo potere anche con la figura materna ma non modificando l'idea che i figli siano proprietà dei genitori che tutto possono determinare e decidere per loro.

Nonostante la riforma del '75 e il cambiamento lessicale, la Costituzione e il Codice Civile sembrano essere quasi antitetici: da un lato, la Costituzione esprime sinteticamente i diritti fondamentali dei figli, dall'altro nel Codice Civile la potestà genitoriale presuppone comunque un controllo e un diritto di proprietà nei confronti di essi.

Successivamente, "potestà genitoriale" verrà sostituito con responsabilità genitoriale, un termine specchio del mutamento di valori all'interno della società italiana. Questo cambiamento integra nella norma la caduta del ruolo normativo del padre e della madre nei confronti dei figli. Infatti, lo sviluppo di scienze psicologiche, pedagogiche e mediche aveva portato ad una migliore comprensione dei bisogni fondamentali dei bambini cambiando il modo di essere genitori: la nuova cultura della genitorialità appariva orientata a dare valore ai bisogni dei bambini anziché modellarli sulla base dei bisogni degli adulti.

L'innovazione societaria porta dunque alla modifica della norma, rendendo inevitabile un cambiamento di paradigma riguardo all'educazione e al trattamento dei minori. Tuttavia, se da un lato le scienze mediche e psicologiche introducevano nuove conoscenze e nozioni sullo sviluppo minorile, dall'altro il maltrattamento non veniva considerato adeguatamente come un fenomeno di grande impatto e gravità.

Gli abusi all'infanzia cominciarono ad essere considerati come fatti sociali rilevanti alla fine dell'800 negli Stati Uniti, quando l'infermiera Etta Wheeler, preoccupata per le urla che sentiva provenire dalla casa adiacente e dopo aver visto con i propri occhi gli abusi subiti dalla figlia dei vicini, decide di entrare nell'abitazione. Etta Wheeler trova la bambina incatenata al letto con ematomi, ferite e contusioni. Al tempo non esisteva alcun organo per la protezione dei bambini e l'infermiera chiamò la protezione animale. Questo evento singolare fece molto scalpore e gettò luce sulla questione, ma soprattutto sull'assenza di strumenti adeguati per la protezione dei minori che comportava assenza di diritti e di tutela. Grazie all'attenzione suscitata da questo caso, negli anni successivi nacquero delle organizzazioni, come la Society for the Positive Care of Children, atta ad erogare interventi in caso di abusi di varia natura o di aiuto per famiglie indigenti.

Un altro evento di grande rilevanza che provocò una maggiore considerazione del fenomeno nella collettività e nella comunità scientifica, fu la scoperta della sindrome del

bambino scosso. Nel 1962 Henry Kempe e colleghi pubblicano un articolo sul *Journal of American Medical Association* intitolato “The battered child syndrome”. La sindrome del bambino scosso è una grave condizione clinica che si origina nel momento in cui il bambino piange inconsolabilmente e chi lo accudisce perde il controllo: scuotendolo violentemente si creano delle lesioni cerebrali, in quanto i muscoli del collo non sono ancora adeguatamente sviluppati per poter sopportare la portata delle scosse. Questa forma di maltrattamento è riscontrata soprattutto nei primi 3 anni di vita. Precedentemente a questa pubblicazione, la sindrome veniva descritta come un “trauma non riconosciuto” da radiologi, ortopedici, pediatri e assistenti sociali. (Kempe et al, 1962)

L’articolo di Kempe fece molto scalpore e, attraverso la conoscenza di questa sindrome, nel 1997 venne creata l’*International Society for the Prevention and Treatment of Child Abuse and Neglect*, che si occupa di sostenere strutture ed organizzazioni che si occupano di bambini e del perseguimento del loro benessere, ponendo attenzione e lavorando in prevenzione rispetto alla violenza minorile. La società costituisce un esempio unico di coalizione multidisciplinare globale che, nelle ultime due decadi, è stata leader della messa a punto di un vasto numero di strategie volte a riformulare gli approcci per impedire la violenza sui minori. Ad oggi, l’organizzazione è attiva e si pone l’obiettivo di far rispettare i diritti dei minori attraverso azioni specifiche, come la raccolta di dati e l’informazione sul maltrattamento in un’ottica di prevenzione.

Il fenomeno del maltrattamento è dunque antico ma ancora attuale: nonostante sia stato riconosciuto e connotato come comportamento inadeguato, spesso violenze e abusi vengono ancora equiparati a stili genitoriali stringenti e severi.

2. Legislazioni per la tutela dei diritti dei bambini

I fatti accaduti nel corso degli anni, hanno portato all’acquisizione di una coscienza collettiva sul fenomeno del maltrattamento e hanno contribuito a formare importanti interventi legislativi a tutela dei minori.

Le iniziative legislative che verranno descritte successivamente, segnano una lenta definizione del cambiamento rispetto alla visione dell’infanzia, passando da una concezione di società adultocentrica, organizzata in funzione dei bisogni degli adulti, ad

una società che vuole modificarsi attraverso la messa in pratica di azioni educative, sviluppando una consapevolezza maggiore rispetto al minore ed alla sua tutela.

Le legislazioni, oltre alla funzione di creazione di un diritto, costituiscono lo specchio di una società che stava comprendendo quanto il trattamento finora riservato ai minori avesse urgenza di essere modificato.

Nel 1924 viene redatta la *Dichiarazione di Ginevra sui diritti del bambino* che presenta in modo conciso i suoi diritti fondamentali. Il breve testo chiede ai genitori e alla comunità di provvedere ed educare il bambino, individuando i suoi bisogni e tutelando la sua salute fisica, mentale e spirituale. La Dichiarazione di Ginevra è un documento molto generale e non rappresenta il minore come un attore autonomo e dotato di capacità decisionali, focalizzandosi principalmente sui suoi bisogni materiali.

Ciononostante, la Dichiarazione rappresenta simbolicamente il punto di partenza per la realizzazione di altre legislazioni più dettagliate, come la Dichiarazione dei diritti del fanciullo stipulata dall'Assemblea delle Nazioni Unite nel 1959. Composta da dieci principi, include nuovi diritti per il fanciullo e lo identifica al pari di ogni altro essere umano, specificando che, a *“a causa della sua immaturità fisica e intellettuale, ha bisogno di una particolare protezione e di cure speciali, compresa una adeguata protezione giuridica, sia prima che dopo la nascita”*.

Nel 1989 viene adottata dall'Assemblea Generale delle Nazioni la *Convenzione delle Nazioni Unite sui Diritti del Fanciullo* che si differenzia dalle precedenti in quanto vincola gli Stati aderenti a non produrre nessuna legislazione che vada in contrasto con la Convenzione. Ciò obbliga i firmatari della Convenzione a tutelare i diritti del bambino, considerandolo come vero soggetto di diritto. La Convenzione sancisce il diritto alla tutela del benessere dei bambini, il diritto alla vita e allo sviluppo personale, alla parità di trattamento e il diritto di esprimere opinioni e di partecipare alla vita della comunità. Oltre alla partecipazione si parla anche di protezione, assistenza al bambino e promozione del benessere sociale. Attualmente sono 196 i Paesi nel mondo che hanno ratificato la Convenzione tra cui l'Italia nell'anno 1991.

3. Definizioni di maltrattamento

Il maltrattamento infantile comporta gravi conseguenze sia a breve, medio, lungo termine. Per una gestione ottimale del fenomeno si rende indispensabile il coinvolgimento di una moltitudine di professionisti e di attori sociali, dalla Sanità, alla Legge, inclusi gli assistenti sociali. Tuttavia, prima di enunciare le definizioni, è utile chiarificare la differenza tra le strategie disciplinari educative ed il comportamento maltrattante. Ancora oggi il fenomeno del maltrattamento è sottovalutato poiché la concezione di educazione e violenza sono profondamente legate. Per tale ragione, si ricorda che le strategie disciplinari sono atte a rafforzare il senso di sicurezza del bambino e migliorare il controllo ed il senso di sé, imponendo dei limiti che aiuteranno il bambino nelle fasi della vita. Al contrario, il maltrattamento è finalizzato a scaricare la rabbia e i sentimenti negativi sul figlio, causando delle lesioni gravi e senza alcun fine educativo, danneggiando emotivamente e fisicamente il minore.

Successivamente a questa precisazione, è utile contestualizzare il fenomeno attraverso le varie definizioni, sia per comprendere le tipologie di abusi ma anche per interrogarsi sulla questione che richiede tutt'ora specifiche politiche sociali per la sua disincentivazione.

Essendo il maltrattamento un fenomeno complesso e non normato a livello globale, non è presente una definizione univoca, ma si possono osservare diverse definizioni:

- “ogni atto omissivo o autoritario che mette in pericolo o danneggia la salute o lo sviluppo emotivo di un bambino, comprendendovi anche la violenza fisica e le punizioni corporali irragionevolmente severe, gli atti sessuali, lo sfruttamento in ambito lavorativo e la mancanza di rispetto dell'emotività del fanciullo” (Organizzazione Mondiale della Sanità, V Congresso internazionale dell'infanzia maltrattata e abbandonata, Montreal 1984);
- “L'insieme di atti e le carenze che turbano gravemente il bambino, attentano alla sua integrità corporea, al suo sviluppo fisico, affettivo, intellettuale e morale, le cui manifestazioni sono la trascuratezza e/o lesioni di ordine fisico e/o psichico e/o sessuale da parte di un familiare o di altri che hanno cura del bambino” (IV Colloquio Criminologico del Consiglio d'Europa, Strasburgo, 1978);

- “[...] Quella situazione in cui, attraverso atti intenzionali o disattenzione grave nei riguardi dei bisogni di base del bambino, il comportamento di un genitore o di un sostituto o di un altro adulto che del bambino si occupi, abbia causato danni o menomazioni che potevano essere previsti ed evitati o abbia contribuito materialmente al prolungamento di un danno o di una menomazione esistente” (National Center of Child Abuse and Neglect nel 1981);

La definizione su cui oggi vi è maggiore convergenza è quella messa a punto durante la “Consultation on Child Abuse Prevention” a Ginevra nel 1999. Questa cita “il maltrattamento è comprensivo di tutte le forme di abuso fisico e/o psico emozionale, di abuso sessuale, di trascuratezza o di trattamento negligente, di sfruttamento commerciale o l’assenza di azioni e cure, con conseguente danno reale, potenziale od evolutivo alla salute, alla sopravvivenza, allo sviluppo o alla dignità del minore nel contesto di un rapporto di responsabilità, di fiducia o di potere”. La formulazione di una descrizione univoca e condivisa del fenomeno ha permesso di agevolare la ricerca e tutelare la salute fisica e mentale dei bambini, formando una coscienza collettiva rispetto al problema dei comportamenti abusanti.

4. Tipologie di maltrattamento

La violenza sui minori è molto diffusa ma allo stesso tempo poco rilevabile, sia perché si verifica molto spesso all’interno del nucleo familiare, sia perché il maltrattamento è un fenomeno minimizzato e negato socialmente. Così la violenza spesso rimane inespresa ed invisibile, causando danni fisici e psicologici a lungo termine.

Conoscere le varie tipologie di maltrattamento permette di non ignorare il fenomeno, diffondendo informazione e contribuendo alla creazione di una società all’interno della quale l’infanzia sia protetta, rompendo il silenzio attorno al problema degli abusi infantili.

La classificazione del maltrattamento si rivela utile a fini giudiziari e conoscitivi per comprendere l’entità delle violenze commesse, ma non deve essere intesa come una scala di gravità.

Le tipologie di maltrattamento si articolano in:

- Maltrattamento fisico
- Maltrattamento psicologico

- Patologia delle cure
- Abuso sessuale
- Violenza assistita

4.1 Maltrattamento fisico

Per maltrattamento fisico s'intende il ricorso sistematico alla violenza fisica come aggressioni, punizioni corporali o attentati all'integrità fisica, alla vita del bambino/adolescente e alla sua dignità. "Questo include il colpire, percuotere, prendere a calci, scuotere, mordere, strangolare, scottare, bruciare, avvelenare, soffocare. Gran parte della violenza a danno di minori dentro le mura domestiche viene inflitta con lo scopo di punire" (WHO, 2006).

Questa tipologia di maltrattamento è la più semplice da individuare in quanto spesso sul corpo del bambino sono presenti segni visibili. Tuttavia questi possono essere inflitti in punti non visibili e non essere interpretati nella maniera corretta dai professionisti sanitari. Alcuni ematomi possono comparire a livello delle gambe, della schiena e dei glutei. I destinatari del maltrattamento fisico sono spesso minori portatori di disabilità, quelli che adottano comportamenti particolarmente oppositivi e bambini che necessitano di particolari attenzioni.

È parte di questa tipologia la precedentemente citata "Shaken Baby Syndrome". Questa forma di maltrattamento consiste nel violento scuotimento del bambino che provoca possibile trauma cerebrale e complicanze neurologiche. La sindrome si verifica quando, il bambino tenuto per il tronco viene vigorosamente scosso; in questo caso il capo subisce rapidi movimenti di rotazioni e, per le sue grandi dimensioni e una muscolatura del collo ancora inadeguata, il contenuto della cavità del cranio o encefalo (cervello, cervelletto e midollo allungato) va incontro a rapida accelerazione e decelerazione con trauma contusivo contro la scatola cranica, lesione dei nervi e rottura dei vasi sanguigni con emorragie. La sindrome può causare l'ematoma subdurale, ovvero un versamento di sangue nelle meningi che può provocare nausea, vomito, fino alla perdita di coscienza e al coma. Altro sintomo da non trascurare è l'edema cerebrale, ovvero l'accumulo di liquido nel cervello che blocca l'arrivo di sangue e ossigeno. Lo

scuotimento può indurre inoltre l'emorragia retinica, visibile attraverso la comparsa di macchie di sangue all'interno della retina.

Nella prima indagine nazionale sul maltrattamento dei minori condotta da Cismai e Terres des Hommes (2015) è stato rilevato che 6,9 su 100 bambini maltrattati (n=251 Comuni, circa 2,4 milioni di bambini) hanno subito abusi fisici, una percentuale leggermente superiore a quella che era emersa nel 2013 (4,8%, n=48,280).

4.2 Maltrattamento psicologico

Per maltrattamento psicologico si intende una relazione emotiva caratterizzata da ripetute e continue pressioni psicologiche, ricatti affettivi, indifferenza, rifiuto, denigrazione e svalutazione che danneggiano o inibiscono lo sviluppo di competenze cognitivo - emotive fondamentali quali l'intelligenza, l'attenzione, la percezione, la memoria (Montecchi, 2005).

La ricerca ha dimostrato che il maltrattamento psicologico è una forma di violenza molto diffusa, che può verificarsi anche in presenza delle altre forme di violenza e non soltanto in famiglie maltrattanti. In una ricerca del 2003, Straus e Field hanno riscontrato che all'età di 2 anni, il 90% dei genitori ha riferito di aver utilizzato una o più forme di aggressione psicologica nei 12 mesi precedenti e il 98% all'età di 5 anni. Dai 6 ai 17 anni, i tassi sono rimasti nell'intervallo del 90%.

