

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

DIPARTIMENTO DI SCIENZE POLITICHE,
GIURIDICHE E STUDI INTERNAZIONALI

Corso di laurea *Triennale* in Servizio sociale



Maltrattamento infantile, conseguenze psicologiche e
neuroanatomiche.

L'importanza dell'intervento precoce e della
prevenzione

Relatrice: Prof.ssa ANNA DAL BEN

Laureanda: ILARIA DUSE
matricola N.1222414

A.A. 2021-2022

*“Se cresci senza nessuno che ti dica che sei bello o che sei bravo,
senza una parola di conforto che ti rassicuri dandoti il tuo posto al sole nel mondo,
niente sarà mai abbastanza per ripagarti di quel silenzio.
Dentro resterai sempre un bambino affamato di gentilezza,
che si sente brutto, incapace e manchevole, qualsiasi cosa accada. E non importa se,
nel frattempo, sei diventato la più bella delle creature.”*

Ferzan Ozpetek - Sei la mia vita

Ringraziamenti

Ringrazio la mia Relatrice, Prof.ssa Anna Dal Ben per avermi seguito nel percorso di stesura di questa tesi con pazienza e dimostrandosi sempre molto competente,

Ringrazio la mia famiglia per essermi stata accanto e avermi supportata,

Ringrazio le amiche di una vita: Asya, per aver avuto fiducia in me; Cristina per l'allegria che da sempre mi trasmette; e Monica, che da così lontano mi è stata vicina in ogni istante,

Ringrazio la mia amica e collega di Università Alessia, con la quale ho condiviso ogni singolo momento del mio percorso,

Ringrazio Claudio che mi è stato accanto in ogni fallimento e per questo merita che io gli dedichi ogni mio successo,

Ringrazio me stessa perché se ho raggiunto questo traguardo è grazie alla mia forza.

Indice

Introduzione	3
Capitolo I – Il maltrattamento	7
1.1 Il maltrattamento nella storia	7
1.2 Definire il maltrattamento	10
1.3 Le forme assunte dal maltrattamento	12
1.3.1 <i>La violenza fisica</i>	12
1.3.2 <i>La violenza psico-emozionale</i>	14
1.3.3 <i>Le patologie delle cure</i>	16
1.3.4 <i>La violenza sessuale</i>	19
1.3.5 <i>La violenza assistita</i>	20
1.4 Fattori di rischio e fattori di protezione per i minori	21
1.5 Rilevanza del fenomeno: alcuni dati	25
Capitolo II – Le conseguenze del maltrattamento sul neurosviluppo	29
2.1 I neuroni nel bambino: perché la prima infanzia è il periodo più sensibile dello sviluppo	29
2.2 L'influenza dei geni e dell'ambiente nello sviluppo infantile	30
2.3 Maltrattamento, conseguenze neuropsicologiche e salute mentale	32
2.3.1 <i>Il Disturbo Post Traumatico da Stress</i>	35
2.4 Maltrattamento e conseguenze a livello di sviluppo neuroanatomico	37
2.4.1 <i>Il circuito subcorticale</i>	39
2.4.2 <i>La corteccia prefrontale</i>	41
2.4.3 <i>Il cervelletto</i>	42
2.4.4 <i>Il corpo calloso e altre tracce di sostanza bianca</i>	42
2.5 Contro il determinismo delle esperienze avverse: plasticità cerebrale e caratteristiche individuali	43
2.5.1 <i>La stimolazione cognitiva come opportunità di recupero e la plasticità cerebrale determinata dalle esperienze vissute</i>	46

Capitolo III – La prevenzione e gli interventi precoci per contrastare il fenomeno del maltrattamento infantile	49
3.1 La prevenzione in ambito sociale, significati e nodi critici	49
3.1.1 <i>L'importanza della progettazione nei programmi preventivi</i>	51
3.1.2 <i>Prevenire conviene: quanto costa allo Stato italiano il maltrattamento infantile</i>	53
3.2 Prevenire il maltrattamento infantile	54
3.2.1 <i>Le strategie ambientali</i>	55
3.2.1 <i>Le strategie relazionali</i>	57
3.2.3 <i>Le strategie individuali</i>	59
3.3 Quando la prevenzione non basta: interventi precoci di contrasto al Maltrattamento	61
3.3.1 <i>L'intercettazione precoce</i>	63
3.3.2 <i>La segnalazione come primo strumento per contrastare il maltrattamento</i>	67
3.3.3 <i>Dalla valutazione delle capacità genitoriali ai possibili interventi</i>	70
3.3.4 <i>L'Affidamento del minore al Servizio Sociale</i>	73
3.3.5 <i>Allontanamento del minore, affido familiare e collocamento in strutture di accoglienza</i>	74
Conclusioni	77
Bibliografia	81

Introduzione

Il maltrattamento infantile è un fenomeno che sembra aver caratterizzato, seppur con forme e modalità differenti, trasversalmente la storia della civiltà umana, dall'antichità fino ai giorni nostri. All'interno di questa tesi si intende presentare innanzitutto una panoramica generale rispetto al fenomeno in questione, per poi giungere ad una trattazione più specifica rispetto alle conseguenze a livello psicologico e a livello neuroanatomico del maltrattamento. L'obiettivo è quello di fornire al lettore gli elementi necessari al fine di comprendere le motivazioni per le quali l'intervento precoce e la prevenzione sono rilevanti per contrastare la violenza e la negligenza nei confronti dei minori. Per tali ragioni, pur essendo una tesi di Servizio Sociale, l'elaborato assume in alcune delle sue parti un taglio maggiormente psicologico, nonostante il fine ultimo sia quello di giungere ad una iniziale riflessione rispetto all'evoluzione del ruolo dell'assistente sociale all'interno dei servizi di Tutela e di Protezione dei Minori.

Le motivazioni per le quali si è scelto di approfondire la questione del maltrattamento infantile, sono legate al fatto che tale tematica assume una rilevanza fondamentale all'interno dell'attuale contesto dei servizi socio-sanitari, in cui il benessere e la protezione dell'infanzia sono divenuti argomenti centrali; di conseguenza, la tutela dei minori è uno degli ambiti che assume, anche all'interno del percorso di studi in Servizio Sociale, molta importanza, pertanto la sua approfondita trattazione diventa necessaria anche ai futuri fini applicativi e professionali. La scelta di declinare l'elaborato seguendo la particolare linea sopradescritta deriva, invece, dalla volontà di dare un taglio multidisciplinare al percorso di Tesi, a partire dall'idea secondo la quale il Servizio Sociale sarebbe una "disciplina di sintesi" costituita da saperi afferenti a diverse discipline, fra le quali la sociologia, le scienze politiche, il diritto, la pedagogia, l'antropologia e, per l'appunto, la psicologia. La multidisciplinarietà, oltretutto, è una caratteristica che riguarda anche il fenomeno stesso del maltrattamento infantile che, per essere compreso, non può dunque che essere letto tramite un'ottica quanto più ampia e multifocale possibile.

Recentemente le ricerche nell'ambito delle neuroscienze dello sviluppo sono andate incontro ad un sensibile aumento e ciò, sommato al personale interesse della scrivente rispetto a questa particolare area, è stato percepito come utile per comprendere le ragioni

per cui la prevenzione e gli interventi precoci in ambito sociale risultino scientificamente efficaci ma, d'altra parte, ancora difficili da realizzare, perlomeno nel contesto italiano.

Per quanto riguarda la struttura argomentativa della tesi, questa è suddivisa in tre principali capitoli che, sulla base dell'analisi della letteratura di riferimento, propongono una panoramica su alcuni degli aspetti principali che caratterizzano questo fenomeno, focalizzandosi sugli esiti che le forme di maltrattamento possono generare sui minori ma anche sulle capacità di recupero che bambini e bambine possono avere, soprattutto a fronte di interventi di protezione precoci e di progetti di prevenzione attuati, più in generale, a livello sociale. Il periodo dell'infanzia, infatti, è determinante per lo sviluppo armonico del bambino e ha importantissime conseguenze anche per quello che sarà il futuro adulto. La scelta della tematica dipende anche da questa considerazione: si ritiene, infatti, necessario continuare a ribadire quanto le esperienze traumatiche vissute in età infantile possano intaccare il funzionamento relazionale e sociale dell'adulto di domani.

Nello specifico, il primo capitolo aspira a fornire un primo quadro del fenomeno, in termini di forme e definizioni che la violenza può assumere nei confronti dei minori. Vengono poi analizzati i fattori di rischio e di protezione che concorrono nell'analisi delle situazioni familiari, in quanto la loro intercettazione permette di ragionare in merito agli interventi più opportuni da mettere in atto per promuovere il benessere del bambino. Infine, per comprendere l'incidenza di questo fenomeno all'interno della società italiana, si prosegue con l'esposizione di una rassegna statistica che fornisce importanti indicazioni rispetto alle forme di maltrattamento più frequentemente perpetuate, all'identità di coloro che le attuano e alle caratteristiche dei bambini che le subiscono. Tale panoramica permette di iniziare una riflessione sulla situazione dei Servizi Sociali italiani, mettendo in luce quali sono i nodi critici per quanto riguarda l'intercettazione della violenza e la messa in atto di interventi di cura e di protezione.

