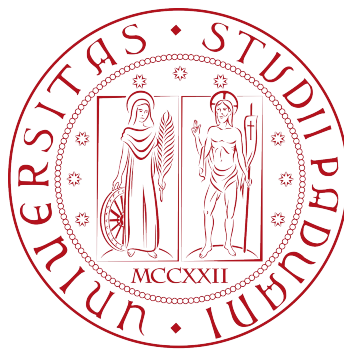


UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

DIPARTIMENTO DI SCIENZE POLITICHE, GIURIDICHE E STUDI
INTERNAZIONALI

Corso di laurea Triennale in Servizio Sociale



Cicli di violenza nelle famiglie: fattori di rischio e riproduzione
intergenerazionale.

Il ruolo del Servizio Sociale per prevenirli, attenuarli e interromperli.

Relatrice:

Prof.ssa Anna Dal Ben

Laureanda:

Chiara Brentaroli

Matricola 2045048

A.A. 2023/2024

Indice

Introduzione	1
1 Il maltrattamento all'infanzia: un fenomeno multidimensionale tra luci e ombre	3
1.1 Ricostruzione delle origini storico-culturali del maltrattamento	3
1.2 Spiegare il maltrattamento: le sue molteplici definizioni	8
1.3 Le forme del maltrattamento	10
1.4 Regolamentazione del maltrattamento all'infanzia: il quadro normativo internazionale ed europeo	19
1.5 I dati sul maltrattamento	22
2 I fattori di rischio e di protezione nella trasmissione intergenerazionale della violenza	29
2.1 Una prospettiva ecologica: fattori di rischio individuali, relazionali e comunitari	29
2.2 La salute mentale dei genitori: depressione pre e post-partum e altre psicopatologie	36
2.3 Esposizione a contesti di dipendenza	40
2.4 La fragilità dei nuclei con background migratorio	43
2.5 Gli esiti del maltrattamento: dai disturbi fisici alla trasmissione intergenerazionale della violenza	47
2.5.1 Trasmissione intergenerazionale della violenza	49
2.6 I fattori di protezione: come mitigare il rischio di maltrattamento	52
3 Il Servizio sociale come strumento di prevenzione, sostegno e protezione	55
3.1 Il costo del maltrattamento all'infanzia: il primo caso studio in Italia	55
3.2 Il ruolo della prevenzione per il maltrattamento all'infanzia: l'intercezione preventiva del bisogno	58
3.3 Gli interventi di sostegno alla genitorialità fragile	63
3.4 La rete dei servizi di accoglienza dei minori vittime di maltrattamento	68
Conclusioni	73

Introduzione

Il tema del maltrattamento all'infanzia occupa senza dubbio uno spazio importante nella letteratura scientifica nell'ambito del *social work*. L'Organizzazione Mondiale della Sanità definisce il *child abuse* come grave problema di salute pubblica (Krug et al., 2002) e rappresenta una delle più gravi violazioni dei diritti fondamentali dei bambini, per i quali le conseguenze dell'abuso sul benessere psicofisico sono sia a breve che a lungo termine. Per questo motivo, affrontare il fenomeno del maltrattamento all'infanzia deve essere una priorità di politica sociale, nell'ottica di preservare la salute di tutti i cittadini.

Questo elaborato si propone di esaminare sotto diversi punti di vista il fenomeno della violenza sui bambini, con un focus attento rispetto ai circuiti di violenza all'interno delle famiglie. Secondo la letteratura scientifica, infatti, il 90% dei casi di maltrattamento ha origine tra le mura domestiche e il perpetratore dell'abuso fa parte della famiglia, è un parente o un amico di famiglia (Martinelli et al., 2021).

L'interesse per la tematica si è formato grazie ad un tirocinio universitario svolto nel Servizio di Tutela per Minori e Famiglie del Comune di Padova che mi ha permesso di osservare la teoria, nella pratica. Al di là degli interventi propri di questo ambito, ho maturato un interesse particolare per gli aspetti che riguardano la trasmissione intergenerazionale della violenza: fattori individuali, familiari, relazionali e sociali che facilitano la perpetuazione di circuiti di violenza e maltrattamento nelle generazioni successive. L'obiettivo della tesi, infatti, è quello di comprendere il funzionamento sotteso alla riproduzione della violenza e indagare quali fattori, invece, riescano a mitigare e interrompere questo meccanismo.

Il primo capitolo della tesi si articola a partire da una panoramica circa le origini storico-culturali del maltrattamento analizzando come la violenza sui bambini abbia assunto forme diverse a seconda dello spazio, del tempo e dei meccanismi della società di riferimento, evidenziando come il *child abuse* sia sempre esistito e sia stato culturalmente determinato. L'analisi prosegue, poi, inquadrando il fenomeno dal punto di vista delle definizioni presenti nella letteratura scientifica, a partire da quelle fornite dall'Organizzazione Mondiale della Sanità e, successivamente, integrate e perfezionate. Il terzo paragrafo di questa prima parte tratta le diverse forme che assume il maltrattamento delineando le principali caratteristiche del maltrattamento fisico e psicologico, della violenza sessuale, della trascuratezza e della patologia delle cure e, infine, della violenza assistita, oggetto di un'attenzione particolare, soprattutto a partire dalla Convenzione di Istanbul del 2017. Tale trattazione viene ulteriormente arricchita da una panoramica rispetto al quadro normativo internazionale ed europeo che regola il fenomeno del maltrattamento all'infanzia e il sistema dei diritti fondamentali dei fanciulli, che rappresentano,

insieme, uno strumento cruciale per la tutela e la protezione dei minori. Il compito della normativa è anche quello di sensibilizzare l'opinione pubblica e la società rispetto alla lotta contro ogni tipo di maltrattamento e abuso, affinché la violenza, in ogni sua forma, non venga più tollerata. Il primo capitolo si conclude con i dati sul maltrattamento in Italia dotandosi della "II indagine nazionale sul maltrattamento dei bambini e degli adolescenti in Italia" svolta da Cismai e dalla Fondazione Terre des hommes Italia Onlus su proposta dell'Autorità Garante per l'Infanzia e per l'Adolescenza, avviata nel 2018, completata e pubblicata nel 2021, che rappresenta, ad oggi, il lavoro più completo ed aggiornato nel panorama italiano.

Il secondo capitolo ha l'obiettivo di fornire una visione complessiva delle dinamiche e dei fattori che contribuiscono alla manifestazione del maltrattamento infantile e dei meccanismi attraverso cui, invece, è possibile prevenire e ridurre i danni ad esso associati. Inizialmente viene proposta la definizione di ciò che si intende per prospettiva ecologica, analizzando la vasta gamma di fattori di rischio individuali, relazionali e comunitari che operano a diversi livelli nella determinazione di circuiti di violenza familiare. Tra gli altri, vengono presentati più nel dettaglio tre fattori di rischio considerati tra i più determinanti nei contesti di violenza familiare: la psicopatologia dei genitori, l'esposizione a contesti di dipendenza e le fragilità derivanti da un background migratorio. La trattazione prosegue descrivendo i principali esiti del maltrattamento sulle vittime (siano essi fisici, psicologici o a breve e a lungo termine), fino ad arrivare all'analisi della trasmissione intergenerazionale della violenza intesa come esito di molteplici fattori di rischio e dinamiche disfunzionali, difficile da intercettare e scardinare. Il capitolo si chiude con l'analisi dei fattori di protezione al maltrattamento all'infanzia ovvero tutte quelle caratteristiche individuali, sociali e comunitarie in grado di mitigare gli effetti del *child abuse* e di interrompere circuiti di violenza.

Per concludere, il terzo e ultimo capitolo di questo elaborato propone un inciso circa i costi che il maltrattamento ha sulla spesa pubblica in Italia, analizzando le diverse voci di spesa sia in termini di prevenzione al fenomeno che di interventi sociosanitari correlati al trattamento degli esiti degli abusi. Per quando riguarda la prevenzione al *child abuse*, viene proposta una panoramica a partire da alcuni studi ed evidenze scientifiche a livello nazionale e internazionale, in grado di fornire diversi spunti di riflessione circa la scarsità, ad oggi, di servizi di prevenzione al fenomeno della violenza contro l'infanzia. Viene presentato, poi, il ruolo del Servizio Sociale nel sostegno alla genitorialità fragile (che promuove il benessere familiare) e nei servizi di accoglienza e nel sistema di protezione e tutela dei minori in senso stretto. L'humus comune a questi interventi è quello del *best interest of the child*, inteso come principio cardine per l'assistente sociale e gli operatori sociosanitari, nell'attivazione di interventi a sostegno e a tutela dei minori nelle famiglie.

1 Il maltrattamento all'infanzia: un fenomeno multidimensionale tra luci e ombre

1.1 Ricostruzione delle origini storico-culturali del maltrattamento

L'educazione dei fanciulli e l'importanza del ruolo che ricoprono all'interno delle società, sono stati, nella storia, culturalmente determinati.

Il bambino inteso come figura socialmente rilevante è un'acquisizione piuttosto recente e ciò è conseguenza della quasi totale mancanza di interesse per l'infanzia come oggetto di studio, fino alla tarda età moderna e a quella contemporanea. Tale lacuna non ha permesso, nel corso dei secoli, la comprensione del suo ruolo sociale che, per molto tempo, è stato svalutato, ritenendo il bambino un mero adulto in miniatura. Si potrebbe affermare, infatti, che fino all'età moderna il sentimento dell'infanzia non esisteva.

L'infanzia è diventata un oggetto di osservazione solo nel momento in cui sono emerse discipline particolari come la psicologia, la sociologia, la pedagogia e la scienza dell'educazione che hanno attenzionato questa fase di vita agli occhi della collettività, connotandola con caratteristiche di relazionalità, contatto e connessione con la stessa età adulta, fino ad ora considerata a sé stante e senza alcuna affinità. L'emergere poi, di conseguenza, del diritto e della normativa sociale, ha aiutato ad attribuire più importanza all'infanzia e a tutelarla, considerando i bambini come soggetti sociali dotati di un pensiero, seppur immaturo, e di dignità.

Gli storici della famiglia, infatti, mostrano un quadro tanto complesso quanto contraddittorio sulla condizione dei bambini nel corso della storia che, spesso, è stato contraddistinto da trascuratezza, violenza e maltrattamento (M. C. Bianchi e Scabini, 1991).

De Mause, uno degli storici e studiosi più noti per quanto riguarda la storia dell'infanzia, scrive: “la storia dell'infanzia è un incubo dal quale solo di recente abbiamo cominciato a destarci. Più si va indietro nella storia più basso appare il grado di attenzione per il bambino, e più frequentemente tocca a costui la sorte di venire assassinato, abbandonato, picchiato, terrorizzato, e di subire violenze sessuali” (De Mause e Bonardi, 1983, p.9).

Presso le culture più antiche come quella babilonese del XIX secolo a.C., il codice di Hammurabi non prevedeva alcuna sanzione per i padri infanticidi poiché i neonati non erano considerati né come individui, né come componenti della famiglia e, per questo, non godevano di alcun riconoscimento giuridico di “persona”. Non a caso, una pratica ricorrente e comunemente accettata era quella dei sacrifici di neonati e bambini agli dèi, soprattutto nei confronti di quelli non desiderati e quelli con disabilità. Nell'antichità classica, l'infanzia era considerata come un'età imperfetta e manchevole delle caratteristiche complete dell'età adulta, considerando il bambino come un essere incompleto e

senza valore proprio e, per questo, “era oggetto di autoritarismo vessatorio e di discipline oppressive” (Fischetti, 1996, p.10).

In Grecia, ad esempio, i bambini considerati “deformi” venivano gettati dalla rupe di Tarpea e ciò era giustificato anche da filosofi come Platone che, nel suo libro “Repubblica” sosteneva la necessità di nascondere “in luogo segreto e occulto” i bambini considerati, appunto “minorati”. Aristotele nella “Politica”, in nome dell’ordine sociale e della sicurezza della polis, giustificava e ammetteva l’infanticidio nei casi in cui le cure per l’allevamento dei figli comportassero una sottrazione di risorse per la famiglia e la comunità allargata.

In molte culture antiche, infatti, il neonato diveniva parte integrante della comunità solo a seguito di riti che ne attestassero la sua “nascita sociale”. Il periodo precedente a tali cerimonie era particolarmente determinante per la sopravvivenza del neonato che, in qualunque momento, poteva essere condannato a morte dal padre senza che questo incorresse in alcuna punizione. Anche nel diritto romano arcaico, i poteri del cosiddetto “pater familias” prevedevano che il padre decidesse della vita dei figli. Questa posizione di sottomissione dei minori all’interno della famiglia patriarcale giustificava e rafforzava l’idea per la quale i figli minori venissero considerati proprietà dei genitori e, quindi, un trattamento autoritario con punizioni anche corporali veniva considerato legittimo per mantenere la disciplina. Nel periodo dell’Impero romano, un’altra pratica diffusasi, fu quella dell’abbandono e la cosiddetta “Columna Lactaria” era il luogo in cui le balie si radunavano per allattare i bambini lasciati soli, per farli sopravvivere.

Ulteriore fenomeno purtroppo molto comune nell’età classica era quello dell’abuso sessuale sui bambini. Quando si parla della sessualità umana (le cui norme e valori non hanno carattere universale) è fondamentale considerare che comportamenti che noi oggi riteniamo riprovevoli e amorali, in alcune società passate, anche geograficamente vicine, erano considerati plausibili e accettati. All’epoca di Mosè, ad esempio, nonostante la sodomia su bambini di età superiore ai nove anni fosse ritenuta tanto grave da comportarne la lapidazione degli autori, la violenza sessuale su bambini di età inferiore non veniva considerata con la stessa importanza e non comportava alcuna conseguenza.

Nella società ateniese, nonostante la pederastia fosse un fenomeno socialmente accettato e ritenuto una conseguenza plausibile e inevitabile del rapporto docente-discente con lo scopo di trasmettere saggezza, sapienza e leggi morali della città, prevedeva che i giovani ragazzi puberi coinvolti dovessero essere consenzienti. I rapporti sessuali e gli abusi con bambini prepuberi, infatti, venivano puniti severamente, fino alla pena di morte (Du Pasquier, 1997). Da un punto di vista morale, filosofi come Platone e drammaturghi come Eschilo si interrogarono a lungo sulla questione fino ad augurarsi che gli abusi sessuali sui minori fossero proibiti dalla legge.

Nell'antica Roma, la pedofilia era condannata ufficialmente nonostante la prostituzione minorile, tanto femminile quanto maschile, fosse largamente diffusa e generalmente si trattasse, appunto, di giovanissimi e di schiavi. La letteratura romana, di fatti, offre un ampio quadro di storie di castrazioni, mutilazioni e stupri nei confronti di bambini molto piccoli. A Roma le fanciulle si potevano sposare a partire dal dodicesimo anno di età e ciò era consentito in virtù della convinzione che avere precocemente rapporti sessuali facilitasse la comparsa del menarca, con una conseguente conservazione a lungo del fenomeno dei matrimoni precoci e forzati. In generale, la donna era considerata merce da sottovalutare e, quindi, anche la letteratura classica riserva particolare interesse solo alla sfera maschile, anche rispetto a brutali fenomeni di abuso come questi.

Il Medioevo non vanta un sostanziale cambiamento in termini di trattamento nei confronti dell'infanzia all'interno delle famiglie e delle società. Diminuiscono gli infanticidi di figli legittimi riconosciuti ma rimane altissima la mortalità infantile a causa di malattie e trascuratezza nell'accudimento. Il bambino viene rappresentato come un adulto in miniatura e, come tale, nei suoi confronti vengono mosse le stesse aspettative di ruolo e di comportamento. Le notizie storiche fanno riferimento per lo più alla classe nobiliare nella quale, con il raggiungimento del settimo anno di età, il bambino veniva affidato alle cure di un maestro. I bambini di altre caste sociali, a quell'età, erano considerati già adulti e, in quanto tali, si sarebbero dovuti avvicinare al mondo del lavoro, apprendendo un mestiere. La promiscuità tra adulti e bambini ha caratterizzato per molto tempo le società medievali e ciò comportava la condivisione di spazi sia di giorno che di notte. Ne derivava che i bambini, anche molto piccoli, fossero oggetto di molestie di diverso tipo e fossero testimoni di violenze all'interno del nucleo familiare anche allargato. Secondo lo storico Philippe Ariès (Ariès e Garin, 1981), questo costume fu condiviso sia dalle famiglie nobili che di umili origini e fu conservato almeno fino all'inizio del Seicento.

Dopo la metà del Seicento nacquero letterature pedagogiche che avevano la funzione di salvaguardare l'innocenza infantile e la loro protezione (Ferraris e Graziosi, 1999). La morale cristiana che si andava diffondendo, promosse un nuovo atteggiamento nei confronti della sessualità infantile e nell'esposizione ai corpi e alla nudità degli adulti che, però, non fu accettata da tutte le famiglie con facilità. "Il dualismo "innocenza-colpevolezza", oggetto della tematica cristiana fin dai primi secoli, fu alla base dell'etica pedagogica medievale, divisa fra il considerare l'infanzia desessualizzata e ritenerla incline a ogni genere di vizio. Partendo da questi elementi contraddittori si combinarono norme preventive e provvedimenti repressivi, che abituavano fin dalla nascita ad una certa estraneità dal corpo e che proibivano gesti affettuosi da parte dei genitori, maestri e adulti in genere verso i bambini e fra i bambini stessi." (...) "Il problema dei rapporti omosessuali ed eterosessuali tra bambini, inclusa la masturbazione, divennero una vera propria

ossessione per gli educatori, dopo il XV secolo” (Giallongo, 1990, p. 280). Il tipo di rapporto che caratterizzava la diade mamma-bambino, infatti, era distaccato, freddo e non prevedeva la manifestazione di atteggiamenti calorosi di affetto e vicinanza.

Nello stesso contesto di cambiamento sociale, alcune rivoluzioni religiose del XVI secolo ebbero conseguenze non indifferenti per l’infanzia. Nei paesi della riforma protestante il bambino era considerato come un individuo depravato da redimere e ciò comportava l’ammissione e la giustificazione di comportamenti di prevaricazione, anche tramite l’uso di punizioni corporali per reprimere quelle che erano ritenute le loro inclinazioni viziose e malvagie. Tra il XVII e il XVIII secolo i moralisti rinascimentali avviarono campagne contro le molestie sui bambini incentrate non tanto sull’abusante, quanto sul colpevolizzare le vittime minorenni di questi abusi, fino ad arrivare a veri e propri maltrattamenti fisici e psicologici.

Le attività sessuali dei minori, anche quando consenzienti, venivano ritenute causa di assurde conseguenze come epilessia, pazzia e cecità e ciò contribuì alla diffusione di comportamenti molto repressivi da parte dei genitori fino ad arrivare a violenze inaudite come mutilazioni dei genitali. Un esempio in letteratura è descritto da Anna Oliviero, Ferraris e Graziosi che scrivono come nell’Inghilterra vittoriana il timore del sesso era tale da adottare misure molto restrittive, quali l’utilizzo di gabbie che venivano applicate di notte sugli organi genitali, chiuse ermeticamente e riaperte solo al mattino (Ferraris e Graziosi, 1999).

Dal XVII secolo si diffuse in tutte le classi sociali il “baliatico”: i neonati venivano affidati a balie povere per almeno due anni e ciò significava spesso incorrere in denutrizione, scarsa igiene, pratiche deleterie come le strette fasciature degli infanti che causavano danni fisici nel lungo periodo, abbandono e mortalità molto elevata.

La successiva rivoluzione industriale fu caratterizzata da un aumento esponenziale dello sfruttamento del lavoro minorile dove nelle grandi città della Francia e dell’Inghilterra l’età minima poteva essere di quattro e sei anni e la durata della giornata lavorativa raggiungeva anche le 16 ore. In Europa, è con la fine dell’Ottocento che inizia lentamente a cessare lo sfruttamento della manodopera minorile grazie all’emanazione delle prime leggi di tutela nei confronti dei piccoli lavoratori. In questo periodo storico, il fenomeno dell’abbandono cresce esponenzialmente a causa della necessità di manodopera anche delle madri, che comportava una maggiore trascuratezza dei figli. Il sistema della “ruota” incrementò notevolmente questa tendenza in quanto permetteva ai genitori di affidare i figli ai brefotrofi rimanendo nell’anonimato. L’istituzionalizzazione dei figli abbandonati all’interno degli orfanotrofi, nei quali vivevano condizioni di salute psicofisica precarie, comportò il diffondersi di maltrattamenti all’infanzia tali da comportare il decesso di moltissimi bambini per stenti, incuria e violenze.

È proprio in questo clima di trascuratezza e abusi che filosofi e pedagogisti come Locke e Rousseau, suggeriscono nuove linee guida per l'educazione dei figli. L'acquisizione di questa nuova sensibilità e attenzione crescente nei genitori, comportò la nascita di un atteggiamento di maggiore protezione nei confronti dei minori.

È a cavallo tra l'età moderna e quella contemporanea che il bambino diventa finalmente oggetto di maggior interesse da parte di studiosi come medici, educatori e, per l'appunto, filosofi. Ciò si riflette notevolmente sull'opinione pubblica, che inizia a prendere coscienza della questione della tutela dei minori e dei loro diritti, stravolgendo anche le modalità educative riservategli fino a quel momento. Le famiglie in questo periodo iniziano a preferire un assetto di tipo nucleare, dove il figlio rappresenta una presenza cruciale nella costruzione della vita familiare. Questa nuova tendenza puerocentrica stimola la costruzione di un mondo proprio dei bambini, fatto di giocattoli, passatempi, abbigliamenti diversi da quelli degli adulti e spazi creati appositamente per loro.

Considerando il minore separato dall'adulto e come persona con caratteristiche a sé stanti, si tende ora a prediligere interventi pedagogici diversi e più rispettosi della dignità del bambino: alle punizioni corporali si preferiscono ora azioni educative che portino all'introiezione di norme sociali, principi morali e valori religiosi trasmettendo, contemporaneamente, una maggiore attenzione all'affettività e all'igiene. In riferimento all'educazione e alla crescita sana dei figli, ruolo cruciale in questo periodo sarà quello del mondo medico che, oltre ad occuparsi della sensibilizzazione di norme igieniche più idonee per l'infanzia, sarà il soggetto dal quale partiranno le prime denunce di maltrattamenti.

Ambroise Tardieu, medico legale di Parigi, nel suo studio intitolato "Étude médico-legale des blessures" del 1852, descrisse la "Battered Child Syndrome", presentando le storie di violenze subite da 32 bambini picchiati e ustionati a morte.

Nel 1874, a New York, un'infermiera statunitense di nome Etta Wheeler, a seguito di alcune segnalazioni da parte di vicini di casa, intercetta una situazione di maltrattamento familiare nei confronti di una bambina di nove anni, di nome Mary Ellen Wilson. Gli abitanti del quartiere, preoccupati dalle urla, informano la donna che, dopo alcuni tentativi, riesce ad entrare nell'abitazione: le condizioni precarie della casa, lo stato di malnutrizione della bambina e i lividi visibili su tutto il corpo richiedevano un intervento tempestivo di tutela e protezione della minore. Negli Stati Uniti, all'epoca dei fatti, non erano contemplate leggi di tutela dei minori e i genitori avevano diritto assoluto sui figli in quanto la presenza di un adulto veniva ritenuta sufficiente per garantire protezione ai bambini. In questo contesto di vuoto normativo, Wheeler contatta una società che si occupa di maltrattamento sugli animali e, con il loro aiuto, riesce a presentare il caso davanti ad un giudice. La bambina racconterà la sua testimonianza in maniera tanto dettagliata e straziante da sconvolgere l'opinione pubblica e far dichiarare colpevole di maltrattamento

la madre abusante, che sarà condannata a un anno di lavori forzati in prigione. Quello di Mary Ellen è stato il primo caso documentato di maltrattamento sui minori negli Stati Uniti.

Ad oggi si ricorda ancora questo caso di *child abuse* poiché provocò una rivoluzione nel sistema legislativo americano e fu in grado di sensibilizzare e diffondere la consapevolezza sul tema dell'abuso sui minori e della protezione dell'infanzia. Da questo momento, a cascata, vennero generati una serie di interventi organizzati per combattere il maltrattamento sui minori. Tra le altre, nel 1875 nacque la "Società per la prevenzione della crudeltà dei bambini" che si occupava principalmente dei casi di abuso sui minori ma aiutava anche le donne in situazioni di disagio sociale o vittime di violenza familiare, fornendo loro protezione.

Il XX secolo, come più in generale l'età contemporanea, è caratterizzato dalla ricerca più approfondita circa i bisogni dell'infanzia e si è arrivati ad affermare che i bisogni affettivi e psicofisici e, in generale, i diritti dei bambini, debbano essere garantiti tanto dalla famiglia quanto dalla società.

È proprio in questo clima di cambiamenti rispetto all'immagine e ai bisogni riconosciuti ai bambini, che la società denuncia le forme di maltrattamento avviando una rivoluzione culturale in tema di tutela dei diritti dei minorenni, considerati soggetti vulnerabili bisognosi di protezione. La società contemporanea, infatti, rappresenta la punta massima della salvaguardia dei diritti dei fanciulli, almeno "sulla carta".

È il mondo medico, attraverso alcune rilevazioni in ambito pediatrico, a indirizzare l'attenzione e una nuova sensibilità sul fenomeno, scoprendo una dimensione inaspettata dello stesso. Parallelamente a ciò, la normativa riguardante la tutela e la protezione dell'infanzia acquisirà un'importanza sempre maggiore a partire dalla Dichiarazione universale dei diritti umani del 1948 dove, all'articolo 25, si affermano i diritti a speciali cure e assistenza a tutti i bambini nati dal matrimonio o fuori da esso. A cascata, diverse Dichiarazioni e Convenzioni internazionali ed europee arricchiranno via via il panorama normativo rispetto al *child abuse*, che arriverà ad essere ritenuto dall'Organizzazione Mondiale della Sanità come problema di salute pubblica.

1.2 Spiegare il maltrattamento: le sue molteplici definizioni

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) nel 2002 definisce il maltrattamento all'infanzia come un grave problema di salute pubblica: si configura come fenomeno pervasivo e sistemico all'interno della società e non può, quindi, essere ricondotto esclusivamente a dinamiche relazionali familiari private (Badalassi et al., 2022). L'eliminazione della violenza sui bambini è inclusa all'interno dell'Agenda 2030 per lo Sviluppo Sostenibile e, infatti, l'obiettivo 16.2 si pone come traguardo quello di "porre fine all'abuso,

allo sfruttamento, al traffico di bambini e a tutte le forme di violenza e tortura nei loro confronti” (ONU, 2015). Per contrastare in modo efficace questa piaga sociale, è di fondamentale importanza far emergere a livello statistico il fenomeno da un punto di vista sia qualitativo che quantitativo, delineando la sua incidenza, le sue caratteristiche e le conseguenze. È sempre l’OMS a sottolineare, nel 2002, la necessità di affrontare il fenomeno del *child abuse* secondo un approccio multidisciplinare e tecnico-scientifico, in grado di colmare il vuoto conoscitivo e portare alla luce l’esteso sommerso fenomenologico (Di Iullo et al., 2017).

Il maltrattamento all’infanzia non può essere spiegato attraverso una definizione univoca: le sue interpretazioni variano a seconda del focus che si vuole avere su un determinato aspetto del fenomeno. Le diverse definizioni, integrate, rappresentano il sapere tecnico-scientifico sul tema, in grado di rispondere ai diversi bisogni conoscitivi.

L’Organizzazione Mondiale della Sanità definisce il maltrattamento all’infanzia come “tutte le forme di maltrattamento fisico e/o emozionale, abuso sessuale, trascuratezza o trattamento trascurante o sfruttamento commerciale o di altro tipo, che ha come conseguenza un danno reale o potenziale alla salute del bambino, alla sua sopravvivenza, sviluppo o dignità nel contesto di una relazione di responsabilità, fiducia o potere” (Krug et al., 2002, p.59). Un’ulteriore definizione di maltrattamento all’infanzia viene delineata all’interno del IV Seminario criminologico del Consiglio d’Europa tenutosi a Strasburgo nel 1978 che definisce il maltrattamento come “gli atti e le carenze che turbano gravemente i bambini e le bambine, attentano alla loro integrità corporea, al loro 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 terzi” (Consiglio d’Europa, 1981).

Ancora, la Sinpia (Società Italiana di Neuropsichiatria dell’Infanzia e dell’Adolescenza) precisa, inoltre, che il maltrattamento può concretizzarsi in una condotta attiva (ad esempio, percosse, lesioni, atti sessuali, ipercura) o in una condotta omissiva (incuria, abbandono, trascuratezza e tutte le forme, quindi, di inadeguatezza delle cure). Va da sé che, quindi, l’assenza di evidenze traumatiche nel fisico dei bambini e degli adolescenti non possa escludere l’ipotesi di maltrattamento (Gruppo di lavoro S.I.N.P.I.A. sugli abusi in età evolutiva, 2007). Complessivamente, le ricerche svolte sul *child abuse* (Di Iullo et al., 2017) concordano sulle conseguenze che il maltrattamento subito dai bambini ha sul loro sviluppo in termini di danni fisici (quali, ad esempio, l’acquisizione di disabilità), emotivi, cognitivi e comportamentali (tra cui l’insorgenza di dipendenze da sostanze o la formazione di comportamenti antisociali).