Tale tipologia di abusi è dannosa quando i comportamenti adottati si protraggono per periodi lunghi nel tempo: le singole azioni non incidono sul configurarsi del maltrattamento. Al contrario, quando la violenza è protratta per duraturi periodi di tempo, il minore proverà diverse emozioni negative come senso di depressione, mortificazione, umiliazione e vergogna.

Il maltrattamento psicologico è individuabile solo quando ha prodotto effetti devastanti sullo sviluppo della personalità della vittima. Infatti, l'abuso psicologico mina la struttura di personalità in formazione del minore, diminuisce il senso di autostima del bambino e dell'adolescente, le sue competenze sociali e, più in generale, la sua rappresentazione del mondo.

Rientra in tale categoria anche il coinvolgimento del figlio minore nelle separazioni coniugali altamente conflittuali, che comportano il suo attivo coinvolgimento in strategie volte a denigrare, svalutare, alienare, rifiutare un genitore (Montecchi, 2005).

4.3 Patologia delle cure

Patologia delle cure è un termine che identifica «quelle condizioni in cui i genitori o le persone legalmente responsabili del bambino non provvedono adeguatamente ai suoi bisogni, fisici e psichici, in rapporto al momento evolutivo e all'età» (Montecchi, 1998).

Tra le forme di maltrattamento questa rappresenta una delle forme più diffuse. Attraverso la patologia delle cure, i genitori o i caregiver non sono in grado di captare i bisogni del bambino, incidendo così in maniera negativa sulla sua crescita e sul suo sviluppo. Non sono gli atti in sé che provocano un trauma nel minore, bensì il significato che viene attribuito ad essi e i sentimenti che ne derivano. Il bambino può sentirsi tradito, sporco, colpevole ed impotente e ciò influenzerà il suo modo di essere nel futuro (Newberger, 1991).

Tra le modalità di patologia delle cure si riconoscono: l'incuria, la discuria e l'ipercura.

Per **incuria** si intendono tutti quegli atti, attivi od omissivi, dovuti all'incapacità del caregiver di provvedere ai bisogni del minore. L'incuria è scarsamente riconosciuta e frequentemente è associata ad altre forme di maltrattamento. Essa può riguardare la sfera nutrizionale, l'igiene, l'educazione e può compromettere lo sviluppo fisico, cognitivo ed emotivo del bambino. È suddivisa in incuria fisica o psicologica e si manifesta prevalentemente con la mancanza di cure fisiche sufficienti rispetto all'età e ai bisogni evolutivi del bambino, tramite scarsa somministrazione di cibo, cure mediche necessarie, vestiti non adeguati all'età, al sesso e alla stagione, scarsa igiene, denutrizione o ipernutrizione, sia con la mancanza di attenzioni e cura ai bisogni emotivi e affettivi del bambino. (Montecchi, 2002).

È una delle forme più insidiose, croniche e spesso non viene adeguatamente diagnosticata dai professionisti. In Gran Bretagna la prevalenza degli studi attestano che il 6% degli adulti sostiene di aver sofferto di grave assenza dei genitori nella loro infanzia e ad oggi la trascuratezza è la forma di maltrattamento maggiormente presente, sia negli Stati Uniti che in Gran Bretagna.

Si parla di **discuria** nel momento in cui le cure vengono fornite in maniera distorta e inadeguata rispetto all'età anagrafica del minore. Si realizza solitamente attraverso richieste di raggiungimento di risultati superiori rispetto a quelli fisiologicamente

consentiti dall'età anagrafica del bambino. Alcuni esempi di discuria sono l'iperprotettività verso il figlio e le aspettative irrazionali nei suoi confronti.

Il genitore tenderà a mostrare attenzioni eccessive, creando uno stato fusionale con il figlio. Questo comportamento porta solitamente ad un'acquisizione precoce o rallentata dello sviluppo motorio, del linguaggio, della lettura, una scolarizzazione precoce, comportamento adultomorfo o immaturo e disturbi dell'autonomia.

Un'altra tipologia di maltrattamento è l'**ipercura**, che consiste nell'eccessiva cura da parte dei genitori verso il figlio attraverso un'inadeguata e dannosa medicalizzazione. L'ipercura comprende tre forme cliniche fondamentali:

- la sindrome di Münchhausen per Procura
- Chemical abuse
- Medical shopping

La **Sindrome di Münchhausen per procura** è una grave forma di ipercura, per la quale il bambino è sottoposto a continui e inutili accertamenti clinici e cure inopportune, conseguenti alla convinzione errata e delirante del genitore che il proprio figlio soffra di una malattia. È possibile che gli abusanti somministrino sostanze dannose, infliggano danni fisici e psicologici al minore, causando sintomi diffusi quali diarrea, disturbi dell'alimentazione, apnea, cianosi, crisi convulsive, asma, allergie, febbre, dolori, infezioni e sanguinanti.

Si stima che per individuare la sindrome ci vogliano 21,8 mesi: nel frattempo il bambino può incorrere in ripercussioni gravi sul piano sociale e psicologico fino ad arrivare alla morte.

Il **chemical abuse** si configura attraverso la somministrazione di farmaci o sostanze chimiche al bambino in dosi anomale. Le sostanze possono essere anche innocue ma se somministrate in modo eccessivo possono portare a problemi fisici.

Il **medical shopping** avviene quando i genitori si rivolgono ad una moltitudine di medici per paura che il figlio soffra di una malattia inguaribile, cronica, inventando sintomi fisici che il bambino non presenta. Questa forma clinica si manifesta quando i minori hanno sofferto di gravi malattie nei primi anni di vita, pertanto i genitori ricercano continuamente pareri medici per placare le proprie ansie e le preoccupazioni.

4.4 Abuso Sessuale

Con il termine abuso sessuale di minore ci si riferisce generalmente ad attività sessuali che implicano la stimolazione sessuale di un minore e possono, secondo Finkelhor (1994) essere distinte in attività con o senza contatto fisico. Nel primo caso è possibile raggruppare i casi in cui si verifichi una penetrazione o anche un semplice contatto. Nel secondo caso vanno raggruppate tutte quelle forme di sexual abuse come l'esibizionismo, il voyeurismo, il coinvolgimento del minore in attività pornografiche o anche l'esposizione ad un linguaggio erotizzato ed erotizzante (come il caso di discorsi e commenti circa il corpo del bambino).

L'abuso sessuale consiste nel coinvolgimento di minori, soggetti immaturi e psicologicamente dipendenti, in attività sessuali, che essi non comprendono ancora completamente, alle quali non sono in grado di acconsentire con totale consapevolezza. In questa definizione rientrano gli episodi di pedofilia, stupro, incesto, abuso rituale e, più in generale, lo sfruttamento sessuale.

L'abusante ricopre una posizione di autorità o di caretaking, ciò presuppone una relazione di fiducia tra esso e il bambino. Vengono inoltre utilizzate minacce, violenza ed inganno per perpetrare le violenze inflitte.

Le tipologie di abuso sessuale possono essere molteplici, in quanto questo fenomeno rappresenta un problema globale che prescinde dalle varie culture e dai vari Paesi del mondo. L'abuso sessuale può essere:

- Intrafamiliare
- Extrafamiliare
- Istituzionale
- Di strada
- A fini di lucro
- Da parte di gruppi organizzati
- Rituale

Si definisce **intrafamiliare** la violenza perpetrata da una figura di riferimento, che vive con la vittima o è profondamente legata ad essa. Dalle stime ufficiali si evince che solo 1 bambino su 50 è abusato da una figura che non rappresenta un punto di riferimento.

La maggior parte degli autori di reato sono i familiari, come genitori, nonni, zii ed altri parenti.

L'abuso sessuale si configura attraverso delle fasi specifiche, dove l'abusante adescala la vittima e le fa mantenere il segreto per poter compiere il reato senza venire scoperto.

La prima fase è quella dell'adescamento, dove chi abusa crea un rapporto privilegiato con la vittima attraverso l'instaurazione di un legame di fiducia al riparo dagli altri membri della famiglia. L'adescamento permette all'abusante di poter entrare nella fase dell'interazione sessuale, dove iniziano gli abusi fisici. Successivamente si accede alla fase del segreto, ovvero quel momento in cui l'autore impone il silenzio alla vittima, utilizzando violenza psicologica e minacce. Tale fase può durare anni e si conclude con la fase dello svelamento, ovvero quando la vittima decide di confidare gli abusi ad altri membri della famiglia, volontariamente o accidentalmente.

Successivamente alla fase dello svelamento, può presentarsi anche la fase della soppressione, che si verifica quando alcuni membri della famiglia negano gli abusi per non spezzare l'equilibrio familiare.

Al contrario, l'abuso viene detto **extrafamiliare** quando viene commesso da persone esterne alla famiglia. Possono essere potenziali autori di reato amici di famiglia, baby sitter, vicini di casa.

Si parla di **abuso istituzionale** quando gli abusanti sono maestri, bidelli, educatori, assistenti di comunità, allenatori, medici, altri cioè tutti coloro ai quali i minori vengono affidati per ragioni di cura, custodia, educazione, gestione del tempo libero, all'interno delle diverse istituzioni ed organizzazioni (Sabatello e Di Cori, 2001).

L'abuso di **strada** avviene nel momento in cui la vittima non conosce l'abusante. La vittima è casuale e la violenza avviene una volta sola.

L'abuso a **fini di lucro** è attuato da criminali che agiscono isolatamente o in gruppo e hanno il fine di produrre materiale pornografico.

L'ultima tipologia di abuso è quella **rituale**, definita come una forma estrema e sadica di abuso su bambini non consenzienti. L'abuso metodico, sistematico, sessuale, fisico, emozionale e spirituale. Spesso include il controllo della mente dell'altro, la tortura ed altre attività illegali ed immorali, quali la pornografia e la prostituzione infantile fino all'omicidio. Questa forma di abuso è giustificata in termini ideologici, religiosi o politici.

Ad oggi, riconoscere l'abuso sessuale è ancora complicato poiché il fenomeno può rimanere inconfessato per anni nonostante sia molto frequente.

Dati della World Health Organization (WHO) infatti, sostengono che una donna su cinque e un uomo su tredici abbiano subito una violenza o un contatto sessuale nel corso della vita. Ciò fa intendere come l'abuso sia commesso indipendentemente dalla posizione geografica e dalla cultura e come si verifichi di frequente nonostante nell'immaginario comune sembri soltanto un evento occasionale.

4.5 Violenza assistita

La violenza assistita è un fenomeno sottovalutato, sia nelle dimensioni sia nelle conseguenze sullo sviluppo evolutivo di bambini e adolescenti.

Per violenza assistita si intendono tutte quelle esperienze indirette di violenza dove il bambino non è la vittima ma è testimone di un abuso fisico o psicologico subito da una figura di riferimento come il caregiver.

È necessario distinguere le situazioni di "conflitto genitoriale" dalle condizioni di violenza di un partner sull'altro (CISMAI, 2005). Le prime riguardano i litigi tra familiari e le separazioni conflittuali, nelle quali possono essere coinvolti i minori. Il conflitto si sviluppa in una situazione di parità tra i partner in termini di possibilità di vittoria, negoziazione, confronto e senza la paura per la propria incolumità. La violenza di un partner sull'altro implica, al contrario, una evidente disparità di potere.

Stereotipi culturali che alimentano la negazione e la minimizzazione di questa forma di maltrattamento hanno fatto sì che i danni da violenza assistita non venissero riconosciuti. La prima definizione di violenza assistita in Italia è definita da CISMAI nel 2003 e perfezionata nel 2005: "Per violenza assistita da minori in ambito familiare si intende il fare esperienza da parte del/della bambino/bambina di qualsiasi forma di maltrattamento, compiuto attraverso atti di violenza fisica, verbale, psicologica, sessuale ed economica, su figure di riferimento o su altre figure affettivamente significative adulte e minori. Si includono le violenze messe in atto da minori su minori e/o su altri membri della famiglia, gli abbandoni e i maltrattamenti ai danni di animali domestici. Il bambino può fare esperienza di tali atti sia direttamente, quando avvengono nel suo campo percettivo, sia indirettamente, quando ne viene a conoscenza e/o ne percepisce gli effetti."

Dalla definizione si sottolinea come l'esperienza della violenza assistita sia multiforme: non si parla solamente di violenza fisica, ma anche di violenza psicologica e aggressioni verbali che possono configurarsi in critiche o svalutazioni nei confronti dell'altro genitore. Il bambino assiste a ripetute esperienze traumatiche che sono riconducibili al maltrattamento psicologico.

I bambini che assistono alla violenza possono sviluppare sentimenti di accudimento rispetto al genitore maltrattato ed adottare atteggiamenti compiacenti nei confronti del genitore maltrattante per evitare e prevenire la violenza. Essi si adattano alla situazione disfunzionale imparando il disprezzo per le donne e per le persone viste come deboli e identificano le relazioni affettive come relazioni di sopraffazione.

Quasi sempre il bambino si identifica con uno dei genitori, non sono tuttavia ancora chiare le modalità con cui questa scelta avvenga. Solitamente l'alleanza avviene con il genitore omologo. Le figlie femmine tenderanno quindi a identificarsi con la madre vittima e ad assumerne l'identità. I figli maschi possono avere un atteggiamento ambivalente: possono fantasticare di salvare la madre o diventare aggressivi identificandosi con il padre.

Ad oggi, secondo uno studio di CISMAI e Terre Des Hommes del 2015, il 19,4% delle prese in carico al servizio sociale sono per violenza assistita. Un fenomeno che è secondo solo alla trascuratezza materiale e/o affettiva.