A partire dal secondo capitolo, la trattazione diventa più specifica e l'attenzione viene posta sulle conseguenze dannose del maltrattamento a livello psicologico e neuroanatomico, spesso difficilmente intercettabili poiché non immediatamente evidenti. Al contrario dei segni fisici, tali conseguenze per essere individuate, richiedono un'analisi più approfondita che non può limitarsi esclusivamente all'osservazione esterna del bambino. La prima parte del secondo capitolo si dedica alla trattazione del concetto di "epigenetica" con lo scopo di illustrare come, effettivamente, le esperienze esterne, in

questo caso le esperienze traumatiche del maltrattamento e della negligenza, siano in grado di influenzare più o meno direttamente lo sviluppo del minore. La scelta di approfondire tematiche quali la plasticità cerebrale e l'*Early Childhood Development* ha una duplice motivazione: da un lato, insieme al concetto di epigenetica, permettono di comprendere a fondo quanto le esperienze negative siano incisive nella salute, anche sul lungo termine; dall'altro lato, invece, consentono di chiarire alcune particolari funzioni del cervello umano, fondamentali al fine di argomentare scientificamente l'importanza di intervenire il più precocemente possibile nella protezione dei bambini. Viene pertanto proposta, nella seconda parte del capitolo, un'analisi degli esiti che il maltrattamento ha in termini di sviluppo e modificazioni di alcune aree del cervello: la descrizione di queste conseguenze è sostenuta dalla presentazione di alcune tra le più recenti e innovative ricerche nel campo delle neuroscienze dell'età evolutiva. Nella parte conclusiva vengono, infine, presentati i fattori che si rivelano essere in grado di mediare e di limitare gli effetti negativi delle esperienze avverse, attivando una effettiva possibilità di cambiamento e recupero per la persona e la sua storia di vita.

Nel terzo e ultimo capitolo il focus viene posto sugli interventi precoci che gli operatori socio-sanitari possono attuare per favorire la protezione e il benessere dei minori. Nella prima parte viene trattato l'argomento della prevenzione: nello specifico, si approfondiranno le criticità che questa pratica assume nel contesto italiano, soprattutto nel campo del lavoro sociale e conseguentemente anche i costi che lo Stato si trova a sostenere per arginare e curare la violenza nei confronti dei minori. La trattazione diventa poi più dettagliata e vengono presentati alcuni programmi di prevenzione del maltrattamento, suddividendoli in strategie ambientali, strategie relazionali e strategie individuali. La volontà di soffermarsi sulla prevenzione è motivata dal fatto che possiamo intenderla come il più precoce fra gli interventi attuabili che mira a contrastare l'insorgenza di un fenomeno prima ancora che esso si manifesti concretamente. L'ultima parte del capitolo è dedicata agli interventi che vengono posti in essere dai professionisti nei casi in cui il maltrattamento sia stato constatato. In questo caso, trattare di interventi precoci non significa analizzare programmi specifici che possono essere attuati "prima di altri", ma piuttosto condurre delle considerazioni rispetto alla maggiore efficacia che i classici interventi di tutela possono riscontrare se applicati tempestivamente anche al di là della fascia d'età in cui si trova il bambino al momento dell'intercettazione. Trattare di

interventi precoci, dunque, assume declinazioni plurime: da un lato significa agire quando il bambino è ancora in tenera età, dall'altro significa anche intercettare velocemente le situazioni di rischio intervenendo il prima possibile, al fine di preservare l'integrità psicofisica del minore già a qualche livello compromessa. Per tali ragioni parte del capitolo è dedicata alla descrizione dei soggetti istituzionali che per la loro funzione sono chiamati a segnalare i casi di violenza o presunta violenza con un focus sul ruolo della scuola, dell'ospedale, dei Medici di Medicina Generale, dei Medici Pediatri e dei Servizi Sociali che in assoluto sono i servizi maggiormente deputati a riconoscere e trattare le forme di maltrattamento. Infine, con la conclusione del capitolo, si aspira a fornire una nuova lettura dei classici interventi sociali di tutela, rendendo esplicite le ragioni per le quali essi possono essere pensati anche come interventi precoci e/o preventivi, mettendone in luce gli effetti benefici in termini di protezione del bambino e anche di recuperabilità delle capacità genitoriali.

CAPITOLO I

Il maltrattamento

1.1 Il maltrattamento nella storia

Quando si tratta del maltrattamento, ci si riferisce a un fenomeno universalmente presente, in quanto in tutti i tempi e in tutti i luoghi si sono verificati episodi tali da essere definiti come abusi o violenza all'infanzia, sin dall'antichità. Il concetto di maltrattamento assume, infatti, un significato ed una connotazione differente a seconda del contesto storico, culturale, sociale e normativo a cui si fa riferimento: per tale ragione si ritiene opportuno ripercorrere alcune delle tappe storiche fondamentali al fine di comprenderne l'evoluzione e l'assoluta rilevanza che ancora assume all'interno dell'attuale società.

Nel passato, i genitori, gli anziani e i saggi potevano scegliere di porre fine alla vita dei bambini. I neonati con malformazioni, ad esempio, erano considerati un peso inutile per la società e per tale ragione l'infanticidio non soltanto era giustificato ma anche, sotto un certo punto di vista, inneggiato. Ciò era quanto avveniva nell'Antica Grecia, ma analizzando la situazione a Roma, lo scenario che si presentava non era poi così diverso: il padre, capofamiglia autoritario e indiscusso, deteneva un potere senza limiti nei confronti del proprio figlio che poteva essere abbandonato anche in fasce ma non solo: poteva anche essere venduto o, addirittura, ucciso. Inoltre, non erano così infrequenti i sacrifici umani, non a caso si considerava naturale e talvolta addirittura desiderabile, l'uccisione di un bambino o di un neonato al fine di compiacere gli dèi venerati. Sarà soltanto a partire dal 374 d.C. che l'uccisione di un bambino inizierà ad essere considerata un vero e proprio omicidio, alla pari di tutte le altre forme di omicidio esistenti e riconosciute. Nel 529 d.C., l'Imperatore Giustiniano ha promulgato una legge che aveva come scopo quello di istituire una prima forma di orfanotrofi all'interno dei quali trovano accoglienza i bambini rimasti senza genitori o abbandonati dal proprio nucleo familiare

(Miller-Perrin, 2012b). In generale, nel Medioevo, vi era una forte tendenza a negare l'infanzia dei bambini e a ridurre il più possibile la durata di questo periodo della vita, indirizzando precocemente i propri figli fuori dalla famiglia d'origine. Il bambino era visto come un essere manchevole poiché non ancora dotato delle caratteristiche fisiche e psicologiche per poter essere considerato adulto, visione che, come conseguenza, generava un'idea di inferiorità del fanciullo nei confronti del quale poteva essere praticata qualsiasi forma di sopruso. I metodi educativi allora utilizzati, attualmente sarebbero considerati delle forme di abuso nei confronti dei minori, in quanto caratterizzati da una forte violenza fisica, emotiva e psicologica. Le percosse e le punizioni corporali erano considerate lo strumento educativo per eccellenza, in grado di dare ordine e imporre disciplina (Giallongo, 1990). La situazione non è migliorata con l'avvento della Rivoluzione industriale: sfruttamenti e maltrattamenti minorili rimanevano all'ordine del giorno, poiché i figli erano considerati come una forza da sfruttare all'interno del sistema lavorativo: la giornata per questi bambini era veramente molto lunga, tanto che si sfioravano anche le diciotto ore di lavoro consecutive. Le mansioni svolte dai minori erano molto faticose (minatori, spazzacamini, operai tessili) o umilianti, come nel caso delle bambine costrette a prostituirsi; a ciò si aggiungeva il fatto che il datore di lavoro spesso utilizzava la violenza fisica e le punizioni corporali per impartire la disciplina. La scuola non veniva frequentata, oppure il numero delle assenze era molto elevato poiché i bambini dedicavano la loro giornata quasi esclusivamente al lavoro, senza avere il tempo per giocare, stare con gli amici e dedicarsi all'istruzione (Cunningham, 1996).

I bambini iniziano ad essere considerati soggetti di rilevanza sociale a partire dal 1858, quando Charles Dickens diede avvio ad una campagna per la protezione dell'infanzia, sostenendo il *Great Ormond Street Hospital for Children* di Londra: la denuncia sociale nei confronti della situazione in cui molti minori versavano all'epoca traspare infatti anche all'interno delle sue opere letterarie. Un altro episodio di significativa importanza risale al 1874, quando una infermiera di New York, Etta Wheeler, decise di denunciare la situazione in cui versava una minore di otto anni, sua vicina di casa, sottoposta a percosse e insulti da parte della sua matrigna: la bambina viveva in una forte situazione di deprivazione materiale, sociale e affettiva, non le era permesso uscire di casa o giocare, restando relegata in un contesto altamente pregiudizievole. La vicenda fece molto

scalpore, tanto che nello stesso anno venne fondata la *Society for the Prevention of Cruelty to Children* (Miller-Perrin, 2012b).

A partire da questa prima realtà, a livello internazionale, iniziano a sorgere sempre più associazioni a difesa e a protezione dei minori. Infatti, nel 1924 venne redatta la Dichiarazione dei diritti del bambino dalla Società delle Nazioni Unite che invitava i Paesi membri ad una presa di coscienza a livello morale rispetto all'importanza di una educazione basata su comprensione, pace e tolleranza a seguito degli orrori causati dalla Prima Guerra Mondiale. Successivamente, nel 1959 l'Assemblea Generale delle Nazioni Unite approvò la Dichiarazione dei Diritti del Fanciullo, che va ad ampliare la precedente Dichiarazione, introducendo la visione del minore quale essere umano alla pari di tutti gli altri, e dunque portatore di diritti. Sempre a livello giuridico, è stata riconosciuta la necessità di tutelare i bambini che hanno il diritto a non essere discriminati e ad essere protetti in tutte le fasi del loro sviluppo e della loro vita. La Dichiarazione del 1959, infine, ha accentuato il focus sul divieto di sfruttamento e abuso, in particolar modo sessuale, verso i bambini. Un altro elemento messo in luce nella medesima Dichiarazione è la necessità di educare i minori secondo sani e pacifici principi. In generale, è stato ribadito come l'umanità abbia il dovere di dare al fanciullo il meglio di sé stessa. Nel 1986 il documento citato è stato revisionato con lo scopo di rimarcare, nuovamente, il divieto di abuso e maltrattamento all'infanzia. Nel 1989 è stata approvata dall'Assemblea delle Nazioni Unite la Convenzione sui diritti dell'infanzia e dell'adolescenza che verrà ratificata dall'Italia nel 1991 con la legge n.176: attualmente vi aderiscono ben 196 Stati. I principi fondamentali attorno ai quali verte la Convenzione, prevedono che vengano garantiti diritti a tutti i minori senza effettuare discriminazione alcuna, andando ad accentuare l'idea secondo la quale esiste un superiore interesse del minore per qualsivoglia istituto giuridico, provvedimento o iniziativa, sottolineando l'importanza di rispettare il diritto del minore ad essere ascoltato e interpellato nelle decisioni che lo riguardano. La convenzione ribadisce, infine, il principio secondo il quale la vita e la sopravvivenza sono diritti inalienabili.