1.3 Le forme del maltrattamento

Il maltrattamento all'infanzia assume diverse forme e, nonostante spesso si parli di una pluralità di abusi subita dallo stesso minore, è bene distinguere le diverse tipologie nelle loro caratteristiche e valutarne le diverse conseguenze.

Per contrastare e contenere il fenomeno del *child abuse*, infatti, è fondamentale, prima di tutto, definire i limiti e le tipologie che rientrano nei comportamenti maltrattanti così da delineare una classificazione scientifica il più possibile condivisa a livello nazionale e internazionale nell'ottica di uniformare linguaggi e significati.

A tal fine, l'Autorità Garante per l'Infanzia e l'Adolescenza (AGIA) nel 2018 ha effettuato uno studio circa le classificazioni più utilizzate e accreditate a livello internazionale, dal quale emerge questa suddivisione:

- i) violenza fisica;
- ii) violenza psicologica (chiamata anche, soprattutto in passato, affettiva o emotiva);
- iii) violenza sessuale;
- iv) trascuratezza.

Emerge successivamente anche la definizione della cosiddetta “violenza assistita” che, nei documenti internazionali, viene alternativamente fatta rientrare nella categoria della violenza psicologica o considerata come una quinta categoria a sé stante.

Dal punto di vista dei contenuti, le classificazioni della violenza all'infanzia non contemplano la violenza tra persone minorenni così come i fenomeni di bullismo e cyberbullismo (classificate come violenza tra pari), in quanto parlare di maltrattamento all'infanzia significa riferirsi ad azioni e/o omissioni messe in atto da persone adulte nei confronti e ai danni di minorenni (caratterizzate, quindi, da una posizione di potere, responsabilità e fiducia) (Martinelli et al., 2021). Un'ulteriore precisazione da parte dell'Autorità Garante dell'Infanzia e dell'Adolescenza riguarda alcune forme di violenza culturalmente caratterizzate (quali, ad esempio, le mutilazioni genitali femminili o i matrimoni forzati) che talvolta sono considerate in modo autonomo, talvolta fatte rientrare nelle categorie sopracitate.

In definitiva, dallo studio portato avanti dall'AGIA emerge una significativa confusione rispetto alla classificazione dei tipi di violenza e ciò comporta una conseguente difficoltà anche nell'operatività dei servizi che si occupano del contrasto di tale fenomeno. Distinguere in modo uniforme le tipologie di violenza è, infatti, utile per visualizzare in modo chiaro quali sono i comportamenti considerati violenza all'infanzia, per raccogliere dati in grado di offrire una panoramica più accurata del fenomeno confrontabile a livello internazionale e, soprattutto, per adottare politiche di prevenzione e di intervento mirate e differenziate a seconda del tipo di violenza e abuso. Delineare delle definizioni chiare e condivise permette, inoltre, di avere un tracciato per orientare i professionisti nel

rilevare gli stati di sofferenza e necessità di tutela di minori in condizioni di vulnerabilità e disagio sociale.

La classificazione definitiva del maltrattamento proposta dall’Autorità Garante assume questa forma:

- i) maltrattamento fisico;
- ii) maltrattamento psicologico;
- iii) violenza sessuale;
- iv) trascuratezza/patologia delle cure;
- v) violenza assistita.

Le novità principali, quindi, riguardano l’accorpamento della “trascuratezza” alla patologia delle cure, considerate come inadeguatezza dell’accudimento e delle cure nei confronti dei minorenni, e l’inserimento della violenza assistita come categoria a sé stante.

Sempre all’interno del dibattito circa la ridefinizione condivisa della classificazione del maltrattamento infantile, nel 2001 Felitti ha introdotto la nozione di Esperienze Sfavorevoli Infantili (ESI) per indicare l’insieme di situazioni negative vissute in infanzia, con aspetti più o meno cronici, rispetto all’ideale percorso evolutivo del minore dal punto di vista personale e relazionale. Ha, poi, proposto una classificazione che distingue la violenza diretta da quella indiretta vissuta in famiglia (riconoscendo ad entrambe, però, le conseguenze traumatiche e gli effetti dannosi sul minore). Si raggruppa nella nozione di forma diretta di violenza l’abuso sessuale, il maltrattamento psicologico, il maltrattamento fisico e la trascuratezza fisica ed emotiva. Si ritengono invece violenze indirette, quelle condizioni che rendono l’ambito familiare imprevedibile e malsicuro, come l’alcolismo, la tossicodipendenza o le malattie psichiatriche dei genitori. Emerge, soprattutto, il tema della violenza assistita ovvero “il coinvolgimento del minore in atti di violenza compiuti su figure di riferimento per lui/lei affettivamente significative” (Di Iullo et al., 2017, p. 32). In una rassegna successiva del 2013, Felitti aggiornerà tale classificazione introducendo altre condizioni familiari ritenute fattori di rischio per il minore quali la mono genitorialità o assenza di genitori e avere un genitore/famigliare incriminato per reato (Di Iullo et al., 2017).

È debito sottolineare, però, che il minore è più frequentemente vittima di diverse forme di maltrattamento che provocano quindi una plurivittimizzazione (Finkelhor et al., 2006) e va da sé che la categorizzazione rigida in una sola forma di maltrattamento il più delle volte non sia in grado di spiegare la complessità del circuito di violenza attorno e ai danni del minore (Di Iullo et al., 2017).

Riprendendo la classificazione del maltrattamento all’infanzia delineato dall’Autorità Garante dell’Infanzia e dell’Adolescenza (maltrattamento fisico; maltrattamento psicologico; violenza sessuale; trascuratezza / patologia delle cure; violenza assistita) risulta

opportuno tratteggiarne i contenuti, integrando diverse definizioni, al fine di comprendere in maniera più dettagliata la composizione del fenomeno.

Con maltrattamento fisico si intende “l’uso intenzionale della violenza (da parte di un adulto) nei confronti di un minorenne che provoca o ha un’alta probabilità di provocare danno per la salute, la sopravvivenza, lo sviluppo o la dignità” (Di Iullo et al., 2017). La forma che può assumere è quella di aggressioni o punizioni corporali in grado di compromettere l’integrità fisica e la vita del minore. “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” (World Health Organization, 2006). Tra i soggetti più vulnerabili al rischio di maltrattamento fisico vi sono i bambini molto piccoli portatori di disabilità che necessitano di cure speciali, che, in associazione con l’isolamento sociale della famiglia e l’assenza o carenze delle reti di supporto, potrebbe accompagnarsi a incuria e violenza psicologica. Le lesioni conseguenti a questa forma di maltrattamento possono essere a carico di diversi organi e apparati, configurando conseguenze cliniche diversificate (lesioni cutanee, ecchimosi, fratture, danni profondi viscerali). Non sempre, però, il maltrattamento fisico lascia evidenti segni sul corpo dei bambini e, anche quando presenti, non è immediata l’interpretazione di essi (Di Iullo et al., 2017). In base alla gravità delle lesioni, il maltrattamento fisico può essere distinto in questo modo (Gruppo di lavoro S.I.N.P.I.A. sugli abusi in età evolutiva, 2007):

- i) di grado lieve, quando le lesioni non costituiscono la necessità di ricovero;
- ii) di grado moderato, quando è necessario il ricovero (come nei casi di ustioni, traumi cranici o fratture);
- iii) di grado severo, quando il minore viene ricoverato in rianimazione con gravi conseguenze a livello neurologico tali da comprometterne la vita e, talvolta, portare alla morte.

Una forma particolare di maltrattamento fisico è la *Shaken Baby Syndrome* (SBS), ovvero lo scuotimento violento del bambino (generalmente molto piccolo) che provoca gravi lesioni anche a livello cerebrale. Specialmente nei bambini di pochi mesi, le conseguenze fisiche sono favorite dall’immaturità cerebrale e dalla dimensione del capo, proporzionalmente maggiore rispetto al resto del corpo. Tale scuotimento prolungato e violento può provocare la morte del minore così come anche i casi più gravi di maltrattamento fisico in generale (Di Iullo et al., 2017).

Per maltrattamento psicologico si intende invece 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 e la memoria” (Di

Iullo et al., 2017, p. 34). L'abuso psicologico può concretizzarsi in “atti di rifiuto, di terrorismo psicologico, di sfruttamento, di isolamento e allontanamento del bambino dal contesto sociale” (Gruppo di lavoro S.I.N.P.I.A. sugli abusi in età evolutiva, 2007, p. 10). Il maltrattamento psicologico può consistere in comportamenti attivi od omissivi ritenuti dannosi per il minore rispetto a indicazioni tecnico-scientifiche, ma la loro individuazione e criminalizzazione è da ritenersi culturalmente determinata: stili educativi considerati violenza psicologica dalla nostra cultura potrebbero essere considerati legittimi e giustificati per altre. Possono essere azioni svolte individualmente o collettivamente da persone adulte in una posizione di potere rispetto al minore, quindi non solo genitori ma anche insegnanti o altri soggetti significativi (Gruppo di lavoro S.I.N.P.I.A. sugli abusi in età evolutiva, 2007). Nell'*International Conference on Psychological Abuse of Children and Youth* del 1983, il maltrattamento psicologico viene descritto come una forma di violenza insidiosa perché più difficilmente rilevabile e, spesso, associato ad altre forme di maltrattamento. Tali comportamenti possono danneggiare anche in modo irreversibile lo sviluppo affettivo, cognitivo, relazionale e fisico del bambino (Gruppo di lavoro S.I.N.P.I.A. sugli abusi in età evolutiva, 2007). Si parla di abuso psicologico in presenza di reiterate dinamiche di svalutazione-disprezzo, ostilità e rifiuto intese anche come critiche ripetute dell'aspetto, del comportamento e della personalità del minore. Esso comprende anche atteggiamenti di iperprotezione o di incuria (percezione distorta o mancato riconoscimento dei bisogni del figlio) che possono configurarsi come maltrattamento psicologico (Gruppo di lavoro S.I.N.P.I.A. sugli abusi in età evolutiva, 2007). Un ulteriore esempio di maltrattamento psicologico è il coinvolgimento forzato dei figli minori nei percorsi di separazione coniugale conflittuale, se portati a mettere in atto strategie volte a denigrare, svalutare, alienare e rifiutare un genitore a favore dell'altro (Gardner, 1998).

La violenza o abuso sessuale riguarda il “coinvolgimento, intenzionale e interpersonale, di un minore in esperienze sessuali forzate o comunque inappropriate dal punto di vista dello stadio di sviluppo. Tali esperienze possono non comportare violenza esplicita o lesioni; possono avvenire senza contatto fisico e/o essere vissute come osservatori” (CISMAI, 2015, p.1) a cui il minore non può liberamente acconsentire in ragione dell'età e della preminenza dell'abusante.

Si potrebbe suddividere l'abuso sessuale in “mascherato” e “manifesto”. Per abuso sessuale manifesto si intendono quelle pratiche che hanno a che vedere con lo sfruttamento sessuale e la pornografia; per abuso sessuale mascherato, invece, si fa riferimento all'abuso assistito e all'utilizzo di pratiche genitali inconsuete quali lavaggi dei genitali, ispezioni ripetute (anali e genitali) e l'applicazione di creme e pomate nelle parti intime dei bambini che, a volte, “nascondono gravi perversioni o strutture fobico-ossessive o psicotiche dei genitori responsabili dell'erottizzazione di questi comportamenti connotati

da una forte intrusività sessuale che può danneggiare la coscienza corporea del bambino” (Gruppo di lavoro S.I.N.P.I.A. sugli abusi in età evolutiva, [2007](#), p. 21). Una particolare tipologia di abuso sessuale è rappresentata dallo sfruttamento sessuale ovvero il comportamento di chi percepisce denaro finalizzato all’esercizio di (Di Iullo et al., [2017](#), p. 36):

- i) Pedopornografia: “ogni rappresentazione, con qualunque mezzo, di un minore in attività sessuali specifiche, reali o simulate, o qualunque rappresentazione degli organi sessuali di un minore per scopi principalmente sessuali”;
- ii) Prostituzione minorile, quando “il minore è costretto a compiere atti sessuali in cambio di denaro”;
- iii) Turismo sessuale che prevede che un adulto compia viaggi in Paesi dove è tollerata la prostituzione minorile e, appunto, incentivata per attirare il cosiddetto “turista sessuale” ovvero colui che vuole avere rapporti sessuali con minori.

Un’ulteriore forma di abuso sessuale che sta prendendo sempre più piede tra i giovanissimi è l’abuso sessuale online nei confronti dei minorenni inteso come ogni forma di violenza sessuale perpetrata attraverso internet e attraverso l’esposizione e la visione di contenuti non adatti al minore quali immagini, video e registrazioni di attività sessuali esplicite, reali o simulate. Le tipologie di abuso sessuale online comprendono (Di Iullo et al., [2017](#)):

- i) Abuso sessuale offline documentato con video e diffuso su internet;
- ii) Adescamento ovvero il comportamento messo in atto da un adulto che, con modalità manipolatorie, induce il minorenne ad instaurare una relazione intima istigandolo a compiere atti sessuali online o ottenendo un incontro sessuale nella vita reale;
- iii) Cybersex in cui l’adulto e il minorenne compiono atti sessuali esclusivamente via web.

Si può parlare anche di abuso sessuale assistito quando ai bambini viene fatto assistere a rapporti sessuali dei genitori, non in maniera accidentale o occasionale ma su precisa richiesta dei genitori stessi. Esistono anche casi di abuso assistito dove il genitore agisce violenza sessuale su un fratello o su una sorella (Gruppo di lavoro S.I.N.P.I.A. sugli abusi in età evolutiva, [2007](#)).

L’abuso sessuale si può differenziare in tre diverse forme a seconda del rapporto tra bambino e abusante:

- i) Abuso sessuale intra-familiare quando viene attuato da membri del nucleo familiare ristretto o allargato;

- ii) Abuso sessuale peri-familiare o parafamiliare quando viene attuato da persone conosciute dal minore (vengono incluse figure a cui è affidato per ragioni di cura e educazione);
- iii) Abuso sessuale extra-familiare quando viene attuato da persone esterne all'ambiente familiare ed estranee al minore.

Le forme di abuso sessuale intra-familiare e peri-familiare sono, dal punto di vista statistico, le più frequenti. Dalle stime ufficiali si evince che sono pochissimi i bambini abusati da estranei: approssimativamente 1 su 50. La maggior parte degli autori delle violenze sono, infatti, persone conosciute dalla vittima come parenti, amici di famiglia o insegnanti. La letteratura sottolinea che il reato di violenza sessuale è commesso prevalentemente all'interno della famiglia (39,7%), soprattutto da parte del genitore ai danni del figlio (30,9%) (Roccia, 1997). Il fenomeno, quindi, si configura come una violenza perpetuata a lungo nel tempo caratterizzata da particolari dinamiche disfunzionali quali, ad esempio, l'imposizione del silenzio, permesse dai rapporti di dipendenza e potere che caratterizzano le relazioni familiari (Terragni, 1997). La diagnosi di abuso sessuale deve necessariamente essere multidisciplinare ed indagare le dinamiche scatenanti quali i fattori di rischio e il trauma psicologico ad esso associato. L'abuso sessuale rappresenta la forma di maltrattamento più difficile da riconoscere in quanto, nella grande maggioranza dei casi, raramente i segni fisici (estremamente aspecifici) sono in grado di condurre alla certezza che il bambino sia vittima di violenza sessuale e, in molti casi, è molto difficile individuare le modalità dello stesso. Abusi sessuali compiuti in modo non violento (ad esempio utilizzando lubrificanti) non determinano segni evidenti rilevabili se non rossori nell'area genitale che però scompaiono rapidamente: l'abuso sessuale raramente lascia segni fisici facilmente accertabili. Irritazioni, lesioni e dolore nell'area genitale e addominale, se considerati isolatamente, non possono consentire la diagnosi di abuso sessuale ma è necessario contestualizzare i diversi esiti clinici. In linea generale, non esiste una sindrome clinica caratteristica e indici comportamentali ed emotivi patognomonici di abuso sessuale. In funzione dei fattori di rischio presenti e delle modalità dell'abuso stesso (quali durata e intensità), i disturbi psichici che, talvolta, compaiono possono corrispondere ad un ampio repertorio di risposte comportamentali comune anche ad altre condizioni cliniche. Inoltre, vi è un'elevata percentuale di casi in cui non si manifestano condotte problematiche. Comportamenti considerati "indicatori di abuso sessuale" potrebbero essere gli stessi riscontrati in bambini che hanno subito stress o traumi familiari di natura non sessuale. In definitiva, di fronte al sospetto di abuso sessuale è necessario, quindi, porre particolare cautela nell'identificare un comportamento come indicatore di una condizione di violenza sessuale ed è imprescindibile fare una valutazione approfondita circa i segni fisici (quando presenti), psicologici e le implicazioni socio-relazionali nella vita del

minore (Gruppo di lavoro S.I.N.P.I.A. sugli abusi in età evolutiva, 2007).

Per patologia della somministrazione delle cure si intendono tutte quelle convinzioni che portano i genitori o le persone legalmente responsabili del minore a non provvedere ai suoi bisogni psicofisici, in rapporto all'età e al momento evolutivo (Gruppo di lavoro S.I.N.P.I.A. sugli abusi in età evolutiva, 2007).

La patologia della somministrazione delle cure comprende tre categorie cliniche:

- i) Incuria;
- ii) Discuria;
- iii) Ipercure.

La patologia delle cure afferisce alla “trascuratezza” intesa come grande cappello terminologico che comprende le forme di inadeguatezza delle cure.

La trascuratezza si configura come la forma di maltrattamento infantile più ricorrente all'interno delle famiglie. Secondo la II Indagine nazionale sul maltrattamento dei bambini e degli adolescenti in Italia, pubblicata nel 2021, il 47,1% dei minorenni in carico al Servizio Sociale per maltrattamento è vittima di grave trascuratezza.

L'incuria o trascuratezza grave è un qualsiasi atto omissivo da parte del genitore che non provvede ai bisogni del figlio in modo continuativo, compromettendo la sua salute e la sua sopravvivenza. Tale condotta, infatti, può comportare un rischio imminente e grave per lo sviluppo psicofisico, emotivo e cognitivo del bambino che potrebbe condurre all'abbandono e al rifiuto dello stesso o a produrre ulteriori forme di violenza e abuso, fino al decesso (Di Iullo et al., 2017). L'incuria o trascuratezza si può riferire ad un ventaglio eterogeneo di condizioni che vengono comunemente suddivise in tre tipologie principali: trascuratezza fisica, trascuratezza educativa e trascuratezza psicologica. Per trascuratezza fisica si intende il ritardo o il rifiuto di fornire al bambino cure essenziali e bisogni primari quali alimentazione, vestiti, protezione da particolari pericoli e cure igieniche e mediche. La trascuratezza educativa fa riferimento al fenomeno della dispersione scolastica cronica, quando il genitore non si cura dell'istruzione dei figli e non si assicura che questi frequentino la scuola. Infine, la trascuratezza psicologica o emotiva si concretizza con la mancanza di affetto, amore o altri tipi di sostegno emotivo da parte dei genitori nei confronti dei figli (Merlini, 2017). Nonostante la letteratura scientifica riconosca ormai la trascuratezza grave come non meno dannosa di altre forme di maltrattamento, i protocolli operativi e le raccomandazioni per il contrasto del fenomeno risultano ancora scarse e insufficienti.

La discuria si realizza quando le cure vengono fornite in modo distorto, non appropriato o congruo al momento evolutivo, all'età e alle necessità del minore. Queste condotte, attive o omissive, “sono tali da indurre un anacronismo delle cure, l'imposizione di ritmi di acquisizione precoci, aspettative irrazionali e eccessiva iperprotettività” (Di Iullo et al.,

[2017], p.39). La discuria si concretizza tramite richieste di raggiungimento di risultati superiori rispetto a quelli fisiologicamente consentiti all'età anagrafica del bambino: "il genitore è solito accudire il figlio come nelle fasi di sviluppo precedenti a quelle effettive del bambino (ad esempio potrebbe nutrire il minore con solo cibo frullato o utilizzare il biberon a otto anni), il quale potrebbe assumere un atteggiamento immaturo rispetto alla sua età. Al contrario, in determinati contesti, il bambino potrebbe assumere un atteggiamento adultomorfo" (Melloni, Nocco e Nuzzolese, [2021], p. 61) pretendendo, ad esempio, che possa già camminare anche se molto piccolo o che sia in grado di mangiare determinati alimenti assolutamente non congrui all'età. Tale stile parentale può portare ad una disarmonia nell'acquisizione dello sviluppo motorio, del linguaggio e dell'autonomia rispetto allo sviluppo normalmente atteso in riferimento all'età (Melloni, Nocco e Nuzzolese, [2021]).

Si parla di ipercura, invece, quando le cure fisiche sono caratterizzate da una persistente ed eccessiva medicalizzazione da parte di un genitore, statisticamente la madre. Si distingue nelle forme di (Di Iulio et al., [2017]):

- i) Medical Shopping per procura: il minore viene sottoposto a eccessivi e, spesso inutili, consulti medici a causa della morbosa preoccupazione di uno o entrambi i genitori per la salute del figlio. Solitamente si tratta di bambini che hanno sofferto nei primi anni di vita di una grave malattia e che da allora vengono sottoposti a un numero spropositato di controlli medici. I genitori, infatti, tendono a percepire anche i disturbi di minima entità come grave minaccia per la vita del figlio che, di conseguenza, verrà fatto visitare costantemente da innumerevoli professionisti sanitari. Tale disturbo nel genitore è di tipo ansioso-ipocondriaco ed è compito dei servizi coinvolti rassicurarne l'ansia e le preoccupazioni sullo stato di salute del figlio;
- ii) Chemical abuse: riguarda l'anomala somministrazione di sostanze farmacologiche o chimiche da parte della libera iniziativa dei genitori che potrebbero avere effetti dannosi, allo scopo di provocare sintomi tali da richiamare l'attenzione dei medici e del personale sanitario, ottenendo un ricovero ospedaliero. È una tipologia di abuso che va sospettata quando i sintomi riferiti, se confrontati con i risultati degli accertamenti sanitari, risultano incongrui e inspiegabili;
- iii) Sindrome di Munchausen per procura: Il DSM -IV, manuale diagnostico della Psichiatria, definisce tale Sindrome come "Disturbo fittizio con Segni e Sintomi fisici predominanti", talvolta, in gergo, anche conosciuta come "sindrome da dipendenza dell'ospedale" (Gruppo di lavoro S.I.N.P.I.A. sugli abusi in età evolutiva, [2007]). È un disturbo psicopatologico che comporta un controllo volontario da parte del soggetto che simula la malattia, talvolta caratterizzata da lucide convinzioni deliranti. Tale condotta intenzionale e deliberata è messa in atto principalmente per i vantag-

gi secondari che il genitore trae dall'attenzione associata alla malattia. Nel caso si abbiano figli, il genitore (quasi sempre la madre) sposta la propria convinzione di malattia su di loro che, conseguentemente, verranno sottoposti a controlli clinici inutili e cure inopportune, sviluppando in prima persona la convinzione di malattia e simulandone inconsapevolmente i sintomi. Il genitore, infatti, inventa storie di malattia e sintomi inesistenti che attribuirà al figlio in base alla propria fantasia e alle proprie conoscenze mediche a riguardo. Un esempio degli effetti di questo disturbo potrebbe essere quello di produrre consapevolmente una denuncia falsa di abuso sessuale. Si evince da ciò che la diagnosi della sindrome sia spesso difficile e tardiva, anche a causa dell'involontaria collusione dei medici, comportando un alto tasso di mortalità nei minorenni coinvolti (Di Iullo et al., 2017).

Il Medical Shopping per procura e il Chemical abuse possono essere considerate varianti della Sindrome di Munchausen per procura così come la Sindrome da indennizzo per procura che prevede l'invenzione di sintomi di malattia da parte dei genitori in situazioni in cui è previsto un indennizzo economico (che nel momento del risarcimento, si risolvono con una improvvisa guarigione). Anche il cosiddetto "Help seeker" si configura come sottocategoria della suddetta Sindrome in quanto il bambino presenta dei sintomi fittizi indotti dalla madre che, però, attraverso il confronto del medico viene spronata a comunicare problemi come ansia e depressione ed accettare un supporto psicoterapeutico.

"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" (Di Iullo et al., 2017, p. 34). Diversamente dalla classificazione generale del *child abuse* (che non ritiene la violenza tra pari un maltrattamento all'infanzia), nella violenza assistita vengono incluse anche le violenze messe in atto da minori su altri minori, così come su altri membri della famiglia. Tale descrizione include anche abbandoni e maltrattamenti ai danni di animali domestici.

Si distingue la violenza assistita in (CISMAI, 2003):

- i) Diretta, quando gli atti violenti di cui il bambino fa esperienza avvengono nel suo campo percettivo (visivo e uditivo);
- ii) Indiretta, quando ne è a conoscenza o gli viene riferito da terzi o ne percepisce gli effetti.

La violenza assistita rappresenta un fattore di rischio altamente predittivo per lo svilupparsi di altre forme di maltrattamento, proprio per la tendenza del fenomeno a evolversi secondo un'escalation di danno e pericolosità. È tuttavia opportuno fare una distinzione

tra le situazioni di violenza e quelle di conflittualità (CISMAI, 2017). Il conflitto genitoriale fa riferimento a separazioni, appunto, conflittuali e litigi tra membri della famiglia, nei quali possono anche essere coinvolti minori in quanto figli o parenti. La differenza sostanziale tra questa e una situazione di violenza è che la conflittualità si sviluppa in una situazione di parità tra partner in termini di possibilità di vittoria e negoziazione, senza la paura per la propria incolumità. La violenza di un partner sull'altro, invece, implica proprio un'evidente disparità di potere e forza che ha un forte potenziale di rischio e danno per l'incolumità della vittima. È chiaro che anche situazioni conflittuali debbano essere attenzionate e abbiano un peso notevole a livello psicologico per i figli, ma la violenza e il conflitto si configurano diversamente proprio per lo squilibrio di posizione rivestita dai partner (Di Iullo et al., 2017).

1.4 Regolamentazione del maltrattamento all'infanzia: il quadro normativo internazionale ed europeo

La regolamentazione del maltrattamento all'infanzia rappresenta uno strumento cruciale per la tutela e la protezione dei minori. Il ruolo della normativa è anche quello di sensibilizzare l'opinione pubblica e la società in generale rispetto alla lotta contro ogni tipo di violenza e abuso, in questo caso, sui minori. La normativa europea amplia e armonizza quella internazionale ed entrambe incoraggiano la cooperazione transnazionale affinché il maltrattamento all'infanzia non venga più tollerato, assicurando che i diritti fondamentali dei bambini vengano rispettati ovunque.

All'interno del panorama internazionale, la Dichiarazione di Ginevra sui diritti del bambino del 1924 rappresenta sicuramente una svolta cardine per la definizione del fenomeno e per la protezione dell'infanzia. Tale documento viene considerato la prima bozza per la stesura delle normative seguenti. È stata adottata dalla Società delle Nazioni nel 1924 e presenta alcuni diritti ritenuti fondamentali per lo sviluppo del bambino, chiedendo agli Stati membri della Lega di provvedere all'applicazione. L'articolo 1 sottolinea l'importanza di dotare i fanciulli degli strumenti necessari per il loro normale sviluppo, inteso sia materiale che spirituale. L'articolo 4 completa la concettualizzazione del benessere e del rispetto dei minori, evidenziando la necessità di tutelare e proteggere l'infanzia contro ogni forma di sfruttamento e, nell'articolo 6, emerge il diritto all'istruzione dei bambini (Lega delle Nazioni, 1924).

Successivamente, nel 1959, a New York, l'Assemblea generale delle Nazioni Unite adotta la Dichiarazione dei diritti del fanciullo che amplia lo spettro dei diritti universali dell'infanzia senza distinzioni e discriminazioni di genere, credo religioso e appartenenza etnica. Il decimo principio sostiene la protezione dei minori contro ogni discriminazione razziale, religiosa e ad ogni altra forma di emarginazione. Il fanciullo deve essere educato

in un clima di tolleranza, comprensione e di fratellanza universale tra i popoli. Nel preambolo della suddetta vengono poste alcune considerazioni circa la condizione dei fanciulli che, a causa della loro immaturità fisica e intellettuale, devono avere diritto ad una particolare cura e protezione (anche giuridica) nell'ottica di promozione del miglior benessere psicofisico e sociale possibile. Tra i dieci principi presentati all'interno della Dichiarazione, il secondo sottolinea il fondamento di garantire ad ogni bambino una crescita e uno sviluppo sano e sicuro sul piano fisico, morale, intellettuale, spirituale e sociale in condizioni di dignità e libertà. Il quarto principio ribadisce l'importanza del diritto ad una alimentazione, ad un alloggio, a cure mediche così come a momenti di svago. Il sesto principio introduce il tema della comprensione e dell'affetto, ritenuti imprescindibili per lo sviluppo armonioso della personalità del bambino. La Dichiarazione pone l'accento sulla promozione di un contesto familiare governato da un'atmosfera amorevole e caratterizzato da sicurezza materiale e morale, facendo una precisazione rispetto alle famiglie numerose e in difficoltà a cui dovrebbero essere concessi sussidi statali e provvidenze per il mantenimento dei figli.