5. Maltrattamento ed accettazione sociale

Maltrattamenti ed abusi hanno sempre fatto parte della storia dell'uomo, venendo accettati ed incoraggiati in alcune culture e venendo puniti e negati in altre. Se abusi fisici ed abusi sessuali sono considerati aberranti nelle società odierne, trascuratezza e negligenza vengono accettate ed ignorate, sottovalutando gli effetti a lungo termine di queste forme di maltrattamento. Ancora oggi alcuni comportamenti che nelle società occidentali sono considerati abusi, in altri sono normalizzati e continuamente inferti ai minori, perché non sanzionati in quanto accettati. Tuttavia, ricadere nella logica delle differenze tra "noi e loro" non è la soluzione: rimane lampante che il maltrattamento sia un fenomeno mondiale e presente anche nei Paesi sviluppati, anche se attraverso modalità eterogenee rispetto ai Paesi in via di sviluppo. È interessante ad ogni modo comprendere

attraverso quali modalità questo fenomeno viene considerato e contrastato nei Paesi sviluppati. Ad esempio, nel Nord Europa e nel Nord America l'attenzione è diretta soprattutto al maltrattamento fisico e all'abuso sessuale, che possono portare conseguenze tangibili ed atroci come la morte del bambino e l'infanticidio. Vengono messi in secondo piano invece l'abuso emozionale, la negligenza e la trascuratezza, probabilmente considerate attraverso un'ottica meno emergenziale essendo tipologie di maltrattamento particolarmente insidiose, dato che i loro effetti possono diventare visibili anche dopo molto tempo. Si desume che negligenza e trascuratezza siano delle forme di maltrattamento meno considerate rispetto all'abuso fisico, scambiate spesso per metodi educativi restrittivi. Ciononostante nel Sud Europa si presta attenzione anche a queste tipologie di abuso, valorizzando gli interventi per la protezione dei minori, tutelando in tal modo il loro benessere e la loro salute. La situazione è dissimile invece in alcune aree dell'America Latina e in alcuni Paesi Islamici dove l'abuso sessuale è ancora normalizzato perché concesso da una cultura di stampo patriarcale, attraverso la quale il padre possiede i figli e la madre. In queste zone si assiste ad un'accettazione sociale della violenza, che permette ai soggetti colpevoli di continuare a perpetrare gli abusi, rendendo impossibile la denuncia dei fatti. Ciò porta ad una scarsa conoscenza del fenomeno, poiché gli abusi non possono essere documentati attraverso le statistiche se non vengono denunciati o raccontati. Per quanto concerne il maltrattamento fisico, esso è normalizzato in alcuni Paesi del Nord Africa e tra i gruppi nomadi di tutto il mondo.

Nella figura sottostante si può osservare in che modo alcune forme di maltrattamento siano socialmente accettate in alcuni paesi del mondo.

Dal punto di vista dell'assistente sociale, conoscere le varie culture che permettono maggiormente il configurarsi dell'azione maltrattante diventa imperativo per poter individuare fattori di rischio e creare un intervento adeguato.

Comprendere le radici delle varie culture aiuta a rispettarle ed allo stesso tempo riconoscere i diritti del minore, a cui vanno sempre garantiti un adeguato sviluppo, un'integrità fisica e psicologica. Comprensione ed informazione possono aiutare le famiglie ad integrarsi con le leggi e al contesto socioculturale del paese di arrivo, evitando stigmi e discriminazioni.

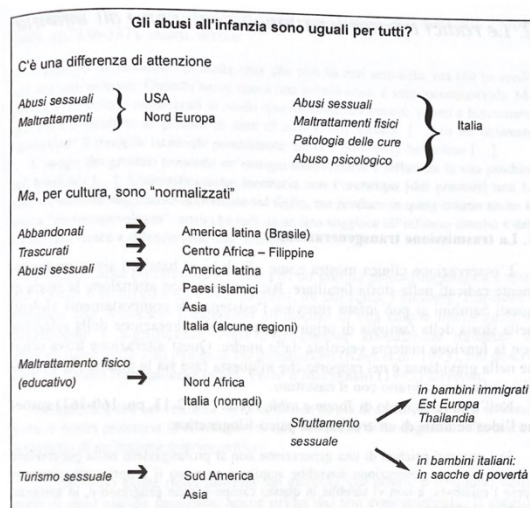


Figura 1: Paesi del mondo dove avviene una normalizzazione e una differenza di concezione delle varie forme di maltrattamento.

Fonte: Dal Bambino minaccioso al bambino minacciato, Montecchi.

6. Epidemiologia del maltrattamento

Grazie ai cambiamenti societari, alle legislazioni e alle organizzazioni create negli ultimi anni vi è maggior consapevolezza e interesse rispetto al maltrattamento. Gli studi presenti permettono di quantificare, anche se con poca certezza, la portata del fenomeno a livello globale e nel territorio italiano.

Nel mondo, si stima che fino a un miliardo di bambini di età compresa tra i 2 e 17 anni, abbiano subito una qualche forma di maltrattamento come abbandono, violenza fisica, sessuale o emotiva nell'ultimo anno. Altri dati della WHO attestano che 1 adulto su 4 (25%) è stato abusato fisicamente da bambino, il 36% degli adulti dichiarano di aver subito un abuso psicologico e 1 donna su 5 (il 20%) e 1 uomo su 10 circa (5-10%) ha subito abuso sessuale da bambino.

Sempre l'OMS ha pubblicato nel 2013 il Rapporto sulla prevenzione del maltrattamento all'infanzia in Europa, che illustra nuovi dati preoccupanti sul maltrattamento:

852 bambini < 15 anni muoiono ogni anno in Europa per maltrattamento (il tasso più alto è nei bambini sotto i 4 anni; tuttavia l'Italia è agli ultimi posti per numero di omicidi);

18 milioni di bambini sono vittime di abuso sessuale (il 13,4% delle bambine e il 5,7% dei bambini); 44 milioni di bambini sono vittime di violenza fisica (22,9%);

55 milioni di bambini sono vittime di violenza psicologica (29,6%).

Facendo una panoramica sugli altri Stati ad alto reddito, negli Stati Uniti l'1,21% dei bambini sono vittime di abuso sul 4,78% dei casi analizzati (60% trascuratezza, 10% maltrattamento fisico, 12% abusi multipli, 11% maltrattamento psicologico, 7% abuso sessuale); in Canada lo 0,97% dei bambini sono vittime di abusi su 2,15% dei casi analizzati (38% trascuratezza, 23% maltrattamento fisico, 12% abusi multipli, 11% maltrattamento psicologico, 7% abuso sessuale); in Australia lo 0,68% dei bambini sono vittime di abuso sul 3,34% dei casi analizzati (34% trascuratezza, 28% maltrattamento fisico, 34% maltrattamento psicologico, 10% abuso sessuale). Questi risultati, oltre ad essere preoccupanti, costituiscono solamente la base di questo fenomeno sommerso. In Italia, per esempio, ad oggi non sono presenti sistemi di monitoraggio sul maltrattamento infantile, sia per la difficoltà di reperire i dati, sia perché gli abusi possono rimanere taciuti per lungo tempo e sono di difficile accettazione sociale.

L'”Indagine nazionale sul maltrattamento dei bambini e degli adolescenti in Italia”, in collaborazione tra Cismai e Terre des Hommes con ISTAT, permette di avere una panoramica su questo fenomeno anche in territorio italiano. La ricerca è stata fatta prendendo in considerazione il numero di minorenni che sono seguiti in Italia dai Servizi Sociali dei Comuni. Il loro numero ammonta a 457.453.

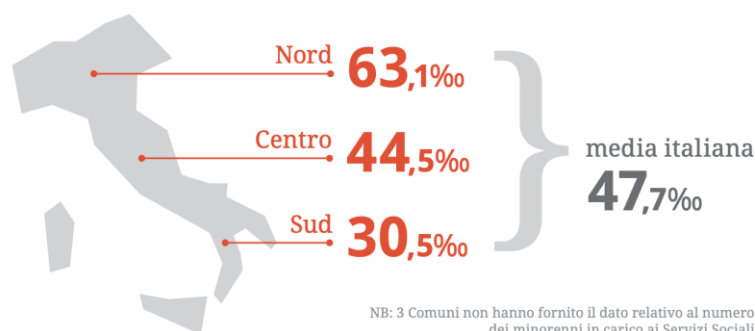


Figura 2: Prevalenza dei minorenni in carico ai Servizi Sociali per area geografica sul totale della popolazione minorile. Fonte: Cismai, Terre des Hommes.

Come si evince dal grafico, il nord ha la percentuale più alta di minorenni presi in carico, rispetto al centro e al sud che raggiunge una percentuale del 30,5 %. Il genere dei minorenni presi in carico è per il 45,3 % di sesso femminile e per il 50,2 % maschile. La prevalenza dei minorenni presi in carico è proporzionale all'aumentare dell'età anagrafica, in quanto gli utenti presi in carico con età da 0-3 anni sono il 29,1 %, da 4-5 anni sono il 50,9 %, da 6-10 anni sono il 51,4 % e dagli 11-17 anni sono il 52,4 %.

Per quanto riguarda il maltrattamento, si stima che al 31-12-2013 ci siano 91mila minorenni maltrattati sul territorio italiano. Su 1000 minorenni presi in carico quasi 156 sono maltrattati al nord, quasi 260 al centro e più di 273 al sud. In Italia su 1000 minorenni presi in carico, quasi 200 sono maltrattati. Questi risultati potrebbero essere influenzati sia da una maggiore consapevolezza rispetto alle varie forme di maltrattamento, o semplicemente ad una distribuzione iniqua delle risorse tra nord, centro e sud che compromette la buona riuscita degli interventi e così la garanzia del minore di essere tutelato in ogni situazione.

Da questi dati si evince come 1 bambino su 5 in stato di bisogno sia in carico ai servizi sociali per il maltrattamento.

Per quanto concerne la tipologia di maltrattamento maggiormente esercitata, grazie alla seconda indagine del 2018 di Cismai e Terre des Hommes si evince come quasi tutte le forme di maltrattamento siano aumentate ad eccezione della patologia delle cure che è diminuita di 23 punti percentuali. Per quanto riguarda il genere al 31-12-2018 sono i maschi ad essere le maggiori vittime del maltrattamento.

Questi risultati evidenziano la necessità di costruire uno strumento di monitoraggio stabile e periodico per poter meglio studiare il fenomeno del maltrattamento. Conoscendone le statistiche e le varie forme si orienterebbero varie politiche sociali a sostegno della prevenzione, promozione e protezione del minore evitando sprechi di risorse ed interventi inefficaci.

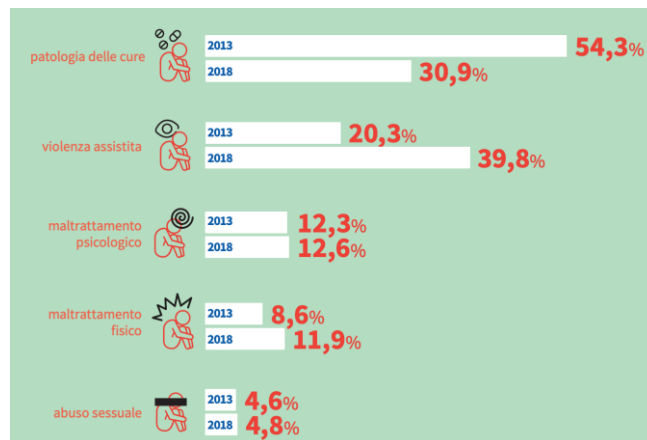


Figura 3: Di che cosa sono vittime i minorenni presi in carico per maltrattamento.
 Fonte: Cismai, Terre des Hommes.

Capitolo 2

Le cause e le conseguenze del maltrattamento

2. Esperienze Sfavorevoli Infantili

Le esperienze sfavorevoli infantili o Adverse Childhood Experience (ACE) si concretizzano attraverso una serie di avvenimenti potenzialmente traumatici che si verificano nella prima infanzia e che possono aver una valenza sequenziale oppure cronica. Solitamente gli ACE tendono a verificarsi all'interno della cornice assistenziale e nell'ambiente sociale che dovrebbe essere una fonte di sicurezza e stabilità nella vita del bambino.

Gli ACE si possono dividere in tre categorie principali: abuso, negligenza e comportamenti disfunzionali familiari. Della categoria abuso fanno parte il maltrattamento fisico, psicologico e sessuale. Nella categoria della negligenza fanno parte la trascuratezza fisica ed emozionale. Infine, nei comportamenti disfunzionali familiari rientrano le malattie mentali, parenti incarcerati, madri violente, abuso di sostanze e divorzio.

Lo studio ACE¹ fu condotto dal 1995 al 1998 in California su un campione di 17.000 persone con l'obiettivo di cercare una correlazione tra le esperienze traumatiche infantili subite prima dei 18 anni e l'obesità. Uno dei primi risultati dello studio fu che nella maggioranza dei casi le esperienze sfavorevoli erano molteplici e non isolate. Se infatti una persona aveva vissuto un'esperienza traumatica, la probabilità che ne avesse

¹ <https://cdc.gov/violenceprevention/aces/index.html>

sperimentata una seconda andava dalle 2 alle 18 volte rispetto a chi non aveva vissuto nessun ACE. Attraverso un questionario creato ad hoc è stato possibile attribuire un punteggio che certificava il numero di esperienze traumatiche in infanzia, concentrandosi perciò sulla globalità degli abusi e non considerando una sola forma di maltrattamento. Il punteggio ACE quantificava le esposizioni traumatiche dei pazienti, dimostrando che all'aumentare del punteggio aumentava anche la probabilità di utilizzo di droghe, tabacco, alcol e lo sviluppo di disturbi psicopatologici o alcune malattie fisiche. Oltre a ciò le vittime di ACE hanno dimostrato ad essere più propense a morte prematura. Nella figura 4 si osservano le conseguenze delle esperienze traumatiche correlate, attraverso effetti fisici, problemi sociali, cognitivi ed emotivi.

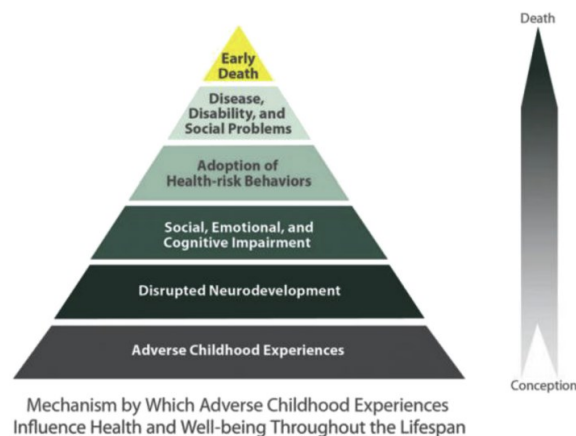


Figura 4: Riepilogo delle conseguenze delle ACEs sullo sviluppo, sui comportamenti a rischio, sulla salute mentale e fisica e sulla morte prematura.
Fonte: Boullier M., Blair M., (2018) Adverse Childhood Experience.

In particolare, effetti fisici vengono sperimentati anche a livello neurologico attraverso un'aumentata vulnerabilità allo stress di amigdala, ippocampo e corteccia prefrontale.

La vulnerabilità può causare problemi comportamentali, di memoria e di apprendimento. Inoltre chi è stato sottoposto ad eventi traumatici infantili produce più cortisolo, l'ormone dello stress, causando uno stato di stress cronico.

Diventa primario per la professione di assistente sociale saper identificare gli ACE, ricercandone le cause e le conseguenze visibili in età adulta. Sarà in questo modo più semplice comprendere le azioni dell'utenza e lavorare attraverso la trifocalità, prendendo in considerazione non solo la storia attuale ma anche il vissuto pregresso.

2.1 I fattori di rischio legati al maltrattamento: il modello ecologico

Per contrastare il fenomeno il “Rapporto su violenza e salute” (WHO, 2002) e “Prevenire il maltrattamento sui minori” (WHO, 2006) suggeriscono l’adozione di una prospettiva “ecologica” ispirata al modello di Bronfenbrenner (1986, 2010; Malacrea, 2010) che analizza la questione attraverso l’individuazione di quattro aree principali che interagiscono tra di loro (WHO, 2006).