Per quanto concerne il panorama nazionale, sarà proprio a partire da quest'ultima legge citata, che prenderà avvio la nascita di tutta quella serie di servizi specialistici rivolti alla cura e alla tutela dei minori come, ad esempio, i servizi di Protezione, il Consultorio Familiare, la Pediatria, la Neuropsichiatria infantile..

1.2 Definire il maltrattamento

Non è facile identificare una definizione univoca di maltrattamento all'infanzia in quanto diverse discipline si occupano di trattare, seppur in modi differenti, questo fenomeno. Si pensi al servizio sociale, alla psicologia, alle discipline giuridiche e alle scienze dell'educazione, che possono entrare in contatto con situazioni di abuso e sono chiamate ad affrontarle secondo le specifiche competenze professionali.

Una prima definizione che è necessario considerare è certamente quella fornita dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS, 1999; 2002), in cui per abuso o maltrattamento all'infanzia si intendono: *“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”*. Un'altra definizione viene fornita dal Consiglio d'Europa, secondo il quale il maltrattamento si concretizza ne *“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”*, come da definizione del IV Seminario Criminologico (Consiglio d'Europa, Strasburgo 1978). Interessante risulta essere anche l'articolo 19 della Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti del fanciullo, il quale protegge tutti i bambini da *“tutte le forme di violenza fisica o mentale, lesioni o abusi, abbandono o trattamento negligente, maltrattamenti o di sfruttamento, compresa la violenza sessuale”*. Ancora, il *National Center of Child Abuse and Neglect* nel 1981 dichiara abuso al minore *“una situazione di maltrattamento infantile in cui, attraverso atti intenzionali o disattenzione grave nei riguardi dei bisogni di base del bambino, il comportamento di un genitore o di un sostituto o di altro adulto che del bambino si occupi, abbia causato danni o menomazioni che potevano essere previsti ed evitati o abbia contribuito materialmente al prolungamento o al peggioramento di un danno o di una menomazione esistenti”*. Infine, la Società Italiana di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza (SINPIA) precisa che *“il maltrattamento può concretizzarsi in una condotta attiva (percosse,*

lesioni, atti sessuali, ipercura) o in una condotta omissiva (incuria, trascuratezza, abbandono) e l'assenza di evidenze traumatiche nel fisico non può escludere l'ipotesi di maltrattamento”.

Analizzando le definizioni, si nota certamente come il maltrattamento venga descritto come un comportamento lesivo nei confronti di chi lo subisce, nonché come le forme di violenza riconosciute siano di più di una: non a caso il maltrattamento può manifestarsi secondo violenze di tipo fisico, emotivo o psicologico, tra cui anche gli abusi sessuali e gli atteggiamenti abbandonici e negligenti da parte delle figure di riferimento. Questo fenomeno, dunque, comprende sia le condotte attive, sia i comportamenti omissivi da parte di tutte le figure che dovrebbero prendersi cura di un minore. Il titolo di “autore di maltrattamento” può infatti riguardare le figure genitoriali o altri membri della famiglia allargata (p.e. nonni, zii e parenti), come altri soggetti quali amici, conoscenti, estranei, persone che si trovano in una posizione di autorità rispetto al minore, come insegnanti o operatori dei servizi sociosanitari. Inoltre, un'altra dimensione da considerare è relativa al fatto che il danno provocato può essere effettivo ma anche potenziale: rilevante in tal senso, è come questo sia in grado di determinare una compromissione rispetto allo stato di salute psicofisica del minore.

Le conseguenze del maltrattamento, infatti, sono spesso significative per quanto riguarda la definizione della personalità e il raggiungimento delle tappe evolutive del soggetto, con esiti che si protraggono anche in età adulta: un minore vittima di violenza ha maggiori possibilità di sviluppare problematiche fisiche e psicologiche, quali ad esempio disturbi legati alla sfera della salute mentale e/o delle dipendenze (Fantuzzi 2015). Infine, è importante citare anche il “circolo di trasmissione intergenerazionale della violenza” (Coohey, 2006; Mersky et al., 2009): un bambino maltrattato ha maggiori possibilità di diventare a sua volta un adulto maltrattante. Le ragioni che aumentano questa possibilità vanno ricercate nel fatto che tali soggetti nel corso del loro sviluppo non hanno conosciuto modalità educative diverse da quelle improntate sulla violenza e dunque fanno proprio questo modello relazionale altamente disfunzionale.

1.3 Le forme assunte dal maltrattamento

A fronte delle sfaccettature che questo fenomeno assume, è più adeguato parlare di “maltrattamenti” piuttosto che di “maltrattamento”: nonostante vi sia un’ampia gamma di comportamenti e negligenze che possono essere fatti rientrare all’interno di questa categoria ombrello, delineare tipologie distinte permette di tracciare in modo più accurato le caratteristiche di ognuna di esse, così che anche l’attuazione degli interventi sanitari e psicosociali di trattamento possano essere maggiormente mirati, efficaci ed efficienti.

La consapevolezza rispetto all’esistenza di tutte queste particolari declinazioni del fenomeno è il primo passo per pensare a dei programmi di prevenzione sistematici e che risultino davvero funzionali al loro scopo, non a caso questa conoscenza permette di identificare quali sono i fattori di protezione che vanno incentivati a discapito dei fattori di rischio.

Le forme di maltrattamento attualmente riconosciute sono le seguenti: la violenza fisica all’interno della quale si fanno rientrare anche la *Shaken Baby Syndrome* e la Mutilazione Genitale Femminile; la violenza psicoemotiva insieme alla Sindrome di Alienazione Parentale; le patologie delle cure; la violenza sessuale e la violenza assistita.

1.3.1 La violenza fisica

Per violenza fisica si intende un utilizzo intenzionale della forza fisica nei confronti di un minore che solitamente si trova in una posizione di subordinazione rispetto al soggetto maltrattante. L’utilizzo della violenza è in grado di generare un danno per la salute, la sopravvivenza, lo sviluppo e la dignità del bambino (SINPIA, 2007).

Nella definizione di violenza fisica sono comprese azioni quali il colpire, percuotere, prendere a calci, scuotere, mordere, strangolare, bruciare, avvelenare o soffocare il bambino o comunque qualsiasi danno di portata tale da dover richiedere l’intervento degli specialisti. Questa tipologia di maltrattamento è la più facile da intercettare in quanto lascia nel bambino che la subisce, segni manifesti e ben visibili quali: contusioni, ecchimosi, ematomi, cicatrici, ustioni, graffi, escoriazioni, etc. Gli ematomi, spesso, vengono inferti in zone del corpo nascoste dagli indumenti come, ad esempio, i glutei, le gambe e la schiena (Feldman, 1997). È importante che nel momento della diagnosi clinica

il Medico di Medicina Generale o il Pediatra di Libera Scelta, non si limitino a curare le ferite riportate dal bambino, ma si impegnino anche nel comprendere se tali sintomatologie fisiche sono il frutto di uno sfortunato incidente o se, piuttosto, derivino da un comportamento volontario dei caregivers (Colesanti & Lunari, 1995). Rientrano in questa categoria anche tutte le “metodologie educative” che si fondano sull’utilizzo della violenza fisica: il voler impartire una corretta educazione, dunque, non può essere utilizzato come espediente per giustificare l’utilizzo di punizioni violente.

Una particolare tipologia di maltrattamento fisico è la *Shaken Baby Syndrome*, ovvero “Sindrome del bambino scosso”, in cui il minore viene scosso in modo particolarmente violento da un adulto, in genere il caregivers. L’*American Academy of Pediatrics* (AAP) la definisce come una specifica forma di maltrattamento infantile derivante da una violenta e veloce rotazione del cranio determinata da una scossa molto forte o dall’impatto generato da quest’ultima. Il minore viene afferrato per il torace o per gli arti e scosso con un’importante mole di forza tanto da sottoporlo a violenti movimenti di flessione e ipertensione. Il movimento tipico è quello del “colpo di frusta”. Tra i casi di minori vittime di abusi, la *Shaken Baby Syndrome* è considerata una delle principali cause in grado di portare al decesso del bambino stesso (Dal Ben & Segatto, 2020). Il periodo entro il quale vi sono maggiori possibilità che si verifichi questa grave forma di maltrattamento è individuato in un arco temporale che va fra le due settimane e i sei mesi di vita del bambino, in cui il neonato è altamente richiedente in termini di bisogni primari rispetto agli adulti di riferimento. La pericolosità insita nel movimento di scuotimento dipende dalla conformazione fisica dei bambini molto piccoli, che presentano una testa di dimensioni e peso maggiori rispetto al corpo, in cui, i muscoli del collo non sono ancora sufficientemente sviluppati per poter sopportare movimenti bruschi. Questo comportamento si verifica soprattutto all’interno delle mura domestiche e non sempre chi lo perpetra è a conoscenza degli esiti potenzialmente gravissimi che può avere a livello cerebrale, infatti, lo scuotimento può provocare emorragie subdurali, emorragie della retina nell’occhio e altre lesioni associate, come ad esempio fratture costali e delle ossa, lacerazioni e lesioni addominali. Tipiche sono anche le lesioni derivanti dall’impatto con superfici rigide come contusioni e fratture della colonna vertebrale con conseguenti danni a livello di midollo spinale in grado di generare potenziali compromissioni neurologiche

e di sviluppo, sino a determinare, nel peggiore dei casi, la morte del bambino (Bradshaw, 2010).