Il principio settimo, per la prima volta in modo consistente, rimarca il diritto ad un'educazione che deve essere obbligatoria e gratuita, almeno a livello elementare, per la costruzione di un giudizio personale, di un senso di responsabilità sociale e morale, per sviluppare le facoltà dei minori al fine di diventare membri utili alla società. Si ribadisce anche all'interno di questa Dichiarazione, la necessità di protezione del fanciullo da ogni forma di negligenza, crudeltà e sfruttamento (anche lavorativo, nei casi in cui non abbiano raggiunto un'età minima adatta) e, in generale, il divieto di impiego dei bambini in attività produttive che possano nuocere alla loro salute od ostacolarne lo sviluppo psicofisico (ONU, 1959).

Trent'anni dopo, nel 1989 a New York, dall'Assemblea generale delle Nazioni Unite viene approvata la cosiddetta "Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti del fanciullo" anche conosciuta come "Convenzione di New York" e con l'acronimo CRC, che fa emergere il tema del "*best interest of the child*", come principio cardine per la tutela dell'infanzia. Rappresenta lo strumento normativo internazionale più importante ed esaustivo in materia di promozione e tutela dei diritti dell'infanzia. Non si trattava di una Dichiarazione a cui si chiedeva di aderire ma, in questo caso, era necessario ratificare la Convenzione da parte degli Stati membri, che dovevano successivamente uniformare i principi e le norme in essa contenute, all'interno del proprio Paese. L'Italia ha ratificato il documento con la legge n.176 il 27 maggio 1991 e, ad oggi, ne fanno parte 196 Stati. Le disposizioni della suddetta legge, da quel momento, divennero immediatamente applicabili e ogni norma interna incompatibile con quelle della CRC sarebbe stata abrogata. La CRC racchiude in un unico trattato una vasta gamma di diritti civili, politici, economici, sociali e culturali del

fanciullo che, per la prima volta, non viene riconosciuto solo come oggetto di assistenza e di tutela, ma come soggetto di diritto in prima persona, configurando una vera e propria rivoluzione culturale della rappresentazione dell'infanzia. La Convenzione è composta da 54 articoli ed è divisa in tre parti, antecedute da un preambolo. Nella prima parte (artt. 1-41) vengono enunciati i diritti dei minori, nella seconda (artt. 42-45) vengono individuati gli organi preposti e le modalità di monitoraggio della Convenzione stessa e nella terza (artt. 46-54) viene descritta la procedura di ratifica.

Alcuni dei principi più innovativi vengono racchiusi negli articoli 3 e 12:

- i) L'articolo 3 sancisce il principio del superiore interesse del minore. In ogni legge, provvedimento e iniziativa sia pubblica che privata, l'interesse del bambino deve avere un ruolo preminente e i genitori devono fornire al figlio ogni strumento necessario all'esercizio dei diritti che la Convenzione gli riconosce;
- ii) L'articolo 12 afferma il principio di partecipazione e rispetto per l'opinione del minore, ovvero garantire il diritto ad ogni bambino di esprimere liberamente le loro opinioni ed essere ascoltati in tutti i processi decisionali che li riguardano. Al comma 2 dello stesso articolo, si ribadisce il diritto dell'ascolto del minore in ogni procedura giudiziaria o amministrativa che li riguarda.

Rispetto al tema della violenza e del maltrattamento all'infanzia, la CRC delinea alcune specifiche nei seguenti articoli (ONU, 1989):

- i) L'articolo 19 dispone che “gli Stati parti adottano ogni misura legislativa, amministrativa, sociale ed educativa per tutelare il minore contro ogni forma di violenza, di oltraggio o di brutalità fisiche o mentali, di abbandono o di negligenza, di maltrattamenti o di sfruttamento, compresa la violenza sessuale, per tutto il tempo in cui è affidato alluno o all'altro, o a entrambi, i genitori, al suo tutore legale (o tutori legali), oppure a ogni altra persona che abbia il suo affidamento.” Tale principio vuole promuovere forme di protezione tali da garantire la creazione di programmi sociali finalizzati al supporto alla vittima;
- ii) L'articolo 34 ribadisce la protezione contro ogni forma di sfruttamento sessuale e di violenza sessuale, quali prostituzione minorile e la produzione di materiale pedopornografico;
- iii) L'articolo 37 richiede agli Stati di vigilare affinché “nessun fanciullo sia sottoposto a tortura o a pene o trattamenti crudeli, inumani o degradanti” facendo anche riferimento alla privazione della libertà e all'imprigionamento e arresto di persone di minore età. L'introduzione del reato di tortura nel Codice penale italiano arriverà solo nel 2017 con la legge n.110;
- iv) L'articolo 39 invita gli Stati membri a adottare ogni provvedimento utile ad agevolare il recupero psicologico e fisico di ogni minorenne vittima di negligenza, sfrut-

tamento o maltrattamento, avendo particolare cura anche in ottica di reinserimento sociale della persona favorendone il rispetto della dignità e della sua salute. Prevenzione e tutela, quindi, devono costituire il primo mandato per gli attori istituzionali coinvolti.

Per quanto riguarda la normativa europea, a Strasburgo nel 1996 viene firmata la Convenzione europea sull'esercizio dei diritti dei fanciulli (entrata poi in vigore nel 2000). È una Convenzione ritenuta complementare alla CRC ed è tesa ad affinare gli strumenti che permettono di dar voce ai bambini (tema di cui si inizierà a parlare in maniera consistente proprio da questo momento). Uno dei principi dichiarati all'interno, infatti, è quello dell'ascolto del bambino e della possibilità di esprimere liberamente la propria opinione circa le esperienze che lo riguardano in ogni procedura giudiziaria e amministrativa, definendo, tra le altre cose, da quale età deve essere ascoltato. L'Italia ha ratificato la Convenzione con la legge 77 del 2003 e, per la normativa italiana, l'ascolto del minore è previsto dai 12 anni e tra gli 8 e i 12 anni può essere ascoltato a discrezione di chi se ne occupa rispetto al loro grado di maturità e discernimento (Consiglio d'Europa, 1996).

In ultima analisi, è doveroso menzionare la Convenzione del Consiglio d'Europa per la protezione dei minori contro l'abuso sessuale e lo sfruttamento, che ha l'obiettivo di armonizzare il sistema giuridico degli Stati membri. Anche conosciuta come "Convenzione di Lanzarote", firmata nel 2007, entrerà in vigore nel 2010 e l'Italia la ratificherà con la legge 172 del 2012. Rappresenta un nodo cruciale all'interno della normativa del *child abuse* in quanto è il primo trattato internazionale a criminalizzare e considerare, quindi, reati penali le diverse forme di abuso sessuale sui minori, esplicitandone dettagliatamente i contenuti e le pene (Consiglio d'Europa, 2010). Tale ratifica, in Italia, ha comportato all'introduzione di nuove fattispecie di reato all'interno del Codice penale, quali il reato di adescamenti di minorenni (art. 609-undicies) e il reato di pedofilia e pedopornografia culturale (art. 414-bis).

1.5 I dati sul maltrattamento

Tra i documenti redatti rispetto alla rilevazione e all'analisi epidemiologica del fenomeno del *child abuse*, la "II indagine nazionale sul maltrattamento dei bambini e degli adolescenti in Italia" svolta da Cismai e dalla Fondazione Terres des hommes Italia Onlus su proposta dell'Autorità Garante per l'Infanzia e per l'Adolescenza (AGIA), avviata nel 2018, completata e pubblicata nel 2021, rappresenta sicuramente il lavoro più completo ed aggiornato nel panorama italiano. Ad oggi, in Italia non esiste ancora un Sistema Informativo Nazionale in grado di raccogliere i dati sul maltrattamento e incasellarli in una banca dati, pertanto, le evidenze che emergono da questa II indagine (così come da quelle antecedenti portate avanti dagli stessi attori istituzionali), rappresentano la fotogra-

fia più avanzata, aggiornata e attendibile del fenomeno del maltrattamento all'infanzia e all'adolescenza.

È da citare, tuttavia, il Casellario dell'Assistenza attivo in Italia che al suo interno include il SINBA, una banca dati relativa ai Servizi destinati all'infanzia, adolescenza e famiglia che raccoglie le informazioni e i dati relativi alle prestazioni sociali erogate da tutti gli enti centrali dello Stato, gli enti locali e gli organismi gestori di previdenza e assistenza obbligatoria. È stato necessario, perciò, uniformare e adeguare la struttura del SINBA alla classificazione del maltrattamento conosciuta e condivisa scientificamente. Tale impegno è stato portato avanti dall'Autorità Garante per “rispondere alle Raccomandazioni che il Comitato ONU sui diritti dell'infanzia e dell'adolescenza ha rivolto all'Italia a febbraio 2019 nel contesto della revisione periodica dell'applicazione della Convenzione di New York nel nostro Paese” (Martinelli et al., 2021, p. 10) che avevano espresso rammarico per l'assenza di un sistema nazionale di raccolta, analisi e diffusione di dati sul maltrattamento all'infanzia in Italia che fosse in grado di indirizzare linee di intervento globali e condivise per la lotta contro la violenza nei confronti dei minorenni (Martinelli et al., 2021).

Per avere una lettura dei dati più attendibile possibile è bene fare una premessa metodologica: la quantificazione dell'abuso e dell'abbandono di minori è un processo difficoltoso in quanto la maggior parte di essi è non dichiarato (McGee et al., 2004). Le stime, infatti, attestano che il sommerso sia più ingente dell'emerso. Le difficoltà che rendono il sommerso fenomenologico così importante riguardano tre principali ordini di fattori:

- i) Le dinamiche stesse che rendono possibili gli episodi ripetuti di maltrattamento (quali, ad esempio, l'imposizione del silenzio e la dimensione del segreto), o i sentimenti che generano nei bambini (quali senso di vergogna o la paura che una loro reazione possa avere ripercussione sui familiari dai quali dipendono e vengono, in qualche misura, protetti) (Di Iullo et al., 2017);
- ii) L'inadeguata formazione e la scarsa attenzione culturale da parte degli operatori sociali e sanitari, sebbene la sensibilità per il tema stia generalmente aumentando. L'assenza di una formazione trasversale a tutti gli operatori che lavorano con e per i bambini (quali insegnanti, educatori, pediatri ecc.) porta ad una generale incapacità di riconoscere i segni del maltrattamento (Gruppo di lavoro S.I.N.P.I.A. sugli abusi in età evolutiva, 2007);
- iii) Il mancato coinvolgimento dell'Autorità giudiziaria in molte segnalazioni di maltrattamento che non vengono ritenute così gravi da produrre provvedimenti giudiziari (attivando, invece, solo provvedimenti amministrativi). Gli interventi dei Servizi sociosanitari italiani si caratterizzano spesso per segnalazioni tardive e inefficaci (Martinelli et al., 2021).

Altre dinamiche cardine da tenere in considerazione rispetto alla scarsa emersione del fenomeno riguardano il fatto che i bambini, tanto più piccoli sono, tanto più sono auto-riferiti: credono che tutte le esperienze che avvengono nella loro vita privata e familiare siano le medesime esperite da tutti. Ciò comporta che crescere in un contesto maltrattante non venga recepito come allarmante dai minori che, non avendo gli strumenti necessari per interpretare la realtà e la consapevolezza per chiedere aiuto, si convincono che sia la normalità. Ad aggravare dinamiche di questo tipo, si aggiunge anche l'idea culturale di fondo che ritiene che una condivisione genetica renda sufficiente il dover persistere di un legame. Il nostro Paese, infatti, è caratterizzato da una forte connotazione familio-centrica, intesa come la tendenza ad attribuire un'importanza spropositata alla famiglia, anche quando questa non rispetti la dignità del figlio e non si mostri adatta nella cura e per la crescita e lo sviluppo psicofisico del minore. Un dato statistico importante a sostegno di ciò è la stima che attesta che il 90% dei maltrattamenti avvengono all'interno dei contesti familiari, perpetuati nella maggior parte dei casi dai genitori stessi.

Nel 2018, la II indagine nazionale sul maltrattamento dei bambini e degli adolescenti in Italia si pone come obiettivo quello di aggiornare la fotografia del fenomeno fino al dicembre dello stesso anno, per completare le indagini precedenti realizzate nel 2013 (sui dati del 2011) e del 2015 (sui dati del 2013). La scelta metodologica adottata in tutte e tre le indagini riguarda quella di utilizzare come fonte informativa i dati raccolti dai Servizi Sociali dei Comuni italiani che, per la legislazione italiana, rappresentano i Servizi a cui fa capo la tutela dei minori. Nel 2013 emerge che il numero dei bambini maltrattati in Italia in carico ai Servizi Sociali si attesta intorno ai 100 mila, con un tasso dello 0,98%. La numerosità campionaria di quest'ultima indagine è stata ridotta dalla precedente del 2015 passando dal coinvolgimento di 250 a 200 Comuni (includendo questa volta solo i Comuni italiani con almeno 1.000 abitanti e 50 minorenni), garantendo comunque la massima sovrapposizione possibile con il campione utilizzato nell'indagine antecedente, così da permettere un confronto e un aggiornamento dei dati. L'indagine è stata avviata nel luglio 2019 e terminata nel maggio del 2020. I Comuni che hanno preso parte alla rilevazione sono stati 196, di cui 117 appartenenti al campione originario utilizzato nell'indagine del 2015. Il bacino effettivo ricoperto dall'indagine è di 2,1 milioni di minorenni (ovvero il 23,3% dell'universo di riferimento).

Tra le domande dello studio, ne emergono delle nuove rispetto all'origine della segnalazione, alla durata della presa in carico, alla presenza di forme di maltrattamento multiplo e all'appartenenza alla cerchia familiare dell'autore delle violenze (Martinelli et al., 2021). Tra le problematiche riscontrate dai Comuni emerge una sostanziale difficoltà nella rilevazione del fenomeno a causa dell'assenza di un sistema informativo di raccolta dei dati e la mancanza di risorse umane per poterli reperire anche a causa del carico

di lavoro aumentato esponenzialmente in concomitanza con l'emergenza della pandemia Covid-19.

Il primo oggetto di indagine riguarda la prevalenza di minorenni seguiti dai Servizi Sociali che, al 31 dicembre 2018, si aggira sui 45 ogni 1.000 minori con una differenza significativa rispetto alle aree geografiche: nel Nord i minori a carico dei Servizi Sociali (58 su 1000) sono il doppio rispetto a quelli seguiti dai Servizi del Sud (29 su 1000).

Per quanto riguarda il genere dei minori, la prevalenza dei maschi supera quella delle femmine, in maniera, comunque, non netta: i maschi si aggirano intorno ai 46 ogni 1000 minori mentre le femmine si attestano al 42 per 1000.

La fascia d'età che accede prevalentemente ai servizi di protezione è quella tra gli 11 e i 17 anni (pari al 54%) e "questo testimonia la difficoltà di intercettazione delle fragilità nelle fasce di età dei più piccoli e il tardivo intervento dei Servizi" (Martinelli et al., 2021, p. 23). La tendenza, infatti, è quella del crescente accesso ai Servizi al crescere dell'età: la fascia 0-5 anni è quella che appare più penalizzata dal punto di vista delle segnalazioni.

Al 31 dicembre 2018 i minori in carico ai Servizi Sociali sono 402 mila tra i quali 77.493 per qualche forma di maltrattamento: 193 minorenni ogni 1000 in carico ai Servizi sono maltrattati. Facendo una media sulla prevalenza dei minorenni maltrattati sulla popolazione minorile per area geografica, si può affermare che su 1000 bambini residenti, 9 sono vittime di maltrattamento. Dalla stessa ricerca emerge che la percentuale dei minori stranieri in carico ai Servizi per maltrattamento è tre volte maggiore rispetto a quella dei minori italiani: ogni 1000 bambini vittime di maltrattamento 7 sono italiani e 23 sono stranieri.

Nell'indagine è stato chiesto ai Comuni partecipanti di indicare quale fosse la principale forma di maltrattamento rilevata e se la motivazione della presa in carico del minore coincidesse con la rilevazione di questa forma particolare di maltrattamento o se si fosse proceduto all'apertura della cartella sociale per un altro motivo.

La tipologia prevalente di maltrattamento è rappresentata dalla patologia delle cure (di cui fanno parte anche l'incuria e la trascuratezza) di cui è vittima il 40,7% dei minori in carico ai Servizi Sociali. La seconda principale forma di maltrattamento rilevata ha a che fare con la violenza assistita (che raggiunge il 32,4%), dato esponenzialmente aumentato rispetto all'indagine del 2013 dove rappresentava il 19,4% dei casi segnalati. Tra i minorenni in carico per maltrattamento ai Servizi Sociali, il 14,1% è vittima di abuso psicologico, il 9,6% di maltrattamento fisico (in aumento rispetto al 6,9% dell'indagine del 2013) e il 3,5% ha subito forme di abuso sessuale.

Per quanto riguarda la motivazione dell'apertura della cartella sociale, nel 69,2% dei casi il motivo coincide con la rilevazione di una patologia delle cure.

Il maltrattamento fisico, pur presentandosi nel 9,6% dei minorenni, è la ragione di

apertura del fascicolo per quasi il 70% dei casi. La rilevazione di forme di violenza assistita ha causato l'apertura della cartella nel 67,2% dei casi, l'abuso sessuale nel 58% e, per ultimo, solo nel 43,3% dei casi, il maltrattamento psicologico ha determinato la presa in carico al servizio sociale, forse anche dovuto dalla difficoltà nella sua rilevazione.

Dall'analisi dei dati è inoltre emerso che:

- i) Le forme di maltrattamento molto violente che lasciano segni tangibili come il maltrattamento fisico hanno una forte e diretta corrispondenza tra la rilevazione e la ragione dell'apertura della cartella sociale;
- ii) La scelta di aprire un fascicolo per una specifica forma di maltrattamento non esclude che il Servizio Sociale incaricato non ne rilevi altre successivamente;
- iii) La violenza psicologica e l'abuso sessuale risultano ancora difficili da riconoscere (spesso non vengono ritenute motivo principale per l'apertura della cartella sociale).

Nella parte conclusiva della II indagine, viene presentato un confronto tra quest'ultima rilevazione e quella precedente del 2013. Per quanto riguarda le tipologie di maltrattamento principali, il dato più allarmante riguarda la violenza assistita che nel 2013 si presentava nel 20,3% dei casi, aumentando di quasi il doppio (39,8%) al 31 dicembre 2018, sostenendo ciò che riporta la letteratura scientifica a riguardo. La patologia delle cure, al contrario, diminuisce di più di 20 punti percentuali, dal 54,3% del 2013 al 30,9% del 2018. Maltrattamento psicologico e abuso sessuale mantengono le percentuali pressoché invariate (forse anche a causa della difficoltà della loro rilevazione da parte dei Servizi), mentre il maltrattamento fisico riguarda l'11,9% dei casi (superando l'8,6% dei casi rilevati nell'indagine del 2013).

Come anticipato, in questa II indagine i Comuni partecipanti sono stati sottoposti ad alcune domande nuove per approfondire aspetti inesplorati fino a quel momento. Le domande riguardano l'autore del reato e la sua appartenenza o meno al contesto familiare, l'origine della segnalazione ovvero il Servizio inviante, e la durata dell'intervento e del progetto d'aiuto. Viene anche fornito un dato importante rispetto al pluri-maltrattamento: il 40,7% dei minori abusati è vittima di maltrattamento multiplo.

La letteratura scientifica definisce il maltrattamento come forma di violenza che affiora per lo più alla sfera familiare, di cui fanno parte sia i genitori e i parenti stretti ma che comprende anche quel nucleo di affetti allargato composto dagli amici stretti dei genitori e da chi frequenta la casa con una certa assiduità e prende parte alla vita più intima della famiglia e del bambino.

Anche questa indagine conferma quanto appena esposto: il 91,4% dei maltrattamenti sui minori vengono agiti da familiari, mentre solo l'8,6% sul totale è ad opera di una persona che non fa parte della cerchia familiare, configurandosi come maltrattamento extrafamiliare. È un dato tanto allarmante quanto prezioso per orientare i Servizi di tutela e

protezione del minore nella costruzione di interventi sia in ottica riparativa quanto preventiva, generando una cultura che contempra il poter chiedere aiuto per ricevere sostegno, sollievo e accompagnamento nella cura e nella gestione dei figli.

Come ultima analisi, per quanto riguarda la segnalazione della situazione di *child abuse* e maltrattamento, nella maggioranza dei casi (42,6%) è ad opera dell'Autorità giudiziaria, seguito da un 17,9% che vede la famiglia come segnalante di maltrattamento o di casi di violenza assistita (talvolta dalle stesse donne vittime di violenza, grazie al percorso di sensibilizzazione e consapevolezza portato avanti dai centri anti-violenza), della scuola (16,1%), dell'ospedale (4,2%) e della pediatria (1,4%) che sarebbero in grado di rilevare con più facilità rispetto ad altri soggetti segni di abuso e violenza fisica. Un ulteriore 17,8% viene indicato con la voce "altro" e comprende, in generale, quelle realtà aggregative (ricreative, sportive e culturali) in cui i minori trascorrono il tempo extrascolastico. Si intuisce chiaramente dalle percentuali, però, la necessità di promuovere formazioni volte a rafforzare la capacità di intercettazione e riconoscimento del maltrattamento da parte dei soggetti istituzionali sanitari.

Infine, in riferimento alla durata della presa in carico per maltrattamento da parte dei Servizi Sociali, nella maggioranza dei casi (65,6%) il progetto di aiuto supera i 2 anni, nel 23% dei casi l'assistenza sociale si protrae tra 1 e 2 anni e solo nel 11,5% non supera l'anno. Il tipo di supporto ricevuto e la sua durata sono strettamente legati al danno subito dal minore e dal livello di compromissione psico-fisica e sociale.

Se le intercettazioni del disagio e il riconoscimento dei segni del maltrattamento non fossero così tardivi e i Servizi del nostro Paese riuscissero a intervenire precocemente, si ridurrebbero i tempi di presa in carico e di necessità di assistenza? La questione rimane aperta. È lampante, comunque, la necessità di una prevenzione strutturata, costante e istituzionale che permetta ai Servizi di intercettare precocemente le situazioni di violenza, per accorciare le distanze, diminuire la sofferenza dei bambini e ridurre, tra le altre cose, i costi significativi sul sistema di protezione complessivo che grava sui Comuni e sulla spesa pubblica.

Nel maggio 2020, l'OMS ha presentato un report denominato "*Global Status Report on Preventing Violence Against Children 2020*" che conferma e amplia i dati sopraesposti. Questo studio costituisce la prima *baseline* mondiale costruita tramite la raccolta di informazioni fornite direttamente dai 155 Paesi che hanno partecipato alla rilevazione statistica e rappresenta uno strumento utile da cui partire per permettere l'avanzamento di politiche sociali e di interventi volti a contrastare il fenomeno della violenza ai danni dell'infanzia (Martinelli et al., 2021, p. 17).

L'Italia, pur avendo partecipato al report europeo del 2018, non ha contribuito al report mondiale del 2020 ma, in ogni caso, si mostra utile per comprendere le dinamiche del

maltrattamento su larga scala, da un punto di vista più complesso e, appunto, globale. Ne emerge che:

- i) 1 bambino su 2 nel mondo è vittima di violenza ogni anno (che equivale circa ad un miliardo di bambini);
- ii) 40.150 bambini muoiono ogni anno a causa delle violenze subite;
- iii) 3 bambini su 4 (di età compresa tra i 2 e i 4 anni) sperimentano punizioni violente inflitte dai propri genitori e caregiver;
- iv) 1 bambino su 4 di età inferiore ai 5 anni vive con una madre vittima di violenza perpetrata dal partner (e ciò comporta una vasta esposizione alla violenza assistita);

A completare questi dati, dal dossier “*Keeping the promise. Ending violence against children by 2030*” emerge che i bambini con disabilità sono quattro volte più esposti alla violenza rispetto ai loro coetanei (Office of the special representative of the secretary-general on violence against children, 2019).

2 I fattori di rischio e di protezione nella trasmissione intergenerazionale della violenza

2.1 Una prospettiva ecologica: fattori di rischio individuali, relazionali e comunitari

Proseguendo con l'analisi del fenomeno del maltrattamento all'infanzia, dopo aver delineato le principali forme che può assumere, confrontato i dati su scala nazionale e globale e trattato il tema dal punto di vista della normativa a riguardo, è imprescindibile individuare i fattori di rischio e quelli protettivi che, rispettivamente, conducono e riducono lo sviluppo di vortici di violenza.

Con il termine fattori di rischio ci si riferisce a tutte quelle esperienze e a quegli eventi che aumentano la probabilità che un individuo incorra in conseguenze negative a breve o lungo termine per il proprio sviluppo e adattamento psicosociale (Di Iullo et al., 2017). A proposito di maltrattamento all'infanzia, si ritengono fattori di rischio tutti quei fattori sistemici e contestuali (che interagiscono tra loro e su più livelli) che rendono il bambino vulnerabile alla violenza e hanno a che fare anche con la predisposizione di un adulto a maltrattare e di un bambino a essere maltrattato (Latino, 2020). Esistono, di contraltare, ulteriori variabili in grado di impedire o mitigare l'azione negativa dei fattori di rischio: i fattori di protezione. L'efficacia dei fattori protettivi dipende dal momento evolutivo in cui si trova il bambino vittima di maltrattamento e possono essere di carattere individuale, relazionale e comunitario. Sia i fattori di rischio che quelli protettivi, dunque, riguardano la vulnerabilità del bambino allo stress (mediata da fattori temperamentali, affettivi, cognitivi e, anche, neurobiologici) e la vulnerabilità all'ambiente, fatto di relazioni di attaccamento con i genitori, stress e traumi passati e supporto ricevuto (Di Iullo et al., 2017).

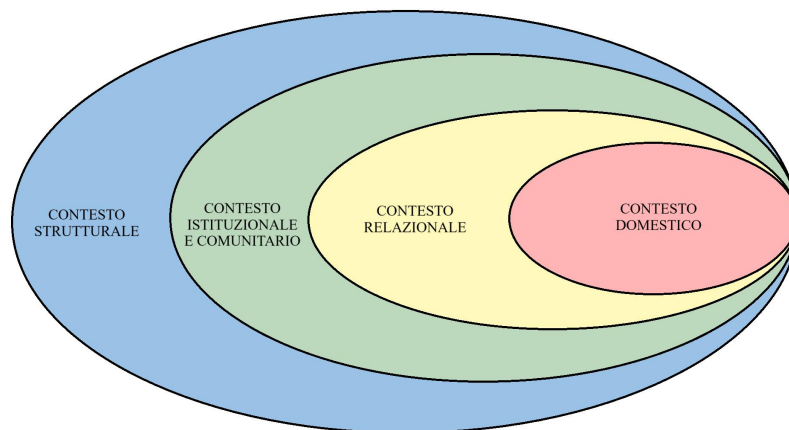
Il tema del *child abuse* è, di fatti, un fenomeno complesso sia da un punto di vista dell'individuazione e della cura, sia rispetto al numero di dimensioni della vita, personale e sociale, che influenza e che sono coinvolte.

Non a caso, l'*European Report on Preventing Child Maltreatment* (2013) dell'Ufficio Regionale Europeo dell'OMS (Sethi et al., 2013), fa proprio il cosiddetto "approccio ecologico", originariamente teorizzato da Urie Bronfenbrenner (Capurso, 2008).

In letteratura si parla di fattori sistemici e contestuali (chiamati anche "drivers") che rendono il bambino più vulnerabile alla violenza e, per comprendere le variabili che influenzano la predisposizione di un adulto ad essere maltrattante e quella di un bambino di essere abusato, è bene intrecciare i fattori di rischio anche su più livelli (Latino, 2020).

Il modello ecologico, infatti, prevede diversi livelli e dimensioni di analisi, quali (Krug et al., 2002; Sethi et al., 2013; Latino, 2020):

- i) Contesto domestico (Bronfenbrenner parla di Microsistema che include famiglia, scuola e pari), più prossimo al bambino, che include la storia personale, i fattori di sviluppo psicofisico personale e la risposta allo stress tanto interpersonale quanto istituzionale;
- ii) Contesto relazionale (Mesosistema per Bronfenbrenner, inteso come relazioni tra i microsistemi) che riguarda le interazioni sociali, la presenza di contesti di violenza e, in generale, tutti quei fattori che coinvolgono la vita familiare e le relazioni intime;
- iii) Contesto istituzionale e comunitario (Ecosistema per Bronfenbrenner) che fa riferimento alle opinioni, norme culturali e alle credenze che riguardano le relazioni interpersonali e istituzionali che permeano, in generale, le condizioni di vita della famiglia e del bambino;
- iv) Contesto strutturale (o Macrosistema), ovvero gli ambienti di economia, dei servizi e di politica sociale.