Il modello ecologico rende tangibile l’importanza di una presa in carico multidimensionale, che curi le diverse aree del problema e che limiti, attraverso la conoscenza del fenomeno, interventi errati, difendendo l’interesse primario, ovvero il benessere del minore. Attraverso la figura 5 è possibile focalizzare le quattro variabili che agiscono su una situazione potenzialmente abusante influenzandosi tra di loro. I livelli individuati si esplicitano attraverso fattori di rischio attenenti all’individuo, alla relazione, alla comunità ed alla società. Successivamente verranno presentati i vari fattori di rischio che possono facilitare l’inizio dei maltrattamenti, sia per poter riconoscere i segnali dell’abuso, sia per comprendere quanto le disuguaglianze sociali influenzino il fenomeno del maltrattamento.



Figura 5: Il modello ecologico del maltrattamento: i fattori scatenanti.

Fonte: Prevenire il maltrattamento sui minori, WHO, 2006

2.1.1 Fattori attinenti alla vittima

Il primo livello indica i fattori di rischio attinenti all'individuo, considerando le variabili biologiche come l'età e il sesso del bambino, analizzando inoltre le caratteristiche individuali dei genitori, dei caregiver o di membri della famiglia.

I fattori individuali sono riconducibili alla vittima, nonostante questi non siano imputabili ad essa, ma possono contribuire alla difficoltà di instaurare una relazione sana con il caregiver.

I fattori individuali perciò devono essere considerati come fattori di debolezza che in molti casi portano all'abuso del minore, mai come colpa individuale del soggetto.

Il minore può essere a rischio di maltrattamento quando è portatore di disabilità fisiche o malattie croniche, che richiedono attenzioni elevate da parte dei genitori. Essere affetti da disabilità rappresenta un alto fattore di rischio, poiché rende molto più complessa la cura del minore, rendendo complicata la denuncia degli abusi da parte di questo. Spesso il perpetratore della violenza è il genitore, figura di riferimento per il minore e allo stesso tempo attore degli abusi. È quindi fondamentale individuare preliminarmente le violenze e attuare degli interventi di protezione sul minore.

Altro fattore di rischio viene attribuito al temperamento del soggetto: se piange in continuazione infatti, potrà più facilmente essere esposto a comportamenti violenti. Anche la desiderabilità del figlio influenza il comportamento dei genitori, come eventuali anomalie al viso, per il quale il caregiver può provare avversione e favorire l'abuso. Ancora la personalità incide sull'incolumità del minore: se il figlio presenta dei tratti di personalità definiti problematici, come problemi di salute mentale, iperattività o impulsività, sarà maggiormente in pericolo. Si cita come fattore scatenante anche quello della nascita multipla, che mette alla prova la capacità del genitore di sostenere tutti i figli, o quando si è in presenza di fratelli e sorelle della stessa età che richiedono svariate attenzioni da parte dei genitori. Il maltrattamento può infine verificarsi in condizioni di problemi comportamentali, quando il minore è sottoposto a violenza tra partner, a comportamento criminale, autolesionista, ad abuso sugli animali o aggressione continua tra pari.

2.1.2 Fattori attinenti all'abusante

È stato ampiamente dimostrato come nella maggior parte dei casi i genitori siano i soggetti che attuano la violenza nei confronti del minore. Sono stati individuate così delle caratteristiche genitoriali che creano un identikit del genitore maltrattante.

La prima caratteristica si riferisce alla difficoltà di creare e consolidare un legame affettivo con il neonato. Questa difficoltà ha luogo quando si è stati in presenza di gravidanze problematiche o complicanze durante il parto.

Ulteriori caratteristiche si esplicitano attraverso la non rimostranza di qualità educative rispetto al bambino e la mancanza di consapevolezza rispetto alle tappe del suo sviluppo. La relazione tra il genitore e figlio mancherà perciò della soddisfazione dei bisogni fondamentali, sia affettivi che di cura, portando alla formazione di un legame di attaccamento² che influenzerà il bambino durante il suo ciclo di vita.

Ancora viene segnalata la mancanza di autocontrollo da parte del genitore, la comparsa di emozioni quali rabbia e tristezza, depressione e bassa stima di sé, isolamento sociale, abuso di alcol e droga, coinvolgimento in attività criminale, difficoltà economiche e scarse competenze educative.

Una componente da non sottovalutare è quella del maltrattamento infantile subito in infanzia da parte del genitore, attraverso punizioni scorrette, inappropriate, eccessive o violente. Un elemento cruciale che induce il maltrattamento è l'utilizzo delle punizioni corporali come metodo di insegnamento.

2.1.3 Fattori di rischio legati alla comunità

Il maltrattamento, in tutte le sue forme, è profondamente legato al concetto di comunità. Una comunità, dal punto di vista sociale, è un aggregato di persone che condividono determinate caratteristiche. Le comunità possono formarsi per l'appartenenza alla stessa area geografica, condividendo valori che sono riconosciuti ed accettati dai suoi membri. Dalla comunità possono nascere reti sociali positive e negative.

Per quanto riguarda i fattori di rischio originati dalla comunità, si possono evidenziare una tollerabilità diffusa alla violenza. Un altro fattore di rischio è la presenza di

² Si fa riferimento alla teoria dell'attaccamento di John Bowlby, attraverso la quale un buon legame tra genitore e figlio, caratterizzato da una "base sicura", sapendo individuare e soddisfare i bisogni del neonato, possa influire positivamente sulla sua visione del mondo circostante e sulla visione di sé stesso.

disuguaglianze di genere e sociali all'interno della comunità, oltre che la mancanza di servizi che supportino la famiglia e le Istituzioni che non rispondono a determinati bisogni. L'assenza e l'inadeguatezza di politiche sociali rende più probabile il verificarsi degli abusi, oltre a non disporre degli strumenti giusti per contrastarli. Per questo è utile, anche attraverso il lavoro sociale, aiutare la comunità nella costruzione di un tessuto sociale ricco e nutritivo, così da poter rispondere autonomamente ai propri bisogni e limitare la violenza sui minori.

Oltre alle caratteristiche proprie del luogo, un fattore di rischio che accentua il maltrattamento è quello di non disporre di un alloggio adeguato ed avere un vicinato che cambia spesso, diminuendo la possibilità di costruire delle relazioni significative nel vicinato. Anche alti livelli di disoccupazione creano un fattore di rischio.

È stato inoltre evidenziato come alti livelli di piombo o altre tossine nell'ambiente, spaccio e commercio di droga rappresentano fattori di rischio non trascurabili, in quanto facilitano la devianza giovanile e possono favorire le condotte maltrattanti.

2.1.4 Fattori di rischio legati alla società

Non trascurabili sono i fattori di rischio che derivano dalla società, in quanto anche essa, attraverso cultura e politiche ha la possibilità di influenzare e disincentivare gli atteggiamenti degli individui.

Possono incidere sul fenomeno del maltrattamento le politiche economiche, sociali, sanitarie ed educative. Non disporre di politiche adeguate porta alla creazione di standard di vita poveri, portando a disuguaglianze ed instabilità socioeconomiche.

Oltre alle politiche, anche le norme sociali possono influenzare gli individui e favorire comportamenti dannosi. Norme sociali e culturali che promuovono ed esaltano la violenza verso gli altri, facilitano l'accettazione sociale della punizione corporale, innescando il maltrattamento. È stato individuato come elemento scatenante anche il divario tra i ruoli di genere. Le condotte violente sono maggiormente presenti all'interno dei contesti dove i ruoli di genere sono molto rigidi, promuovendo una visione superiore della figura maschile e sminuendo la figura femminile. Oltre alla questione di genere in sé, questo tipo di credenze favoriscono il maltrattamento padre-figli poiché si innesca una logica di potere attraverso il quale il minore viene visto come una proprietà del genitore.

Altri fattori scatenanti si riferiscono invece all'esistenza di casi di pornografia infantile, prostituzione minorile e lavoro minorile all'interno delle società.

2.2 La trasmissione intergenerazionale della violenza

Oltre agli effetti soggettivi del maltrattamento, essere un figlio maltrattato può portare alla cosiddetta trasmissione intergenerazionale della violenza: i comportamenti violenti del genitore verranno trasmessi al figlio che, a sua volta, diventando genitore, proporrà i medesimi atteggiamenti maltrattanti alla prole. L'Organizzazione Mondiale della Sanità nel 2007 ha riconosciuto l'associazione tra il maltrattamento subito in infanzia e la perpetrazione di violenze in adolescenza ed età adulta (Briefing P. Preventing child maltreatment in Europe: a public health approach World Health Organization Regional Office for Europe. Copenhagen, Denmark.). Nonostante quest'associazione non sia matematica, è utile in quanto aiuta a comprendere il maltrattamento come processo, non come singola azione che si esaurisce nella sola generazione maltrattante. L'abuso in molti casi può essere un'abitudine che si protrae per generazioni, creando delle relazioni genitore-figlio disfunzionali e normalizzando condotte violente fornite dai propri genitori (Montecchi, 2005).

Secondo questa visione che si rifà al modello ecologico, il comportamento maltrattante diventa uno dei precursori di disagio per i figli e per le generazioni successive.

La trasmissione intergenerazionale della violenza viene validata attraverso il pensiero di Freud che poi verrà maggiormente elaborato da altri autori, offrendo un punto di vista differente riguardo al collegamento tra generazioni. Secondo l'autore, infatti, se i processi psichici delle generazioni non venissero trasmessi a quelle successive non potrebbe esistere alcuna evoluzione dell'essere umano e del suo pensiero. Ogni generazione sarebbe costretta a calibrare autonomamente il proprio atteggiamento verso l'esistenza, annullando in questo modo qualsiasi progresso. Alcuni autori post-Freudiani, come Faimberg, Kaes, Enriquez e Baranes teorizzano l'idea di un'eredità psico-filogenetica, all'interno della quale l'individuo sembra in grado di apprendere narrazioni elaborate dalle generazioni precedenti che poi verranno trasmesse ai nuovi membri (Montecchi, 2005).

Oltre alle teorie post-freudiane, l'osservazione clinica ha documentato come in molte delle storie di maltrattamento fosse comune che almeno uno dei genitori avesse subito abusi in infanzia o avesse assistito a comportamenti violenti in famiglia.

La trasmissione intergenerazionale è solamente una teoria, tuttavia si pensa che oltre ai comportamenti violenti anche la psicopatologia genitoriale e i disagi emotivi possano rappresentare un campanello d'allarme per condotte maltrattanti. Queste fragilità fanno sperimentare al bambino l'incertezza dei legami, che sembra essere la radice dell'abuso intergenerazionale.

Il maltrattamento sembra quindi un trauma ripetibile nel tempo: è stato provato che i genitori che hanno vissuto una storia di maltrattamento hanno più del doppio di possibilità di avere figli che subiranno maltrattamenti. Chi perpetra il ciclo intergenerazionale della violenza diventerà un individuo predisposto a reazioni violente attraverso le quali ripeterà l'esperienza dell'abuso subito. Diventando genitore, potrà assumere comportamenti diversificati con i propri figli, non abusando o modificando la tipologia di maltrattamento. Ad esempio, un bambino abusato sessualmente potrà divenire un genitore che maltratta fisicamente i propri figli.

Rimane importante però rendere noto che non tutti i bambini maltrattati diverranno genitori maltrattanti. Si sta parlando di una propensione, un rischio, per questa ragione, diventa imperativo, dopo aver ampiamente studiato gli effetti del ciclo intergenerazionale del maltrattamento, riuscire a capire i meccanismi per cercare di spezzare i legami dannosi tra le generazioni. Spostare l'attenzione dall'effettiva sussistenza del ciclo intergenerazionale, alle modalità con cui le condotte violente vengono trasmesse studiandone adeguatamente i meccanismi, aiuta a creare e scoprire nuove tecniche per futuri interventi di protezione e prevenzione, che servono a rompere efficacemente il ciclo del maltrattamento e promuovere il benessere per le future generazioni.

2.3 I fattori protettivi

I fattori protettivi costituiscono una parte importante della prevenzione del maltrattamento perché riescono a contrastare il fenomeno facendo in modo che esso non si verifichi.

Grazie a vari studi sono stati individuati alcuni fattori protettivi che possono essere divisi in tre gruppi: socio familiari, genitoriali, individuali del bambino (De Blasio, Acquistapace 2002). Alcuni dei fattori di protezione sono attribuibili ad un buon funzionamento della società, che permette una fruizione equa delle risorse e il rispetto dei diritti sociali. La presenza e la fruizione dei servizi sociali e sanitari diventa essenziale nella protezione del minore, per questo motivo è fondamentale investire sulla promozione, prevenzione e protezione dei diritti all'infanzia, scongiurando in questo modo ogni forma di abuso su minori.

Oltre ai fattori societari si individuano anche i fattori protettivi sociali e familiari che si articolano in: essere supportati da una rete sociale efficace, attraverso il supporto amicale e parentale, instaurando relazioni soddisfacenti con le famiglie di origine. Si sottolinea l'importanza della fruibilità dei servizi socio sanitari e di essere in grado di gestire i conflitti.

Per quanto riguarda i fattori genitoriali sono individuati come fattori protettivi la capacità di chiedere aiuto, il desiderio di migliorarsi, una buona autostima, capacità di assumersi responsabilità, capacità di utilizzare servizi socio sanitari, consapevolezza rispetto alla rielaborazione delle esperienze di abuso e gli attaccamenti incerti vissuti in infanzia, capacità empatiche, solidità coniugale, capacità di riconoscere i bisogni dei figli ed attitudine alla risoluzione dei problemi.

I fattori protettivi attribuibili al bambino sono una buona salute fisica, una buona intelligenza, capacità di instaurare relazioni con i pari, temperamento facile, capacità di adattamento e di sviluppo attraverso il superamento delle crisi evolutive.

2.4 Le conseguenze del maltrattamento

La continua esposizione nella prima infanzia ad eventi traumatici e a maltrattamenti, può portare a delle conseguenze a breve e a lungo termine sullo sviluppo della vittima. È stato concordato ormai che le diverse forme di maltrattamento costituiscano in sé dei veri e propri eventi traumatici, assumendo caratteristiche di traumi acuti o cronici e provocando gravi conseguenze.

Se le conseguenze fisiche possono essere curate e scomparire del tutto dal corpo del bambino, la sofferenza mentale può accompagnarlo fino all'età adulta, comportando dei

danni di grande portata sul suo benessere e sul suo stile di vita. Tuttavia, è importante sottolineare che le conseguenze sembrano essere soggettive per ogni vittima. Infatti non tutti i minori sottoposti a violenze sviluppano la stessa sindrome o una psicopatologia specifica: il maltrattamento si configura attraverso una struttura multifattoriale e per questo le ripercussioni possono rivelarsi eterogenee attraverso la comparizione di una costellazione di sintomi, psicologici e fisici, causando delle modifiche a livello cerebrale.