Infine, solo recentemente, è stata riconosciuta come violenza fisica anche la pratica della mutilazione genitale femminile: le Agenzie dell'ONU preposte alla promozione dei Diritti di salute riproduttiva – Organizzazione Mondiale della Sanità, UNICEF e UNFPA – dichiarano che: *“la mutilazione genitale femminile comprende tutte le procedure che includono la rimozione parziale o totale dei genitali per ragioni culturali o altre ragioni non terapeutiche”*. Questa pratica viene utilizzata solitamente con le bambine entro il settimo anno di età, principalmente in Africa, e in alcune aree del Medio Oriente, generalmente le ragioni hanno a che fare con motivazioni di natura socioculturale o religiose. Tuttavia, diverse ricerche hanno dimostrato come le mutilazioni abbiano ripercussioni notevoli tanto sul piano fisico quanto su quello psichico, provocando possibili disturbi del comportamento, ansia, depressione e disturbi del sonno, compromettendo la futura vita sessuale della donna (OMS, 2006)

1.3.2 La violenza psico-emozionale

All'interno della categoria “violenza psicologica” si inseriscono tutte quelle azioni che sono in grado di intaccare negativamente l'intera sfera del funzionamento affettivo, cognitivo e addirittura fisico del bambino sia nell'immediato che a lungo termine, ovvero quando il minore sarà ormai diventato un adulto (Bianchi & Scabini, 1991).

Alcuni autori, come ad esempio O'Hagan (1995), fanno una distinzione fra il maltrattamento psicologico e l'abuso emotivo, definendo il primo come una risposta comportamentale stabile, ripetitiva e inappropriata che danneggia o impedisce lo sviluppo di importanti facoltà mentali e il secondo come una reazione emozionale stabile, ripetitiva e inappropriata dei caregivers alle emozioni del bambino e all'espressione di esse che generano senso di paura, umiliazione e angoscia in grado di alterare le sue capacità di regolazione e modulazione delle emozioni. La violenza psicologica può essere episodica oppure prolungata nel corso del tempo ed è messa in atto da parte di coloro che dovrebbero essere in grado di creare un ambiente di sviluppo psicoemotivo idoneo per il bambino. Le caratteristiche che permettono di descrivere una relazione psicologicamente ed emotivamente maltrattante sono le seguenti: indisponibilità emotiva, apatia e

negligenza, attribuzioni negative nei confronti del bambino, mancato riconoscimento dell'individualità del minore e incapacità di promuovere l'adattamento sociale di quest'ultimo (Glaser, 2002). Tali modalità si traducono in una serie di condotte attive quali, ad esempio, denigrare, incolpare, minacciare, discriminare e rifiutare il bambino, piuttosto che generare in lui appositamente un forte senso di inadeguatezza e di vergogna. Secondo Bianchi e Scabini (1991), le esperienze di maltrattamento psicoemozionale possono essere definite tali soltanto nel momento in cui gli episodi di violenza si ripetono nel corso del tempo, in quanto una sola condotta disfunzionale da parte degli adulti di riferimento non è sufficiente per poter parlare di maltrattamento su minore, ne consegue che a determinare la rilevanza del fenomeno è anche la frequenza e l'arco temporale per il quale viene perpetrato. Nella sua opera "Psicologia del bambino maltrattato", Di Blasio (2000), puntualizza come i maggiori danni si presentino in un momento successivo al verificarsi della violenza psicologica: inizialmente tali episodi creano un elevato sconcerto nei bambini che, effettivamente, possono restarne traumatizzati. La situazione si aggrava nel momento in cui gli abusi persistono in quanto il minore può arrivare ad interiorizzare questi avvenimenti che vengono trasformati in organizzazioni psichiche.

Per comprendere in modo più esaustivo quanto appena sostenuto è necessario presentare qualche accenno rispetto alla Teoria dell'Attaccamento e alla formazione dei Modelli Operativi Interni (MOI) nel bambino. L'Attaccamento altro non è che la relazione che lega il bambino e il caregiver di riferimento reciprocamente. Tale relazione risponde a dei bisogni di vicinanza, protezione, confronto e affetto, la qualità di essa andrà a determinare tutte le altre relazioni che il minore instaurerà con il passare del tempo (Bowlby, 1969/1988). Le esperienze e le interazioni esterne permettono la formazione dei Modelli Operativi Interni, ovvero delle rappresentazioni mentali che contengono diverse configurazioni e che rendono il soggetto in grado di fare delle previsioni rispetto agli accadimenti della propria vita relazionale. Più precisamente, essi comprendono i Modelli Operativi di Sé e delle figure di accudimento (Liotti, 2001). Il Modello del proprio Sé si costruisce sulla base di quanto il bambino sente di essere accettato o non accettato dalle sue figure di riferimento, in particolar modo durante i primi anni di vita (Bowlby, 1973). Alla luce di quanto sostenuto, appare più chiaro quanto affermato da Di Blasio e per queste ragioni diventa comprensibile come a creare il reale danno, non sia il

singolo episodio di maltrattamento in sé, ma l'intera relazione disfunzionale ricreata dalle figure di accudimento.

Una particolare forma di violenza psicologica intrafamiliare è la Sindrome da alienazione parentale (PAS), che si verifica nel momento in cui i genitori sono in fase di separazione oppure hanno divorziato. A parlare per la prima volta di PAS è Gardner che, nel 1985, descrive questa sindrome come caratterizzata da un insieme di comportamenti denigranti messi in atto da un genitore definito alienante, nei confronti dell'ex coniuge definito alienato e, a volte, anche della sua famiglia: il bambino è utilizzato come uno strumento per controllare l'ex partner e diventa un mezzo di sfogo per i genitori in conflitto, subendo delle vere e proprie manipolazioni psicologiche che hanno lo scopo di mettere in cattiva luce il genitore alienato. Questo comporta che il bambino si sintonizzi con il genitore alienante, percependo empaticamente il dolore da esso provato (Gardner 1985) e identificandolo come “la parte debole” della coppia genitoriale (Gulotta & Buzzi, 1998). Le conseguenze della PAS sono molto gravi e possono agire anche su lungo termine causando danni rispetto all'elaborazione cognitiva, alla regolazione emotiva e alle capacità di giudizio ed esame della realtà, fino a sfociare in veri e propri deficit di empatia e sviluppo di narcisismo, oltre che a comportamenti che contrastano con il rispetto delle autorità (Casonato & Mazzola, 2016). Nei casi più gravi, possono manifestarsi delle alterazioni della memoria a causa della creazione di falsi ricordi rispetto a situazioni di abusi e maltrattamenti da parte del genitore alienato mai vissuti nella realtà (Merskey, 1998; D'Ambrosio & Supino, 2014)

È comunque necessario specificare che all'interno del Manuale Diagnostico dei Disturbi Mentali, la PAS non è presente e che anche in ambito giuridico si stenta a riconoscere l'esistenza di tale sindrome: la Corte di Cassazione ha ritenuto che non possa avere rilevanza all'interno del processo in quanto viene giudicata come priva di reali e solide basi scientifiche (Gaita, 2019).

1.3.3 Le patologie delle cure

Con “Patologia delle cure” si intendono tutti i casi in cui le persone che per legge sono responsabili nei confronti del bambino non si occupano di rispondere ai suoi bisogni fisici o psichici che siano (Montecchi, 1998).

Le principali modalità di cure “patologiche” sono: l’incuria, ovvero l’insufficienza di cure fisiche/psicologiche; la discuria, cioè la somministrazione di cure distorte o inadeguate; e l’ipercura, che vede l’eccessiva somministrazione di cure non necessarie.

L’incuria comprende tutte quelle situazioni in cui al minore non vengono garantite le condizioni di cura che sarebbero invece essenziali al fine di garantire il corretto e sano sviluppo psicofisico e può manifestarsi sotto forma di episodi oppure diventare frequente e cronica, causando chiaramente maggiori danni nei soggetti (Wolock & Horowitz, 1984). Esistono tre diverse tipologie di incuria: trascuratezza fisica, trascuratezza educativa e trascuratezza psicologica. Nella trascuratezza fisica i caregivers provvedono in maniera incompleta a fornire cure di tipo fisico, determinando una mancata soddisfazione dei bisogni primari quali, ad esempio, vestiario, cure igieniche, cure mediche, nutrizione. Queste mancanze possono essere volontarie o possono essere determinate da un ritardo rispetto alla presa di coscienza della situazione di salute scadente in cui versa il minore. Le conseguenze sono ben visibili in quanto i bambini arrivano a manifestare delle vere e proprie patologie mediche, apparendo molto magri o, all’opposto, in sovrappeso, presentano problematiche di tipo odontoiatrico e/o oculistico ed essendo maggiormente propensi alla comparsa di malattie della pelle (Hobbs & Wynne, 2002; Berry, Charlson & Dawson, 2003). Inoltre, sono maggiormente esposti a rischi e a incidenti domestici, dovuti all’assenza di controllo e supervisione da parte degli adulti di riferimento. Per trascuratezza educativa, invece, si fa riferimento ad un importante livello di dispersione scolastica, in cui i bambini risultano assenti da scuola con una frequenza molto elevata e nei casi peggiori non vengono nemmeno iscritti alla scuola dell’obbligo. Infine, attraverso la trascuratezza psicologica, i genitori o le figure vicarianti, pur provvedendo ai bisogni del bambino dal punto di vista fisico, non rispettano le sue necessità a livello emotivo e affettivo, compiendo atti o omissioni che possono avere come conseguenza lo sviluppo di disturbi psicologici.