Da questa prima considerazione, è lo stesso Report Europeo dell’OMS (Sethi et al., 2013) a suddividere i fattori di rischio in individuali, relazionali, comunitari e sociali.

I fattori di rischio individuali riguardano le caratteristiche del profilo personale dell’adulto maltrattante e, nonostante queste siano meno rilevanti nel determinare il rischio potenziale, anche quelle del bambino maltrattato.

Per quanto riguarda le caratteristiche dei perpetratori delle violenze, dalla letteratura scientifica e dai diversi report statistici che si sono susseguiti negli anni, emerge che bassi livelli socioeconomici e di istruzione connessi all’essere un genitore giovane o single, conducono con maggiore probabilità a dinamiche di maltrattamento familiare, rappresentando veri e propri fattori di rischio da attenzionare preventivamente (Latino, 2020).

La giovane età dei genitori e/o dei caregiver (che, dalle statistiche, risultano essere i principali autori di violenza sui bambini) è determinante nel costituire un fattore di rischio in termini di inadeguatezza e immaturità degli strumenti necessari per gestire emozioni quali rabbia e ostilità che possono, a loro volta, essere caratteristiche comportamentali tali da costituire fattori di rischio per lo sviluppo di abusi moderati e significativi.

I nuclei familiari monoparentali, d'altra parte, comportano condizioni di forte stress derivanti dalla concentrazione in un unico genitore del carico materiale ed emotivo nella gestione dei figli. Basse risorse finanziarie, isolamento sociale e mancanza di supporto emotivo nell'accudimento dei figli sono tutte variabili in grado di scatenare circuiti di violenza più o meno significativi.

Ulteriore elemento di fragilità che, in molti casi, accompagna le variabili sopra descritte, è il basso livello di istruzione scolastica di uno o entrambi i genitori che può condizionare negativamente sia le competenze richieste nell'accudimento e nella cura dei figli, sia l'accesso alle risorse finanziarie per il benessere familiare che potrebbero essere, di conseguenza, quelle proprie di uno status socioeconomico basso (World Health Organization, 2006).

Da contraltare, un elevato livello di istruzione delle madri sembra costituire un fattore protettivo rispetto al rischio di incorrere in dinamiche di maltrattamento familiare.

Ulteriori fattori di rischio individuali del maltrattante, come riportato nel report dell'OMS (Sethi et al., 2013) sono rappresentati dalla condizione di disoccupazione lavorativa, dall'abuso e dalla dipendenza di alcool e sostanze stupefacenti, dall'aver compiuto un percorso migratorio e dallo status di immigrato, dall'aver una malattia mentale o problemi cognitivo-comportamentali. L'isolamento sociale è un'altra variabile in grado di condizionare il benessere familiare e del bambino nel suo sviluppo psicofisico e sociale.

La disoccupazione paterna, ad esempio, è collegata a condizioni di stress e depressione che possono portare sia alla dipendenza da sostanze che a situazioni di violenza domestica. Oltre a ciò, la condizione di disoccupato potrebbe condurre a negligenza e trascuratezza in quanto un reddito più basso può comportare che i genitori non possano provvedere a pieno ai bisogni primari dei figli, quali cibo e vestiti, o ad una minore attenzione in generale nell'accudimento e nella loro igiene (Latino, 2020).

Per quanto riguarda l'origine etnica e culturale, questo non sembra costituire un fattore di rischio di maltrattamento all'infanzia (ad eccezione della pratica culturale delle mutilazioni genitali, considerate violenza nel nostro Paese) ma è debito menzionare lo stress specifico a cui è sottoposta una persona con condizione di immigrata recente e/o rifugiata che potrebbe influire negativamente sulla possibilità di agire maltrattamenti sui minori (Badalassi et al., 2022).

Uno stile di vita poco salubre dei genitori (rappresentato, ad esempio, dal fumo mater-

no in gravidanza o dall'abuso di sostanze) rappresenta un basso/medio fattore di rischio in tema di *child abuse* (Krug et al., 2002). Tale motivazione può derivare dalle "ridotte capacità cognitive o di autocontrollo da parte di questi genitori o dalle ridotte risorse disponibili per i loro figli" (Latino, 2020, p. 17).

È da sottolineare, però, che sono più che altro le condizioni psicologiche che spingono e sottendono all'abuso di sostanze (quali ansia, depressione e storie di abusi e violenza assistita), a comportare un aumento del rischio di maltrattamento e di abuso sessuale sui bambini.

Una storia di abusi in età infantile rappresenta un chiaro campanello d'allarme e un fattore predittivo significativo a causa del fenomeno di trasmissione intergenerazionale della violenza connessa alla riproduzione dei rapporti familiari e degli stili "educativi" appresi durante l'infanzia (World Health Organization, 2006; Boas e Dessen, 2019). Infatti, relazioni disfunzionali e una scarsa coesione familiare segnata da relazioni instabili, rappresentano un fattore di rischio per l'instaurarsi di circuiti di violenza intrafamiliare. Si parla, quindi, di impatto a lungo termine del maltrattamento sul benessere psicologico e sociale della persona, che è in grado di configurarsi come un significativo fattore di rischio di maltrattare, a sua volta, i propri figli.

Esperienze di abusi e violenza in età infantile possono portare a conseguenze come lo sviluppo di problemi cognitivi e comportamentali e l'insorgenza di disturbi psichiatrici già durante l'adolescenza. Tali condizioni sono in grado di influenzare negativamente la costruzione di relazioni tanto amicali quanto intime nella prima giovinezza e in età adulta, influenzando negativamente sui legami di attaccamento e sullo stile genitoriale e di accudimento dei figli. Uno dei tratti psicologici che sembra accomunare il profilo del genitore abusante è quello della difficoltà nella definizione delle proprie emozioni e nella mancanza di empatia nei confronti dei figli.

Nei fattori di rischio inerenti alla salute mentale rientrano anche le condizioni di depressione materna che risulta particolarmente rilevante, anche a causa del ruolo di accudimento che tradizionalmente le coinvolge maggiormente e, quindi, ne aumenta l'esposizione allo stress rispetto ai carichi di cura dei figli (Agostini, Monti e Salvatori, 2009).

In conclusione, anche i disturbi psichiatrici come il disturbo borderline della personalità genitoriale e i tratti di personalità parentale ostile e aggressiva, costituiscono fattori di rischio di maltrattamento assieme all'isolamento sociale, che potrebbe essere la diretta conseguenza di condizioni di salute mentale di questo tipo (Latino, 2020).

Passando alle caratteristiche dei minori vittime di violenza, alcuni tratti anatomici, anagrafici e comportamentali del bambino possono rappresentare fattori di rischio per lo sviluppo di dinamiche di maltrattamento (Krug et al., 2002; Sethi et al., 2013):

- i) Genere: le bambine, secondo le statistiche, hanno un rischio più elevato di essere vittima di abuso sessuale. I bambini, invece, sembrano avere maggior rischio rispetto alle femmine di subire abusi fisici (come punizioni corporali) e maltrattamenti psicologici;
- ii) Età: tanto più i bambini sono piccoli, tanto più vi è il rischio che l'abuso sia fatale per la vita del neonato o che, comunque, comporti un danno grave e irreversibile dal punto di vista dello sviluppo psicofisico. Per quanto riguarda i maltrattamenti meno gravi (intesi come quegli abusi che non conducono alla morte o che determinano conseguenze meno impattanti a livello generale), la frequenza con cui si verificano è più alta nei bambini di età maggiore;
- iii) Complicanze prenatali e neonatali possono aumentare il rischio di maltrattamento a causa dello stress specifico parentale che comportano e a causa del comportamento del neonato (derivante dalle stesse complicanze in gravidanza o durante il parto) che conducono inevitabilmente a delle difficoltà anche nella costruzione del legame di attaccamento e negli stili di cura genitoriale. Come già accennato nella panoramica rispetto al profilo del maltrattante, anche comportamenti errati materni durante la gravidanza, come l'uso e abuso di droghe, una dieta inadeguata o il fumo in gravidanza, sono considerati fattori in grado di aumentare il rischio di complicazioni prenatali e neonatali, predisponendo, così, al maltrattamento;
- iv) Disabilità: i bambini con disabilità, rispetto ai bambini senza disabilità, hanno una probabilità tre volte maggiore di subire abusi fisici e sessuali e quattro volte superiore di essere vittima di trascuratezza e maltrattamenti psicologici. Vi sono delle differenze, inoltre, rispetto al tipo di disabilità: i bambini con disabilità intellettiva sono più esposti a violenza e maltrattamenti;
- v) Disturbi del comportamento: comportamenti antisociali e aggressivi nei bambini o ADHD (Deficit di attenzione e iperattività) conducono ad un maggiore rischio di essere maltrattati. Si riconducono le cause alla difficoltà relazionale tra genitore-figlio e, in generale, allo stress parentale che comportano queste condizioni che potrebbero presentarsi insieme ad un ridotto autocontrollo del genitore (che, assieme al discontrollo degli impulsi del bambino, potrebbero con probabilità condurre alla costruzione di relazioni conflittuali in famiglia). Non a caso, i disturbi del comportamento o disordini come l'ADHD sono, in parte, condizioni ereditarie e, quindi, sia genitori che figli potrebbero condividere una predisposizione genetica a comportamenti aggressivi e incontrollati.
- vi) Storia di abuso nell'infanzia e fuga da casa: i bambini già vittime di maltrattamenti in famiglia da molto piccoli sono più esposti al rischio di subire ulteriori violenze in età successive e da altri adulti. Questi bambini sono più predisposti, per ovvi motivi, ad andare via di casa molto presto (o di dover fare i conti con l'età adulta

molto precocemente in seguito alla cessazione dei percorsi di tutela dei minorenni fuori famiglia dopo il diciottesimo anno di età) e ciò aumenta il rischio di essere vittima di truffe, minacce, rapine e subire violenze sessuali o di essere coinvolti in attività illegali e criminali. La storia di abusi durante l'infanzia è uno dei meta fattori di rischio più significativi nel determinare la trasmissione intergenerazionale della violenza che consiste nella riproduzione di comportamenti abusanti e maltrattanti sui figli che avranno i bambini vittime di abusi una volta diventati giovani adulti.

I fattori di rischio relazionali fanno riferimento sia alle relazioni tra bambino e caregiver che a quelle tra i vari membri della famiglia, stretta e allargata che sia.

Lo stress parentale è uno dei fattori di rischio relazionali più significativo per lo sviluppo di diverse tipologie di maltrattamento, inclusi trascuratezza e negligenza, stili parentali autoritari e severi e abuso fisico. La mancanza di risorse economiche e, quindi, una situazione socioeconomica fragile, è una delle condizioni che con più facilità può condurre a trascuratezza e patologie delle cure. Fragilità dal punto di vista emozionale e difficoltà nel nutrire sentimenti positivi e di cura nei confronti dei figli, possono derivare da diverse concause (quali disoccupazione, abuso di sostanze, conflitti familiari e storia parentale di abusi) ma rappresentano senza dubbio campanelli d'allarme da attenzionare per prevenire dinamiche di *child abuse* (World Health Organization, 2006; Latino, 2020).

Se, da una parte, relazioni familiari poco stabili e conflittuali aumentano il rischio di abuso sui figli, la relazione di supporto tra nonni e nipoti rappresenta un buon fattore protettivo e si associa alla riduzione del rischio di maltrattamento.

I casi di violenza domestica su un partner rappresentano un chiaro fattore di rischio relazionale sia in termini di perpetuazione successiva della violenza anche sui figli, sotto forma di violenza fisica e di trascuratezza (anche per mano della stessa vittima, il più delle volte la madre) che in termini di violenza assistita (Latino, 2020).

“Gli effetti della violenza di genere sulla capacità di accudimento delle madri sono stati ampiamente analizzati in letteratura. Le caratteristiche, la storia personale e le conseguenze della violenza sulla donna possono impattare negativamente sulle capacità genitoriali in termini di trascuratezza emotiva, difficoltà a riconoscere i bisogni del bambino, deficit della capacità protettiva e processi di parentificazione, con conseguenze significative sullo stile di attaccamento” (Di Palma e Biagetti, 2021, p. 36).

Levendosky e Graham-Bermann hanno evidenziato in uno studio quanto il funzionamento psicologico delle donne vittime di violenza (caratterizzato da sintomi depressivi e post traumatici da stress) avesse importanti ripercussioni sulla genitorialità e sul funzionamento psicoemotivo dei figli (Di Palma e Biagetti, 2021).

Altre condizioni predittive di maltrattamento sono la violenza tra partner durante la gravidanza e la gravidanza indesiderata che può condurre a trascuratezza grave e violenza

psicologica, soprattutto dalle madri, e abuso fisico da parte dei padri.

Uno dei maggiori fattori predittivi di maltrattamento fisico sui bambini è la predisposizione genitoriale all'uso di punizioni corporali, ritenute da alcuni genitori necessarie e imprescindibili nello stile educativo del figlio che conducono, inevitabilmente, a circuiti di violenza perpetuati nel tempo e durante tutta la vita in famiglia (Sethi et al., 2013).

La convivenza dei bambini con persone adulte diverse dai genitori e il numero dei componenti della famiglia, non sembrano avere effetti particolarmente rilevanti sul rischio di maltrattamento.

Il maltrattamento all'infanzia prescinde l'appartenenza ad una classe sociale specifica: si verifica trasversalmente in tutte le estrazioni sociali. La povertà in sé non è un fattore di rischio sufficiente a determinare il maltrattamento e la trascuratezza sui bambini ma è evidente che comporta una maggiore probabilità che comportamenti abusanti possano verificarsi se la condizione socioeconomica è accompagnata da altre fragilità familiari quali mono genitorialità, disoccupazione, violenza domestica e problemi di salute sia fisica che, soprattutto, mentale.

Una relazione più diretta, invece, tra fattori di rischio sociali e maltrattamento all'infanzia è stata rilevata nella disuguaglianza economica e sociale: le famiglie economicamente svantaggiate, infatti, sono maggiormente esposte e predisposte a fare esperienze comunitarie a rischio anche con alti livelli di criminalità (come rapine, traffico di droga, prostituzione), e tale condizione sociale può comportare l'esposizione dei bambini ad ambienti violenti e poco sicuri. A livello sociale e culturale, è lecito pensare che vi sia una forte correlazione tra maltrattamento infantile e quelle norme culturali che approvano metodi educativi incentrati sulla disciplina e sulle punizioni, anche corporali, o su quelle pratiche tradizionalmente accettate come le mutilazioni genitali o i matrimoni forzati che influenzano negativamente le credenze rispetto a cosa possa essere ritenuto violenza e cosa, invece, viene considerata "una faccenda privata di famiglia" (Sethi et al., 2013; Latino, 2020).

Norme tradizionalmente accettate di questo tipo vengono, in qualche modo, giustificate da ordinamenti legislativi che non prevedono punizioni per pratiche che danneggiano la salute dei bambini o, come ad esempio in Italia, che non prevedono conseguenze per le punizioni corporali sui bambini.

Politiche del lavoro e dell'educazione che non favoriscono l'accesso a congedi parentali, a servizi di supporto genitoriale o per il benessere sociale e familiare, influenzano negativamente la tendenza che considera ancora la famiglia come una condizione da gestire in modo autonomo, trovando soluzioni per gestirla nel privato familiare e non nel pubblico.

Collegato a ciò, infatti, uno dei fattori di rischio comunitari più rilevanti è rappresen-

tato dalla scarsa disponibilità di servizi per l'infanzia, che rendono difficile l'accesso e l'aggancio delle famiglie con più fragilità sociali (Latino, 2020).

In definitiva, come riportato da diversi studi (World Health Organization, 2006; Badalassi et al., 2022), la letteratura scientifica fa rientrare tra i fattori di rischio al maltrattamento più comuni e rilevanti l'abuso e la dipendenza da alcool e sostanze stupefacenti, l'aver compiuto un percorso migratorio e il derivante status di immigrato, le psicopatologie e i problemi di natura cognitivo-comportamentale e psichiatrica dei caregiver (Sethi et al., 2013). Sono, tra le altre cose, condizioni che conducono con maggiore probabilità all'isolamento sociale tanto dei genitori quanto, di conseguenza, dei figli e questa è una variabile in grado di condizionare il benessere familiare e del minore nel suo sviluppo psicofisico e sociale (Latino, 2020).

2.2 La salute mentale dei genitori: depressione pre e post-partum e altre psicopatologie

La genitorialità è sempre stata concepita come una cosa naturale, scritta all'interno di un percorso di coppia. Naturale, però, non è sinonimo di ordinario e facile e, infatti, sempre di più oggi si ha la consapevolezza che questo periodo di vita (non obbligatorio ma scelto) sia caratterizzato da straordinarietà e difficoltà. La psicopatologia, anche grave, in età perinatale esiste e si iscrive in un percorso di genitorialità tutt'altro che lineare e semplice. Avere uno sguardo rispettoso e clinico rispetto alle condizioni medico-psichiatriche delle donne e dei partner, permette di rispondere ai bisogni parentali in maniera globale e sensibile (Petrilli, 2021).

L'arrivo di un figlio e il conseguente nuovo ruolo di genitore comporta un sostanziale stravolgimento della vita familiare. L'esperienza di diventare padri e madri porta con sé considerevoli tensioni sia in termini di tempo che a livello di energie fisiche e mentali configurandosi, tra le altre cose, come fonte di stress (Segatto e Dal Ben, 2017).

Nello studio condotto da Dal Ben e Segatto, presentato all'interno del libro "Se Come Quando", le donne intervistate parlano principalmente di quattro sfere di vita quotidiana che, con la nascita o con l'arrivo (nei casi di adozioni) dei figli, risultano "stravolte": la sfera caratteriale, quella di coppia, la dimensione quotidiana e la gestione dei tempi e degli spazi personali. Da ciò consegue l'esigenza di un supporto alla maternità e alla paternità nei primi periodi di genitorialità, "poiché la gioia per la nascita è in egual modo compensata dallo stravolgimento del quotidiano" (Segatto e Dal Ben, 2017, p. 109).

La relazione di coppia sembra essere la prima dimensione a risentirne: non ci sono più tempi definiti dedicati alla relazione amorosa e all'intimità sessuale e l'arrivo di un nuovo membro della famiglia richiede la ristrutturazione dell'assetto preesistente.

Uno dei principali motivi di attrito nella coppia sembra essere lo squilibrio dei compiti e delle funzioni genitoriali e, se, in generale, la madre nei primi mesi di vita del bambino

tende a focalizzare ogni energia sul figlio, il partner tende a focalizzarsi sulla vita professionale acquisendo molto più lentamente, negli anni successivi, un ruolo genitoriale più definito (Segatto e Dal Ben, 2017).

L'aumento della conflittualità di coppia, quindi, viene spiegato come derivante da questa insoddisfazione rispetto al nuovo ruolo di genitore che ridefinisce la coppia rendendola ora "famiglia".

Ad affiancare le difficoltà di coppia, il dover ridimensionare tempo e spazi personali da parte delle madri rischia di trasformare la maternità in un peso difficile da sostenere che oltre alla fatica fisica comporta anche una notevole fatica mentale nella gestione del bambino.

Anche a livello caratteriale, quindi, vi possono essere cambiamenti sia in termini di responsabilità e maturità, che attraverso l'emersione di aspetti del carattere che fino a quel momento non erano mai emersi. È evidente che modificazioni caratteriali in uno o in entrambi i partner, possano creare attriti e tensioni sia di coppia che nella gestione quotidiana del figlio o dei figli.

Gli aspetti di fragilità nel percorso di maternità (e di quello del partner) sono, quindi, molteplici e possono rendere questa fase di vita vulnerabile e faticosa. In questo studio, la difficoltà maggiore e più frequentemente riscontrata nelle madri intervistate è rappresentata dalla solitudine vissuta nei primi mesi di vita del figlio. La facilità con cui le madri si trovano a vivere dinamiche di sconforto, se non adeguatamente sostenute e comprese dai partner e dalla rete di supporto, possono condurre a vissuti depressivi più profondi (Segatto e Dal Ben, 2017).

Nell'*European report on preventing child maltreatment* (Sethi et al., 2013) la malattia mentale viene ritenuta un importante fattore di rischio, identificando un'associazione medio-forte tra condizioni psichiatriche e diverse tipologie di maltrattamento all'infanzia. La psicopatologia nei genitori, infatti, può influenzare negativamente e direttamente le capacità genitoriali e lo stile di *parenting*, che può concretizzarsi in apatia, irritabilità e paranoia. Se, infatti, anche in circostanze ottimali i compiti genitoriali possono essere stressanti per molti, la diagnosi di psicopatologia nel genitore rappresenta una variabile che può riflettersi negativamente sulle capacità del genitore nel rispondere ai bisogni evolutivi del figlio. "La letteratura è concorde nel ritenere che il funzionamento mentale dei genitori con psicopatologia abbia un impatto negativo sulla salute e il benessere dei bambini, i quali sembrano avere, rispetto al gruppo di controllo, il doppio delle possibilità di sviluppare un disturbo psichico durante l'infanzia, l'adolescenza e l'età adulta" (Riso, 2013, p.24).

"Il genitore con disturbo psichico, attraverso schemi mentali e cicli interpersonali maleducati, facilita la possibilità che il figlio costruisca credenze distorte, aspettative irreali-

stiche e scopi disfunzionali circa sé stesso, gli altri e il mondo” (Riso, 2013, p.26) e ciò, naturalmente, rappresenta un fattore di vulnerabilità per uno sviluppo sano del bambino.

È debito sottolineare, in ogni caso, che la presenza di una psicopatologia non compromette in toto le capacità genitoriali: è il comportamento del genitore nel quotidiano a costituire o meno un fattore di rischio. Infatti, le modalità di *parenting* e di risposta ai bisogni dei figli non dipendono solamente dalle caratteristiche individuali del genitore ma da ulteriori variabili contestuali in grado di determinare l'*outcome* nei compiti di cura quali il supporto sociale, la presenza di una rete più o meno solida e la qualità dei rapporti affettivi all'interno della famiglia.

In questo senso, il lavoro dei professionisti dovrebbe concentrarsi non tanto sulla diagnosi medica ma piuttosto sul funzionamento della persona nel quotidiano, analizzando la costellazione di fattori che ruotano attorno alla malattia e che influenzano le sue competenze e la costruzione di una relazione sana con il figlio.

Rispetto alla maternità, nello specifico, la salute mentale è un tema di cui ancora oggi si parla poco e la Giornata Mondiale della Salute Mentale Materna, che ricorre il 5 maggio, è stata istituita proprio per promuoverne maggiore consapevolezza a livello sociale e culturale, sensibilizzando l'opinione pubblica sul tema.

Dalla salute psicologica della madre, sia in gravidanza che postnatale, dipende la salute del bambino ed è evidente, quindi, che tutelare la salute emotiva delle madri di oggi significa investire sul benessere psicologico di quei bambini che saranno gli adulti di domani. Infatti, soprattutto nei bambini molto piccoli, tanto più è prolungata la sofferenza materna, tanto più questa inciderà sullo sviluppo psicofisico del bambino (Stein et al., 2014) incidendo sulla sua salute in generale, portando anche a conseguenze da un punto di vista emotivo, cognitivo e relazionale.

Secondo il Ministero della Salute, il 70-80% delle madri sperimenta il cosiddetto “baby blues”, che consiste in una certa instabilità emotiva che colpisce la donna immediatamente dopo il parto (episodio che, però, tende a rientrare spontaneamente solitamente dopo due settimane, non richiedendo particolari interventi terapeutici e farmacologici) (Ministero della Salute, 2024).

Una madre su 10 (circa il 10-15% delle madri), invece, tende ad incorrere in un vero e proprio stato depressivo che, se non accuratamente trattato da percorsi strutturati, si protrae nel 25% dei casi anche per un anno. L'esordio dei sintomi avviene in genere tra la prima e la sesta settimana successiva al parto (DSM-IV-TR) ma la vulnerabilità della donna può continuare per sei mesi o più dopo il parto (Agostini, Monti e Salvatori, 2009).

Gli effetti della PND (*Postnatal Depression*) coinvolgono anche il partner, la diade mamma-bambino e lo sviluppo stesso del bambino. In particolar modo, tale sindrome depressiva influenza negativamente la capacità delle madri di rispondere ai segnali e ai bi-

sogni del figlio, attraverso due tipi principali di comportamento materno (Agostini, Monti e Salvatori, 2009):

- i) Lo stile intrusivo, caratterizzato da una modalità iperstimolante, invadente e ostile di interazione con il figlio che fa aumentare il grado di stress del bambino;
- ii) Lo stile ritirato, ovvero quella modalità che preferisce il distacco e il ritiro, mancando di responsabilità nei confronti del bambino, caratterizzato da stati affettivi negativi nel quale il bambino si mostra inerte e passivo durante ogni interazione nella diade.

Gli stessi bambini figli di madri depresse, inoltre, mostrano difficoltà interattive che si configurano attraverso un impoverimento della comunicazione e una facile irritabilità caratterizzata da atteggiamenti di evitamento. Nello studio di Agostini e colleghi (2009) emerge che il grado di sensibilità materna diminuisce all'aumentare dei sintomi depressivi, enfatizzando la relazione tra la sindrome depressiva e la difficoltà ad empatizzare con il bambino e a rispondere ai suoi bisogni in maniera sensibile.

Dal momento che la depressione si configura come un disturbo prevenibile, è fondamentale avviare programmi di screening del benessere psicofisico delle madri per l'individuazione delle donne a rischio di sviluppare depressione post partum, coinvolgendo l'intera comunità.

Tuttavia, la ricerca clinica rispetto alla psicopatologia perinatale si è concentrata soprattutto su ciò che avviene dopo la nascita, nonostante la frequenza di psicopatologie in gravidanza sia pressoché identica rispetto a sindromi depressive post partum. “L'attenzione dei clinici e dei ricercatori in epoca perinatale nel tempo si è focalizzata in modo quasi esclusivo sulla depressione postpartum materna, creando un algoritmo che è andato consolidandosi nel tempo: psicopatologia perinatale = depressione postpartum materna, che di fatto è riduttivo e fuorviante” (Petrilli, 2021, p. 57). La gravidanza è ancora culturalmente considerata come un periodo di felicità incondizionata e tale narrazione porta a sottostimare la vulnerabilità psicologica durante la gestazione, per la quale sono però accettati i malesseri fisici. I sintomi somatici come vomito, fatica, sonnolenza, anedonia e irritabilità sono generalmente associati alla gestazione e, spesso, rendono complessa l'individuazione di disturbi d'ansia o depressivi sottostanti. I risultati di uno studio americano mostrano che il 33% delle depressioni postpartum inizia durante la gravidanza e un significativo 27% ha origine ancora prima di iniziare la gestazione (Petrilli, 2021). È ormai ampiamente riconosciuto dalla letteratura scientifica che depressione, ansia e stress durante la gravidanza hanno significative ricadute e implicazioni a lungo termine sia nel rapporto con il partner che, ovviamente, nella madre e sul futuro bambino, in quanto lo stato emotivo della madre ha un'importante influenza sul feto in via di sviluppo.

Per la madre la presenza di un disturbo d'ansia o dell'umore durante la gestazione è infatti annoverata tra i principali fattori di rischio per lo sviluppo di depressione postpar-

tum. Inoltre, la presenza di psicopatologia in gravidanza è correlabile ad un aumentato rischio di abuso di alcol e sostanze, fumo, assunzione di comportamenti a rischio, malnutrizione, tutti fattori di rischio anche per lo sviluppo di una genitorialità non sensibile e poco attenta (Biaggi et al., 2016).

Il *National Institute for Health and Care Excellence* (National Institute for Health and Care Excellence, n. d.) sottolinea che la costruzione di reti di supporto vicine alla madre rappresenta uno dei fattori protettivi più forti per prevenire sindromi depressive e la sensazione di solitudine dovuta all'isolamento sociale che caratterizza almeno la prima parte della maternità (Segatto e Dal Ben, 2017).

2.3 Esposizione a contesti di dipendenza

Il Disturbo da Uso di Sostanze nel genitore e, di conseguenza, l'esposizione a contesti di dipendenza, si configura come uno dei fattori di rischio al maltrattamento più importanti in quanto costituisce una condizione in grado di compromettere significativamente la relazione genitore-figlio, il suo sviluppo e, in generale, la funzionalità del ruolo genitoriale di accudimento (Boffio, 2022).