Ciò che è certo è che tutte le forme di maltrattamento perpetrate nel tempo costituiscono un evento traumatico, ma possono sussistere dei fattori che possono aggravare o limitare il trauma subito.

2.4.1 Conseguenze psicologiche del maltrattamento

Tra le forme di maltrattamento, quello psicologico è frequentemente associato alle altre tipologie, per questo è molto complicato individuarne le ripercussioni a breve e lungo termine.

I sintomi a breve e a lungo termine possono comparire come enuresi, encopresi, disturbi dell'alimentazione, bassa stima di sé, instabilità emotiva, ridotta sensibilità emotiva, mancanza di fiducia negli altri, dipendenza, incompetenza e difficoltà nell'apprendimento, depressione ritardo dello sviluppo, uso di droga e prostituzione. Alcune aree di sviluppo appaiono più compromesse: sono state infatti individuate connessioni consistenti tra il maltrattamento psicologico e legame di attaccamento insicuro, con successive problematiche riguardanti adattamento e competenze sociali. Si osservano problemi nell'area comportamentale, nelle abilità cognitive, nel problem solving e nell'apprendimento scolastico.

I principali indicatori fisici si concretizzano attraverso la difficoltà di crescita nella prima infanzia, ritardi nello sviluppo in età prescolare e disturbi del linguaggio.

Indicatori comportamentali possono riguardare atteggiamenti impulsivi, iperadattamento, disordini della condotta, disturbi del sonno, inibizioni, depressione, paure notturne ed autodistruttività.

Come si può dedurre dai sintomi descritti, queste compromissioni sono aspecifiche, anche perché possono comparire in altre tipologie di maltrattamenti, mostrando la complessità dell'individuazione delle conseguenze del maltrattamento.

Un caso esemplificativo è quello della trascuratezza, che si esplicita principalmente attraverso l'omissione di cure e l'indifferenza. I sintomi sono molto simili a quelli del maltrattamento psicologico, differenziandosi per alcuni aspetti. La trascuratezza intesa come assenza di cure adeguate può portare alla "morte psicologica", ovvero quella morte che sopraggiunge quando l'indifferenza emozionale e la mancanza di relazione con gli altri appiattiscono completamente i sentimenti della vittima. Inoltre la trascuratezza grave può portare anche alla morte della vittima. Uno dei motivi per il quale questa è una forma di maltrattamento davvero grave è che avviene ogni giorno: se abuso sessuale e maltrattamento fisico possono essere episodici, questa si configura attraverso la ripetizione sistematica di azioni abusive nei confronti della vittima, che sperimenta sensazioni di disagio e rifiuto in maniera continua, sviluppando attaccamento insicuro, isolamento e incapacità di entrare in rapporto con i pari.

La trascuratezza non sembra essere meno rilevante di un'altra forma di maltrattamento, largamente studiata e molto più eclatante: l'abuso sessuale infantile.

Nei bambini abusati sessualmente sono presenti segnali quali ansia, paura, problemi di attenzione e concentrazione che possono essere ricondotti al PTSD, il disturbo post-traumatico da stress.

Per quanto concerne la sfera emotiva, si riscontra un senso di tradimento, impotenza, sfiducia, stigmatizzazione, vergogna e colpa. Si evidenziano anche comportamenti autolesivi e depressivi, attribuibili alle conseguenze del disturbo post traumatico da stress.

La difficoltà principale rimane quella di isolare questi sintomi, in quanto segnali simili appaiono anche nel maltrattamento fisico. In particolare compaiono disturbi della socialità, come la difficoltà nell'immedesimazione dell'altro e problematicità legate all'attivazione di comportamenti prosociali ed empatici verso pari ed adulti. Compaiono anche sintomi post traumatici come memorie intrusive e ricorrenti, atti aggressivi e comportamenti analoghi ripetuti nel tempo.

Dal punto di vista delle conseguenze a lungo termine, si assiste a un restringimento degli affetti, sintomi depressivi, bassa stima di sé, disturbi psichiatrici della personalità borderline, disordini della condotta sociale e comportamenti autolesionisti. Una differenza notevole è rappresentata dai deficit neurologici e cognitivi che sviluppano principalmente i destinatari del maltrattamento fisico. Ciò influenza lo sviluppo dell'intelligenza, del linguaggio e delle competenze precoci.

Un effetto comune riscontrato dato dagli abusi infantili è il disturbo post traumatico da stress. La sindrome post traumatica da stress è una sindrome descritta dal Manuale dei Disturbi Diagnostici (DSM-V) e comporta “sviluppo di sintomi fisici che manifestano in seguito all’esposizione di un fattore traumatico estremo”.

I sintomi fisici descritti si possono suddividere in: sensazione di rivivere l’evento traumatico, evitamento degli stimoli che possono essere associati al trauma, aumentato arousal (ipervigilanza) e attenuazione della reattività generale.

L’evento negativo condurrà alla creazione dei meccanismi di difesa, atti a mitigare le conseguenze dei maltrattamenti subiti. I meccanismi di difesa solitamente utilizzati sono quelli di evitamento persistente di pensieri, luoghi e persone coinvolte, lacune mnemoniche, riduzione dell’affettività e interesse per le persone e per il proprio futuro. I minori vittime di violenza possono sperimentare anche incubi con le caratteristiche riferite al maltrattamento, ma solamente nei casi in cui sono maggiori di cinque anni.

Rowan e Foy (1993), sottolineano come la letteratura presente sui bambini maltrattati porti a pensare come vi sia un’alta comparsa di sindromi post traumatiche da stress nei minori abusati sessualmente e maltrattati fisicamente.

Le percentuali di PTSD evidenziate sono del 48-50% solo per le vittime di abuso sessuale negli Stati Uniti. Da questa percentuale definibile senz’altro allarmante, si ravvisa l’importanza di individuare e fermare i comportamenti maltrattanti, per tutelare la salute dei minori.

Altre ricerche invece si sono concentrate nello studiare le differenze tra i minori abusati, quelli non abusati e quelli abusati sessualmente. Da questi emergono sostanziali differenze nella gestione dell’ansia, delle paure e capacità di concentrazione. Nei minori sessualmente abusati si nota un’altra frequenza di reexperiencing, rivivendo l’esperienza di abuso attraverso l’attuazione di comportamenti inappropriati rivolti verso sé stessi e gli altri. Emerge che i minori con la sindrome post traumatica da stress in fase acuta soffrono di incubi, sogni disturbanti, stress, difficoltà nel prendere sonno, ipervigilanza, reazioni esagerate, agitazione, ansia generalizzata, mentre per chi soffre di disturbo cronico con sintomi da almeno 8 mesi prevalgono il distacco e l’estraniamento rispetto alle altre persone, restrizione degli affetti, pessimismo nella progettazione futura, tristezza, infelicità ed episodi dissociativi.

Se i dati analizzati fino a questo punto sembrano scoraggianti, altre ricerche si sono concentrate sull'individuazione dei fattori di mediazione, ovvero quelle caratteristiche relative all'abuso che possono aggravarlo o mitigarlo.

I fattori mediazionali possono articolarsi in situazionali od oggettivi, che possono riguardare la gravità, la durata, il numero e l'identità degli aggressori, la percezione dell'evento, e le esperienze pregresse. I fattori mediazionali costituiscono un'importanza primaria in quanto possono ridurre le conseguenze dell'evento traumatico e possono cambiare il decorso di vita della persona. In particolare, è stato osservato che fattori come l'identità degli aggressori e la gravità dei maltrattamenti possono influenzare l'insorgenza di disturbi e patologie nel minore.

Si è evidenziato come nel maltrattamento fisico, la sindrome post traumatica da stress compaia con maggiori possibilità all'aumentare della gravità degli abusi e del legame con soggetti perpetranti, restando indipendente dalla sua durata (Kiser et al, 1991).

I fattori di mediazione sembrano essere indifferenti invece all'abuso sessuale: il PTSD compare maggiormente se l'abusante è il genitore, mentre può comparire con meno probabilità se l'abuso viene commesso da un estraneo. In altri casi non conta l'identità dell'aggressore, bensì le coercizioni e le violenze utilizzate per obbligare la vittima a sottoporsi all'abuso, le reazioni emotive del bambino e i sensi di colpa si dimostrano determinanti per l'insorgenza del disturbo e dei sintomi intensi.

Un altro fattore di mediazione è rappresentato dall'essere già stati vittime: questo abbassa le capacità di difendersi e sottrarsi a vittimizzazioni successive ed al contempo amplifica le risposte post traumatiche, aumentando i sintomi di disagio nel minore.

Si suppone inoltre che chi subisce gli abusi in età inferiore a sei anni abbia maggior possibilità di sviluppare i sintomi post traumatici, presumibilmente a causa del minore sviluppo celebrale e dell'incapacità di utilizzare meccanismi di difesa per contrastare l'evento stressante. Ulteriori ricerche non hanno ancora confutato questa ipotesi.

Ciononostante, alcune osservazioni di Goodwin (1988), sostengono che i sintomi del disturbo post traumatico da stress siano eterogenei e compaiano con modalità differenti in base allo stadio evolutivo in cui si trovano i soggetti. Alcuni esempi delle conseguenze dell'abuso in prima infanzia sono i giochi ripetitivi in cui viene rivissuto il trauma, scoppi di collera, difficoltà a dormire autonomamente, difficoltà nell'acquisizione del linguaggio e di esplorazione dell'ambiente.

Le ripercussioni dell'abuso si protrarranno in infanzia e adolescenza. I sintomi in età adolescenziale muteranno in ansia cronica e desiderio di fuga attraverso alcol e droghe. In età adulta il soggetto abusato soffrirà di incubi ricorrenti e flashback dell'abuso in occasione di contatti intimi.

Sembra che la durata degli abusi e il periodo evolutivo in cui sono stati inflitti amplifichi e generalizzi i sintomi di PTSD, facendo comparire cefalee, somatizzazioni a livello gastrointestinale, addominali, nausea, tremori ecc.

Grazie a queste considerazioni il tema del maltrattamento si rivela essere sempre più ampio e sempre più complesso, arrivando a compromettere i comportamenti in età adulta anche nelle relazioni affettive.

Stile di attaccamento ed abusi passati possono far insorgere i disturbi delle relazioni affettive, attraverso la paura di essere abbandonati, sentimenti contraddittori e paura di venire dominati. Si evidenziano inoltre comportamenti discordanti che oscillano tra ribellioni e sottomissioni all'altro.

Infine, si ha più probabilità di instaurare una relazione di dipendenza con il partner e di idealizzare l'altra persona.

2.5 Il maltrattamento e lo sviluppo comportamentale nelle fasi della vita

Nella prima infanzia il cervello è approssimativamente un quarto del cervello di un adulto, dimostrandosi l'organo meno sviluppato e allo stesso tempo maggiormente suscettibile all'ambiente esterno. Sono note le molteplici ripercussioni fisiche dovute alla Shaken Baby Syndrome (Kempe et al., 1985), che danneggia particolarmente la struttura cerebrale causando ritardo mentale, problemi uditivi e visivi, problematiche legate all'apprendimento e disfunzioni cognitive. Nella prima infanzia, questa sindrome porta anche alla riduzione del volume cerebrale e ad effetti visibili solo successivamente agli scuotimenti violenti. Le conseguenze possono presentarsi anche dopo anni dallo sviluppo, sfociando in problemi cognitivi e problemi comportamentali.

Sembra che i problemi comportamentali siano causati particolarmente da un alto livello di cortisolo, l'ormone dello stress, e di catecolamine, dei composti chimici importanti come l'adrenalina, la noradrenalina e la dopamina. Questi ormoni vengono prodotti in grandi quantità dall'organismo del minore maltrattato, interrompendo le

normali connessioni cerebrali. Possono insorgere disturbi del sonno, paure notturne ed incubi notturni.

Dal secondo anno di vita il minore abusato comincerà a reagire attraverso l'espressione di emozioni, in particolare la rabbia. La frustrazione e la rabbia prodotte dall'abuso saranno espresse sotto forma di comportamenti violenti nei confronti della figura di riferimento. L'aggressività si sviluppa soprattutto nei casi di maltrattamento fisico.

In età prescolare si osservano quasi gli stessi comportamenti, dai 4 ai 5 anni possono verificarsi quantunque delle differenze di genere. I bambini saranno più propensi ad externalizzare le emozioni negative derivanti dall'abuso attraverso l'espressione di rabbia, frustrazione, aggressioni fisiche e verbali, concretizzate attraverso il bullismo contro gli altri. Al contrario, le bambine saranno inclini a manifestare comportamenti depressivi attraverso il ritiro sociale, mostrando sintomi come emicranie e dolori addominali.

Nell'età scolare, i bambini abusati saranno meno propensi a costruire relazioni amicali e mediamente saranno più assenti da scuola. Saranno inoltre maggiormente in difficoltà rispetto al rendimento scolastico, più propensi a sviluppare disturbi della concentrazione durante le lezioni, effettuando performance scadenti.

In adolescenza le conseguenze appaiono diversificate, articolandosi su più fronti ed ambiti della vita. Chi ha sofferto di abuso può sviluppare patologie psichiatriche come la depressione, l'ansia ma anche isolamento sociale. Possono sviluppare comportamenti pericolosi e dannosi per la salute come il fumo, l'alcol, l'utilizzo di droghe, prostituzione, attività sessuale precoce, diventare membri di una gang, diventare senza tetto e detenere delle armi. In uno studio a lungo termine si evince come l'80% dei giovani abusati soddisfaceva i criteri diagnostici del DSM-V per almeno un disturbo psichiatrico.

2.6 Maltrattamento e criminalità

Attraverso l'esposizione delle ricadute negative del fenomeno del maltrattamento, è possibile comprendere come esso impatti sulle scelte di vita in età adolescenziale e adulta. Diventa così improbabile non ritenere che contesti disfunzionali e multiproblematici possano influenzare direttamente le decisioni e l'intera esistenza della persona. Alcuni

studi, infatti, sostengono che essere stati maltrattati durante l'infanzia porti ad essere più propensi ad adottare una condotta criminale.

In uno studio di Currie e Tekin (2010) che merita di essere citato, si evidenzia un collegamento consistente rispetto a maltrattamento infantile e criminalità negli Stati Uniti.

I risultati dello studio evidenziano come il maltrattamento sui minori raddoppi all'incirca la probabilità che l'individuo sia coinvolto in svariate tipologie di reati, generando costi esorbitanti per quanto riguarda la criminalità. Viene dimostrato come i bambini che subiscono abusi, mediamente cominciano a commettere reati in giovane età, mostrando una maggiore probabilità di essere arrestati sia da giovani che da adulti.