L’incuria può essere descritta anche con il termine *neglect* che si traduce, appunto, con la parola “trascuratezza”. Il *neglect* è per i servizi sociosanitari molto difficile da intercettare, poiché è molto più semplice individuare condotte attive di maltrattamento con esiti fisici, piuttosto che condotte passive o mancanze, delle “non-azioni”. Sotto la dizione “trascuratezza” si cela una forma di maltrattamento all’infanzia frequentemente segnalata, benché abbia ricevuto per molto tempo una minore attenzione (Acquistapace

& Ionio, 2005)., sebbene le conseguenze che questa determina sullo sviluppo cognitivo e socio-emotivo del bambino possano rivelarsi assolutamente devastanti (Hildyard & Wolfe, 2005).

Passando al concetto di discuria, è possibile fare riferimento a cure “distorte” e inadeguate rispetto ai bisogni e alle necessità evolutive del soggetto (iperprotettività, aspettative irrazionali, altro): il bambino può essere trattato come se fosse più piccolo della sua reale età oppure, all’opposto, tutte quelle circostanze entro le quali i genitori tendono a richiedere la messa in atto di prestazioni eccessivamente complesse sempre in relazione alla reale età del bambino (Dal Ben & Segatto, 2020).

Infine, la terza forma di cura patologica si identifica nell’ipercura, che si riscontra quando le figure di riferimento del minore impartiscono a quest’ultimo una cura eccessiva che può rivelarsi dannosa per la salute stessa. Non è facile intercettare questa patologia in quanto non esistono dei parametri per definire il giusto e normale livello di attenzione che gli adulti di riferimento dovrebbero mettere in atto: di fatto, l’ipercura è un esempio di come un eccesso di accudimento possa sfociare in patologia. Si distingue in tre principali forme: il *chemical abuse*, il *medical shopping* e la Sindrome di Munchausen per procura (Montecchi, 2011), a cui si possono aggiungere anche *l’help seekers* e la Sindrome da indennizzo per procura. Il *chemical abuse* consiste in un utilizzo spropositato di sostanze chimiche, perlopiù farmaci, che i genitori tendono a somministrare in quantità inadeguate rispetto alle reali necessità del minore: questo può portare alla comparsa di veri e propri danni fisici e psicologici. Il *medical shopping*, invece, si compone di tutta una serie di comportamenti messi in atto dal genitore che, a discapito delle evidenze, si convince che il proprio figlio soffra di una patologia molto grave o cronica. In questo caso il caregiver non riesce a calmare le proprie inquietudini tramite il consulto di un medico ma si impegna nella ricerca di contatti con numerosi specialisti, effettuando svariati accessi presso le strutture sanitarie al fine di permettere al personale di intercettare un disturbo che non è nella realtà presente. Mentre con Sindrome di Munchausen per procura si fa riferimento ad una patologia psichiatrica per la quale il caregiver, in genere la madre (Durand & Barlow, 2010), tende ad infliggere dei danni fisici al figlio per attirare l’attenzione su di sé. Secondo le teorie psicoanalitiche, il genitore proverebbe un desiderio inconscio di mettere in atto un dramma personale che avrebbe come scopo quello di rinforzare i propri rapporti con i medici e le strutture ospedaliere. Questo sembrerebbe

dipendere dalla presenza nel caregiver di uno o più dei seguenti disturbi mentali di personalità: Disturbo Istrionico di personalità, Disturbo Borderline, Disturbo Narcisista e Disturbo Antisociale (Rosenberg, 1987; Montecchi, 2005; Bass & Halligan, 2014; Bass & Glaser, 2014). Questi comportamenti sono lesivi dal punto di vista fisico in quanto si tende a ricorrere alla violenza per creare i segni di una malattia fittizia, da un lato, e, dall'altro, comportano un aumento della richiesta di cure e di ricoveri non necessari. L'*Help seekers* è, per certi aspetti, molto simile alla Sindrome di Munchausen per procura, tuttavia la differenza sta nel fatto che, nel primo caso, una volta che il genitore viene posto davanti all'evidenza, cessa di mettere in atto i comportamenti disfunzionali e lesivi nei confronti del bambino e tende a rendere manifesto il suo stesso disagio interiore a causa del quale si sono attivate le dinamiche (Karlin, 1995), mentre nel secondo la simulazione della malattia riveste un ruolo centrale nella vita della persona che non smette di simulare i sintomi nemmeno quando posta davanti all'evidenza. Infine, nella Sindrome da indennizzo per procura, i bambini presentano i sintomi riferiti dai genitori, in situazioni in cui è previsto un indennizzo economico. La motivazione si lega inconsapevolmente al risarcimento previsto e si risolve con la totale e improvvisa guarigione una volta che i caregivers sono riusciti ad ottenere il risarcimento (S.I.N.P.I.A., 2007).

1.3.4 La violenza sessuale

La definizione di violenza sessuale è molto estesa in quanto racchiude al suo interno una serie di comportamenti abusanti diversi fra loro. In primo luogo, è importante comprendere come questo tipo di maltrattamento possa essere distinto in base al fatto che vi sia stato o meno il contatto fisico. Il caso più esemplificativo è quello in cui si verifichi una penetrazione o un qualsiasi contatto sessualmente allusivo come il tocco dei genitali: queste situazioni vengono fatte rientrare nelle attività con contatto. Rispetto alle attività senza contatto, queste vengono identificate nel coinvolgimento del minore in attività pornografiche, nell'esposizione dello stesso ad un linguaggio fortemente erotizzante e nel voyeurismo (Finkelhor, 1994). All'interno della definizione di violenza sessuale rientrano anche lo sfruttamento sessuale, la pedofilia, lo stupro, l'incesto e l'abuso rituale (Sabatello & Di Cori, 2001). Oltre alla distinzione già effettuata è possibile scendere ulteriormente nello specifico, ponendo un'ulteriore differenza in vista del fatto che la

violenza venga commessa all'interno o al di fuori delle mura domestiche (Jones & Morris, 2007). Nella prima tipologia parliamo di abuso intrafamiliare: colui che commette la violenza è una persona significativamente vicina alla piccola vittima. Questa forma è quella più diffusa e tende a perpetrarsi per un periodo di tempo esteso. Il secondo tipo è l'abuso sessuale extrafamiliare, commesso da persone che non fanno parte della famiglia del minore che in genere risulta essere inconsapevole rispetto a ciò che sta accadendo. In quest'ultimo caso la violenza può prolungarsi nel tempo tramite il verificarsi di più episodi oppure può ridursi ad una singola manifestazione. In questa circostanza, generalmente, si parla di stupro e si verifica con una frequenza di gran lunga inferiore rispetto agli episodi di violenza sessuale intrafamiliare.

Come per il caso della violenza fisica, tramite esame clinico è possibile rilevare i segni fisici procurati dall'abuso sessuale. È importante che venga verificato lo stato della zona genitale, perigenitale e anale. I segni possono essere i seguenti: ecchimosi, abrasioni, escoriazioni, lesioni traumatiche della vulva, del perineo o della zona perianale, segni di malattie sessualmente trasmesse, tracce di sperma, dilatazione anale. Affinché tale esame sia in grado di fornire risultati attendibili è necessario venga eseguito entro le 72 ore dall'episodio (Facchin, 1998).

1.3.5 La violenza assistita

Con violenza assistita si intendono tutte quelle situazioni in cui un bambino assiste ad importanti episodi di violenza nei confronti di un'altra persona, dunque, in questo caso, il minore non subisce direttamente l'abuso. Tale forma di maltrattamento tende a verificarsi all'interno delle mura domestiche, infatti, nella generalità dei casi, la violenza è rivolta da un genitore nei confronti dell'altro genitore o verso un fratello o una sorella (CISMAI, 2006). I traumi derivanti dall'esposizione alla violenza sono quelli maggiormente in grado di determinare lo sviluppo di un Disturbo Posttraumatico da Stress; ciò avviene con maggiore frequenza quando il bambino in questione risulta essere ancora molto piccolo (Camisasca, Miragoli & Di Blasio, 2014).

Quando il contesto violento intercorre fra i due genitori, il minore tende a sbilanciarsi verso la posizione di uno o dell'altro caregiver: nel caso delle bambine ci sono più possibilità che si identifichino con la madre maturando l'idea disfunzionale di essere prive

di valore con una conseguente diminuzione dell'autostima, che produce nell'età adulta spesso la ricerca di un partner al quale sottomettersi. Nel caso dei bambini maschi le alternative principali che possono verificarsi sono due: nella prima ipotesi provano una forte volontà di aiutare la propria madre percependo la figura maschile come estremamente negativa, nella seconda, invece, si identificano con il padre che viene valutato come forte. Le conseguenze di quest'ultima identificazione possono determinare nel futuro maschio adulto la ricerca costante di relazioni improntate sul dominio e sulla sottomissione femminile (Luberti & Pedrocco, 2005).

Secondo De Zulueta (2009), assistere ad un abuso nei confronti della propria madre è una delle esperienze più traumatiche che un bambino possa vivere in quanto ciò comporta il rischio di perdere entrambi i genitori: il padre, infatti, potrebbe essere allontanato a causa delle conseguenze penali di quanto commesso, ad esempio potrebbe essere incarcerato; mentre per il caso della madre vittima di violenza, sussiste il rischio anche di un potenziale decesso. Al verificarsi di entrambe le ipotesi, il minore si vedrebbe privato di tutte e due le figure di attaccamento.

1.4 Fattori di rischio e fattori di protezione per i minori

Esistono una serie di circostanze e di situazioni di natura socio-familiare e personale che possono essere predittive rispetto al verificarsi di condotte maltrattanti da parte dei caregivers, non a caso quando tali caratteristiche si manifestano, si va incontro ad un incremento delle possibilità che il bambino sia vittima di violenze. Non si deve pensare che fra la presenza di questi elementi e la messa in atto di un abuso vi sia un legame di causa-effetto, poiché questa sarebbe una riduzione semplicistica della questione: è più corretto, infatti, considerarli come dei campanelli d'allarme sui quali intervenire il più precocemente possibile al fine di evitare epiloghi drastici.