La dipendenza è una condizione complessa e pericolosa dal punto di vista della salute fisica, mentale e sociale tanto per il soggetto dipendente, quanto per i familiari, amici e per la società circostante in generale. Nel caso specifico in cui ad essere dipendente è un genitore, “è fondamentale comprendere la relazione tra genitorialità e qualità dello sviluppo infantile” (De Pieri, 2022, p. 23). Lo sviluppo infantile, infatti, è strettamente legato alla qualità delle interazioni nella diade mamma-bambino (o del suo principale caregiver) e da un punto di vista neurologico e psicologico, non appare automatico ma avviene in risposta a stimoli ambientali, sociali e interpersonali: la genitorialità rappresenta, quindi, una delle influenze esterne al bambino più potenti in grado di determinare il benessere attuale e le prospettive di salute future (De Pieri, 2022).

La dipendenza è spesso associata a trascuratezza e maltrattamento: il 40% dei genitori segnalati per comportamenti fisicamente maltrattanti e il 56% dei genitori segnalati come negligenti soddisfano i criteri del Disturbo da Uso di Sostanze. In campioni di madri in trattamento per la cura all'abuso di alcol e droghe, più del 50% ha riportato di aver trascurato il proprio bambino almeno una volta (Bramucci, 2019).

Diversi studi hanno rilevato nelle madri con DUS (Disturbo da Uso di Sostanze) una prevalenza di stili di parenting autoritari con un maggior utilizzo di punizioni fisiche o strategie disciplinari spaventanti: tra il 43% e il 79% dei bambini vittime di maltrattamenti risultano avere un genitore dipendente e le madri con dipendenze hanno una probabilità dalle due alle tre volte maggiore di mettere in atto condotte violente sul proprio figlio (Boffio, 2022).

Tra le sfide che i genitori dipendenti devono affrontare, una riguarda la difficoltà nell'organizzazione della routine familiare e del bambino. L'uso di sostanze stupefacenti e di alcol può compromettere le attività quotidiane quali la preparazione dei pasti, il mantenimento di ordine e pulizia nella casa e l'organizzazione delle attività in generale dei figli: l'irregolarità degli orari di veglia, di sonno e dei pasti possono avere effetti negativi sullo sviluppo del bambino. I figli di genitori tossicodipendenti, inoltre, possono assistere con maggiore probabilità a situazioni traumatiche quali liti familiari che possono degenerare in episodi di aggressione fisica e scene di violenza. Non solo è maggiore il rischio di assistere passivamente alla violenza, ma anche e soprattutto, quello di diventare vittime dirette della stessa a causa della vulnerabilità del/dei genitori sotto l'effetto di sostanze stupefacenti o in crisi di astinenza.

Inoltre, l'abuso di sostanze può provocare una serie di problemi dal punto di vista economico e una mancanza di risorse finanziarie (utilizzate principalmente per la ricerca e l'acquisto della sostanza) potrebbe portare ad una trascuratezza materiale nei confronti dei bisogni, anche primari, dei figli.

L'esposizione dei minori a contesti di questo tipo può rappresentare un rischio elevato per la loro sicurezza: i genitori che fanno uso di droghe potrebbero avere in casa sostanze tossiche o strumenti per l'assunzione delle stesse (come aghi o siringhe) che rappresentano un grave pericolo per l'incolumità dei figli che potrebbero venirne facilmente a contatto. Durante la ricerca della sostanza, inoltre, non è raro che i genitori portino con sé i figli, esponendoli a condizioni pericolose e di violenza.

Infine, oltre alla trascuratezza materiale, non è raro riscontrare situazioni di trascuratezza educativa, ovvero l'incapacità di fornire l'istruzione essenziale per la crescita del bambino che, spesso, culminano con situazioni di assenteismo e abbandono scolastico (De Pieri, [2022](#)).

Secondo la Relazione Annuale al Parlamento relativo al Fenomeno della Tossicodipendenza in Italia per l'anno 2023, l'aumento del numero di madri e donne tossicodipendenti in età fertile sta generando un notevole incremento di gravidanze ad alto rischio e di bambini che alla nascita sperimentano complicanze come la Sindrome di Astinenza Neonatale (SAN) o la Sindrome Alcolico Fetale (FAS), che rappresentano condizioni di forte rischio per la vita del bambino e, a volte, possono condurlo alla morte precoce (De Pieri, [2022](#)).

L'uso di sostanze durante la gravidanza, dunque, espone la donna ad uno stile di vita pericoloso per sé stessa e per il feto, comportando seri rischi sia nel periodo neo che perinatale.

Gli effetti dannosi dell'alcol e delle sostanze stupefacenti sul feto possono includere un parto prematuro, una ridotta circonferenza cranica e malformazioni fisiche, disabilità

intellettive e basso peso alla nascita. La nicotina e il fumo in generale hanno un effetto vasocostrittore e riducono la disponibilità di nutrienti per il feto e ciò può comportare la rottura e il distacco della placenta, aborto spontaneo, disturbi respiratori, Sindrome della Morte Improvvisa Infantile, danni al sistema nervoso e disturbi neurocomportamentali (soprattutto come conseguenza dell'uso cronico di cannabis in gravidanza) (De Pieri, 2022).

Le interazioni con le madri con il Disturbo da Uso di Sostanze sono solitamente caratterizzate da trascuratezza nei confronti dei bisogni primari dei figli e inadeguatezza delle cure e della supervisione genitoriale, rappresentando un rischio per lo sviluppo psico-fisico del bambino e per la sua educazione (Boffio, 2022).

Gli stili di attaccamento più comunemente osservati nella diade madre tossicodipendente - figlio sono quello insicuro/evitante e insicuro/disorganizzato che comportano nel bambino sensazioni di ansia e paura nei confronti della madre. Il bambino, in questo modo, costruirà un'immagine negativa del caregiver, considerandola pericolosa e abusante, dalla quale potrebbe sentirsi perseguitato. Il genitore tossicodipendente è concentrato sulle proprie esigenze personali e sulla ricerca della sostanza, mostrando scarsa sensibilità e trascuratezza nei confronti dei bisogni del figlio che dovrà assumersi delle responsabilità precocemente. Spesso questi bambini faticano a mantenere un senso di sé coerente e stabile e ciò è dovuto ad una instabilità emotiva e di accudimento nei primi periodi di vita che potrebbe portare successivamente alla formazione di sentimenti di abbandono, a isolamento sociale, aumentando il rischio di sviluppare problemi psicopatologici (Bramucci, 2019). A proposito di disturbi mentali ed emotivi, i figli di genitori tossicodipendenti sono significativamente più vulnerabili a sviluppare una gamma di disturbi infantili (Lander, Howsare e Byrne, 2013) quali ADHD, Disturbi del comportamento, Disturbi dell'umore e Disturbi Post-traumatici da Stress a causa di eventi traumatici quali negligenze e abusi legati alla loro situazione familiare (Barnhill, 2020).

In aggiunta, una delle preoccupazioni principali è quella che i figli di genitori tossicodipendenti siano più vulnerabili a sviluppare loro stessi un Disturbo da Uso di Sostanze: la loro esposizione fin da piccoli a contesti in cui viene normalizzata l'assunzione della droga potrebbe influenzare le scelte di vita future del figlio, dando origine a veri e propri cicli di dipendenza transgenerazionali. Di fatti, "fattori come la predisposizione genetica, l'ambiente familiare a rischio, modelli di comportamento poco sani e traumi derivanti da abusi fisici, emotivi o sessuali, possono di certo aumentare il rischio di dipendenza e di altri problemi psicologici" (De Pieri, 2022, p. 39).

La droga causa alterazioni comportamentali nel genitore tossicodipendente quali impulsività e aggressività significativa, scarso autocontrollo, affettività ambivalente e scarso riconoscimento dell'altro. Questi elementi interferiscono nella costruzione di una geni-

torialità sana e funzionale, che non permette l'instaurarsi di uno spazio sicuro di cura fondamentale per un buono sviluppo psicofisico del bambino (Bramucci, 2019).

Questi bambini si trovano spesso a dover assumere posizioni di cura e protezione nei confronti dei genitori, invertendo così i ruoli di parenting: nell'inversione dei bisogni di dipendenza, vengono posti i bisogni del genitore prima di quelli del bambino che si sente, in una certa misura, responsabile del benessere e dell'equilibrio familiare. Ciò può portare nel bambino e nell'adolescente ad una difficoltà nella successiva costruzione di relazioni sane e nella comprensione di comportamenti e sentimenti.

Oltre alle difficoltà genitoriali derivanti dalla condizione di dipendenza in sé, però, è bene tenere in considerazione il tema della trasmissione intergenerazionale dei modelli educativi sperimentati in infanzia da quegli ormai adulti che ora ripropongono le stesse pratiche disfunzionali e maladattive che comportano ulteriori difficoltà genitoriali. A volte, la tossicodipendenza è una risposta a vissuti traumatici di abusi e trascuratezza in infanzia e ciò porta alla riproduzione e perpetuazione di cicli di sofferenza anche all'interno della nuova famiglia. (De Pieri, 2022)

2.4 La fragilità dei nuclei con background migratorio

L'immigrazione è un fenomeno che porta con sé notevoli difficoltà pratiche, materiali ed emotive. I livelli di stress specifico che comportano tali percorsi possono costituire fattori di rischio al maltrattamento in quanto si configurano come disagio sociale e mancanza di strumenti necessari per decifrare i nuovi contesti sociali e i modelli educativi e culturali dominanti (Silva, 2006; Sethi et al., 2013).

Le famiglie immigrate, così come quelle autoctone, rappresentano nuclei a sé caratterizzati da una pluralità di modelli: nonostante le famiglie immigrate condividano tutte l'esperienza della migrazione, sarebbe fuorviante parlare di queste famiglie come soggetti sociali omogenei (Silva, 2006).

L'esperienza della migrazione si concretizza, infatti, attraverso modalità diverse a seconda anche delle caratteristiche e delle risorse individuali e, la scelta dell'emigrazione così come il contesto di arrivo, sono in grado di determinare diversi outcome tanto personali quanto familiari.

In molti casi si tratta di nuclei in cui figli o genitori hanno vissuto un periodo più o meno lungo lontano gli uni dagli altri prima di ricongiungersi, in altri si parla di famiglie transnazionali, ovvero quelle in cui alcuni membri della stessa continuano a vivere nel Paese di origine.

Anche in Italia, la varietà delle tipologie di migrazione che si sono susseguite negli anni è lo specchio della pluralità dei percorsi e dei vissuti che questo fenomeno porta con sé, tanto per le persone che emigrano, tanto per quelle che le accolgono. Se gli anni Set-

tanta sono stati caratterizzati dall'immigrazione di donne sole, prevalentemente giovani e nubili, negli anni Novanta si è assistito alla crescita dell'immigrazione dall'Est europeo, dove quei percorsi migratori individuali si sono trasformati in progetti familiari, anche grazie alla procedura del ricongiungimento familiare (Silva et al., 2004), trasformando il progetto migratorio da temporaneo a stabile.

Le famiglie ricongiunte rappresentano la maggioranza delle famiglie immigrate e sono le stesse ad essere più esposte a situazioni di disagio sociale. La separazione può durare molti anni e le difficoltà legate alla ripresa della vita di coppia e della vita familiare si aggiungono a quelle relative all'inserimento sociale in un contesto che rende molto più semplice l'integrazione dei singoli piuttosto che delle aggregazioni familiari. Quindi, oltre a dover riannodare il legame familiare che si è andato affievolendo nel tempo, i membri della famiglia devono fronteggiare le difficoltà materiali e sociali per le quali i servizi spesso non hanno risposte adeguate e sufficienti, in quanto le progettualità solitamente sono rivolte a singoli piuttosto che a nuclei. Il benessere materiale raggiunto nel Paese di arrivo, d'altro canto, non sempre compensa a pieno gli sforzi psicologici che hanno accompagnato la separazione e l'abbandono del Paese di origine (Silva, 2006).

La ricostruzione di un nuovo equilibrio richiede una notevole fatica soprattutto dal momento che, spesso, con l'arrivo nel nuovo Paese è necessario ridefinire i propri ruoli all'interno della famiglia e della società in generale, anche in maniera piuttosto drastica e dolorosa. "Il trauma dell'immigrazione produce lacerazione psicologica, emotiva e culturale, e direttamente o indirettamente riguarda tutti i componenti della famiglia, siano essi adulti, adolescenti o bambini" (Silva, 2006, p. 31).

Oltre a questa lacerazione emotiva, un'ulteriore difficoltà ha a che fare con l'integrazione nella e da parte della società d'arrivo. Se da una parte è vero che con la formazione della famiglia il rapporto tra immigrato e società migliora e si intensifica (stabilendo come nucleo rapporti più stretti con la comunità locale e con le sue istituzioni), le interazioni quotidiane con gli insegnanti, i medici e gli uffici pubblici si mostrano ancora fallaci e incomplete rispetto ad una comunicazione interculturale e rispettosa delle difficoltà linguistiche dei nuovi cittadini.

Tale barriera non facilita la comprensione da parte delle famiglie immigrate dei modelli culturali e educativi del Paese di arrivo che rappresenta un ostacolo non indifferente nella costruzione nei figli di un senso di appartenenza nel nuovo contesto sociale, che dovrebbe, al contrario, essere tale da conciliare le diverse appartenenze e tradizioni, transitando tra più culture e tra più sistemi valoriali.

La vulnerabilità della coppia, i problemi di integrazione e le difficoltà linguistiche rappresentano delle barriere per i genitori immigrati che non hanno, così, gli strumenti necessari per decifrare il nuovo contesto sociale e culturale che viene, talvolta, rinnegato

a favore del mantenimento dei modelli tradizionali di origine. È debito sottolineare anche la dinamica di depotenziamento dello status lavorativo nei confronti degli adulti immigrati, ai quali non vengono riconosciute le competenze professionali possedute a causa di quel processo di etnicizzazione del mercato di lavoro che attribuisce ad alcune nazionalità determinati lavori (come, ad esempio, ritenere i filippini bravi domestici o le peruviane badanti ineccepibili). L'incongruenza tra le aspettative della migrazione e la realtà del nuovo contesto di arrivo può causare nei genitori una spaccatura molto faticosa da affrontare, che potrebbe avere ricadute sull'equilibrio familiare e sulla crescita dei figli (Silva, 2006).

Tali fragilità, assieme, rappresentano fattori di rischio di maltrattamento in famiglia sia esso psicologico, fisico o di trascuratezza materiale e negligenza.

Alla scuola, alla comunità locale e a tutti i suoi interlocutori istituzionali spetta il compito di conciliare entrambe le appartenenze dei figli e delle famiglie, così da costruire un senso di sé e uno stile di vita rispettoso nei confronti delle diverse culture, divenendo risorsa per sé stessi e per la comunità. Il sostegno alla genitorialità, in quest'ottica, rappresenta un ottimo fattore protettivo al rischio di *child abuse* in un contesto che chiede di essere ridefinito e riequilibrato, creando un'identità soggettiva e familiare rinnovata e rinforzata.

Trattando in questo paragrafo di etnia, è doveroso, in conclusione, fare un piccolo accenno rispetto a quelle tipologie di maltrattamento che sono culturalmente determinate e motivate, che nel nostro Paese vengono, appunto, considerate violenza.

In alcuni Paesi dislocati soprattutto nell'Africa subsahariana, per motivi tradizionali e socioculturali vari, “ma tutti di difficile comprensione agli occhi dell'osservatore occidentale, sono diffuse alcune pratiche di modificazione o comunque di aggressione degli organi genitali femminili, attraverso le quali si attua una sorta di controllo sulla sessualità e sul corpo della donna” (Basile et al., 2007, p. 49).

Poiché tali pratiche prevedono l'asportazione di tessuti dell'apparato genitale femminile, vengono comunemente indicate con il termine “mutilazioni genitali femminili”. I Paesi occidentali sono venuti a contatto con tale fenomeno per effetto dei flussi migratori provenienti dall'Africa e dall'Asia e rappresenta una pratica, da un punto di vista antropologico, assai composita e complessa a causa delle diverse motivazioni e delle modalità di intervento con cui viene praticata e motivata.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità nel 1995 ha elaborato una definizione a riguardo per monitorarne l'andamento e riguarda “tutte le pratiche che comportano la rimozione parziale o totale degli organi genitali femminili esterni o altri danni agli organi genitali femminili, compiute per motivazioni culturali o altre motivazioni non terapeutiche” (WHO, 2024). Secondo la stessa OMS, tali pratiche possono causare gravi danni

alle donne sia per quanto riguarda l'integrità fisica, sia per la loro salute sessuale e psicologica. Nonostante la dannosità della pratica sia sempre più riconosciuta, ciò sembra non fermarne la diffusione. Le motivazioni socioculturali a sostegno di queste pratiche sembrano sovrastare la pericolosità che possono comportare. Tra le altre, le motivazioni possono concernere le convinzioni religiose, il rafforzamento dell'identità culturale (dove la mutilazione funge come segno di riconoscimento dell'appartenenza ad una certa comunità) o credenze sull'igiene e sull'estetica (Basile et al., 2007).

Considerando le motivazioni propriamente culturali che sottendono a tali pratiche, le mutilazioni genitali femminili possono essere considerate un chiaro esempio di reato culturalmente motivato: si tratta di un fenomeno importato dall'immigrazione e, se per i gruppi culturali minoritari tale pratica viene accettata o addirittura incoraggiata, dal gruppo maggioritario di accoglienza viene considerato come vera e propria violenza ed è debita, quindi, una riflessione interculturale che ne faccia comprendere le diverse accezioni. L'Italia, ad esempio, ha adottato una norma incriminatrice ad hoc contenente le "Disposizioni concernenti la prevenzione e il divieto di pratiche di mutilazione genitale femminile" con la legge n. 7 del 9 gennaio 2006, introducendo due nuove figure di reato nel Codice penale: le "mutilazioni genitali" (all'articolo 583 bis comma 1 c.p.) e le "lesioni genitali" (all'articolo 583 bis comma 2 c.p.) (Basile et al., 2007).

Rispetto alla cultura professionale nel *social work*, lo studio di Williams e Soydan (Williams e Soydan, 2005) rileva che alcuni assistenti sociali interpretano i problemi di abuso come sintomatici della cultura dei genitori immigrati, esprimendo veri e propri stereotipi culturali. Se da una parte è debito tenere in considerazione i diversi background migratori e culturali di riferimento, dall'altra è necessario ricercare le motivazioni dei maltrattamenti anche in variabili strutturali quali la disoccupazione, la povertà e l'esclusione sociale che possono influenzare notevolmente il funzionamento familiare e le capacità genitoriali, suggerendo, quindi, una comprensione più olistica delle difficoltà di questi nuclei. D'altro canto, è comunque doveroso spiegare le leggi nazionali ai genitori immigrati, così da renderli consapevoli rispetto a ciò che nel Paese di arrivo viene considerato illecito e violenza, attraverso una comunicazione interculturale sensibile e scevra da pregiudizi. Le differenze culturali, dunque, non devono essere taciute ma anzi comprese e ascoltate, per costruire una migliore integrazione delle diverse sensibilità etniche nelle pratiche quotidiane e nella gestione e cura dei figli. La standardizzazione "color blind" delle pratiche nel lavoro sociale, quindi, potrebbe non essere sempre efficace in contesti di diversità culturale: è necessario un equilibrio tra universalismo e sensibilità culturale per garantire una protezione efficace dei minori (Williams e Soydan, 2005).

2.5 Gli esiti del maltrattamento: dai disturbi fisici alla trasmissione intergenerazionale della violenza

“Il maltrattamento all’infanzia comporta una molteplicità di effetti psicofisici, emotivi e sociali negativi, costosi nel corso della vita della vittima, tanto per il minore quanto per la società” (World Health Organization, 2006, p.10). Le conseguenze sociali e sanitarie del maltrattamento sui minori, infatti, riguardano uno spettro molto più ampio rispetto al decesso e alle lesioni gravi, e includono danni importanti alla salute fisica e mentale ed allo sviluppo delle vittime, sia a breve che a lungo termine. Gli esiti del maltrattamento sono costosi tanto per la vittima quanto per la società. Gli effetti del *child abuse*, siano essi di tipo fisico, comportamentale o emotivo, dipendono dallo stadio di sviluppo infantile al momento dell’abuso, la severità e la durata del maltrattamento, il tipo di legame e di relazione tra la vittima e il perpetratore della violenza e altri fattori contestuali e ambientali che incidono nella perpetuazione del maltrattamento, nella sua modalità e nella sua elaborazione da parte della vittima.

Le malattie e i disturbi causati dagli abusi sui minori rappresentano una parte significativa del carico globale delle malattie. Dalla letteratura scientifica è ormai dimostrato che molte malattie riscontrate negli adulti (quali cardiopatie, tumori, malattie polmonari croniche, fibromialgia) sono legate a esperienze di abuso durante l’infanzia. Il meccanismo cardine che sembra spiegare questa correlazione sembra essere la tendenza a adottare comportamenti a rischio usati come strategie di adattamento e sopravvivenza dalle vittime di abusi e traumi infantili e possono concretizzarsi nell’abuso di alcool e sostanze stupefacenti, fumo, una dieta non salutare, la mancanza di esercizio fisico e, in generale, una scarsa attenzione alla cura della salute fisica (Krug et al., 2002).

Molti dei sopravvissuti agli abusi sperimentano sintomi psichiatrici quali depressione, ansia, discontrollo dell’aggressività, comportamento antisociale e violento e disturbi sessuali (Sethi et al., 2013). Tra i disturbi psichiatrici maggiormente rilevati vi sono il Disturbo Post-traumatico da Stress (sia a breve che a lungo termine), il Disturbo da Depressione Maggiore, Disturbi d’Ansia e Disturbi del Sonno (Krug et al., 2002; Di Iullo et al., 2017).

Rispetto agli esiti psicologici che il *child abuse* comporta, sono diversi gli autori che hanno arricchito la letteratura scientifica circa il trauma psicologico derivante dall’esposizione alla violenza e al maltrattamento, sia diretta che indiretta. Tra gli altri, Herman nel libro “*Trauma and Recovery*” (2005) definisce il trauma acuto come “il dolore degli impotenti” e fa riferimento a quelle situazioni gravi di maltrattamento all’infanzia che paralizzano le vittime togliendo loro la forza di reagire. Il trauma psicologico viene anche definito come “una circostanza in cui un evento supera o eccede le capacità di una persona di proteggere il proprio benessere e la propria integrità psichica” (Di Iullo et al., 2017, p.

30).

Van der Kolk, nel 2005, approfondisce il tema dell'esposizione prolungata al maltrattamento che, con le sue caratteristiche di cronicità, produce continue condizioni di stress che portano il bambino alla fabbricazione di sentimenti di impotenza, pregiudicando i legami di attaccamento e la formazione di un senso di sicurezza, influenzando notevolmente sulla strutturazione del senso di sé e della personalità. Le conseguenze dirette al trauma si presentano sotto forma di disturbi quali, ad esempio, il disturbo post-traumatico da stress, disturbo depressivo con difficoltà emotivo-relazionali, difficoltà cognitive e disturbi del comportamento (quali delinquenza e bullismo), problemi del neurosviluppo (che colpiscono le aree del linguaggio) e varie forme di mal-adattamento a lungo termine e intese trasversalmente all'interno della vita sociale del minore che si accinge alla vita adulta, con un alto fattore predittivo di trasmissione intergenerazionale della violenza attraverso la distorsione delle dinamiche relazionali (Der Kolk, 2005).

Un altro esito diretto al maltrattamento è il cosiddetto "peso finanziario" che le vittime di maltrattamento devono sostenere a breve e lungo termine. Ciò include i costi diretti associati alle spese sanitarie e alle visite ospedaliere necessarie a causa dei maltrattamenti subiti. Vi sono, in aggiunta, costi indiretti correlati alla minor produttività, a condizioni di disabilità acquisite come conseguenza diretta del maltrattamento, una generale ridotta qualità di vita e una morte prematura (Krug et al., 2002). Nel dibattito scientifico, a completamento di quanto detto fino ad ora, è stata introdotta alla fine del secolo scorso l'espressione "Esperienze Sfavorevoli Infantili" (ESI) per indicare l'insieme di situazioni negative vissute durante l'infanzia che sono in grado di danneggiare gravemente lo sviluppo della vittima sul piano personale e comportamentale, anche a lungo termine. Fanno parte delle cosiddette "ESI" tutte le forme di *child abuse* (anche indirette, come la violenza assistita) e tutte quelle condizioni che rendono l'ambiente familiare ed extrafamiliare insicuro e pericoloso per il minore come la convivenza con membri che abusano di sostanze stupefacenti o di alcool, che abbiano problemi psichiatrici, tendenze suicide o che siano stati in carcere (World Health Organization, 2006). Uno studio cardine in questo ambito di ricerca, condotto tra il 1995 e il 1998 (Felitti et al., 1998), è stato presentato da Felitti con il titolo "*Adverse Childhood Experiences Study*" nel 2013 al Congresso Internazionale di Austin, in Texas. Il focus dello studio fu quello di comprendere quanto il maltrattamento subito in infanzia potesse contribuire allo sviluppo, decenni più tardi, di malattie croniche che risultano essere tra le cause maggiormente comuni di morte e disabilità negli Stati Uniti. L'ipotesi sostenuta da Felitti riteneva che alcuni comportamenti disfunzionali potessero rappresentare strategie compensatorie per evitare di affrontare traumi infantili irrisolti e, nello specifico, lo studio si focalizzò sul legame tra obesità e traumi infantili. Felitti ipotizzò che molti pazienti usassero l'obesità come una forma di

difesa contro aggressioni fisiche e sessuali, dato che molti di loro avevano subito abusi durante l'infanzia. In questo quadro, l'aumento di peso fungeva da barriera protettiva contro attenzioni sessuali indesiderate, molestie e aggressioni. Queste osservazioni portarono a elaborare l'ipotesi che i traumi infantili potessero essere all'origine di comportamenti a rischio anche a distanza di molti anni (Visci, 2022). “Una forte associazione è stata rilevata tra il numero delle esperienze avverse e autodichiarazioni dei partecipanti riguardo al fumo, all'obesità, all'inattività fisica, all'alcolismo, all'abuso di droga, alla depressione, al tentato suicidio, alla promiscuità sessuale e alle malattie a trasmissione sessuale in età adulta. Ancor più, le persone che hanno riferito un alto numero di esperienze negative durante l'infanzia, hanno una più alta probabilità di mostrare comportamenti a rischio per la salute, che lo studio suggerisce vengano adottati come meccanismi di difesa” (World Health Organization, 2006, p.13).

2.5.1 Trasmissione intergenerazionale della violenza

Il tema della trasmissione intergenerazionale della violenza rappresenta un campo di ricerca molto importante rispetto agli esiti del *child abuse* e della prevenzione dello stesso.

Di trasmissione si parla, infatti, in termini di riproduzione di pattern abusanti all'interno della famiglia che vengono riproposti in maniera transgenerazionale. Sebbene non tutti i genitori vittime di violenza nell'infanzia diventino genitori che commettono violenza contro i propri figli, i fattori che contribuiscono a perpetuare o interrompere i modelli di violenza in famiglia non sono ancora del tutto chiari. La transgenerazionalità, in questo senso, può rappresentare un rischio per lo sviluppo familiare, ma, come tale, non è causa del mantenimento della violenza familiare. La logica che sottende a tali meccanismi rimane ancora oggi, dunque, non del tutto compresa (Boas e Dessen, 2019).

I figli esposti a violenza domestica hanno una probabilità dalle quattro alle nove volte maggiore di essere vittima di altre forme di violenza familiare e sono più inclini a sviluppare un'ampia gamma di disturbi emotivi e del comportamento trauma-correlati. In particolare, l'adolescenza sembra essere un periodo di vita particolarmente sensibile nella quale l'esposizione alla violenza aumenta il rischio della trasmissione intergenerazionale della stessa (Pinna, 2016).

L'esposizione a violenza domestica tra partner potrebbe instillare nei figli l'idea che la violenza sia giustificata e utile nella risoluzione dei conflitti, costruendo una concezione di accettazione della violenza e aumentando la probabilità che i figli sviluppino una tendenza a commettere crimini violenti e ad adottare comportamenti abusanti nel corso della loro vita.

Infatti, diversi studi sul campo indicano che una storia familiare di maltrattamenti in età infantile, connessa ad una postura di accettazione della violenza aumentano le proba-

bilità che un individuo diventi a sua volta un perpetuatore della stessa (Boas e Dessen, 2019).

Molti dei comportamenti e delle strategie che adottano i genitori nei confronti dei loro figli derivano da modelli che loro in primis hanno appreso dalla loro famiglia d'origine nel corso della loro infanzia e adolescenza, a sostegno della trasmissibilità della violenza (Boas e Dessen, 2019).

Anche in uno studio di Milner del 2010 (Milner et al., 2010) si evince che la probabilità che un adulto compia violenza fisica su un figlio è tre volte maggiore per quelli che sono stati vittima di abusi durante l'infanzia. Un altro aspetto verificato è stato che l'entità della relazione tra vissuti di violenza in età infantile e il rischio di trasmissione degli stessi in età adulta è simile a prescindere da genere, etnia, età o stato civile dei partecipanti.