Lo studio tuttavia non analizza altri fattori, come il livello di istruzione, ma è utile poiché restituisce delle risposte rispetto agli effetti a lungo termine del maltrattamento. Rimane evidente che i bambini maltrattati che commetteranno crimini, avranno meno possibilità di affermarsi in attività legittime come la scuola ed il lavoro, attività che costituirebbero un ritorno sociale più alto e una maggiore inclusione all'interno della società. Il maltrattamento come causa della criminalità si rimarcherebbe anche nel numero maggiore di condanne in giovane età. Il valore medio di condanne giovanile di minorenni non maltrattati si aggira attorno all'1,4%, mentre i giovani che hanno subito qualsiasi forma di maltrattamento sono più propensi ad essere condannati in maniera maggiore, precisamente di due punti percentuali.

Ciò significa raddoppiare la possibilità di condanna di un minorenne, deducendo che il maltrattamento sia un fattore che può incidere sulla comparsa di una futura condotta criminale. Anche la natura degli abusi determina i reati che verranno commessi: un bambino vittima di abuso sessuale o maltrattamento fisico tenderà a commettere reati più gravi rispetto a chi ha subito altre forme di maltrattamento.

È importante ricordare che le affermazioni proposte non devono essere lette adottando un'ottica deterministica, attraverso la quale ogni bambino abusato diverrà un genitore maltrattante o un criminale.

Non tutti i maltrattati adottano uno stile di vita legato alla criminalità, ma questa propensione non può essere ignorata, soprattutto dalle politiche sociali e dai professionisti del settore, che hanno la possibilità di tentare di mitigare i fattori di rischio e moderare la criminalità. Rimane un obiettivo significativo essere in grado di riconoscere i segnali del

maltrattamento nella prima infanzia, evitando costi fisici e mentali sia all'individuo che alla comunità.

2.7 Maltrattamento e dipendenze patologiche

Oltre alla criminalità, interessanti sono gli studi che indagano una connessione tra il maltrattamento infantile e le dipendenze. Si ritiene importante, soprattutto nelle prime fasi del processo di aiuto, ricostruire la storia di vita della persona, i suoi bisogni espliciti e quelli impliciti. Verrà creata una panoramica del vissuto dell'utente, attraverso il quale l'intervento potrà essere strutturato in maniera adeguata.

Una moltitudine di studi e ricerche evidenziano il legame tra maltrattamento e dipendenze, in particolare concentrandosi sul collegamento tra esperienze sfavorevoli infantili e l'abuso di sostanze. Specificatamente, l'abuso nella prima infanzia potrebbe portare a comportamenti devianti come la tossicodipendenza e allo sviluppo di psicopatologie. Pertanto, il bambino maltrattato, in età adolescenziale e adulta, utilizzerà la sostanza come strategia di coping affrontando gli abusi subiti attraverso la fuga dalla realtà. La sostanza ricoprirebbe perciò una funzione di automedicazione per potenziare i meccanismi di difesa. Ciò che è stato osservato studiando questa correlazione è la presenza di un paradosso di genere: uno studio di Widom et al. (2006), riferisce che le donne vittime di maltrattamenti e negligenza infantile hanno avuto una probabilità maggiore di utilizzare droghe nell'ultimo anno rispetto agli uomini. Le donne sarebbero quindi più esposte ai maltrattamenti a lungo termine rispetto agli uomini, causando una peggior qualità di vita e un maggiore rischio di sviluppare dipendenze.

Il maltrattamento fisico è risultato essere significativamente associato alla dipendenza da alcol per il genere femminile, l'abuso sessuale invece è risultato essere una delle cause di uso di sostanze.

Confrontando partecipanti abusati in età infantile e partecipanti non abusati, si è riscontrato che quelli abusati, avevano il 48% di possibilità in più di fare uso di droghe nell'ultimo anno, indipendentemente dal genere. Viene coniato il termine "sentiero della dipendenza": chi sperimenta l'abuso fisico è maggiormente a rischio di uso di sostanze all'età di 12 anni, successivamente a 16 e a 24 anni.

La connessione tra maltrattamento e dipendenze sembra evidente, tuttavia non è ancora del tutto chiaro il motivo di esistenza del paradosso di genere, essendo il maltrattamento influenzato da una moltitudine di fattori, oltretutto soggettivi ed esterni. L'abuso nella prima infanzia e il successivo sviluppo di dipendenze dovrebbe però far porre attenzione alle svariate cause della dipendenza, spesso imputate solamente alla persona, che si ritrova ad essere vittima di pregiudizi e stigmatizzazioni.

2.8 Maltrattamento, istruzione e lavoro

Le conseguenze del maltrattamento sono visibili anche a livello cerebrale: si pensi che il cervello si sviluppa del 90% nei primi anni di età. Dunque, le condotte maltrattanti in prima infanzia possono portare ad uno sviluppo alterato nella sfera cognitiva, emotiva e sociale del bambino, portando allo stress cronico. I cervelli dei minori maltrattati sono più inclini ad utilizzare le proprie risorse per sopravvivere e rispondere alle minacce dell'ambiente, a scapito di quelle regioni coinvolte nel pensiero complesso, rendendo più complicati i processi di apprendimento.

Se il sistema scolastico è creato in modo da non fare discriminazioni, insegnando le medesime nozioni a ciascuno, studi condotti hanno potuto evidenziare un nesso tra bassi livelli di istruzione e maltrattamento.

Gli studi si sono concentrati principalmente sulla portata del maltrattamento fisico e dell'abuso sessuale, osservando che i bambini maltrattati sono più propensi ad ottenere risultati scolastici inferiori rispetto ai loro coetanei oltre ad avere maggiore bisogno di un insegnante di sostegno.

Oltre ad incidere sull'intelligenza e sui risultati scolastici, l'abuso infantile sembra produrre dei risultati anche sull'abbandono scolastico, soprattutto della scuola superiore.

La difficoltà di raggiungere un alto livello di istruzione se si è stati maltrattati è un problema reale, tuttavia, il basso livello di istruzione non può essere imputato solo al maltrattamento: entrano in gioco anche delle caratteristiche sociali, genitoriali ed ambientali. Il legame tra basso rendimento scolastico e maltrattamento è parzialmente consolidato, ma l'abuso va inteso come uno dei tanti fattori di rischio, evitando di concentrare in un unico fattore lo svantaggio e le disuguaglianze che ne derivano.

Oltre all'istruzione, studi preliminari dimostrano anche la correlazione tra la produttività economica e il maltrattamento durante l'infanzia. Mediamente, chi era stato maltrattato occupava posizioni umili e occupazioni semi qualificate, con una maggiore difficoltà a mantenere il posto di lavoro.

Gli studi riguardanti il livello d'istruzione, l'occupazione e maltrattamento sono ancora lontani dall'essere confermati, allo stesso tempo però, si possono trarre delle conclusioni su come questo fenomeno abbia il potere di influenzare varie aree dell'esistenza, causando una minore qualità di vita e problematiche come criminalità, dipendenza e basso livello di istruzione e produttività.

Diventa evidente come il maltrattamento faccia parte di una lunga concatenazione di fattori ed eventi che portano ad una qualità di vita minore, causando disagi e svantaggio sociale. Essere coscienti della relazione di causalità tra maltrattamento infantile e sviluppo problematico aiuta l'assistente sociale a lavorare per cercare di ridurre le disuguaglianze. Lavorare attraverso l'ottica ecologica permette di costruire degli interventi che prendano davvero in considerazione tutto il vissuto della persona, evitando lo stereotipo della figura dell'assistente sociale, definito spesso un impiegato con le mani legate dalla burocrazia.

Capitolo 3

Strumenti dell'assistente sociale a favore dei minori maltrattati

3.1 La promozione

La promozione o prevenzione primaria, racchiude una vastità di interventi, nella maggior parte socioeducativi, atti a costruire o ampliare, nel caso specifico del maltrattamento infantile, le competenze genitoriali attraverso un approccio proattivo.

È stato riscontrato che una bassa qualità di vita e le esperienze sfavorevoli infantili possono portare ad un peggioramento delle conseguenze del maltrattamento in età infantile, adolescenziale ed adulta, rendendo indispensabile una presa in carico olistica, che comprenda diverse dimensioni, quali la promozione, prevenzione e protezione (Boullier e Blair, 2018).

L'area della promozione non si rivolge unicamente alle famiglie considerate problematiche, bensì alle famiglie in condizione di "normalità", ossia che non sono prese in carico dai servizi e che sembrano avere un funzionamento adeguato. L'approccio è proattivo in quanto quest'area mira a coinvolgere i genitori, non aspettando di fatto che essi si presentino al servizio esponendo una condizione più grave. Quest'area coinvolge perciò i genitori attraverso un approccio informale ed aperto, realizzata attraverso una molteplicità di interventi.

3.1.1 Il gruppo dei pari

Una delle forme di sostegno facente parte di quest'area è il gruppo dei pari. Secondo Milani (2018) tale tipologia di intervento aiuta i genitori a destreggiarsi in situazioni di

difficoltà, favorendo la diffusione di informazioni, discussioni ed opinioni. Possono partecipare coppie e genitori, che, guidati da un professionista si mettono in discussione condividendo ansie, paure e competenze. Scegliere di far parte di un gruppo di aiuto significa mettere a disposizione se stessi, costruendo la capacità di attingere alle proprie risorse e condividerle per creare un cambiamento strutturale. Attraverso i gruppi di aiuto il genitore si espone, mostra la propria vulnerabilità ed allo stesso tempo espone i propri limiti. Il confronto con le altre figure genitoriali permette dunque un dialogo libero senza stigmatizzazioni e giudizi.

La funzione del genitore non verrà più considerata come responsabilità singola, ma piuttosto come una serie di doveri che si intrecciano con la comunità. I gruppi di sostegno permettono una maggiore comprensione delle problematiche e prevengono possibili momenti di crisi all'interno del nucleo familiare. Ad oggi sono presenti sul territorio italiano diverse tipologie di gruppi che ricoprono una funzione di sostegno. Lo scopo è stimolare la presa di coscienza delle proprie potenzialità e dei propri errori, creando reti sociali e prevenendo l'isolamento dei genitori in situazioni di difficoltà.

Alcuni esempi sono i gruppi per i genitori dai 0 ai 3 anni, che mirano a fornire informazioni generali sulla cura del neonato, i gruppi che sostengono i genitori di adolescenti, i genitori separati e le coppie adottive.³ Ogni gruppo mira a fornire un sostegno globale alla genitorialità, dotando di nozioni e strumenti pratici i suoi membri, rendendoli consapevoli e in grado di affrontare esperienze problematiche durante le varie fasi di sviluppo del minore.

3.1.2 I programmi di educazione parentale

Un'ulteriore tipologia di gruppi di pari è quella dei programmi di educazione parentale. Questi sono diffusi maggiormente in Nord America, Nuova Zelanda e Nord Europa e possono presentare progettualità differenti e obiettivi diversi (Milani, 2018).

Essi sono atti a sostenere la genitorialità in senso promozionale e sono rivolti a diverse tipologie di genitori con figli di diverse età. Possono essere coinvolti perciò genitori di adolescenti, di neonati, famiglie monoparentali e genitori adolescenti. Questi programmi agiscono in un'ottica di prevenzione, creando abilità genitoriali che favoriscano un sano

³ Gruppi di Auto Mutuo Aiuto 2022, AUSL di Bologna.

sviluppo del bambino. I programmi di educazione parentale possono avere diverse finalità ed essere rivolti a diverse tipologie genitoriali. Ad esempio, alcuni programmi sono atti a prevenire abuso e trascuratezza dell'infanzia, altri a sostenere le famiglie monoparentali, o ancora per ridurre l'insuccesso scolastico oppure prevenire i disturbi del comportamento (Milani, 2018).

Le finalità generali sono quelle di accrescere le competenze dei genitori, rafforzando il loro senso di autostima e diminuendo l'isolamento sociale.

I programmi di educazione parentale sono minimamente diffusi in Italia poiché è presente una vasta rete di servizi a tutela della maternità e della famiglia.

3.1.3 I centri per le famiglie

I centri per le famiglie, presenti solo in alcune regioni d'Italia, sono organizzati in tre aree principali che si possono riassumere in area di sostegno alla genitorialità, area dell'informazione e dell'orientamento, area dello sviluppo delle risorse familiari e comunitarie. (Milani, 2018)

Il fine è quello di condurre le famiglie al superamento di momenti difficili, come per esempio la conciliazione famiglia lavoro, la separazione o la conflittualità di coppia, lavorando in un'ottica preventiva rispetto alla violenza.

I centri possono essere considerati come degli "spazi di transizione tra pubblico e privato" (Milani, 2018, p.169), in quanto si pongono attraverso un'ottica comunitaria, sfruttando la partecipazione dei genitori, formando coesione sociale e contribuendo al rafforzamento delle reti sociali. Diversamente dai consultori che agiscono attraverso l'erogazione di prestazioni, essi utilizzano un approccio comunitario ed educativo.

Gli interventi principali si concretizzano attraverso attività di costruzione delle competenze parentali, con il fine di evitare l'isolamento e l'emarginazione sociale. Essi infatti sviluppano un senso di comunità formando una rete di genitori. I progetti possono articolarsi in corsi di formazione, informazione ed educazione, evitando in tal modo la formazione di situazioni di disagio ed aumentando la consapevolezza rispetto alle tappe dell'età evolutiva.

Il fulcro di questi progetti è proprio quello di potenziare le risorse genitoriali, attraverso l'ottica dell'empowerment e dell'autodeterminazione, migliorando l'approccio genitoriale e modificando gli eventuali comportamenti errati. Integrando strategie

promozionali e preventive si riduce il maltrattamento, promuovendo la crescita dei fattori di protezione e resilienza rispetto a quelli di rischio.

3.2 La prevenzione secondaria

Secondo la definizione dell'OMS del 2013, “la prevenzione è l'insieme di interventi multi settoriali centrati su un approccio di salute pubblica che mirano alla riduzione dei fattori di rischio attraverso un supporto ai genitori fornito attraverso le visite domiciliari, programmi di sostegno alla genitorialità e interventi più a monte nella catena causale che comprendono programmi finalizzati a combattere le situazioni di degrado, le disuguaglianze sociali e di genere, le norme sociali sulla violenza, le abitudini alle punizioni corporali e la disponibilità di alcolici, e richiedono investimenti sul lungo termine.”

Le strategie di prevenzione perciò, hanno lo scopo di evitare il verificarsi dei casi di maltrattamento, riducendo le cause fondamentali ed i fattori di rischio legati all'apparire del fenomeno.

La finalità dell'intervento è mettere in atto delle “azioni appropriate rispetto a un problema definito o a un certo livello di rischio che una certa popolazione esprime, in una fase precoce di manifestazione di detto problema, tramite un approccio anche reattivo rispetto ad un problema già esistente.” (Milani, 2018).

Pertanto se l'area della promozione vuole eliminare la violenza alla sua base, la prevenzione secondaria si propone di “arrivare prima” che la situazione peggiori, agendo sui fattori di protezione, evitando la comparsa delle forme di maltrattamento o interrompendo i comportamenti maltrattanti. L'ottica della prevenzione secondaria si propone perciò di agire quando il rischio è in fase iniziale, attuando strategie di intervento per azzerarlo.