Quelli che sono appena stati chiamati “campanelli d'allarme” sono conosciuti in letteratura con il nome di “fattori di rischio”, termine con il quale si intendono tutte quelle situazioni in cui *“il soggetto viene esposto ad esperienze avverse, di tipo cronico o acuto, che possono lentamente smorzare, distruggere o annientare fisicamente e psicologicamente, oppure irrompere nella vita delle persone in forma di eventi*

traumatici” (Dal Ben & Segatto, 2020, p.24). I fattori di rischio, secondo la sistematizzazione di Montecchi (2011, in Dal Ben & Segatto, 2020), possono essere suddivisi in quattro categorie e sono legati alle caratteristiche personali di genitori e bambino, oppure possono essere relativi ad alcune condizioni esterne come l’ambiente sociale o la cornice culturale all’interno della quale è inserito il nucleo familiare.

Rispetto ai primi si fanno rientrare tutte quelle situazioni in cui i caregivers sono diventati genitori in età precoce poiché, potenzialmente, potrebbero non avere ancora acquisito la maturità e il senso di responsabilità necessari per accudire in modo ottimale un bambino. Non meno rischiose sono le situazioni in cui i genitori dimostrano di avere un livello d’istruzione basso; da ciò, difatti, consegue un altrettanto basso status socioeconomico che li espone ad un più elevata possibilità di vivere in condizioni di disoccupazione. La situazione si aggrava ulteriormente nel momento in cui le figure di accudimento soffrono di disturbi psichiatrici o di disturbi da abuso di sostanze stupefacenti in quanto tali condizioni possono incidere in modo altamente debilitante rispetto all’esercizio delle capacità genitoriali.

Fra i fattori personali di rischio, oltre alle caratteristiche dei genitori, come accennato, Montecchi fa rientrare quelle appartenenti al bambino. Nello specifico, l’autore mette in luce come l’essere di sesso femminile faccia aumentare considerevolmente le possibilità che, in questo caso, la minore subisca una qualche forma di violenza. Rientrano nella categoria anche i bambini nati da una gravidanza indesiderata o i minori che non rispecchiano le caratteristiche ideali dei genitori, nonché tutti quelli che nascono con una disabilità fisica, cognitiva o comportamentale. Infine, sembrerebbero più esposti al rischio di maltrattamento i nati a seguito di complicanze perinatali e neonatali caratterizzati, ad esempio, da deformazioni fisiche evidenti.

Nella sua sistematizzazione si tratta poi di fattori socio-familiari, fra i quali l’isolamento sociale e lo scarso supporto, sono fra i più influenti nell’aumentare le possibilità di rischio. In tale categoria rientrano sia le famiglie multiproblematiche che quelle composte da un solo genitore in quanto esse, nella generalità dei casi, risultano essere maggiormente a rischio di fragilità. Infine, di fondamentale rilevanza, sono i fattori culturali, categoria al suo interno particolarmente variegata poiché rientrano un insieme numeroso e diversificato di situazioni. Prima tra tutte, citiamo il fatto di vivere in un ambiente all’interno del quale la violenza e le punizioni sono metodologie educative

approvate: tale situazione tende ad essere accompagnata dalla presenza di cornici culturali che non percepiscono nella famiglia un luogo di tutela e protezione. Anche l'aver sfiducia rispetto all'operato dei servizi sociosanitari e percepire come persecutorio o meramente assistenzialistico ed economico il ruolo giocato dai servizi, è un fattore di importante rilevanza che non può non essere tenuto in considerazione.

Per fattori di protezione, invece, si intendono, sia gli elementi in grado di preservare il bambino dal fenomeno del maltrattamento, sia tutta quella serie di caratteristiche proprie del minore che gli permettono, a seguito di un episodio di abuso, di riprendere il proprio sviluppo nel migliore dei modi possibili (Milani, 2010). Esistono diversi elementi che possono essere considerati fattori di protezione e fra questi rientrano alcune caratteristiche personali del minore come l'aver un temperamento mite e tranquillo poiché ciò favorisce l'accettazione del bambino da parte di chi se ne prende cura. Questi minori presentano, infatti, cicli di attività regolare, sono spesso di buon umore e hanno un comportamento prevedibile dal caregiver e quindi facilmente gestibile. In questo modo riescono ad ottenere maggiore sostegno e cure adeguate (Zeanah, 1996). A favorire il temperamento mite nel bambino contribuiscono le sue capacità cognitive e metacognitive che lo rendono in grado di autocontrollarsi, autogestirsi e automonitorarsi in modo da poter riuscire a mettere in atto frequenti controlli rispetto alla propria condotta (Cornoldi, 1995).

A livello familiare, invece, si rivela di estrema importanza la stabilità e il grado di soddisfazione della relazione coniugale in quanto genitori più soddisfatti del loro rapporto intimo, saranno dei caregiver in grado di riservare maggiore coinvolgimento emotivo nei confronti del figlio (Candelori & Mancone, 2001). Un ambiente familiare caratterizzato da relazioni solide e da legami affettivi stabili permette anche la messa in pratica di una genitorialità positiva e consapevole. Il sostegno sociale della famiglia è un ulteriore elemento protettivo che favorisce il funzionamento e l'adattamento dei suoi membri al contesto. Esso si rivela ancora più importante per l'adattamento di bambini e adolescenti provenienti da famiglie patologiche, in cui è difficile instaurare legami di attaccamento sicuro. In tal caso, l'individuo può instaurare relazioni positive a scuola o in altre strutture extrafamiliari, e sviluppare uno stile di attaccamento sicuro nei confronti di insegnanti stimati, o di altre figure educative (Paris, 1997). Allo stesso modo, un ruolo di rilievo è rivestito anche dai Servizi Sanitari e dai Servizi rivolti alla prevenzione della violenza domestica, alla prevenzione rispetto all'abuso di sostanze stupefacenti, Servizi per la

salute mentale e centri di ascolto e supporto psicologico (U.S. Department of Health and Human Services & al., 2010; Radolph, Fraser & Orthner, 2004).

Indubbiamente la concomitanza e la simultanea presenza di questi fattori è in grado di creare un ambiente quanto più protettivo possibile per il bambino; tuttavia, è necessario puntualizzare come un fattore di protezione importante risieda nelle sue capacità di resilienza. In letteratura sono presenti innumerevoli definizioni del concetto di resilienza, in generale possiamo definirla come una capacità personale di attivare processi che rendono possibile una riorganizzazione positiva della propria vita al di là delle esperienze avverse che avrebbero potuto, invece, sfociare in esiti così negativi da compromettere il funzionamento e la possibilità di comportarsi in modo socialmente accettabile (Ius & Milani, 2013). Anche Malagutti (2005), ne fornisce una interessante definizione pensandola come al processo che rende possibile la ripresa dello sviluppo dopo aver subito una lacerazione traumatica. Vanistendael (1998), ne parla come di una capacità di vita e di sviluppo positivi, ribadendo come essa sia proprio quell'elemento che permette di vivere bene nonostante le avversità. A trattare di resilienza vi è poi Rutter (2000, p. 653) che la definisce come “un relativo buon esito di vita nonostante l'aver fatto esperienza di situazioni che, come dimostrato in ricerca, comportano un rischio maggiore di sviluppo di psicopatologia”. Coloro che sviluppano resilienza non sono invulnerabili, bensì, come affermato da Cyrulnik (2000, p. 111): “sono vulnerabili come gli altri, ma, in più, sono stati feriti e lo saranno tutta la vita e diventeranno umani tramite questa ferita”. E ancora, l'*American Psychological Association, Help Center* (2006) aggiunge: la resilienza è “la capacità di ben-adattarsi ad avversità, trauma, tragedie, minacce o importanti fonti di stress, [...] rimbalzando dall'esperienza difficile”. È proprio grazie a questa capacità che i bambini vittima di violenza hanno la possibilità di ricominciare il proprio percorso di sviluppo nel modo più ottimale possibile. Ciò che sembra importante sottolineare è che la resilienza umana non si limita ad un'attitudine di resistenza, ma permette la costruzione, o meglio, la ricostruzione di un percorso di vita nuovo che non rimuove la sofferenza e le ferite, ma al contrario le utilizza come base dalla quale ripartire (Lecomte, 2000 in Ius & Milani, 2013). La resilienza può essere considerata come una prospettiva contro il determinismo.

Nonostante sia una caratteristica individuale, non dobbiamo pensare che essa sia un elemento innato, presente in alcuni piuttosto che in altri. La resilienza, infatti, è una

capacità che tutti possono sviluppare poiché è un processo alimentato sia da aspetti di tipo genetico, da elementi protettivi presenti nel contesto familiare ma anche da fattori caratterizzanti il contesto allargato. Essa è un costrutto complesso che definisce un processo basato sull'interazione di fattori biologici, neurologici, evolutivi, ambientali e culturali, e non una semplice lista di caratteristiche. I bambini resilienti sanno trasformare le ferite in opportunità così da poter riprendere a vivere in modo socialmente accettabile (Ius & Milani 2011).

1.5 Rilevanza del fenomeno, alcuni dati

Nel 2020 è stato pubblicato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità il “*Global Status Report on Preventing Violence Against Children*”. Nonostante l'OMS avesse invitato tutti i 194 Paesi a partecipare, il report finale è stato costruito sulla base dei dati di 155 Paesi, in quanto non tutti hanno contribuito e fra questi ultimi rientra anche l'Italia. Dallo studio emerge come un bambino su due nel mondo sia vittima di maltrattamento e che ben 40.150 bambini muoiono a causa della violenza ogni anno. Risulta anche che tre bambini su quattro, di età compresa fra i due e i quattro anni, subiscono punizioni violente da parte dei propri caregivers; e un bambino su quattro, di età inferiore ai cinque anni, vive con una madre che è vittima di violenza da parte del partner.