Nonostante ciò, è bene tenere a mente che non tutti i genitori che sono stati vittima di abusi in infanzia commettono lo stesso tipo di violenza nei confronti dei figli. La storia di violenza in infanzia contribuisce solo in parte alla trasmissione del maltrattamento nelle generazioni successive: ulteriori variabili in gioco riguardano il supporto sociale, la qualità dei rapporti familiari con le famiglie di origine, i sintomi traumatici derivanti dagli abusi subiti (e i conseguenti Disturbi che possono esserne derivati), la gravità della violenza subita e il grado di consapevolezza rispetto al vissuto traumatico. Queste variabili interagiscono con altri fattori quali le caratteristiche prettamente individuali della persona e il periodo e la durata dell'abuso subito che possono agire come fattori di rischio o di protezione per la riproduzione della violenza (Boas e Dessen, 2019).

“Fuchs, Mohler, Resch e Kaess (2015) sostengono che le madri con una storia di abusi mostrano in media meno coinvolgimento e responsività nei confronti dei loro figli nei loro primi anni di vita” (Boas e Dessen, 2019, p.3) e ciò indica che il *child abuse* subito in infanzia non necessariamente determina una replicazione di esso in età adulta, ma potrebbe interferire nel riconoscimento delle emozioni e nella costruzione di atteggiamenti e contesti positivi.

Nonostante l'esposizione a modelli di violenza non sempre conduca ad una maggior accettazione di essi, gli studi sulla transgenerazionalità dimostrano che le persone che hanno subito molte punizioni fisiche sono le prime ad accettare maggiormente questa forma di disciplina e ciò aumenta notevolmente la possibilità di adottarne in prima persona la pratica. La perpetuazione della violenza tra le generazioni avviene spesso inconsapevolmente e le persone a volte appaiono sorprese quando realizzano (o gli viene detto) che stanno agendo esattamente nella maniera che usavano i loro genitori (abusanti).

Pertanto, per interrompere il ciclo della violenza e agire diversamente da ciò che si è imparato durante l'infanzia non è sufficiente il riconoscimento dei modelli trasmessi dai propri genitori. L'uso della violenza fisica si inserisce in un contesto in cui le relazioni

sono rigide, poco affettuose e dove la coercizione è una costante: sviluppare una consapevolezza rispetto a modalità educative sane e funzionali richiede un lavoro faticoso di rielaborazione delle esperienze passate.

In ottica di interruzione di questi cicli di violenza è fondamentale prendere in considerazione sia le esperienze abusanti che, prioritariamente, la percezione che ogni singolo individuo ha rispetto all'educazione avuta nelle proprie famiglie d'origine, intesa sia come punizioni corporali (e l'uso della violenza in generale) che educazione nel suo complesso (Boas e Dessen, 2019).

Secondo l'*European Report on Preventing Child Maltreatment* (Sethi et al., 2013), l'esposizione alla violenza in infanzia, inclusa la *intimate partner violence* (IPV), aumenta il rischio individuale di diventare sia vittima che perpetratore della violenza in adolescenza e in età adulta. Una manifestazione di ciò potrebbe essere quella di sviluppare una maggiore propensione a impegnarsi nella violenza giovanile (sia come perpetratore che come vittima) o, in età adulta, ad essere vittima o perpetratore della violenza tra partner intimi.

Anche nello studio sul *child abuse & neglect* di Lünemann e colleghi (Lünemann et al., 2019) emerge come i genitori che hanno subito abusi o negligenza in infanzia siano più inclini a manifestare sintomi di trauma in età adulta e questi potrebbero configurarsi come Disturbi quali il Disturbo Post-traumatico da Stress (PTSD); il trauma genitoriale trasmesso nei figli può configurarsi come PTSD anche per loro.

La stessa ricerca rileva che la relazione genitore-figlio per le madri è mediata dall'*intimate partner violence* (IPV) attuale: le madri con una storia di *child abuse* hanno una maggiore probabilità di subire violenze da partner intimi e queste esperienze contribuiscono ad aumentare i sintomi di trauma.

I sintomi di trauma dei genitori, infatti, sono direttamente correlati ai sintomi di PTSD nei figli. Questo conferma che il trauma genitoriale ha un impatto significativo sul benessere psicologico dei bambini.

In conclusione, il paper discute le implicazioni pratiche e cliniche della trasmissione intergenerazionale della violenza e del trauma affermando che (Lünemann et al., 2019):

- i) La trasmissione del trauma per le madri è influenzata dalla IPV attuale subita. Interrompere il ciclo della violenza nelle famiglie può essere cruciale per ridurre i sintomi di trauma sia nei genitori che nei figli;
- ii) I professionisti devono affrontare il trauma tanto nei genitori quanto nei figli. Il trattamento dei bambini per i loro sintomi di PTSD può essere meno efficace se i genitori non ricevono aiuto per i loro stessi traumi;
- iii) È fondamentale investire nella terapia per il trauma e nell'interruzione della violenza familiare. Per fare ciò è imprescindibile la cooperazione tra diverse figure professionali che siano in grado di cooperare per la costruzione di ambienti sicuri e sani per figli e genitori.

2.6 I fattori di protezione: come mitigare il rischio di maltrattamento

Se da un lato esistono fattori di rischio in grado di accrescere la suscettibilità dei minori e delle famiglie al maltrattamento all'infanzia, dall'altro vi sono altrettanti fattori protettivi che possono ridurre la probabilità che questo avvenga.

Dal punto di vista della letteratura scientifica, ad oggi sono poche le esperienze di ricerca sistematica sui fattori di protezione, in quanto per decenni ci si è concentrati prioritariamente sull'analisi dei fattori di rischio che conducono al maltrattamento e, di conseguenza, i risultati in questo campo non godono di una adeguata attenzione e analisi (Krug et al., 2002).

Un fattore protettivo particolarmente studiato, però, è quello della resilienza, che ha a che fare con le variabili che diminuiscono l'impatto del maltrattamento sulla vittima quando questo è già avvenuto o è in essere. Si può intendere la resilienza come elemento di protezione trasversale ed è il risultato della combinazione di più fattori protettivi che includono l'attaccamento stabile del bambino alle figure adulte della famiglia, alti livelli di attenzione da parte del padre durante l'infanzia, non venire a contatto con contesti di delinquenza e dipendenza, una relazione calorosa e di supporto con il genitore e il non sviluppare forme di stress post traumatiche successive agli abusi subiti (World Health Organization, 2006).

È il risultato di un'interazione tra biologia e ambiente ed ha a che fare con gli strumenti che permettono all'individuo di affrontare le avversità e le minacce che impediscono un sano sviluppo, chiamate dalla letteratura "abilità di coping". La resilienza è un fattore protettivo tanto per il minore quanto per il genitore, in quanto l'abilità di affrontare e rispondere alle sfide quotidiane e agli stress specifici del ruolo genitoriale diminuisce la probabilità che un genitore trasferisca ai figli la propria frustrazione e metta in atto abusi all'infanzia. L'abilità di resilienza può avere un impatto benefico soprattutto per quei genitori che hanno una storia di abusi nella propria infanzia. I fattori individuali in grado di promuovere la resilienza includono buone competenze sociali ed emotive quali l'autocontrollo, una buona autostima e uno sviluppato senso di autoefficacia, buone abilità adattive e di risoluzione dei problemi in modo autonomo. Per quanto riguarda la sfera delle relazioni, avere un forte legame con i propri caregiver e altri adulti di riferimento, avere relazioni supportive con i pari e con i partner sentimentali, costituiscono dinamiche protettive al rischio di maltrattamenti successivi. Da un punto di vista sociale più ampio, avere un ambiente scolastico supportivo, abitare in un quartiere sicuro e avere il sostegno della comunità, possono rappresentare effetti protettivi (World Health Organization, 2006; Sethi et al., 2013). In conclusione, un clima familiare amorevole e rispettoso, rapporti coniugali stabili e non conflittuali e una rete di supporto sociale (rappresentata tanto dalla famiglia allargata quanto dai rapporti amicali, ad esempio, di vicinato) rappresentano di-

namiche e condizioni protettive al rischio di sviluppo di circuiti di violenza intrafamiliare. Oltre ai fattori contestuali e familiari, anche le caratteristiche dei profili genitoriali sono in grado di mitigare il rischio di *child abuse*: la capacità di coping e di gestione dello stress parentale, la resilienza, valide capacità genitoriali e una buona autostima nei caregiver rappresentano, assieme a buone competenze sociali ed emotive dei bambini, fondamentali fattori di protezione al maltrattamento. Alti livelli di capitale sociale rappresentati da servizi per la salute e per il benessere sociale dell'infanzia e della famiglia, una buona rete di mezzi di trasporto e la possibilità di abitare in un alloggio e in un quartiere dignitoso e sicuro, sono tutte condizioni protettive al rischio di maltrattamento all'infanzia (Latino, 2020).

In conclusione, l'individuazione e l'analisi dei fattori di rischio e di protezione permette, anzitutto, di costruire azioni efficaci di prevenzione e di cura volti a ridurre la sofferenza dei bambini e i danni derivanti dagli abusi che influenzano il loro sviluppo fisico, emotivo, relazionale e sociale. Comprendere i principali fattori di rischio che conducono al maltrattamento permette, inoltre, di individuare i gruppi di popolazione maggiormente a rischio e, quindi, di costruire programmi di prevenzione e di protezione di quelle comunità più vulnerabili. I fattori di rischio, infatti, interagiscono con i fattori di protezione all'interno del contesto di vita familiare e del bambino: un'analisi del contesto domestico, comunitario e istituzionale è imprescindibile per promuovere interventi tempestivi ed efficaci di tutela dell'infanzia e per garantire una continuità assistenziale a livello globale. La tutela dell'infanzia, non a caso, prevede l'attivazione di diversi attori istituzionali e diversi professionisti che, in ottica multidimensionale, facilitano la costruzione di percorsi costruiti su misura sulla persona, in grado di rispondere ai diversi bisogni familiari e personali, sia dal punto di vista sociale e sanitario che giuridico. Nell'analisi dei fattori ci si dovrebbe prioritariamente concentrare sui fattori di protezione per rafforzare le conoscenze e le competenze genitoriali, fornendo supporto e sostegno ai caregiver, plasmando una società in cui non venga più tollerato il maltrattamento.

3 Il Servizio sociale come strumento di prevenzione, sostegno e protezione

3.1 Il costo del maltrattamento all'infanzia: il primo caso studio in Italia

Le conseguenze del maltrattamento all'infanzia possono essere di vario tipo e, se si dà per assodato che esse comprendano gravi danni fisici, emotivi, cognitivi e comportamentali per la vittima, un altro aspetto da considerare è la spesa che comportano per la collettività (CISMAI, 2013).

È necessario, però, fare una specifica rispetto ai connotati che può assumere la definizione di “costo”. Se da una parte la protezione dei minori in senso stretto, intesa come l'insieme di interventi e trattamenti di cura e tutela delle vittime (come i programmi di affidi familiari, gli inserimenti in comunità, i ricoveri ospedalieri, le visite mediche correlate agli abusi e gli interventi delle forze pubbliche), si concretizza senza dubbio in un flusso di uscite monetarie e rappresenta inequivocabilmente un costo che incide solo pesantemente sui bilanci dello Stato, le spese relative alla prevenzione e alla sensibilizzazione della collettività al fenomeno del *child abuse*, d'altro canto, potrebbero essere definite come “costo indiretto” ma rappresentano un vero e proprio investimento in grado di generare un potenziale risparmio futuro. Il maltrattamento all'infanzia, infatti, pesa in modo significativo sui bilanci dei Comuni, delle Aziende Sanitarie, dei Centri per la salute mentale e sul sistema della Giustizia. Questo è dovuto al fatto che il maltrattamento non solo comporta delle conseguenze a breve termine sulle vittime, ma ha un'alta probabilità di scatenare una serie di patologie anche gravi a lungo termine e nell'età adulta delle vittime di abuso quali dipendenze, malattie mentali e disabilità, ma può condurre anche a comportamenti a rischio o devianti come la criminalità, disoccupazione e perdita di reddito, incidendo inevitabilmente sul bilancio dello Stato e sulla perdita di produttività (CISMAI, 2013).

Nel report statistico di Walker e colleghi (Walker et al., 1999) viene evidenziata la differenza delle spese sanitarie sostenute da donne con o senza trascorsi di abuso durante l'infanzia: le spese relative alla cura della salute mentale aumentano del 215% per le donne vittime di *child abuse* e ciò rappresenta un dato importante a sostegno dell'ipotesi che gli effetti del maltrattamento non si esauriscano nel breve periodo ma che si protraggano per un periodo di tempo indeterminato e che si configurino sotto forma di Patologie e Disturbi diversificati nel lungo periodo.

Gli studi che tentano di stimare i costi pubblici associati a forme di maltrattamento infantile sono relativamente recenti (si vedano, ad esempio, Fromm, 2001; Wang e Holton, 2007; Gelles e Perlman, 2012) e si concentrano principalmente sulla prevalenza del

fenomeno, ovvero il rapporto tra il numero degli eventi rilevati (ovvero “aver subito maltrattamento”) all’interno di una popolazione in un momento o arco temporale definito e il numero totale di individui della popolazione nello stesso periodo (CISMAI, 2013). La prevalenza, dunque, rappresenta un dato statico che si contrappone all’incidenza, dato sostanzialmente dinamico, che misura la proporzione di nuovi eventi che si verificano in una popolazione in un arco temporale definito, ovvero il tasso di nuove vittime in un certo periodo, per una certa popolazione campionaria.

Terre des Hommes e Cismai (Bollini, Federica Giannotta e Angeli, 2013), con l’obiettivo di colmare un vuoto conoscitivo dal punto di vista statistico rispetto al fenomeno del maltrattamento all’infanzia, nel 2012 hanno promosso un’indagine rivolta ai servizi sociali dei Comuni italiani per costruire la prima mappatura quali-quantitativa del fenomeno in Italia dal titolo, appunto, “*Maltrattamento sui bambini: quante le vittime in Italia?*”, *prima indagine quali-quantitativa sul maltrattamento a danno di bambini*. L’indagine ha previsto l’invio di un questionario auto-somministrato ai servizi sociali comunali per la raccolta di due dati in particolare riferiti alla situazione al 31 dicembre 2011: i dati rispetto ai minorenni in carico ai servizi sociali per maltrattamento e quelli rispetto ai minorenni in carico per altri motivi ma che sono anche vittime di *child abuse*. La somma di questi due dati restituisce una fotografia rispetto alla prevalenza del fenomeno del maltrattamento, sia locale che nazionale, e rileva, quindi, il numero di vittime minorenni in carico ai servizi sociali comunali nel 2011, indipendentemente dall’anno in cui si è verificato il maltrattamento. Dei 49 Comuni contattati, 31 hanno fornito una risposta corretta: 25 si trovano al Nord, nessuno al Centro e 6 al Sud. La rilevazione ha coperto un totale di 758.932 minori, pari al 7,4% della popolazione minorile residente in Italia nel 2011. La maggior parte dei Comuni partecipanti ha una popolazione inferiore ai 250.000 abitanti, con l’eccezione di cinque grandi città (Bologna, Genova, Milano, Napoli, Torino). Per calcolare la prevalenza, si è determinata la percentuale di minori seguiti dai servizi per maltrattamento rispetto al totale dei minori residenti nei Comuni coinvolti, ottenendo un valore pari allo 0,98%. Questa percentuale rappresenta una stima della prevalenza del fenomeno del maltrattamento all’infanzia a livello nazionale. Sulla base del numero totale di minori residenti in Italia nel 2011 (10.229.814), si stima che i minori maltrattati seguiti dai servizi in quell’anno siano stati circa 100.252 (Bollini, Federica Giannotta e Angeli, 2013). Con i dati raccolti da questa prima indagine è stato poi realizzato un successivo studio nazionale sempre condotto da Cismai e Terre des Hommes in collaborazione con l’Università Bocconi di Milano dal titolo “*Tagliare sui bambini è davvero un risparmio?*” (CISMAI, 2013), che propone sia un’analisi di prevalenza che di incidenza del fenomeno del maltrattamento all’infanzia e dei costi pubblici ad esso conseguenti. La classificazione dei costi si suddivide in due macrocategorie: i costi diretti e i costi indiretti. I costi diretti

fanno riferimento alle spese immediatamente associate a un caso di abuso, come quelle d'emergenza (ad esempio, le cure ospedaliere necessarie in seguito a un maltrattamento fisico) e le spese legate alla tutela del minore (come gli interventi di affido familiare o l'inserimento del minore in una comunità educativa). Questi costi si manifestano solitamente nel breve termine, ossia fino al raggiungimento della maggiore età da parte del minore. La seconda categoria, quella dei costi indiretti, riguarda le spese che derivano in modo meno immediato dal maltrattamento e che tendono a manifestarsi nel lungo termine (come le spese per cure psicoterapiche o psichiatriche in età adulta). Tuttavia, i costi indiretti non necessariamente si manifestano solo a lungo termine: ad esempio, rientrano in questa categoria anche le spese per l'insegnamento di sostegno al minore maltrattato, che possono insorgere già prima del raggiungimento della maggiore età (CISMAI, 2013). Per quanto riguarda la scelta delle voci di costo, lo studio fa riferimento all'impostazione proposta da Wang e Holton (2007) e, per quanto riguarda i costi diretti come conseguenza immediata al maltrattamento, considera l'ospedalizzazione, la cura della salute mentale, i costi del Welfare per le prestazioni residenziali, per l'affido familiare e le spese necessarie all'avvio di servizi sociali professionali e, infine, i costi direttamente collegati al sistema della Giustizia e della tutela del minore in senso stretto. I costi indiretti, invece, si riferiscono a interventi di educazione speciale, cura della salute fisica e mentale da adulti, delinquenza giovanile e comportamenti devianti in età adulta, disoccupazione e perdite di produttività per la collettività.

Il risultato conclusivo dell'analisi vede 13 miliardi di euro versati dalla collettività a causa della prevalenza del fenomeno del *child abuse* in un anno tipo (il 2010), pari a 0,84% del PIL nazionale. Attraverso l'analisi di incidenza, invece, risultano 910 milioni di euro (pari al 0,06% del PIL) quelli spesi per i soli nuovi casi di maltrattamento registrati in quell'anno: la cifra è decisamente inferiore ma, trattandosi di uno studio di incidenza, è un dato che si ripropone di anno in anno (CISMAI, 2013). Lo studio evidenzia che la carenza di investimenti sistematici e a lungo termine nella prevenzione del maltrattamento comporta un aumento dei costi sociali e sanitari per lo Stato, sia nel breve che nel medio periodo. Un maggiore e migliore investimento nella prevenzione della violenza sui minori potrebbe dunque portare a un cambiamento strutturale significativo nella gestione della spesa pubblica, con evidenti vantaggi economici per il bilancio statale e una protezione più efficace dei diritti dei bambini (Martinelli et al., 2021).

Considerato che secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità, per ogni caso emerso ce ne sono nove che non vengono riconosciuti e curati, il costo potenziale del maltrattamento in Italia potrebbe raggiungere i 100 miliardi di euro l'anno. In aggiunta, il premio Nobel per l'economia nel 2000, James Heckman, ha fatto un calcolo previsionale rispetto ai costi sostenuti per l'infanzia e i costi che queste persone adulte rappresenterebbero per

la società: dal suo studio emerge l'ipotesi che investire di più oggi, rappresenti un maggior risparmio nel futuro (Heckman e Masterov, 2007). Lavorando nel panorama statunitense, le sue ricerche riportano che un dollaro investito nella prima infanzia su bambini a rischio genera un risparmio futuro di sette dollari.

In conclusione, un monitoraggio più efficace del fenomeno è essenziale per sensibilizzare sui costi generati dal maltrattamento e promuovere una cultura della prevenzione. La letteratura dimostra che un'identificazione precoce del maltrattamento può portare a significativi risparmi sociosanitari e sociali. Intervenire tempestivamente può prevenire l'aumento di costi diretti e indiretti che si accumulano nel corso della vita di un bambino vittima di abusi. Tuttavia, anche in Paesi con sistemi di monitoraggio avanzati, come il Regno Unito, i dati sui costi complessivi restano limitati e difficili da determinare, poiché variano a livello individuale. Comprendere le implicazioni economiche del maltrattamento è dunque una sfida globale, non solo per l'Italia. Nonostante questi limiti, lo studio rappresenta un progresso significativo, fornendo una base utile per l'elaborazione di nuove politiche pubbliche. Dimostra chiaramente che il maltrattamento infantile comporta costi enormi per la società, sia a breve che a lungo termine. È evidente che attualmente le risorse sono destinate principalmente alla cura dei bambini già vittime, piuttosto che alla prevenzione: l'attenzione dei decisori politici e degli studiosi dovrà ora concentrarsi su strategie di prevenzione primaria efficaci per ridurre l'incidenza del maltrattamento all'infanzia, oltre a mitigare gli effetti a breve e a lungo termine con cui convivranno le vittime per il resto della loro vita. È auspicabile, quindi, un progresso nella ricerca anche in questa direzione (CISMAI, 2013).

3.2 Il ruolo della prevenzione per il maltrattamento all'infanzia: l'intercettazione preventiva del bisogno

La prevenzione degli abusi sui minori è generalmente considerata una politica sociale importante, ma sorprendentemente poche ricerche hanno indagato l'efficacia degli interventi preventivi. Sono stati condotti studi approfonditi su alcune iniziative, come le visite domiciliari, ma molte altre non hanno ricevuto valutazioni adeguate. La maggior parte dei programmi si concentra sulle vittime o sui perpetratori di abusi, mentre pochi si occupano della prevenzione primaria, cioè impedire che gli abusi avvengano. È indubbio che la prevenzione al maltrattamento infantile debba rivolgersi al mondo degli adulti e dei genitori e il cosiddetto "approccio di supporto familiare" lavora proprio sul miglioramento delle competenze dei genitori nella gestione dei figli. Si tratta di interventi, però, generalmente rivolti a quelle famiglie ad alto rischio o dove l'abuso è già avvenuto, configurandosi, quindi, come un tipo di approccio non completamente preventivo ma, piuttosto, riparativo e contenitivo (prevenendo ulteriori abusi o il peggiorare della condizione di vulnerabilità

familiare, riducendo i possibili effetti negativi derivanti dal maltrattamento). L'obiettivo per le politiche sociali dovrebbe essere quello di estendere programmi di supporto alla genitorialità anche per quei nuclei familiari che apparentemente non presentano gravi difficoltà ma che, per certi aspetti, potrebbero presentare delle vulnerabilità ancora invisibili. Il compito del supporto alla genitorialità è proprio quello di rendere visibili le necessità prima che queste si trasformino in problemi troppo impattanti e difficili da ridimensionare (Krug et al., 2002). Nonostante le evidenze scientifiche rispetto all'utilizzo di questi approcci siano ancora scarse, Wolfe e colleghi (Wolfe et al., 1988), per primi, attraverso un intervento di formazione alla genitorialità rivolto alle famiglie a rischio hanno evidenziato come le madri che avevano partecipato al programma, rispetto al gruppo di controllo, hanno messo in atto minori comportamenti disfunzionali nei confronti dei figli e, in generale, si è evidenziato un rischio inferiore di maltrattamenti all'interno del nucleo familiare.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità, nel report pubblicato nel 2006 dal titolo "*Preventing Child Maltreatment: a guide to taking action and generating evidence*" (World Health Organization, 2006), offre ulteriori spunti di riflessione. Nel documento si parla di tre strategie di prevenzione: strategie a livello di società e comunitarie, strategie relazionali e strategie individuali. A livello societario e comunitario, oltre al focus sul cambiamento delle norme sociali e culturali che influenzano l'accettazione o meno del maltrattamento all'interno della società, viene sottolineata l'importanza di implementare riforme normative che tendano alla promozione di diritti umani. Si tratta di adottare misure legislative, amministrative, sociali e educative per prevenire la violenza contro i minori, per una ridefinizione più attenta delle politiche sociali in ottica di sensibilizzazione e prevenzione del fenomeno del *child abuse*. La riduzione dei fattori di rischio ambientali e la riduzione delle disuguaglianze economiche, insieme ad una adeguata formazione del personale sanitario, possono essere considerati fattori protettivi al maltrattamento. Per quanto riguarda le strategie relazionali, si fa riferimento alla programmazione di visite domiciliari e di accompagnamento, supporto e formazione per i genitori. In ultima analisi, le strategie individuali riguardano la riduzione delle gravidanze involontarie e il maggior accesso ai servizi prenatali e post-natali, che rappresentano un supporto prezioso alla neo-genitorialità, soprattutto per quelle madri e per quei nuclei con delle vulnerabilità pregresse. Un inciso, poi, viene fatto sull'importanza di formare i minori per evitare potenziali situazioni di abuso, dotandoli di strumenti in grado di rilevare anticipatamente e tempestivamente segnali e comportamenti abusanti.

Relativamente alla trasmissione intergenerazionale della violenza, gli aspetti trattati sopra, così come i fattori protettivi al maltrattamento, rappresentano senza dubbi elementi in grado di facilitare l'interruzione di cicli di violenza nelle famiglie. Uno studio condotto da Keri L. M. Pinna dal titolo "*Interrupting the Intergenerational Transmission of Violen-*

ce” (Pinna, 2016), in aggiunta, riporta nelle sue conclusioni che fattori parentali come il calore genitoriale e la comunicazione positiva in famiglia potrebbero rappresentare, insieme alla riduzione di eventuali pratiche genitoriali ostili, preziosi target per intervenire nella riduzione della trasmissione intergenerazionale del maltrattamento, interrompendo i cicli di violenza all’interno delle famiglie.

Ulteriori strumenti ritenuti fondamentali dall’Organizzazione Mondiale della Sanità in ottica di cura e prevenzione delle vulnerabilità familiari, sono i programmi di visite domiciliari che portano risorse e servizi della comunità direttamente nelle case delle famiglie (Krug et al., 2002). Questo tipo di intervento è considerato tra i più promettenti per prevenire vari esiti negativi, tra cui la violenza giovanile e l’abuso sui minori. Si configura come un tipo di intervento generativo dove l’empowerment comunitario è sia fine che mezzo. Durante queste visite, vengono offerte informazioni, supporto e servizi per migliorare il funzionamento della famiglia. Esistono diversi modelli di visite domiciliari: alcuni sono destinati a tutte le famiglie, indipendentemente dal loro rischio, mentre altri si concentrano su famiglie considerate a rischio, come genitori alla prima esperienza o adolescenti che vivono in aree con alti tassi di povertà. L’Organizzazione Mondiale della Sanità parla nel 2006 di programmi di *Home Visiting*, “interventi che prevedono un’azione sistematica centrata sul sostegno precoce al/ai genitore/i e al loro disagio” (CISMAI, 2017, p.23) che, secondo le ricerche, comportano una potenziale riduzione del rischio di maltrattamento nelle famiglie. Si tratta di visite domiciliari organizzate per sostenere la genitorialità fragile secondo, però, alcuni criteri:

- i) Il supporto ha inizio con la nascita del figlio e, nei primi mesi di vita del bambino, solitamente è di tipo sanitario; sarà nel tempo sostituito da un operatore professionale specificamente formato per questo servizio;
- ii) Il progetto non può essere esteso a qualsiasi target e situazione: si prediligono famiglie collaboranti in situazioni di rischio ma portatrici di risorse. Ulteriore target è quello delle famiglie dove la genitorialità è complicata da situazioni di disabilità e disturbi dello sviluppo nei figli;
- iii) Il progetto deve essere sostenuto e programmato da un’équipe multidisciplinare e deve essere scandito nelle sue modalità e nei tempi di monitoraggio.

La valutazione di efficacia (inizio, monitoraggio e conclusione dell’intervento), deve riguardare tutti i professionisti coinvolti nel progetto ed è indispensabile che l’operatore domiciliare sia dotato di appositi protocolli di osservazione e di griglie di valutazione della relazione genitoriale e del benessere del bambino (e familiare), per valutarne la loro adeguatezza o modificarne alcuni aspetti (CISMAI, 2017). In generale, l’*home visiting* si configura come intervento di rete tra professionisti e comunità dotato di una forza generativa in termini di empowerment e riduzione delle vulnerabilità familiari.

Generalmente, i programmi di prevenzione si focalizzano su un target specifico in base agli obiettivi che si vogliono raggiungere e, dal momento che il maltrattamento all'infanzia è un fenomeno multidimensionale e riguarda più o meno direttamente diversi soggetti, è fondamentale costruire programmi e modelli preventivi a favore di diversi segmenti della popolazione.