Individuare rapidamente il maltrattamento sin dai primi esordi permette di mitigare la comparsa dei fattori di rischio attraverso la costruzione di molteplici fattori di protezione, incrementando le potenzialità genitoriali a livello individuale e comunitario.

Secondo la WHO, gli interventi preventivi dovrebbero articolarsi attraverso una molteplicità di azioni a vari livelli dello sviluppo del bambino. Le strategie di prevenzione secondaria dovrebbero essere messe in pratica in prima infanzia, in infanzia, in

preadolescenza, adolescenza ed età adulta. Agire in tal modo permette di intervenire in momenti e tempi diversi, minimizzando le conseguenze e gli effetti delle violenze.

Milani ribadisce l'importanza di integrare le strategie preventive con quelle promozionali, fornendo ulteriore sviluppo al supporto genitoriale e minorile, aumentando gli esiti positivi su una vasta gamma di problematiche.

Gli interventi preventivi identificano inoltre il maltrattamento come una questione pubblica e non relegata al contesto familiare, per questo motivo il settore pubblico e privato devono instaurare una collaborazione per il contrasto del fenomeno.

3.2.1 Uno strumento di prevenzione: L'home visiting

Un programma di sostegno precoce alla genitorialità si concretizza attraverso l'home visiting che indica un insieme diversificato di programmi di sostegno alla genitorialità (Ammaniti, Nicolais e Speranza, 2002). Esso si concretizza attraverso la visita di un professionista con cadenza regolare presso il domicilio della donna a partire dagli ultimi mesi di gravidanza fino ai primi mesi/anni di vita del minore.

L'home visiting permette di raggiungere una molteplicità di famiglie e di formarle attraverso interventi di sostegno alla genitorialità, prevenendo l'emergere di situazioni maltrattanti.

Le prime forme di home visiting sono testimoniate già a partire dall'Ottocento nel Nord Europa e in Gran Bretagna. Già a partire dal Novecento, anche in territorio Italiano viene evidenziata l'importanza di accompagnare la madre attraverso le visite domiciliari sia in gravidanza che in fase post parto al fine di tutelare la salute della madre e del bambino. Anche negli Usa, a partire dagli anni '60, si diffondono i programmi di home visiting indirizzati allo sviluppo della relazione madre-bambino e conclusi con esiti molto positivi.

Questa forma di prevenzione primaria permette di fatto l'anticipazione del rischio, tutelando il minore e instaurando una buona connessione con i servizi. L'home visiting si rivela essere di facile realizzazione, a basso costo e comporta minori conseguenze a livello comunitario, familiare e sul bambino. Nell'intervento di home visiting variano la durata, gli obiettivi, la cadenza degli incontri e gli operatori coinvolti. Non esiste infatti un solo modo per agire nell'home visiting; come ogni intervento sociale ha bisogno di essere particolarizzato e studiato sulle caratteristiche personali dell'utenza. I principali

obiettivi potrebbero essere quelli di salute materna ed infantile, lavorare sulla sensibilità della madre, sulla ricchezza della percezione del neonato ma anche sulla presa di decisione rispetto alle scelte future. L'accompagnamento tramite questa modalità di azione, produce un miglioramento generale delle condizioni familiari ed evita la formazione di comportamenti dannosi.

La relazione tra professionisti, genitore e bambino garantisce la diminuzione delle situazioni a rischio, tuttavia il progetto di home visiting fa fatica ad essere applicato in determinate situazioni.

Barriere culturali e pregiudizi infatti, possono portare a percepire come intrusiva la figura dell'assistente sociale nel contesto domestico. L'ideale che propone la visione del nucleo familiare come "contesto chiuso" porta ad una duplice difficoltà: l'individuazione delle condotte maltrattanti ed il loro trattamento.

Se le difficoltà sono molte, dall'altro lato i risultati hanno dimostrato essere concreti, ma solamente con un determinato target di persone (CISMAI, Linee Guida per gli interventi di home visiting, 2009). L'home visiting infatti è adatto alle famiglie che riscontrano delle difficoltà ma che sono allo stesso tempo portatrici di risorse. Perché esso abbia successo, c'è bisogno di cooperazione e condivisione, sia dei propri spazi fisici, come quello della casa, sia dei propri spazi personali, come la condivisione delle esperienze vissute in età infantile. Spesso le storie dei genitori si rivelano essere molto traumatiche, causando sfiducia verso i professionisti, spesso visti come invadenti, attuando atteggiamenti di presunzione e orgoglio.

I vari progetti devono perciò essere calibrati in base ai bisogni della famiglia e l'home visiting deve essere parte integrante di un progetto più grande, che permetta alla famiglia di essere assistita e accompagnata nel processo del recupero o della creazione delle competenze genitoriali. Perciò, questa modalità di approccio non deve essere considerata come punto di arrivo quanto come punto di partenza per la tutela della salute del minore e del perseguimento del benessere familiare.

L'intervento si propone generalmente di facilitare i compiti primari dovuti alla cura, ma soprattutto alla costruzione di un senso di sé e di un miglioramento della relazione genitoriale. All'interno della relazione, l'operatore assumerà un atteggiamento di osservazione partecipe, condividendo e proponendo modalità differenti per la cura. Orienterà la figura genitoriale all'accudimento, facendo emergere le sue risorse nascoste

e la sua progettualità nel momento futuro. Questo modo di intervenire può offrire al genitore vari spunti di riflessione, portandolo ad interrogarsi sul proprio vissuto di figlio e sostituendo i comportamenti disfunzionali con atteggiamenti differenti. L'home visiting aiuterà nel lungo termine a prevenire disagio ed isolamento sociale attraverso l'aiuto alla creazione di un legame genitore-figlio sano.

3.3 La protezione

Si lavora in ambito di protezione quando la situazione è problematica, per esempio qualora sia stato constatato che i minori siano vittime di abusi, o quando l'obiettivo è l'allontanamento temporaneo dalla famiglia per una parte della giornata o per un periodo. Gli strumenti della protezione sono essenzialmente quattro: la segnalazione all'autorità giudiziaria, l'allontanamento del minore, l'affido e l'adozione. Questi strumenti possono essere primari per la custodia del minore, articolandosi in molteplici interventi che vanno adattati al grado di disagio familiare e al grado di consenso.

Diventa chiaro come in quest'area sia presente un forte contrasto tra il preservare i legami familiari e salvaguardare la sicurezza del minore, creando di fatto un dilemma etico attraverso il quale l'assistente sociale ha il dovere di agire nell'interesse del minore.

Oltre a questo, è utile mantenere una visione olistica della tutela, includendo anche preferibilmente il recupero della funzione genitoriale al momento della progettazione.

L'implementazione di interventi risolutivi nei confronti dei genitori permette l'interruzione del circolo intergenerazionale della violenza, ponendo un termine alla perpetrazione degli abusi nelle generazioni successive. Pertanto, il compito dei servizi è assicurare la protezione del minore e ripararlo dalla situazione di rischio, verificando se siano possibili spazi di recupero genitoriali che possano volgere ad un esito positivo e ad un eventuale ricongiungimento con il minore.

3.3.1 La segnalazione

Nel momento in cui il minore si trova in una condizione di rischio, l'assistente sociale può utilizzare la segnalazione per comunicare con l'autorità giudiziaria.

Essa non deve essere concepita come strumento di minaccia nei confronti dei familiari qualora gli interventi non producano esiti positivi, bensì come una conseguenza atta a

tutelare primariamente il minore e il legame familiare, che si ritroverebbe ulteriormente compromesso se il maltrattamento continuasse ad essere perpetrato. La segnalazione alla procura minorile non presuppone infatti un fatto di reato ma mira a proteggere il minore ponendo attenzione su ciò che sta accadendo e del quale la Procura non ha notizia.

Per quanto riguarda l'ambito della tutela, la segnalazione è obbligatoria quando: il minore è in stato di abbandono, sussiste un rischio di coinvolgimento dei minori in attività criminose, si abbia notizia di minori che esercitano la prostituzione, quando si sospettano maltrattamenti in famiglia, in caso di minori stranieri non accompagnati e quando questi esercitano prostituzione e pornografia.

All'interno della segnalazione compariranno gli elementi utili per la messa in sicurezza del soggetto minore, descrivendo la situazione di difficoltà riscontrata. La segnalazione permette al professionista di fare da ponte tra la famiglia e le autorità, deve essere utilizzata in situazioni di alto rischio o pregiudizio. La segnalazione deve essere parte di un intervento pensato per la protezione del minore e la sua cura, partendo dalla partecipazione attiva del nucleo familiare che parte dall'informazione in merito alla segnalazione e alle motivazioni della stessa.

3.3.1 L'affidamento familiare

L'affidamento familiare prevede la collocazione del minore presso una famiglia ospitante od un singolo per un periodo di tempo limitato, atto alla risoluzione delle condizioni che hanno portato alla misura dell'affidamento. L'affido è perciò pensato come transitorio, ovvero nel periodo nel quale il minore starà fuori famiglia l'assistente sociale si adopererà attraverso un'equipe multidisciplinare ad erogare degli interventi per il recupero delle capacità genitoriali temporaneamente assenti.

L'affidamento è una misura che può essere attivata tramite due parametri: la gravità e la temporaneità. La prima presuppone che sussista un pericolo per il minore, dove non sarebbe riparato da rischi, fisici e mentali. La temporaneità si riferisce al lasso di tempo ristretto attraverso il quale il minore starà lontano dalla propria famiglia d'origine.

L'affidamento può essere una modalità di intervento proposta in un contesto di consensualità, laddove la famiglia ammette di non essere in grado di far fronte ai problemi sopraggiunti e si affida al lavoro dei professionisti della tutela. Questa modalità permette

il superamento delle difficoltà ed un ripristino della condizione di famiglia come ambiente nutritivo per il minore, scongiurando in tal modo i fattori di rischio. Un atteggiamento coinvolto e partecipe facilita e riduce gli ostacoli dell'affido familiare, evitando la comparsa di sentimenti negativi quali rabbia e frustrazione verso i servizi e verso i genitori affidatari.

L'affidamento non deve essere concepito come misura punitiva dei genitori e del minore, tantomeno deve essere nemmeno considerato come un mero intervento di interruzione del danno senza intervenire ulteriormente. All'allontanamento ed al successivo affidamento familiare perciò vanno abbinate altre azioni, sia a sostegno del minore che a sostegno della genitorialità.

Se infatti la misura di tutela del minore presuppone la sua protezione, dall'altro lato persiste una figura genitoriale collaborante o non che può impegnarsi per comprendere le proprie mancanze. Se le misure di protezione del minore producono perciò effetti su di esso, modificando il suo modo di vivere le relazioni e il suo contesto. Viceversa, il genitore maltrattante, se non aiutato, potrà perpetrare i comportamenti errati pregiudicando la buona riuscita del ricongiungimento familiare e arrecando danni aggiuntivi al bambino.

Per questo è essenziale prendere in carico la genitorialità anche in situazioni di maltrattamento.

3.3.1 Lo spazio neutro e l'incontro protetto

Lo spazio neutro, rappresenta un luogo e un tempo all'interno del quale vengono organizzate le visite con il figlio allontanato e il genitore alla presenza di un educatore (Secchi, 2019). L'operatore ha il dovere di predisporre il setting dell'incontro, mantenendo una funzione di facilitatore della relazione ma anche di controllo.

Operatore e figura familiare collaborano principalmente nei momenti iniziali e finali dell'incontro, attraverso tre fasi principali: preparazione, incontro e restituzione (Secchi, 2019).

Nel momento precedente all'incontro avverrà la fase di preparazione, attraverso la quale operatore e genitore si confronteranno sul tema da proporre nell'incontro. Successivamente avverrà l'incontro ove il genitore ed il figlio potranno dialogare e l'operatore avrà la funzione di facilitatore. La restituzione si esaurisce attraverso un

confronto tra genitore ed operatore, ragionando sui temi emersi nell'incontro, sulle difficoltà e sugli errori. Tale modalità permette la costruzione di una collaborazione tra genitori e servizi che concorrono per il benessere del minore, mettendo in discussione le proprie mancanze e lavorando sulla consapevolezza riguardante il problema.

3.3.2 Il centro multifamiliare

Un'altra soluzione per limitare ed avviare al cambiamento i genitori maltrattanti è quella del centro multifamiliare. L'obiettivo è quello di creare un contesto all'interno del quale è possibile scambiare opinioni, riferimenti, nozioni ed esplicitazioni con altre famiglie e con i propri figli cercando di attivare risorse nascoste mettendo in contatto famiglie con storie simili, creando di fatto uno spazio di scambio e di mutuo aiuto. Dando valore alle esperienze passate, spesso costellate di maltrattamenti ed abusi, i vissuti traumatici sono utilizzati come base per un cambiamento del modello genitoriale.

Le famiglie coinvolte che possono essere cinque o sei imparano ed insegnano ad altri genitori, esplorando interazioni e stabilendo nuovi legami con la comunità stessa. Il percorso si effettua attraverso degli incontri dove vengono simulati dei temi quotidiani, come la cura, il cibo, il sonno, il divertimento del bambino. Entro questo spazio sperimentale è possibile mettere in atto le azioni di vita quotidiana essendo supervisionati da un operatore che correggerà i comportamenti errati con l'ausilio degli altri familiari, costruendo diverse strategie di azione e rimodulazione delle condotte.

Quando emerge la condotta maltrattante, gli operatori fermano la simulazione e coinvolgono il gruppo dei pari che interagirà con il genitore abusante, riflettendo sulle conseguenze del comportamento e sull'atmosfera generale. Il momento di crisi si trasforma perciò in un'occasione di trasformazione, attraverso la quale i genitori vengono corretti dagli operatori e dalle altre famiglie, dando feedback diretti ed aperti, costruendo di fatto un atteggiamento di crescita e maturando la consapevolezza rispetto ai propri atteggiamenti.

Il contesto multifamiliare si rivela di grande aiuto per costruire un intervento anche a livello comunitario, evitando di marginalizzare le famiglie cosiddette problematiche.

L'approccio multifamiliare ad oggi non è ancora presente nel sistema dei servizi a livello nazionale, essendo una modalità innovativa e utilizzata per bisogni diversificati. Tuttavia "prevedere un intervento come quello multifamiliare all'interno di un sistema di

servizi di tutela accresce le potenzialità di successo degli interventi nel raggiungere gli obiettivi di cambiamento delle famiglie” (Secchi, 2019).

I percorsi di tutela spesso si rivelano essere complicati e di lunga durata, aumentando il senso di impotenza della rete di servizi e delle famiglie stesse. Considerare questo approccio ed implementarlo nel sistema dei servizi potrebbe ridurre queste criticità, costruendo un progetto condiviso con l'intera famiglia.

Conclusioni

Le conseguenze del maltrattamento sono divenute oggetto di indagine in un tempo relativamente recente, nonostante il fenomeno degli abusi all'infanzia abbia da sempre accompagnato la storia dell'umanità, mutando con essa e con i suoi ideali.