Rispetto alle relazioni fra coetanei, l'OMS analizza anche l'incidenza dei fenomeni di bullismo dichiarando che uno studente su tre, di età compresa fra gli undici e i quindici anni, è o è stato vittima di questa forma di violenza. A ciò si aggiunge, sulla base dei dati raccolti nel dossier *Keeping the promise. Ending violence against children by 2030* pubblicato dall'Ufficio del Rappresentante Speciale sulla violenza sui Bambini presso il Segretario Generale delle Nazioni Unite, che i bambini con una disabilità sono quattro volte più esposti al rischio di subire violenza rispetto ai propri pari.

In Italia non è ancora stato istituito un sistema nazionale in grado di vigilare sul fenomeno del maltrattamento e l'abuso all'infanzia, tuttavia, nel 2013 il Cismai e *Terre des Hommes* hanno elaborato una prima “Indagine nazionale sul maltrattamento dei bambini e degli adolescenti”, aggiornata con un secondo rilevamento effettuato nel 2018. Da questa ultima Indagine risulta come su un campione di 1.000 minorenni, siano 45 quelli

in carico ai Servizi Sociali, dunque, in tutto il territorio la presa in carico è rivolta a ben 401.766 soggetti. Rispetto a questa tematica, è possibile osservare importanti differenze fra le diverse aree dell'Italia, infatti al Nord i bambini che sono stati agganciati dai Servizi Sociali sono 58 su 1.000, al Sud sono solo 29 su 1.000, mentre al Centro sono 40 su 1.000. Alla luce di queste informazioni, sembrerebbe che il numero delle persone prese in carico sia inversamente proporzionale rispetto ai livelli di benessere socioeconomico dell'area di riferimento. Una possibile spiegazione di questo dato è stata fornita dal CESVI nell'Indice Regionale sul maltrattamento all'infanzia in Italia, redatto nel 2019, all'interno del quale emerge una maggiore difficoltà da parte dei Servizi Sociali ad intercettare i bisogni dei minori e a prenderli in carico a causa di una organizzazione dei Servizi meno strutturata e capillarizzata nel Sud Italia. L'indagine in questione prosegue con l'analisi della tematica "genere" mostrando come, su scala nazionale, l'indice di prevalenza è maggiore per i maschi, rispettivamente 46 su 1.000 contro il 42 su 1.000 per le bambine. Volendo approfondire la situazione delle realtà territoriali, si è visto che al Nord e al Centro il dato è confermato, mentre per quanto concerne il Sud sono prese in carico con frequenza maggiore le bambine. Interessanti sono poi i dati riguardanti l'età dei minorenni nel momento della presa in carico che dimostrano come nel 54% dei casi essa è compresa nella classe 11-17 anni, nel 52% dei casi nella classe 6-10 e nel 27% nella classe 0-5 anni. Il dato mostra una significativa difficoltà nell'attuazione di interventi precoci e di prevenzione al disagio nonostante siano proprio i bambini più piccoli a correre maggiori rischi.

Dopo aver fornito alcune informazioni sulla situazione generale e sull'affluenza ai Servizi Sociali in Italia, il dossier prosegue trattando nello specifico il fenomeno del maltrattamento. I dati mettono in luce una serie di criticità considerevoli, una fra tutte è proprio il numero di bambini presi in carico per maltrattamento, che sono ben 193 ogni 1.000 in carico ai Servizi per un totale di 77.493 bambini. L'apice è raggiunto al Sud, seguito immediatamente dalle regioni del Centro Italia con il raggiungimento di 226 e 192 casi contro i 186 intercettati al Nord. Nonostante ciò, se analizziamo il numero di bambini maltrattati rispetto alla popolazione minorile residente e non rispetto ai minori presi in carico, risulta che vi sono più minorenni maltrattati a Nord piuttosto che al Centro e al Sud con stime che si aggirano rispettivamente intorno ai 11%, 9% e 5%. Altro punto focale che la survey tenta di indagare è quanto il sesso di appartenenza del bambino sia

in grado di influire sulle possibilità che esso sia vittima di maltrattamento. Le conclusioni tratte sono ben chiare: l'essere femmina espone ad un rischio maggiore in tutte le aree d'Italia; infatti, ad essere prese in carico, sono perlopiù bambine (rispettivamente 204‰, 244‰ e 194‰ contro i 184‰ e 233‰ e 191‰ di sesso maschile). Un altro fattore in grado di esporre a rischi maggiori, sempre sulla base dei dati riportati da Cismai e *Terre des Hommes*, è l'essere di nazionalità straniera: la percentuale di minorenni con nazionalità non italiana in carico ai Servizi è tre volte maggiore rispetto a quella dei minorenni italiani ovvero su un campione di 1.000 minorenni si è visto che ben 23 sono stranieri contro i 7 italiani.

In seguito, l'Indagine non manca di approfondire la forma di maltrattamento più frequente svelando la seguente configurazione: il 40% è vittima di patologia delle cure, il 32,4% di violenza assistita, il 14% di maltrattamento psicologico, il 9,6% di maltrattamento fisico e il 3,5% di abuso sessuale. Come è stato chiarito nei paragrafi precedenti, l'autore di maltrattamento, di qualsiasi tipologia esso sia, è molto frequentemente un caregiver o comunque un membro della famiglia. Questo viene confermato all'interno del dossier preso in considerazione secondo il quale nel 91% dei casi l'autore è un familiare e solo nell'8,6% dei casi esso è un membro estraneo al nucleo. A segnalare queste situazioni drammatiche nel 42,6% dei casi è l'Autorità Giudiziaria e nel 17,9% è la famiglia, seguita dal 16,1% dei casi in cui a segnalare è la scuola. Solo nel 4,2% la segnalazione proviene dall'ospedale con una percentuale che si restringe ulteriormente quando essa è inviata dal pediatra ovvero nel 1,4% della casistica. Quando le situazioni di disagio arrivano, infine, agli occhi dei Servizi, avviene la presa in carico e la predisposizione di un progetto d'intervento che, contrariamente a quanto ci si auspicherebbe, si prolunga per tempi davvero importanti, infatti solo per l'11,5% dei bambini la permanenza presso i servizi è di tempo inferiore ad un anno, per il 23% essa spazia in un arco temporale che va fra un anno e due anni e per ben il 65% dei casi essa ha una durata superiore ai due anni. Gli interventi attuati e i servizi ai quali questi bambini accedono durante tale periodo sono diversi: nel 28,4% della casistica è stata erogata un'assistenza di tipo economico, nel 23% l'assistenza domiciliare, il 21% dei bambini, invece, è stato inserito all'interno di una comunità mentre il 14,2% ha avuto accesso all'affido familiare e una parte più residuale, ovvero il 12,1%, ha avuto accesso al centro diurno. Dalla survey emerge che esiste anche una percentuale non di poco conto di

bambini che non hanno avuto la possibilità di usufruire di alcun servizio: essa ammonta a ben il 7,3% dei casi intercettati.

È importante trarre alcune fondamentali conclusioni sulla base dei dati riportati all'interno della rassegna statistica presentata: in primo luogo, sarebbe necessario comprendere in modo più approfondito quali sono le motivazioni che determinano una differenza così marcata rispetto alla questione dell'intercettazione e della presa in carico delle situazioni di maltrattamento fra le varie Regioni d'Italia. Comprendere le cause sottostanti al divario, renderebbe più semplice attuare adeguate strategie di prevenzione e di emersione del fenomeno al fine di garantire a tutti i bambini le stesse possibilità di tutela. La necessità di incrementare i sistemi di emersione e di prevenzione del fenomeno viene confermata anche dal dato relativo alle fasce d'età nel momento della presa in carico: i bambini dagli zero ai cinque anni, infatti, risultano essere quelli meno protetti.

Il secondo punto degno di peculiare attenzione, è quello relativo alle maggiori tipologie di maltrattamento perpetuate, infatti, la survey può essere presa come un esempio pratico di quanto è già stato accennato nei paragrafi precedenti, ovvero che le forme di maltrattamento che lasciano segni evidenti nel bambino rimangono indubbiamente quelle più facili da intercettare. Sarebbe auspicabile pensare a delle metodologie efficaci che permettano di individuare precocemente anche tutte le altre forme di violenza delle quali i bambini si trovano ad essere vittime.

Si ritiene necessario, inoltre, porre all'attenzione del lettore anche i dati che delineano la situazione rispetto ai soggetti segnalanti in quanto sono molto allarmanti: è poco ammissibile che i pediatri giochino un ruolo così passivo nel sistema della sicurezza e della tutela dei bambini in quanto essi sono molto coinvolti nella loro vita e negli aspetti di crescita e proprio per tale ragione possono essere considerati degli "osservatori-sentinelle" privilegiati.

L'ultima questione sulla quale si vuole far porre l'attenzione riguarda la durata della presa in carico che si è dimostrata essere particolarmente lunga; diviene, infatti, lecito domandarsi se tramite la messa in atto di interventi maggiormente precoci, tali tempistiche potrebbero andare diminuendo e la risposta è con buone probabilità affermativa.

Capitolo II

Le conseguenze del maltrattamento sul neurosviluppo

2.1 I neuroni nel bambino: perché la prima infanzia è il periodo più sensibile dello sviluppo

Il cervello dei bambini differisce sensibilmente da quello degli adulti sulla base di due questioni fondamentali: la prima è rappresentata dal numero di connessioni neuronali presenti nel cervello, la seconda si riferisce ai livelli di mielinizzazione. Rispetto alla prima questione, è necessario sottolineare come il cervello di un bambino appena nato sia dotato soltanto di un sesto delle sinapsi presenti nel cervello dell'adulto. Nonostante ciò, immediatamente dopo la nascita, il numero delle connessioni inizia a crescere esponenzialmente tanto che a dodici mesi, nel bambino, è presente un numero di sinapsi due volte superiore rispetto a quelle dell'adulto (Huttenlocher, 1990; Casey et al., 2000; Gogtay et al., 2004). Questa sovrapproduzione è limitata da uno specifico processo detto *pruning*, sulla base del quale rimangono attive soltanto le connessioni che sono state maggiormente utilizzate dal soggetto (Eisenberg, 1999). Il *pruning* è un processo di sfoltimento delle sinapsi che procede per tutto il periodo della prima infanzia (Johnson, 2001; Gogtay et al., 2004; Lenroot & Giedd, 2006): esso non avviene con gli stessi tempi per tutte le aree del cervello, infatti la prima regione coinvolta è l'area legata ai processi sensoriali, in particolar modo la corteccia visiva che raggiunge il picco di sinapsi intorno agli otto mesi di vita (Huttenlocher, 1990; Dubois et al., 2014); all'opposto, l'ultima area a raggiungere questo apice è quella deputata al linguaggio, in cui il numero più elevato di sinapsi è presente a due anni di età.