La scuola, sia essa primaria o di grado superiore, rappresenta uno dei target cardine su cui dovrebbero concentrarsi le politiche sociali e di sensibilizzazione del tema del *child abuse*. I programmi scolastici per prevenire l'abuso sessuale sui minori, ad esempio, sono una delle strategie preventive più diffuse e sono stati integrati nel curriculum scolastico in vari paesi. In Irlanda, ad esempio, il programma di prevenzione "Stay Safe" è attuato in quasi tutte le scuole primarie, con il pieno supporto del Ministero dell'Istruzione e dei leader religiosi. Questi programmi mirano a insegnare ai bambini come riconoscere situazioni minacciose e fornire loro le competenze per proteggersi dagli abusi. Viene trasmesso il concetto che i bambini possiedono il controllo sul proprio corpo e che esistono diversi tipi di contatto fisico. Viene anche insegnato come avvisare un adulto se qualcuno chiede loro di fare qualcosa che li mette a disagio, costruendo in loro un vero e proprio bagaglio di strumenti e competenze comunicative indispensabili in ottica di contenimento del danno che causano le molestie e gli abusi. Nonostante sia condiviso che i bambini possano acquisire conoscenze e abilità per proteggersi, ci si domanda se queste competenze vengano mantenute nel tempo e siano effettivamente utili in situazioni reali, specialmente se il perpetratore dell'abuso è una persona nota e fidata. In una valutazione del programma Stay Safe irlandese, i bambini hanno dimostrato miglioramenti significativi nelle conoscenze e abilità, che sono stati mantenuti a tre mesi di distanza. Una recente metanalisi ha concluso che i programmi per prevenire la vittimizzazione sono abbastanza efficaci nell'insegnare ai bambini concetti e abilità di protezione contro gli abusi sessuali, con una soddisfacente conservazione delle informazioni acquisite. Tuttavia, per dimostrare l'efficacia ultima, sarebbe necessario verificare che le abilità apprese siano state effettivamente applicate in situazioni di vita reale e che si mantengano per un periodo significativo di tempo nel corso della loro crescita (Krug et al., 2002).

La responsabilità della prevenzione è normalmente lasciata ai Servizi di protezione dei minori e alle forze dell'ordine, ovvero a soggetti istituzionali che hanno il compito di intervenire nella cura dell'abuso piuttosto che nella sua prevenzione. Questi soggetti, infatti, potrebbero non avere strumenti e mandati professionali adatti per incidere sulle politiche di prevenzione, configurandosi come attori dell'emergenza, più che come attori della precauzione (World Health Organization, 2006). Un ulteriore aspetto da tenere in considerazione quando si parla di prevenzione, quindi, è la formazione degli operatori e dei professionisti che con i bambini e gli adolescenti ci lavorano. Continuando il di-

scorso sull'importanza delle campagne di sensibilizzazione nelle scuole, infatti, risulta altrettanto necessario costruire dei programmi strutturati di formazione per gli insegnanti. A loro spetta il compito di rilevare eventuali segni di abuso, anche dal punto di vista emotivo-comportamentale, che rappresentino dei campanelli d'allarme di situazioni da attenzionare. È verosimile che, se non adeguatamente formati, gli insegnanti e gli educatori non riescano a cogliere elementi direttamente collegati a storie di abuso. Formare adeguatamente i professionisti della cura (come gli assistenti sociali) e tutte quelle figure professionali che sono a contatto con i bambini anche in ambito sanitario (quali pediatri, medici, logopedisti, dentisti ecc.) rappresenta, dal punto di vista della prevenzione, una ricchezza in termini di rilevazione preventiva del bisogno e della situazione di violenza. È chiaro, quindi, che accompagnare questi professionisti in una formazione attenta e sensibile a questi temi, contribuisca a creare una cultura professionale (e personale) nella quale la violenza non venga tollerata ma, anzi, venga attenzionata fin dai primi segnali (Krug et al., 2002; World Health Organization, 2006).

Le campagne di prevenzione e sensibilizzazione su larga scala sono un altro approccio per ridurre gli abusi sui minori e il maltrattamento. Si basano sull'idea che aumentare la consapevolezza e la comprensione del fenomeno nella popolazione generale possa ridurre il livello di abusi. Questo potrebbe avvenire direttamente, con i responsabili che riconoscono il proprio comportamento come abusante e cercano aiuto, o indirettamente, con un aumento delle segnalazioni da parte delle vittime o di testimoni terzi. Ad esempio, nel 1991-1992, nei Paesi Bassi è stata condotta una campagna multimediale con l'obiettivo di aumentare le segnalazioni di abuso su minori. La campagna includeva documentari televisivi, brevi film, spot, un programma radiofonico e materiali stampati. Sono stati organizzati anche corsi di formazione per insegnanti. La valutazione ha mostrato che la campagna ha aumentato il livello di segnalazioni, come indicato dall'incremento delle chiamate al servizio telefonico nazionale per i minori. Tuttavia, l'effetto dell'aumento delle segnalazioni sui tassi di abuso e sulla salute mentale delle vittime necessita di ulteriori studi (Krug et al., 2002). In definitiva, vi è la necessità di costruire interventi per modificare atteggiamenti e comportamenti che la comunità ha nei confronti degli episodi di *child abuse*. Le credenze culturali, infatti, sono estremamente rilevanti nella rilevazione e criminalizzazione dei fenomeni di abuso all'infanzia. L'obiettivo principale delle politiche pubbliche dovrebbe essere quello di costruire dei programmi di sensibilizzazione per i vari gruppi sociali, a partire da genitori e bambini, allargandolo poi a tutta la cittadinanza, per far sì che l'opinione pubblica venga travolta da una vera e propria rivoluzione culturale. In definitiva, la raccomandazione chiave è quella di indirizzare la ricerca scientifica nell'analisi di questi aspetti preventivi e di sensibilizzazione, giustificando, a partire dai dati raccolti, il tentativo di costruire una società che non tolleri più il maltrattamento, che

lo rilevi preventivamente (quando le spirali di violenza sono ancora poco visibili) e che sia dotata di molteplici strumenti per prevenirlo.

3.3 Gli interventi di sostegno alla genitorialità fragile

Negli anni, in risposta a una crescente attenzione e sensibilità rispetto al tema dell'accompagnamento alla genitorialità, si sono sviluppate diverse forme di intervento promosse dai servizi sociali, sanitari, educativi e dal terzo settore. I modelli tradizionali di intervento, che affrontano le problematiche familiari con un approccio terapeutico e meramente assistenziale, risultano ormai superati. Al loro posto, stanno emergendo modelli di caring basati su interventi educativi che mirano a offrire supporto senza patologizzare la situazione, incoraggiando la riflessione e la consapevolezza dei genitori, stimolandoli a trovare attivamente delle soluzioni su misura rispetto ai loro bisogni e alle loro difficoltà personali e familiari (Zambianchi, 2012). In una società che è stata investita da profondi cambiamenti sociali circa la genitorialità che diventa ora condizione scelta (e non obbligatoria) connotata non più solo da naturalità ma anche da complessità, il tema del sostegno alla genitorialità dovrebbe essere una parola chiave nei programmi delle politiche pubbliche e per gli operatori del Welfare. La genitorialità, infatti, dovrebbe essere sostenuta e accompagnata non solo per quei nuclei caratterizzati da disagio e situazioni già a rischio, bensì, per tutti i percorsi di costruzione di una famiglia, che rimane il nucleo centrale dell'organizzazione sociale e che getta le basi dell'appartenenza ed è luogo dell'educazione e della socializzazione primaria dei bambini che ne fanno parte. In questo senso, è naturale pensare che i genitori rappresentino risorse significative e indispensabili per uno sviluppo sano del bambino e per la costruzione di relazioni positive ed equilibrate che influenzeranno senza dubbio la costruzione e il consolidamento della sua identità personale. Le continue evidenze fornite dalle scienze pedagogiche, sociali, psicologiche e dalle neuroscienze, testimoniano quanto le relazioni familiari influenzino significativamente l'esistenza dell'individuo in tutte le dimensioni di vita e, come conseguenza, anche le sue capacità di coping in situazioni sfidanti che la vita gli pone davanti. "Se conveniamo nel considerare la famiglia risorsa vitale per l'intera collettività in quanto origine e custode di beni relazionali, affettivi, economici, allora le Politiche per i minori e per le famiglie, intersecanti diverse sfere di esistenza pubblica e privata, assumono un interesse strategico per i decisori politici" (Zambianchi, 2012, p. 80). La conoscenza delle condizioni in cui si realizza l'esperienza genitoriale assume un'importanza cruciale, tanto sul piano teorico quanto su quello sociale. La Comunità Europea ha da tempo sottolineato questo aspetto, in particolare nell'ambito dell'educazione e della cura della prima infanzia (*Early Childhood and Care*, ECEC), evidenziando la necessità di supportare le famiglie e promuovere la coesione sociale. Documenti come la *Recommendation of the Committee of Ministers* (2006)

e la Comunicazione della Commissione Europea (*Early Childhood Education and Care: Providing all our children with the best start for the world of Tomorrow*, 2011) mettono in luce l'importanza di fornire sostegno alle famiglie, riconoscendole come luogo primario di coesione sociale. È fondamentale accompagnare l'educazione precoce dei bambini con un sostegno significativo ai genitori, favorendo la loro formazione e coinvolgimento. Inoltre, il *Compendium of Inspiring Practices* (2012) presenta buone pratiche europee di intervento precoce e prevenzione, che dimostrano come azioni educative mirate e percorsi formativi per genitori abbiano un impatto positivo sui bambini e sulle famiglie, connotandosi come vere e proprie policy. Tutti questi interventi si basano su principi comuni, come il coinvolgimento attivo delle famiglie, l'adozione di approcci non stigmatizzanti e non giudicanti, e la promozione di un ambiente positivo per la crescita dei bambini. Si raccomanda, inoltre, la necessità di intervenire tempestivamente in quelle situazioni di vulnerabilità genitoriale e familiare con un approccio partecipativo dei componenti del nucleo, attivandoli e costruendo con loro percorsi di empowerment personale, familiare e comunitario, rafforzando la loro resilienza e il senso di responsabilità a scapito della marcatura dei punti di debolezza e delle difficoltà familiari. Le raccomandazioni politiche che derivano da tali assunti rimandano all'importanza di sostenere le famiglie per contrastare la povertà infantile (anche educativa) e promuovere il benessere dei bambini, integrando tali azioni con interventi che affrontino le cause strutturali di povertà, disuguaglianza e di esclusione sociale. Il sostegno, in questo senso, dovrebbe essere generalizzato a quelle informazioni cosiddette "a bassa soglia" (che riguardano, ad esempio, la preparazione al parto, le cure del neonato o la gestione dei conflitti adolescenziali) fino a quei servizi specialistici più incisivi nelle situazioni di vulnerabilità e di necessità.

I modelli di *curing* tradizionale, che proponevano metodi sostituitivi e interventi meramente assistenzialisti alla genitorialità, si contrappongono ai nuovi modelli di caring caratterizzati da un'ottica relazionale che "attraverso azioni educative "maieutiche" tese a sostenere senza patologizzare, stimolano i genitori a collaborare attivamente nella ricerca delle personali risposte alle proprie necessità, promuovendo un approccio basato sulla responsabilità, sulla consapevolezza, sulla reciprocità" (Zambianchi, 2012, p. 83). Il focus dei Servizi sociali, in questo senso, deve essere quello di operare in ottica integrata con i servizi sociosanitari che curano questi aspetti: il Consultorio familiare rappresenta la risorsa elettiva per l'accompagnamento e il supporto alla genitorialità non solo per quelle situazioni già ritenute "problematiche" ma anche con un approccio preventivo alle vulnerabilità familiari. L'ambito specifico dell'azione consultoriale concerne "le attività di prevenzione, informazione, formazione ed educazione nel territorio a favore dei soggetti e delle famiglie che lo abitano, nella volontà di impedire al massimo l'insorgere di sofferenze più ampie e profonde, da recuperare poi attraverso la consulenza, o di pato-

logie specifiche, da curare mediante le terapie specialistiche o di settore” (Corsi, 2006, p. 43). Al di là della relazione genitore-figlio, il Consultorio familiare riveste una particolare importanza anche nei casi di conflittualità di coppia che, inevitabilmente, ricade sul benessere psicofisico del figlio. “La logica sottesa è quella del “prendersi cura delle famiglie”, rafforzando le competenze e le capacità di *coping* (da *to cope* = far fronte a) dei suoi membri, facendo leva sulle risorse esistenti, sul rinforzo delle potenzialità latenti, sulla motivazione ad acquisire nuove competenze relazionali e più appropriati dispositivi di interpretazione del reale” (Zambianchi, 2012, p. 84).

L’ambito del sostegno alla genitorialità fragile, quindi, si configura come intervento nel contesto di beneficenza, termine con il quale si intendono quei progetti di aiuto pensati e progettati insieme a genitori collaboranti. Tra i principali attori istituzionali che si occupano di sostegno alla genitorialità e di accompagnamento al benessere familiare, oltre ai Servizi di Protezione e Tutela per i minorenni (che spesso si attivano conseguentemente a provvedimenti da parte dell’Autorità giudiziaria), vi sono i Servizi di Educativa Domiciliare, le Comunità residenziali, i Centri Diurni e i Consultori Familiari.

Sebbene il Servizio di Tutela dei Minori e delle Famiglie operi anche all’interno del contesto giudiziale (a seguito di provvedimenti da parte dell’Autorità giudiziaria), si occupa altresì della valutazione dei bisogni, delle risorse e delle condizioni delle famiglie con minori al suo interno, in contesti di beneficenza. Tale ruolo è fondamentale per intercettare quelle situazioni di rischio di pregiudizio che, in ottica preventiva, possono essere sostenute grazie all’attivazione di interventi di sostegno in contesti di collaborazione con la famiglia.

Ad esempio, i Servizi di Educativa Domiciliare (SED) sono programmi attivati a fronte dell’intercettazione di fragilità familiari rispetto ai ruoli educativi e ai doveri genitoriali, che, a volte, necessitano di essere rinforzati e potenziati attraverso la guida di un educatore esperto. Il setting è, appunto, quello domiciliare di vita quotidiana del minore e della famiglia e il professionista non ha il compito di sostituirsi al ruolo genitoriale, bensì quello di fornire strumenti funzionali in ottica di costruzione di una genitorialità consapevole e adeguata ai bisogni evolutivi dei figli minori, favorendo una loro progressiva autonomia nell’esprimere una genitorialità positiva. Il Centro Diurno è un servizio semiresidenziale che rappresenta un sollievo per i genitori con delle fragilità rispetto al carico educativo. È rivolto a bambini e adolescenti e, attraverso l’interazione con i pari in un contesto protetto e strutturato, permette loro di raggiungere obiettivi educativi, scolastici e relazionali al di fuori del loro contesto domestico, caratterizzato da temporanea vulnerabilità. Le Comunità Residenziali sono strutture che accolgono stabilmente i minori nei casi in cui sia inevitabile l’allontanamento dal nucleo familiare ma non è detto che interventi di questo tipo siano attivati solamente in contesti giudiziali e di non collaborazione con le famiglie:

nonostante si tratti di un evento che sconvolge inevitabilmente la vita dei nuclei, i genitori consapevoli delle proprie fragilità e dei propri limiti possono vedere l'inserimento in comunità come un sollievo dal carico educativo, che offre loro la possibilità di lavorare sulle proprie fragilità, in ottica di recupero delle competenze genitoriali richieste per il rientro a casa del figlio. Infine, i Consultori Familiari offrono servizi sociosanitari integrati finalizzati alla prevenzione e alla promozione della salute e del benessere familiare, fornendo spazi di ascolto e accompagnamento alla genitorialità. Il ruolo degli assistenti sociali e degli psicologi che svolgono attività consultoriale, è quello di offrire ai genitori strumenti per renderli sempre più consapevoli e autonomi nella gestione delle difficoltà e dei bisogni dei figli, tentando di potenziare le risorse già presenti nel nucleo (Milani, 2009). La chiave di lettura delle situazioni deve comunque prediligere l'interesse del minore e la sua tutela, e i professionisti del Consultorio Familiare devono mettere in atto tutti gli interventi necessari per assicurarne un sano sviluppo all'interno del contesto familiare; quando ciò, però, rappresenta un pregiudizio per il minore, il Consultorio promuove iniziative di supporto a percorsi di affidamento e adozione.

All'interno di questi servizi (tanto in contesto di beneficenza quanto giudiziale), l'assistente sociale lavora in équipe multidisciplinare composta da tanti professionisti quante necessita la particolare situazione. Attraverso lo strumento dell'Unità Valutativa Multidimensionale Distrettuale (U.V.M.D.), l'équipe si riunisce per discutere le potenziali risposte ai bisogni in ottica globale e, appunto, multidimensionale. Possono fare parte dell'équipe, assieme all'assistente sociale che spesso rappresenta il *case manager*, lo psicologo dell'età evolutiva, l'educatore professionale e figure professionali di tipo sanitario come il neuropsichiatra infantile. Ogni professionista risponde a specifici bisogni familiari (sia dei genitori che dei minori), utilizzando le proprie competenze professionali e rispettando le proprie responsabilità deontologiche (Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, 2017).

In questa tipologia di intervento, come già menzionato dal punto di vista della prevenzione, rientrano i programmi di *home visiting*, ovvero progetti che si svolgono direttamente all'interno del contesto di vita quotidiana della famiglia. Tale setting permette agli operatori coinvolti di comprendere meglio le dinamiche familiari in gioco e le loro vulnerabilità. L'obiettivo principale è quello di prevenire, appunto, e/o interrompere circuiti di violenza e di maltrattamento all'interno delle famiglie, intervenendo da vicino sui modelli di comportamento disfunzionali. Il ruolo del professionista è quello di affiancare il/i genitori tenendo a mente il principio deontologico di non sostituzione, cercando di favorire in loro la costruzione di modelli parentali funzionali, aumentando i loro livelli di empowerment e di autoefficacia (D. Bianchi, 2002).

Il sostegno alla genitorialità fragile deve essere, quindi, bidirezionale e l'intervento

non può assumere termini assistenzialistici ma, anzi, deve generare nei genitori il desiderio di migliorarsi e aggiornare le proprie competenze rispetto alla loro genitorialità. Su questa linea di pensiero, infatti, sono emersi ulteriori programmi di supporto alle vulnerabilità familiari che coinvolgono in maniera ancora più attiva i genitori: i percorsi formativi accademici, gli interventi e percorsi formativi tecnici, quelli esperienziali e di empowerment (Zambianchi, 2012).

Sono quattro macro-tipologie di intervento, ciascuna con delle peculiarità, ma che rispondono allo stesso bisogno di supporto alle famiglie, attraverso la costruzione nei genitori di modelli di parenting positivi e funzionali. In particolare, questi modelli di intervento si rivolgono alle famiglie di una comunità, mirando a stabilire un legame tra loro, in ottica di empowerment comunitario. L'obiettivo comune a tutti i modelli è quello di potenziare le risorse interne al nucleo familiare e nell'ambiente di vita circostante, trasformando la famiglia da soggetto beneficiario di servizi a elemento attivo della struttura sociale e della comunità. Gli interventi formativi accademici hanno come obiettivo principale quello di trasmettere ai genitori/caregiver le conoscenze necessarie per affrontare nel migliore dei modi le sfide educative nella crescita dei loro figli, principalmente sotto forma di lezioni frontali e teoriche. I percorsi formativi tecnici, anche noti come “*Parents Training*” sono ispirati a una cultura pragmatista e, infatti, si concentrano su esiti concretamente misurabili e consistono in attività formative individuali o a piccoli gruppi, guidate da un esperto. La caratteristica peculiare di questa formazione genitoriale è quella di ricevere supporto specialistico nella gestione di figli con bisogni specifici come, ad esempio, disabilità, psicopatologie o disturbi dell'apprendimento, dotando i genitori di strumenti e comportamenti positivi per l'interazione genitore-figlio. Sono incontri svolti nei contesti di vita quotidiana delle famiglie, lontano dall'ambiente clinico, dove i genitori sperimentano le loro abilità con un approccio partecipativo e pratico, nel loro contesto di vita. Gli interventi formativi esperienziali hanno l'obiettivo di promuovere nei genitori buoni livelli di consapevolezza e riflessività sul loro ruolo, adottando una logica di tipo induttivo. Esempi di questo modello di intervento sono i “gruppi di parola”, formati da genitori che condividono gli stessi bisogni conoscitivi, che giungono ad una risposta attraverso lo scambio reciproco di vissuti e pensieri. Possono essere presenti o meno degli operatori che, in ogni caso, non hanno il ruolo di esperto ma di facilitatore nel condurre il dialogo, aiutando i genitori a interpretare il loro ruolo educativo e valorizzando le loro risorse. In ultima analisi, anche gli interventi di empowerment rispondono al bisogno di sostegno alla genitorialità e si concentrano sul potenziamento delle risorse e delle competenze già presenti, dotando gli strumenti necessari per esplicitarli e utilizzarli in maniera sempre più consapevole e autonoma. Il metodo utilizzato è di tipo relazionale e si basa sulla stretta collaborazione tra operatore e genitore che, insieme, tentano di valorizzare gli aspetti

positivi e le potenzialità all'interno dell'ambiente familiare (Zambianchi, 2012).

3.4 La rete dei servizi di accoglienza dei minori vittime di maltrattamento

Dai primi anni 2000, si sono diffuse diverse configurazioni dei servizi territoriali per la tutela dei minori caratterizzate per essere gestite dagli Enti locali territorialmente competenti. La tutela dei minori è in capo al Comune (o delegata alle Aziende Sanitarie) e, oltre a intervenire nei casi di provvedimento dell'autorità giudiziaria, destina interventi anche alle famiglie in difficoltà e ai minori cosiddetti "a rischio". L'attenzione degli Enti locali è quella di prediligere interventi territoriali, tanto sociali quanto educativi, vicini al "mondo vitale" del bambino e della famiglia. Per quanto riguarda l'assetto dell'équipe professionale, a favore dell'approccio multidisciplinare che richiede il fenomeno del maltrattamento, vi è una stretta collaborazione con gli psicologi, che offrono una chiave di lettura più profonda della situazione. Per quanto riguarda, invece, il tema della sussidiarietà, nella realizzazione degli interventi vengono massivamente coinvolti i soggetti del Terzo settore, quali le Cooperative che curano gli inserimenti nei Centri diurni o nelle Comunità residenziali (Bertotti, 2010).

I servizi per la tutela in senso ampio adottano una concezione estesa di tutela e l'équipe composta da assistente sociale e psicologo si occupa tanto della tutela del minore quanto del supporto alla famiglia, intervenendo nei contesti volontari e in quelli giudiziari coatti, ovvero in quelle situazioni con decreto del Tribunale. Questo assetto operativo permette di avvicinare l'assistente sociale alla comunità, valutando i bisogni sociali della famiglia da un'ottica meno giudicante e multidimensionale. Non a caso, il settore del Servizio sociale comunale che si occupa di minori prende il nome di "Tutela minori e famiglie". L'assistente sociale, in quanto incaricato di pubblico servizio, ha l'obbligo di segnalare al Tribunale per i minorenni le situazioni di pregiudizio o di rischio di pregiudizio di un minorenne (Bertotti, 2010), perché vengano attenzionate e perché vengano dettati gli interventi previsti per la tutela della vittima e nei confronti della famiglia negligente o abusante. Il Tribunale per i minorenni potrà disporre l'affido del minore ai Servizi sociali territorialmente competenti, che avranno il compito di esercitare delle responsabilità a favore del minore e a scapito di una limitazione di quelle dei genitori, che saranno affievolite. I contatti tra il Servizio sociale del Comune e il Tribunale per i minorenni sono cadenzati: solitamente l'assistente sociale deve inviare una relazione sociale di aggiornamento almeno ogni sei mesi. L'assistente sociale, lavorando in équipe con altri professionisti come psicologi, professionisti sanitari e, talvolta, educatori, deve mantenere un monitoraggio più frequente sulla situazione, costruendo una rete attorno al minore e alla famiglia per valutarne i miglioramenti, sopperire ad alcune difficoltà di diversa natura e offrire strumenti che gli permettano di potenziare il loro empowerment e le loro risorse

individuali e sociali. In alcuni casi particolari, può essere necessario coinvolgere servizi sociosanitari specialistici quali il Dipartimento per le Tossicodipendenze e il Dipartimento della Salute Mentale, destinati ai membri adulti della famiglia, in ottica di protezione e cura di tutti i membri del nucleo, per tentare di estirpare i fattori di rischio, costruendo una realtà sicura in cui ognuno può godere di un benessere psicofisico. Sono servizi specialistici con cui a volte l'assistente sociale deve confrontarsi anche per conto dello stesso minore: disturbi psichiatrici e tossicodipendenze in età giovanile richiedono particolari interventi quali la presa in carico di Servizi specializzati come la Neuropsichiatria infantile che collaborano con il Servizio Sociale in termini di costruzione di un intervento ad elevata integrazione sociosanitaria che potrebbe richiedere, ad esempio, l'inserimento del minore in comunità riabilitative specifiche e specializzate (Perino et al., 2013).

Da un punto di vista statistico, la II indagine sul maltrattamento (Martinelli et al., 2021), presentata all'interno del primo capitolo, rileva anche le forme di intervento maggiormente attivate dai Comuni per le vittime di *child abuse*. Secondo l'indagine, nel 28,4% dei casi, viene predisposto un intervento di assistenza economica al nucleo familiare che sopperisce, appunto, alle fragilità economiche che rappresentano uno dei fattori di rischio al maltrattamento. Il dato, sotto certi punti di vista, è preoccupante: sebbene la povertà e le difficoltà economiche possano rappresentare fattori di rischio a vulnerabilità familiari e circuiti di violenza, è da tenere in considerazione che, il più delle volte, coprire dei bisogni economici con "interventi tampone" non comporta un sostanziale cambiamento rispetto alla situazione di pregiudizio per il minore. Bisognerebbe indagare meglio se e come queste famiglie vengano sostenute, oltre a ricevere un aiuto di tipo economico: un contributo di tipo meramente assistenzialistico, se non sostenuto da ulteriori interventi, rischia di trasformarsi in mero assistenzialismo, non generando nessun tipo di cambiamento nella famiglia. Il 23,9% dei minori vittime di abuso continua ad essere seguito nel contesto della famiglia d'origine con interventi di assistenza domiciliare e di sostegno alla genitorialità. In questi casi, il minore può anche essere inserito in contesti diurni, che rappresentano un sollievo per i genitori dal carico materiale ed emotivo, aiutando il bambino a costruirsi una realtà sana al di fuori della famiglia senza però interferire sull'interruzione (temporanea) dei legami familiari e questo servizio viene offerto nel 12,1% dei casi, ovviamente a seconda della gravità dell'esperienza d'abuso e dal grado di pregiudizio che questo comporta per il minore. Un dato allarmante è rappresentato dal 7,3% dei casi, nei quali i minori e le famiglie non ricevono alcun tipo di intervento, elemento che potrebbe portare alla cronicizzazione dei circuiti di violenza e dei suoi effetti per le vittime. Da contraltare, il 21,6% dei minori viene allontanato dalla famiglia di origine e accolto in una comunità residenziale. Un'alternativa all'istituzionalizzazione, nei casi di allontanamento, è rappresentata dall'affidamento familiare (il più delle volte extrafamiliare) nel 14,2%

dei casi. Infine, il 39,6% delle vittime minorenni è seguito con altre forme di intervento che, secondo l'indagine, comprendono interventi diretti del Servizio Sociale professionale e in collaborazione con altri servizi sociosanitari quali il Consultorio familiare o la Neuropsichiatria infantile.

In generale, ogni minorenni vittima di abusi in carico ai Servizi sociali e sociosanitari riceve più tipologie di interventi e trattamenti e questo è un dato positivo rispetto alla capacità dei Servizi di rispondere a più livelli e di lavorare in maniera concertata tra più servizi. Il maltrattamento all'infanzia è un fenomeno multidimensionale e i fattori di rischio, come già visto, concernono diverse aree di vita e diverse caratteristiche personali, tanto del perpetratore quanto della vittima. È imprescindibile, quindi, lavorare in ottica multiprofessionale, valorizzando le risorse personali, familiari e comunitarie attivando tanti professionisti quanti ne richiede la situazione particolare. Il rischio della standardizzazione nel lavoro sociale esiste ed è dovuto dal carico elevato di lavoro che investe i professionisti e anche dalla tempestività con cui devono essere promossi alcuni interventi di tutela. Lavorare in équipe, dunque, rappresenta uno strumento professionale necessario per una lettura più approfondita dei bisogni, andando a cogliere ogni aspetto rilevante per la costruzione di un programma di intervento su misura (Perino et al., 2013).

In sintesi, nell'ambito del maltrattamento all'infanzia, e quindi nella tutela dei minori, l'assistente sociale ha un ruolo cruciale nella valutazione delle famiglie, delle loro criticità ma anche delle loro risorse. L'attenzione principale è rivolta alle dinamiche relazionali e a quegli aspetti sociali su cui si può lavorare per interrompere circuiti di violenza o per curarne gli effetti. Sebbene ogni minore abbia diritto a vivere in una famiglia, è fondamentale come professionisti sociali decostruire pregiudizi ideologici come quelli che ritengono che una famiglia, per quanto disfunzionale e pregiudizievole sia per il minore, sia sempre migliore di un'istituzione (Galli, Millo e Postacchini, 2007).