In questa tesi, oltre a fare luce su una questione che viene ancora ritenuta marginale, si è cercato di dimostrare quanto gli eventi che connotano l'infanzia possano condizionare l'individuo, influenzando negativamente sul suo percorso di vita.

Grazie al progresso sociale e ai riferimenti legislativi si è assistito ad una maggiore considerazione del bambino e dei suoi bisogni. Tuttavia, come dimostrano i dati statistici presentati, il maltrattamento viene spesso ancora confuso con modelli genitoriali rigidi che considerano la violenza come un metodo educativo, producendo gravi conseguenze sullo sviluppo del minore. Si assiste ad un meccanismo di normalizzazione della violenza che influisce a lungo termine sulle esperienze di vita della vittima.

Le ripercussioni del maltrattamento in termini di dipendenze, la criminalità, lo sviluppo comportamentale, l'istruzione ed il lavoro denotano una condizione di fragilità strutturale a livello individuale, estendendosi ulteriormente a livello societario. Una circostanza di tale portata non può essere ignorata dall'assistente sociale che, attraverso la cooperazione con le Istituzioni, deve concorrere alla creazione di un tessuto sociale nutritivo, garantendo il benessere minorile. Attraverso le sue conoscenze teoriche, pratiche, e gli strumenti a sua disposizione, produce risultati concreti a livello personale, relazionale e comunitario. Può contribuire inoltre a formare un ideale condiviso che stimoli la collettività riguardo alla protezione del minore.

Va però sottolineato come le ripercussioni del maltrattamento non devono essere viste attraverso un'ottica deterministica e senza possibilità di recupero. È infatti verosimile costruire degli interventi che inseriscano il minore in un contesto sano, dove può conoscere l'affetto e la serenità, cambiando il suo percorso di vita.

Se le conseguenze non devono essere osservate a livello assolutistico, è comunque fondamentale conoscerle per individuare precocemente i fattori di rischio e di protezione. Le casistiche andranno esaminate attraverso i principi di individualizzazione e particolarizzazione dell'intervento, intraprendendo dei percorsi in linea con le risorse e le difficoltà familiari. In base all'area di azione e al grado di rischio verranno attuate modalità operative differenziate atte ad eliminare e contrastare i maltrattamenti.

Nell'area della promozione si ricordano i gruppi di pari e i centri per le famiglie, che attraverso un approccio proattivo offrono risorse alla genitorialità per limitare la comparsa delle condotte maltrattanti.

A livello preventivo, importanti sono i programmi di home visiting che attraverso l'intervento domiciliare aumentano la salute materna ed infantile, incrementando cooperazione e condivisione con i servizi.

Qualora la condizione del minore sia connotata da un alto livello di rischio, verranno attivati dei provvedimenti a tutela del suo benessere psicofisico attraverso strumenti come la segnalazione e l'affidamento familiare, inseriti in una prospettiva più ampia d'aiuto.

L'intervento di protezione non si esaurisce attraverso queste singole azioni: se le condizioni di recuperabilità lo permettono, verranno proposti ulteriori interventi basati sul recupero della funzione genitoriale. Si menzionano dunque gli incontri protetti ed il centro multifamiliare. Tali azioni andranno a ricostruire il legame genitoriale compromesso tramite la collaborazione tra genitori e servizi.

Attraverso gli incontri protetti il genitore potrà mantenere un rapporto con il figlio allontanato. Gli incontri prevedono la partecipazione di un operatore, che faciliterà la comunicazione e controllerà l'andamento della visita. In tal modo l'operatore tutela il minore e collabora con il genitore.

L'ultimo strumento esposto è il centro multifamiliare. Questa tipologia di intervento si pone l'obiettivo di creare un contesto protetto nel quale i genitori costruiscono la consapevolezza rispetto ai propri atteggiamenti e, attraverso un percorso di comunità, diventano attori principali del cambiamento.

Resta inoltre fondamentale incrementare i fattori di protezione e diminuendo quelli di rischio per un miglioramento a lungo termine a livello societario. Per perseguire tale scopo è necessario uno sforzo collettivo che può essere facilitato dalla figura dell'assistente sociale.

BIBLIOGRAFIA

- Agosti A., Di Nicola P. (2000). *Leggere il maltrattamento del bambino: le radici della violenza*. Milano, FrancoAngeli.
- Al Odhayani A., J. Watson W., Watson L. (2013). Behavioural consequences of child abuse, *Canadian Family Physician*, pp. 831-836.
- Ammaniti M., Nicolais G., Speranza A. M. (2004). *La prevenzione del maltrattamento: il sostegno ai genitori*, scaricabile da: https://www.minori.gov.it/sites/default/files/prevenzione_disagio.pdf#page=100
- Anda R. F., Porter L. E., Brown D. W. (2020). Inside the Adverse Childhood Experience Score: Strengths, Limitations, and Misapplications. *American Journal of Preventing medicine*, pp. 293-295.
- Ardesi S., Filippini S. (2008). *Il servizio sociale e le famiglie con minori. Prospettive giuridiche e metodologiche*. Bologna, Carocci.
- Autorità Garante per l'infanzia, Cismai (2009) *Linee guida per gli interventi di home visiting come strumento nella prevenzione del maltrattamento familiare all'infanzia*, Scaricabile da: https://medisoc.it/wp-content/uploads/CISMAI-HomeVisiting_A4-1.pdf
- Autorità Garante per l'infanzia, Cismai, Fondazione Terre del Hommes Italia (2015); *Indagine nazionale sul maltrattamento dei bambini e degli adolescenti in Italia*, scaricabile da: <https://terredeshommes.it/download/Indagine-Maltrattamento-bambini-TDH-Cismai-Garante.pdf>
- Autorità Garante per l'Infanzia, Cismai, Terre des Hommes (2021); *2° indagine nazionale sul maltrattamento dei bambini e degli adolescenti in Italia*, scaricabile da: <https://terredeshommes.it/comunicati/maltrattamento-dellinfanzia-dati-della-seconda-indagine-nazionale-terre-des-hommes-cismai/>
- Bastianoni P. e Taurino A. (2012). L'accoglienza del bambino fuori famiglia e i contesti di cura di tipo residenziale: le comunità per minori come ambienti terapeutici globali, *Minori giustizia*, pp. 253-262.
- Boni F., Colombi M., Finzi I. e Kaneklin S. (2018) Quando gli interventi di aiuto permettono a madri e bambini di non essere allontanati: home visiting come sostegno precoce alla genitorialità. *Minori Giustizia*, pp. 143-154.

- Boullier M., Mitch B. (2018) Adverse childhood experiences, *Paediatrics and Child Health*, pp. 132-137.
- Cahall Young J. e Spatz Widom C., (2018) Long-term effects of child abuse and neglect on emotion processing in adulthood, *Child Abuse & Neglect*, pp. 1369-1381.
- Carbone M., Gallina M. (2017). *Riflessioni sul ruolo dell'assistente sociale nei servizi di tutela minori. Ordine Assistenti Sociali Lombardia*, scaricabile da: <https://www.ordineaslombardia.it/wp-content/uploads/2019/06/Riflessioni-sul-ruolo-dellassistente-sociale-nei-Servizi-di-tutela-minori.pdf>
- Cellini G. e Dellavalle M. (2016). *Il processo di aiuto del servizio sociale. Prospettive metodologiche*. Torino, G. Giappichelli Editore.
- Cicchetti D. e Carlson V. (1989). *Child Maltreatment. Theory and Research on the causes and consequences of child abuse and neglect*. Cambridge, Cambridge University Press
- CISMAI, Linee guida regionali in materia di maltrattamento ed abuso in danno dei minori, scaricabile da: <file:///Users/giorgiaravanelli/Downloads/Line%20guida%20regione%20abruzzo%20maltrattamenti%20minori.pdf>
- Currie, J., & Spatz Widom, C. (2010). Long-Term Consequences of Child Abuse and Neglect on Adult Economic Well-Being, *Child Maltreatment*, pp. 111–120
- De Leo G., Cuzzocrea V., Di Tullio D'Elisiis S., Lepri G. (2001). L'abuso sessuale sui minori, *Rassegna Penitenziaria*, pp 221-241
- Di Blasio P. (2000). *Psicologia del bambino maltrattato*. Bologna, Carocci.
- Felitti V.J., Anda R.F., Nordenberg D., Williamson. D.F., Spitz A.M., Edwards V., Koss M.P., Marks J.S. (1998). Relationship of Childhood Abuse and Household Dysfunction to Many of the Leading Causes of Death in Adults: The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study, *American Journal of Preventive Medicine*, pp. 245-258
- Finzi I., Imbimbo F., Kaneklin S. (2013) *Accompagnami per un po'. Un'esperienza di home visiting nei primi due anni di vita*. Milano, FrancoAngeli.
- Hughes K., Bellis M.A., Hardcastle K. A., Sethi D., Butchart A., Mikton C., Jones L., Dunne M. P. (2017). The effect of multiple adverse childhood experiences on health: a systematic review and meta-analysis, *The Lancet Public Health*, pp. e356-e366
- Johnson C. F. (2004) Child sexual abuse, *The Lancet*, pp. 462-470.
- Kempe E. et al. (1985). The Battered-Child Syndrome. *Child Abuse & Neglect*, pp. 143-154

- Lansford, J.E., Dodge, K.A., Pettit, G.S., & Bates, J.E. (2010). Does Physical Abuse in Early Childhood Predict Substance Use in Adolescence and Early Adulthood? *Child Maltreatment*, pp. 190–194
- Malacrea M. (2012) Le conseguenze traumatiche del maltrattamento infantile: la diagnosi per la cura, *Minori giustizia*, pp. 44-63
- Meezan W. e O’Keefe M. (1998). Evaluating the Effectiveness of Multifamily Group Therapy in Child Abuse and Neglect, *Research on Social Work Practice*. pp 330–353.
- Milani P. (2018). *Educazione e famiglie. Ricerche e nuove pratiche per la genitorialità*. Bologna, Carocci.
- Min M.O., Minnes S., Kim H., Singer L.T. (2013). Pathways linking childhood maltreatment and adult physical health, *Child Abuse & Neglect*, pp. 361-373
- Montecchi F. (2016). *Dal bambino minaccioso al bambino minacciato. Gli abusi sui bambini e la violenza in famiglia: prevenzione, rilevamento e trattamento*. Milano, FrancoAngeli.
- Moustafa, A.A., Parkes, D., Fitzgerald, L. et al. (2021) The relationship between childhood trauma, early-life stress, and alcohol and drug use, abuse, and addiction: An integrative review, *Current Psychology*, pp. 579–584
- Pazè P. (2007) Dalla patria potestà alla responsabilità genitoriale, *Minori giustizia*, pp. 7-12.
- Pedrocco Biancardi M. T. (2014). Bambini maltrattati in famiglia: attenzione all’infanzia dei genitori, *Minori giustizia*, pp. 51-59.
- Pedrocco Biancardi M. T. (a cura di) (2017). *La prevenzione del maltrattamento all’infanzia. Dalla rilevazione all’intervento appropriato*. Milano, FrancoAngeli.
- Pedrocco Biancardi M. T. (a cura di) *Curare senza allontanare. Esperienze di home visiting per il sostegno educativo alla famiglia*. Milano, FrancoAngeli.
- Prinz J.R., (2016) Parenting and family support within a broad child abuse prevention strategy: Child maltreatment prevention can benefit from public health strategies, *Child Abuse & Neglect*, Volume 51, pp 400-406.
- Regione Emilia Romagna. (2021) *Prevenzione del maltrattamento-abuso nell’infanzia e nell’adolescenza raccomandazioni per professioniste/i Fattori di rischio e di protezione, interventi e strumenti*. Scaricabile da: <https://sociale.regione.emilia-romagna.it/documentazione/pubblicazioni/prodotti-editoriali/2021/prevenzione-del-maltrattamento-abuso-nell2019infanzia-e-nell2019adolescenza-raccomandazioni-per-professioniste-i-fattori-di-rischio-e-di-protezione-interventi-e-strumenti>
- Regione Emilia-Romagna (2013). *Linee di indirizzo regionali per l’accoglienza e la cura di bambini e adolescenti vittime di maltrattamento/abuso*.

- Sabatello U., Di Cori R. (2001) L'abuso sessuale infantile: problematiche cliniche e modelli di intervento, *Minori giustizia*, pp. 15-29.
- Segatto B., Dal Ben A. (2020). *Decisioni Difficili. Bambini, famiglie e servizi sociali*. Milano, FrancoAngeli.
- Soavi G. (2009) La violenza assistita, *Minori giustizia*, pp. 95-107.
- Sperry M.D. e Spatz W.C. (2013). Child abuse and neglect, social support, and psychopathology in adulthood: A prospective investigation, *Child Abuse & Neglect*, pp. 415-425
- Tambelli R. (2019) La trasmissione intergenerazionale della violenza: dal genitore al disturbo comportamentale del bambino. *Minori giustizia*, pp. 104-112.
- Thomaes K., Hoogendoorn A.W., Veltman D.J., Draijer N., J. L. M. van Balkom A. (2014). Evidence-based treatment for adult women with child abuse-related Complex PTSD: a quantitative review, *European Journal of Psychotraumatology*, pp. 1-19
- Watts S.J. e McNulty T.L. (2013). Childhood Abuse and Criminal Behavior: Testing a General Strain Theory Model. *Journal of Interpersonal Violence*, pp. 3023–3040.
- WHO (2006). *Prevenire il maltrattamento sui minori: indicazioni operative e strumenti di analisi*, scaricabile da: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43499/9241594365_ita.pdf
- Zambianchi E., (2012). *Supporto alla genitorialità: tipologie di intervento e percorsi formativi*. Milano, Pensa Multimedia Editore.

SITOGRAFIA

Adverse childhood experience, <https://www.cdc.gov/violenceprevention/aces/index.html>
(ultima consultazione: 2/11/22)

Codice Deontologico dell'assistente sociale, <https://cnoas.org/wp-content/uploads/2020/03/Il-nuovo-codice-deontologico-dellassistente-sociale.pdf>
(ultima consultazione 1/11/22)

Convention on the Rights of the Child, <https://www.ohchr.org/en/instruments-mechanisms/instruments/convention-rights-child> (ultima consultazione: 10/10/22)

Dichiarazione dei diritti del fanciullo, http://images.savethechildren.it/f/download/CRC/Co/Convenzione_1924.pdf (ultima consultazione 20/09/22)

Gruppi di Auto Mutuo Aiuto dell'AUSL Bologna, <https://www.informafamiglie.it/distretto-pianura-est/servizi-alle-famiglie/sostegno-psicologico/gruppi-ama-auto-mutuo-aiuto> (ultima consultazione (8/11/22)

Studio Multi-Paese sui Drivers della Violenza all'Infanzia, https://www.unicef-irc.org/files/upload/documents/Rapporto_ITA.pdf (ultima consultazione 20/09/22)

Violence Against Children, <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-children> (ultima consultazione 25/09/22)