Per fare ciò, è imprescindibile promuovere programmi di formazione attenta e sensibile per gli assistenti sociali, che devono possedere molteplici competenze nella rilevazione dei segni dell'abuso e per indirizzare le vittime e i familiari ai servizi più adeguati al suo trattamento. Questo compito risulta estremamente delicato perché ha a che fare con decisioni difficili e molto impattanti sulla vita delle persone e, prioritariamente, dei bambini. È bene, quindi, equipaggiare i professionisti con strumenti tali da consentire loro di agire preventivamente e tempestivamente nelle situazioni di violenza, dotandosi di uno spettro di soluzioni e interventi diversificati e non standardizzati (World Health Organization, 2006). Il ruolo dell'assistente sociale, infatti, è quello di fare da coordinatore tra le varie risorse e le varie istituzioni coinvolte, non limitandosi a criminalizzare le vulnerabilità ma, anzi, potenziando elementi in grado di mitigare e interrompere situazioni di fragilità familiare.

Il contesto giudiziale si istituisce dopo che è stata notificata una situazione di pregiudizio di un minore dalla o all’Autorità Giudiziaria. Per garantire la tutela del minore a fronte delle fragilità familiari possono essere messi in atto diversi interventi a seconda della gravità della situazione e del bisogno, quali l’allontanamento dal contesto familiare, il collocamento all’interno di una struttura residenziale, l’affidamento, la decadenza della responsabilità genitoriale e la dichiarazione di adottabilità del minore.

Il principio cardine per l’assistente sociale della tutela dei minori deve essere sempre quello del “*best interest of the child*” e, nei casi più gravi di trascuratezza e maltrattamento, l’allontanamento rappresenta l’unica soluzione per rispettarlo. L’allontanamento dal contesto familiare è un intervento di protezione che prevede l’inserimento del minore in un contesto protetto che gli permetta di vivere in condizioni adeguate a uno sviluppo psicofisico positivo (Ferri, 2013). Lo scopo principale di questo dispositivo è rispondere al superiore interesse del minore e alla sua tutela in senso stretto ma tale decisione potrebbe allo stesso modo rappresentare un’opportunità per i genitori per lavorare sulle loro fragilità, recuperando le competenze necessarie al rientro in sicurezza del minore in famiglia. È, in ogni caso, un intervento che ha un impatto enorme sui membri di una famiglia, quindi si ricorre a questa misura quando gli interventi di sostegno alla genitorialità già attivati sembrano non rimuovere le disfunzionalità familiari e, quindi, l’allontanamento fuori famiglia risulta meno pregiudizievole della permanenza del minore nella stessa (CISMAI, 2010). Una volta allontanato dal nucleo familiare, il collocamento del minore fuori famiglia può essere di due tipi: il minore può essere collocato presso un’altra famiglia o presso una struttura residenziale.

Il collocamento presso un’altra famiglia prende il nome di affidamento familiare e prevede che il minore sia accolto presso un nucleo familiare, una coppia o una singola persona appartenente alla propria famiglia (nei casi di affido intrafamiliare) oppure esterne alla propria famiglia (configurandosi come affido etero familiare). La famiglia o la persona delineata come affidatario del minore, sarà valutata da servizi specialistici come il Casf (Centro per l’Affido e la Solidarietà Familiare) nelle sue competenze vicarianti, per garantire al minore l’inserimento in un contesto sano che gli permetta di crescere in un ambiente sicuro e prevedibile. È una misura di tutela temporanea che prevede il reinserimento del minore nella famiglia d’origine, garantendogli di conservare legami affettivi con i familiari durante il periodo di lontananza (Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, 2013). La ricerca e l’inserimento in una famiglia affidataria è molto complessa e delicata in quanto il minore, oltre a dover fare i conti con i propri vissuti di abuso e trascuratezza, dovrà relazionarsi con sconosciuti che diventeranno la sua quotidianità per un periodo di tempo, a volte, non precisamente definito. Detto ciò, è indubbio che l’affido familiare rappresenti una valida alternativa all’istituzionalizzazione del minore.

L'inserimento in una struttura residenziale è un'alternativa all'affidamento familiare e la scelta tra i due interventi può essere dettata da una questione economica, di tempo e urgenza del collocamento, e dalle caratteristiche individuali del minore: l'istituzionalizzazione può avere delle ricadute diverse a seconda del momento evolutivo del minore e dei suoi personali vissuti traumatici. L'ambiente comunitario è gestito da operatori formati come educatori professionali e figure sociosanitarie in grado di rispondere a diversi bisogni di crescita dei bambini/adolescenti, in un contesto di continua relazionalità con i pari.

Il dispositivo della decadenza della responsabilità genitoriale è una misura che vieta ai genitori l'esercizio di diritti e doveri sui figli, e viene stabilita dal Giudice che ritiene i genitori inadempienti rispetto alle loro responsabilità tanto da comportare una situazione di grave pregiudizio per i figli minori. Come conseguenza, potrebbe derivare l'attuazione di provvedimenti che attestano l'adottabilità del minore (assunta dal Tribunale per i minorenni) nei casi in cui egli viva "in situazione di abbandono perché privo di assistenza morale e materiale da parte dei genitori o dei parenti tenuti a provvedervi, purché la mancanza di assistenza non sia dovuta a forza maggiore di carattere transitorio" (art. 8, legge 4 maggio 1983, n. 184). In questo senso, non si parla più di carattere transitorio e, quindi, è una misura prevista esclusivamente nei casi in cui le alternative per il ricongiungimento familiare risultino non percorribili e troppo pregiudizievoli per il minore che, in ogni momento del percorso di tutela, deve rappresentare il protagonista delle scelte dei professionisti (Varricchio, 2022).

Concludendo, si evince dalla molteplicità degli interventi attuabili come non sia sempre possibile interrompere i circuiti di violenza nelle famiglie mantenendone i legami. Il ruolo del Servizio Sociale è quello di prevenire e mitigare le situazioni di vulnerabilità e di pregiudizio per i minori tentando il possibile per ricucire le fratture familiari (quando questo non appaia compromettente per il benessere psicofisico del bambino), potenziandone le risorse (anche ambientali e comunitarie). Quando, però, ciò non produce positivi risultati sostanziali, il mandato istituzionale e professionale deve rispondere al prioritario interesse del minore, che potrebbe configurarsi anche come allontanamento dalla famiglia d'origine e costruzione di un nuovo spazio di vita e crescita sano e prevedibile per il bambino/adolescente, incidendo sulla trasmissione intergenerazionale della violenza.

Conclusioni

Il fenomeno del maltrattamento all'infanzia rappresenta una delle sfide più complesse per le società moderne. Questo elaborato si è proposto di esplorare la dimensione storica, sociale, psicologica e giuridica della violenza sui minori, evidenziando come questo problema non possa essere affrontato con interventi settoriali bensì in ottica multidisciplinare. Esso richiede un approccio sistemico che consideri la complessità delle interazioni tra i diversi fattori di rischio e i contesti in cui si sviluppano dinamiche violente all'interno delle famiglie.

La concezione del bambino come individuo degno di diritti e protezione è un'acquisizione relativamente recente. Fino a tempi non molto lontani, l'infanzia non veniva considerata una fase di vita autonoma, e i bambini erano spesso visti come "adulti in miniatura", privi di un vero riconoscimento sociale e giuridico. La violenza e la trascuratezza nei loro confronti erano fenomeni diffusi e accettati all'interno delle comunità, e solo con l'evoluzione delle discipline educative, psicologiche e mediche si è cominciato a considerare il maltrattamento come un problema da affrontare con urgenza. Questo cambiamento di prospettiva è stato fondamentale per creare un quadro giuridico di tutela dei minori, culminato con l'adozione di convenzioni internazionali, come la Convenzione sui diritti del fanciullo del 1989. Nonostante i progressi compiuti, il maltrattamento resta oggi un fenomeno pervasivo e spesso sommerso. Le statistiche presentate all'interno del primo capitolo mostrano la portata del *child abuse* e del suo enorme sommerso fenomenologico. Ciò è dovuto a una serie di fattori, tra cui la paura delle ripercussioni, la dipendenza economica ed emotiva dagli abusanti, e la mancanza di consapevolezza sui propri diritti da parte dei bambini. La trasmissione intergenerazionale della violenza rappresenta un ulteriore ostacolo: i bambini che crescono in contesti familiari violenti tendono a interiorizzare modelli comportamentali disfunzionali, riproducendo a loro volta quei modelli nelle proprie relazioni una volta diventati adulti. Questo ciclo perpetuo rende particolarmente difficile l'interruzione della catena di abusi.

Alla luce di questa complessità, emerge chiaramente l'importanza della prevenzione. Il Servizio Sociale, come sottolineato all'interno del terzo capitolo, gioca un ruolo centrale nell'individuare e intervenire in situazioni di rischio e vulnerabilità familiari di diversa natura. La sua funzione non si limita all'intervento in emergenza, ma include la creazione di un ambiente sicuro e protettivo per i minori attraverso la promozione di una genitorialità responsabile e il rafforzamento delle reti di supporto sociale, a favore del mantenimento dei legami familiari quando questi non pregiudichino il benessere del minore. In questo contesto, l'approccio preventivo si è dimostrato uno degli strumenti più efficaci per ridurre l'incidenza dei maltrattamenti: i programmi di sostegno alla genitorialità e di *home*

visiting, ad esempio, hanno dimostrato di essere una risorsa fondamentale per le famiglie più vulnerabili, offrendo loro competenze e risorse per gestire le sfide quotidiane senza ricorrere a comportamenti violenti e disfunzionali.

La multidisciplinarietà è imprescindibile nella costruzione di programmi di prevenzione: la violenza sui minori è un problema che richiede la collaborazione di diverse figure professionali, dai servizi sociali ai professionisti della salute mentale, dagli educatori ai professionisti del campo giuridico. L'approccio multiprofessionale consente di affrontare la situazione da diversi punti di vista, garantendo che le vittime ricevano un supporto completo e integrato, in grado di rispondere ai loro diversi bisogni, anche in funzione dell'età e del personale vissuto traumatico.

Tuttavia, nonostante i numerosi sforzi in termini di prevenzione, esistono ancora numerose sfide. Una di queste riguarda la difficoltà di raggiungere le famiglie più isolate o appartenenti a gruppi sociali marginalizzati. Le famiglie con background migratorio, per esempio, possono essere particolarmente vulnerabili, poiché spesso si trovano a dover affrontare barriere linguistiche, culturali e legali che ostacolano l'accesso ai servizi sociali. In tali contesti, la violenza può assumere forme più nascoste, e gli operatori sociali possono incontrare difficoltà nell'intercettare i segnali di maltrattamento. È quindi fondamentale sviluppare strategie di intervento che tengano conto delle specificità culturali e che facilitino il dialogo interculturale. Una maggiore formazione degli operatori in ambito culturale, unita a campagne di sensibilizzazione mirate, potrebbe aiutare a superare queste barriere e a rendere i servizi più accessibili a tutti. Un altro tema cruciale è l'impatto a lungo termine del trauma infantile. Le ricerche hanno dimostrato che i bambini vittime di abusi e maltrattamenti hanno maggiori probabilità di sviluppare disturbi mentali, comportamentali e fisici nell'età adulta. Ansia, depressione, disturbi post-traumatici da stress e dipendenze sono solo alcune delle conseguenze che possono derivare da esperienze traumatiche infantili. Questi effetti non solo compromettono la qualità della vita delle vittime, ma possono anche generare costi elevati per la società, in termini di assistenza sanitaria e sociale. Intervenire precocemente per curare e sostenere i bambini vittime di abusi non solo è un dovere morale, ma rappresenta anche un investimento per il futuro, poiché previene costi umani ed economici più elevati a lungo termine.

In questo senso, un aspetto fondamentale riguarda anche la necessità di migliorare i sistemi di monitoraggio e valutazione dei programmi di intervento e di prevenzione. Sebbene esistano numerosi progetti e iniziative a livello nazionale e internazionale, è essenziale che vengano costantemente monitorati e valutati per verificarne l'efficacia e l'efficienza, in quanto i dati raccolti sono in grado di fornire informazioni preziose per migliorare le politiche sociali e, a cascata, la vita delle vittime. Inoltre, in ottica di empowerment comunitario, è importante coinvolgere le comunità locali e le famiglie stesse

nei processi decisionali, affinché le politiche messe in atto siano realmente rispondenti ai bisogni del territorio.

Infine, non si può trascurare l'importanza di una forte volontà politica. Le leggi da sole non sono sufficienti a prevenire il maltrattamento all'infanzia; è necessaria una costante attenzione da parte delle istituzioni e della società civile per mantenere alta la guardia su questi temi. Gli operatori sociali e le istituzioni devono collaborare per sensibilizzare l'opinione pubblica e promuovere una cultura della protezione e del rispetto dei diritti dei minori e solo attraverso un impegno collettivo e trasversale sarà possibile creare una società che non tolleri la violenza e la rifiuti in ogni sua forma.

Il servizio sociale, in questo senso, rappresenta un pilastro fondamentale, ma non può agire da solo. È necessario che tutti i soggetti coinvolti, dalle famiglie alle istituzioni, assumano la responsabilità di proteggere i bambini e di interrompere i cicli di violenza che troppo spesso si perpetuano da una generazione all'altra, attraverso meccanismi ancora troppo incompresi. Solo attraverso una sinergia tra cittadini e istituzioni sarà possibile sperare nella costruzione di un futuro dove i diritti dei bambini vengano rispettati e la violenza non sia più utilizzata contro nessuna persona.

In conclusione, l'obiettivo della tesi è stato quello di analizzare le dinamiche sociali, familiari e individuali che contribuiscono alla perpetuazione di cicli di violenza nelle famiglie, o alla loro mitigazione. Dallo studio della letteratura scientifica emerge un principio comune: l'interesse prioritario del minore. Nonostante all'interno dell'elaborato sia stato dato valore al supporto alla genitorialità fragile e ai tentativi di salvaguardia della famiglia, talvolta come Servizi ci si deve prendere la responsabilità di avviare istanze di protezione del minore in senso stretto. In alcuni casi, il *best interest of the child* può essere rispettato solamente attraverso interventi di tutela che alterano l'assetto familiare e la vita dei soggetti coinvolti ma che rappresentano l'unica soluzione per interrompere la trasmissione intergenerazionale della violenza.

Bibliografia

- Agostini, Francesca, Fiorella Monti e Paola Salvatori (2009). «Depressione post partum e interazione madre-bambino a 3 mesi». In: *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, N°1, 2009. ISSN: 0214-9877. pp:29-40.
- Ariès, Philippe e Maria Garin (1981). *Padri e figli: nell'Europa medievale e moderna*. Laterza.
- Badalassi, G, F Gentile, V Emmi, R Briganti, C Garlatti, G Gazzi, M Muratore, F Salvatore, V Valente et al. (2022). *Crescere al sicuro: Indice regionale sul maltrattamento all'infanzia in Italia*. Vol. 5. CESVI.
- Barnhill, JW (2020). «Disturbo post-traumatico da stress». In: *MSD Manuals*.
- Basile, Fabio et al. (2007). «Società multiculturali, immigrazione e reati culturalmente motivati (comprese le mutilazioni genitali femminili)». In: *Stato, Chiese e pluralismo confessionale*.
- Bertotti, Teresa (2010). «VIII. I servizi per la tutela dei minori: evoluzioni e mutamenti». In: *Autonomie locali e servizi sociali* 33.2, pp. 227–246.
- Biaggi, Alessandra, Susan Conroy, Susan Pawlby e Carmine M Pariante (2016). «Identifying the women at risk of antenatal anxiety and depression: A systematic review». In: *Journal of affective disorders* 191, pp. 62–77.
- Bianchi, D (2002). *La prevenzione del disagio nell'infanzia e nell'adolescenza*. Istituto degli Innocenti di Firenze.
- Bianchi, Marcello Cesa e Eugenia Scabini (1991). *La Violenza sui bambini: immagine e realtà*.
- Boas, Ana Carolina Villas e Maria Auxiliadora Dessen (2019). «Intergenerational transmission of physical violence against children: Mothers' report.» In: *Psicologia em Estudo* Vol. 24.
- Boffio, Emanuela (2022). «Sintomatologia, Qualità delle Cure ricevute e Comportamenti di Parenting in Madri con Disturbo da Uso di Sostanze».
- Bollini, Andrea, Federica Giannotta e Antonello Angeli (2013). «Maltrattamento sui bambini: quante le vittime in Italia?» In: *Prima Indagine nazionale quali-quantitativa sul maltrattamento a danno di bambini. Terre des Hommes/CISMAI*.
- Capurso, Michele (2008). «Ricordando Urie Bronfenbrenner». In: *Fare psicologia*.
- CISMAI (2003). «Bambini che assistono alla violenza domestica». In: *III Congresso CISMAI*.
- (2015). *Dichiarazione di consenso in tema di abuso sessuale all'infanzia*.
- (2010). *Linee guida per l'allontanamento dei minorenni dalla famiglia di origine*.

- CISMAI (2017). *Requisiti Minimi Degli Interventi Nei Casi DI Violenza Assistita da Maltrattamento Sulle Madri*.
- (2013). «Studio nazionale “Tagliare sui Bambini è davvero un risparmio?”» In: *Spesa pubblica: impatto della mancata prevenzione della violenza sui bambini*.
- Consiglio d'Europa (2010). *Convenzione di Lanzarote*.
- (1996). *Convenzione europea sull'esercizio dei diritti del fanciullo*.
- (1981). *IV Colloquio criminologico di Strasburgo*. Rapp. tecn. Consiglio d'Europa.
- Corsi, Michele (2006). «Educazione familiare e consultori». In: *Rivista Italiana di Educazione Familiare*, pp. 38–49.
- De Mause, Lloyd e Lucia Bonardi (1983). *Storia dell'infanzia*. Emme Ed.
- De Pieri, Irene (2022). *Tossicodipendenza e genitorialità: ruolo e strumenti dei Servizi Sociali nella protezione dei minori*.
- Der Kolk, Van (2005). «BA Developmental Trauma Disorder: Toward a rational diagnosis for children with complex trauma histories». In: *Psychiatr. Ann* 35, pp. 401–408.
- Di Iullo, T, P Angelucci, L Cacia, A Di Gioia, E Gasteratou, N Malorni, M Nicolussi, L Sarno e G Soavi (2017). «Maltrattamento e abuso all'infanzia—Indicazioni e raccomandazioni». In: *Consiglio Nazionale Ordine degli Psicologi*.
- Di Palma, Caterina e Giovanna Biagetti (2021). «Madri maltrattate. Effetti della vittimizzazione e ricadute sulla genitorialità». In: *psicoin*, p. 36.
- Du Pasquier, F (1997). «L'infanzia attraverso i secoli nella cultura occidentale». In: *De Cataldo Neuburger L., a cura di, Abuso sessuale di minore e processo penale: ruoli e responsabilità*. Padova: Cedam.
- Felitti, Vincent J, Robert F Anda, Dale Nordenberg, David F Williamson, Alison M Spitz, Valerie Edwards e James S Marks (1998). «Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults: The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study». In: *American journal of preventive medicine* 14.4, pp. 245–258.
- Ferraris, Anna Oliverio e Barbara Graziosi (1999). *Il volto e la maschera: il fenomeno della pedofilia e l'intervento educativo*. Casa editrice Valore Scuola.
- Ferri, Alessandra (2013). *La tutela del minore nell'attività del Servizio sociale locale*. FrancoAngeli.
- Finkelhor, David, Heather Turner e Richard Ormrod (2006). «Kid's stuff: The nature and impact of peer and sibling violence on younger and older children». In: *Child abuse & neglect* 30.12, pp. 1401–1421.
- Fischetti, Caterina (1996). *Innocenza violata: storie, riflessioni e proposte per combattere la violenza ai minori*. Editori riuniti.

- Fromm, Suzette (2001). *Total Estimated Cost of Child Abuse & Neglect In The United States: Statistical Evidence*. Prevent Child Abuse America.
- Galli, Dina, Maurizio Millo e Pier Luigi Postacchini (2007). «Gli allontanamenti: quando e come farli». In: *Minori giustizia : rivista interdisciplinare di studi giuridici, psicologici, pedagogici e sociali sulla relazione fra minorenni e giustizia*. 2007/3.
- Gardner, Richard A (1998). «Recommendations for dealing with parents who induce a parental alienation syndrome in their children». In: *Journal of divorce & remarriage* 28.3-4, pp. 1–23.
- Gelles, Richard J e Staci Perlman (2012). «Estimated annual cost of child abuse and neglect». In: *Chicago, IL: Prevent Child Abuse America* 193.
- Giallongo, Angela (1990). *Il bambino medievale: educazione ed infanzia nel Medioevo*. Vol. 29. Edizioni Dedalo.
- Gruppo di lavoro S.I.N.P.I.A. sugli abusi in età evolutiva (2007). *Linee guida in tema di abuso sui minori*. Rapp. tecn. Società italiana di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza.
- Heckman, James J e Dimitriy V Masterov (2007). *The productivity argument for investing in young children*. National Bureau of Economic Research Cambridge, Mass., USA.
- Herman, Judith Lewis (2005). *Guarire dal trauma: affrontare le conseguenze della violenza, dall'abuso domestico al terrorismo*. Edizioni Magi.
- Krug, Etienne G, Linda L Dahlberg, James A Mercy, Anthony B Zwi e Rafael Lozano (2002). *World report on violence and health*. World Health Organization.
- Lander, Laura, Janie Howsare e Marilyn Byrne (2013). «The impact of substance use disorders on families and children: from theory to practice». In: *Social work in public health* 28.3-4, pp. 194–205.
- Latino, Anna (2020). «Il maltrattamento all'infanzia tra fattori di rischio e fattori di protezione». In: *Il Medico Pediatra*. Scaricabile da: https://www.ilmedicopediatra-rivistafimp.it/wpcontent/uploads/2021/01/04_att_prof_fattori_rischio.pdf (data ultima consultazione: 05/01/2023).
- Lega delle Nazioni (1924). «Dichiarazione dei diritti del fanciullo». In: Convenzione di Ginevra.
- Lewis, Andrew J, Emma Austin, Rebecca Knapp, Tina Vaiano e Megan Galbally (2015). «Perinatal maternal mental health, fetal programming and child development». In: *Healthcare*. Vol. 3. 4. MDPI, pp. 1212–1227.
- Lünnemann, MKM, FCP Van der Horst, Peter Prinzie, MPCM Luijk e M Steketee (2019). «The intergenerational impact of trauma and family violence on parents and their children». In: *Child abuse & neglect* 96, p. 104134.

- Martinelli, L, F Giannotta, R Briganti, G Soavi, C Devitiis, A Crippa, M Patrizio et al. (2021). *II Indagine nazionale sul maltrattamento dei bambini e degli adolescenti in Italia: risultati e prospettive*. CESVI.
- McGee, Kara, Dinesh Sethi, Margie Peden e Shakiba Habibula (2004). «Guidelines for conducting community surveys on injuries and violence». In: *Injury control and safety promotion* 11.4, pp. 303–306.
- Melloni, N.D., N. Nocco e E. Nuzzolese (2021). «Riconoscere la discoria e l'ipercura». In: *La trascuratezza dentale e il maltrattamento all'infanzia*.
- Merlini, Francesca (2017). «La trascuratezza, prima forma di maltrattamento in Italia: rilevazione, valutazione e intervento multimodale». In: *VII congresso nazionale CI-SMAI sul maltrattamento all'infanzia in Italia*.
- Milani, Paola (2009). «La formazione e la ricerca in educazione familiare. Stato dell'arte in Italia». In: *Rivista italiana di educazione familiare*, pp. 17–35.
- Milner, Joel S, Cynthia J Thomsen, Julie L Crouch, Mandy M Rabenhorst, Patricia M Martens, Christopher W Dyslin, Jennifer M Guimond, Valerie A Stander e Lex L Merrill (2010). «Do trauma symptoms mediate the relationship between childhood physical abuse and adult child abuse risk?». In: *Child abuse & neglect* 34.5, pp. 332–344.
- Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali (2013). *Affidare un percorso informativo nell'affidamento familiare*.
- (2017). «Linee di indirizzo nazionali: L'intervento con bambini e famiglie in situazione di vulnerabilità». In: *Promozione della genitorialità positiva (Prima edizione)*.
- Montecchi, Francesco (1994). *Gli abusi all'infanzia: dalla ricerca all'intervento clinico*. La Nuova Italia Scientifica.
- O'Donnell, Kieran J e Michael J Meaney (2017). «Fetal origins of mental health: the developmental origins of health and disease hypothesis». In: *American Journal of Psychiatry* 174.4, pp. 319–328.
- Office of the special representative of the secretary-general on violence against children (2019). *Keeping the Promise: Ending Violence Against Children by 2030*. United Nations.
- ONU (1989). *Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti del fanciullo*.
- (1959). *Dichiarazione universale dei diritti del fanciullo*.
- (2015). «Trasformare il nostro mondo: l'Agenda 2030 per lo Sviluppo Sostenibile». In: *Sustainable Development Goals*.
- Perino, Annamaria et al. (2013). *I luoghi del Servizio Sociale (a cura di), vol. I*. Aracne.
- Petrilli, Greta (2021). «La psicopatologia in epoca perinatale: oltre la depressione post-partum». In: *Ricerca Psicoanalitica* 32.1.

- Pinna, Keri LM (2016). «Interrupting the intergenerational transmission of violence». In: *Child abuse review* 25.2, pp. 145–157.
- Riso, Chiara (2013). «Psicopatologia e genitorialità: progetto di trattamento del Disturbo Borderline di Personalità rispetto alle competenze di parenting». In: *Cognitivismo Clinico* 10.1.
- Roccia, C (1997). «Sessualità: genitori e figli a confronto». In: *Foti C.(1997). Chi educa chi.*
- Segatto, Barbara e Anna Dal Ben (2017). *Se Come Quando. Percorsi biografici nella maternità contemporanea.* FrancoAngeli.
- Sethi, Dinesh, Mark Bellis, Karen Hughes, Ruth Gilbert, Francesco Mitis e Gauden Galea (2013). *European report on preventing child maltreatment.* World Health Organization. Regional Office for Europe.
- Silva, Clara et al. (2004). *Dall'incontro alla relazione. Il rapporto tra scuola e famiglie immigrate.* Unicopli.
- Silva, Clara (2006). «Famiglie immigrate e educazione dei figli». In: *Rivista italiana di educazione familiare*, pp. 30–36.
- Stein, Alan, Rebecca M Pearson, Sherryl H Goodman, Elizabeth Rapa, Atif Rahman, Meaghan McCallum, Louise M Howard e Carmine M Pariante (2014). «Effects of perinatal mental disorders on the fetus and child». In: *The Lancet* 384.9956, pp. 1800–1819.
- Terragni, Laura (1997). *Su un corpo di donna: una ricerca sulla violenza sessuale in Italia.* Vol. 28. Franco Angeli.
- Varricchio, A. (2022). «Dichiarazione di adottabilità di un minorenne da parte di una giurisdizione interna sull'assunto che la madre non fosse in grado di esercitare le sue responsabilità genitoriali.» In: *Rassegna Giuridica*, 2022(3), 1-12.
- Visci, Giovanni (2022). «Le Esperienze Sfavorevoli Infantili». In: *Riprendere insieme a volare.*
- Walker, Edward A, Jurgen Unutzer, Carolyn Rutter, Ann Gelfand, Kathleen Saunders, Michael VonKorff, Mary P Koss e Wayne Katon (1999). «Costs of health care use by women HMO members with a history of childhood abuse and neglect». In: *Archives of general psychiatry* 56.7, pp. 609–613.
- Wang, Ching-Tung e John Holton (2007). *Total estimated cost of child abuse and neglect in the United States.* Prevent Child Abuse America Chicago, IL.
- Williams, Charlotte e Haluk Soydan (2005). «When and how does ethnicity matter? A cross-national study of social work responses to ethnicity in child protection cases». In: *British Journal of Social Work* 35.6, pp. 901–920.

- Wolfe, David A, Betty Edwards, Ian Manion e Catherine Koverola (1988). «Early intervention for parents at risk of child abuse and neglect: a preliminary investigation.» In: *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 56.1, p. 40.
- World Health Organization (2006). *Preventing child maltreatment: a guide to taking action and generating evidence*. World Health Organization.
- Zambianchi, Elena (2012). «Supporto alla genitorialità: tipologie di intervento e percorsi formativi». In: *Formazione & insegnamento* 10.3, pp. 79–94.

Sitografia

- Bramucci, A (2019). *Tossicodipendenza e genitorialità fragile*. <https://www.andreabramucci.com/2019/12/11/tossicodipendenza-e-genitorialita-fragile/> [Accessed: Aug. 17 2024].
- Ministero della Salute (2024). <https://www.salute.gov.it/portale/home.html> [Accessed: Aug. 2 2024].
- National Institute for Health and Care Excellence (n. d.). <https://www.nice.org.uk/>.
- Storia dell'abuso all'infanzia* (2024). <http://web.tiscali.it/childabuse/cap.1.htm> [Accessed: Jul. 29 2024].
- WHO (2024). *Female genital mutilation*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/female-genital-mutilation> [Accessed: Sep. 2 2024].