L'altro aspetto che differenzia il cervello del bambino da quello dell'adulto è il livello di mielinizzazione dei neuroni. Durante questo processo, che inizia durante il periodo della gestazione e si espande molto rapidamente dopo la nascita, rallentando soltanto a

partire nel periodo della tarda adolescenza (Huttenlocher, 1990), le cellule neuronali vengono ricoperte dalla guaina mielinica che è composta prevalentemente da grassi, con la funzione di rendere più veloce la trasmissione delle informazioni da un neurone all'altro¹. L'infanzia, quindi, risulta essere il periodo più sensibile dello sviluppo, proprio perché il cervello del bambino è estremamente plastico, da un lato a grazie al numero così elevato di connessioni, dall'altro lato a causa della maggiore velocità con la quale le informazioni passano attraverso di esse. Milani e Ius (2018), a proposito della prima infanzia parlano di *Early Childhood Development* (ECD), per riferirsi a quel lasso di tempo che va dalla gravidanza ai primi anni di vita del bambino e che riguarda lo sviluppo dell'area cognitiva, socio-emotiva, del linguaggio e della salute fisica: in tal senso, lo sviluppo neurologico e psicologico del minore appare strettamente legato alle esperienze vissute in questi primi anni. Ciò è confermato dall'esistenza del processo di *pruning* che, come già detto, lascia intatte solo le connessioni sinaptiche che sono state maggiormente stimolate dall'ambiente esterno in queste “finestre sensibili dello sviluppo”.

2.2 L'influenza dei geni e dell'ambiente nello sviluppo infantile

Lo sviluppo umano dipende dall'interazione di due importanti elementi: da un lato si collocano tutti quei processi controllati dai nostri geni, dall'altro vi sono gli input provenienti dall'ambiente esterno e dalle esperienze.

I geni possono essere descritti come le parti che compongono il nostro materiale biochimico detto DNA (*deoxyribonucleic acid*) e influenzano il modo in cui le cellule crescono e funzionano all'interno del nostro corpo. I geni si dispongono su filamenti chiamati cromosomi e sono trasmessi dai genitori al bambino. Per essere sicuri che ogni gene sia attivo nella cellula giusta, vi sono specifici geni detti “operatori” che controllano il funzionamento di tutti gli altri. Secondo Pennington (2002), ben il 40% dei geni sarebbe specializzato per stimolare la crescita e il funzionamento del cervello umano, tanto che

¹ La guaina mielinica, essendo composta al 70% da lipidi (grassi), funziona come un isolante. La trasmissione delle informazioni da un neurone all'altro avviene tramite piccoli impulsi elettrici ed è proprio la presenza di questa guaina che limita la dispersione dell'impulso permettendo alle informazioni di viaggiare più velocemente.

molte delle funzioni psicologiche di base, quali i processi cognitivi e i processi emotivi dipendono o comunque sono regolate da quest'ultimi (Caspi & Moffitt, 2006). Inoltre, è rilevante accennare alla questione del genotipo e del fenotipo: il genotipo si identifica come la costruzione genetica di base di ogni individuo, mentre l'espressione di questa architettura all'esterno è resa possibile dal fenotipo che è la manifestazione visibile dei geni. Il primo non è modificabile mentre il secondo risente dell'ambiente esterno che tramite la sua influenza è in grado di modificare, attivare o inibire l'azione di determinati geni (Gillibrand, Lam & L. O'Donnel, 2016). Rispetto agli input provenienti dall'ambiente esterno, sono rilevanti gli stimoli fisici, cognitivi, linguistici, sociali ed emotivi che hanno un impatto sul bambino e sulla sua crescita tanto che l'ambiente sociale, culturale e interpersonale in cui è inserito, è in grado di influenzare molti aspetti del suo sviluppo (Bronfenbrenner & Morris, 1998).

Geni e ambiente, dunque, sono chiaramente coinvolti in modo diretto e indiretto nello sviluppo e sono legati da una relazione di reciproca dipendenza. Il processo che permette ai fattori ambientali di influenzare l'espressione dei geni viene chiamato epigenetica. Feinberg (2010), definisce l'epigenetica come la regolazione reversibile di varie funzioni genomiche, che si verificano indipendentemente dalla sequenza del DNA, mediata principalmente attraverso cambiamenti biochimici nel DNA e nella struttura della cromatina. Per rendere più chiara la spiegazione di Feinberg, risulta utile riportare la metafora elaborata da Smith (2015), nel suo volume *"Epigenome: The symphony in your cells"*, in cui l'autore paragona l'epigenetica ad una sinfonia che è racchiusa all'interno di ogni singola cellula del nostro corpo, pensando alle modificazioni epigenetiche come a dei musicisti capaci di leggere, interpretare ed eseguire il medesimo brano musicale, ovvero la sequenza genetica, infinite volte ma in maniera sempre differenziata e peculiare a seconda delle condizioni ambientali all'interno delle quali viene suonato il brano musicale. L'epigenetica, quindi, può essere pensata come ad una sorta di linea di collegamento fra l'interno e l'esterno (Fraga et al. 2005).

In questo contesto, appare esplicito accennare all'epigenetica perinatale, filone in rientrano tutte quelle ricerche che hanno come obiettivo quello di comprendere se i processi epigenetici possono essere o meno trasmessi dai genitori alla prole. È assolutamente rilevante, infatti, l'idea secondo la quale sono ereditabili non soltanto i caratteri genetici ma anche quelli espressivi, mettendo in luce come l'ambiente abbia un

effetto sensibile, tanto da plasmare il genoma del nascituro, anche durante l'embriogenesi (ibidem). Yehuha (2005), ha studiato la trasmissione degli effetti del trauma sul nascituro in un campione di donne incinte presenti durante gli attentati terroristici dell'11 settembre 2001, che hanno sviluppato un Disturbo Post Traumatico da Stress. I risultati, sondati a sette mesi dal parto, hanno dimostrato come nei neonati i livelli di cortisolo, l'ormone responsabile dello stress, fossero alterati rispetto ai coetanei i cui genitori non avevano vissuto tale evento traumatico. Kanherkar e colleghi (2014), hanno similmente analizzato le influenze dell'esposizione materna a situazioni di stress nel nascituro. In questo caso il campione si componeva di donne che durante la gravidanza avevano vissuto in un contesto caratterizzato da violenza domestica. I risultati, nuovamente, hanno chiarito come il bambino fosse particolarmente sensibile agli squilibri ambientali prima ancora di nascere.

Queste due ricerche hanno permesso di mettere in luce l'effettiva capacità di influenzamento esercitata dalle esperienze esterne nei confronti del bambino e della sua componente fisiologica, evidenziando come lo stress e, di conseguenza, le esperienze avverse, rappresentino un potente e pervasivo meccanismo in grado di intaccare, nel suo complesso, la salute di un individuo che, addirittura, ancora non è nato.

2.3 Maltrattamento, conseguenze neuropsicologiche e salute mentale

Il maltrattamento genera innumerevoli conseguenze negative sul minore a livello psicopatologico, tra cui in primis ripercussioni sul piano cognitivo, sulla costruzione del senso del proprio sé e sulle capacità emotive, legate alla socializzazione e all'integrazione.

Per quanto riguarda le capacità cognitive, l'esperienza di maltrattamento intacca innanzitutto il livello di performance scolastica del bambino che tenderà ad ottenere un rendimento più basso rispetto ai suoi pari che non lo hanno sperimentato. Le cause possono essere ricercate nelle variazioni che le esperienze traumatiche sono in grado di causare nel Quoziente Intellettivo (Q.I) della persona (Schmidt & Hunter, 2004): diversi studi, infatti, hanno messo in luce come tale punteggio risulti essere più basso nei bambini che sono stati precocemente esposti ad esperienze molto stressanti. Per citare un esempio,

ricordiamo la ricerca condotta da Jaffee e Maikovich-Fong (2011), su un campione di 1.777 minori maltrattati che hanno riportato punteggi sensibilmente più bassi rispetto a quelli dei loro coetanei. Ancora, nella *E-Risk Longitudinal Study*, che prende in considerazione un campione di 2.232 bambini vittime di maltrattamento fisico, frequentemente bullizzati ed esposti a situazioni di violenza domestica, è emerso un deficit di punteggio del Q.I che va dai 4 agli 8 punti sotto la media (Koenen et al., 2003). Inoltre, il maltrattamento intacca le funzioni cognitive anche tramite una via più indiretta, andando ad interferire con le rappresentazioni che il minore ha di sé e degli altri: queste rappresentazioni possono arrivare a diventare multiple e dissociate, tanto che le funzioni integrative come l'identità, la coscienza e la memoria si disgregano fino a produrre un vero e proprio stato di coscienza alterato (Liotti, 1996). Questi bambini, infatti, faticano ad avere una percezione positiva di sé stessi e degli altri e il tutto interferisce sulle competenze di *role-taking*, ovvero le capacità di mettersi nei panni degli altri. La difficoltà ad integrarsi negli ambienti sociali è ulteriormente aumentata dal fatto che il minore vittima di abuso ha maggiori possibilità rispetto ai propri coetanei di sviluppare condotte antisociali e comportamenti oppositivo-aggressivi che lo spingono a non rispettare le regole sociali e di condotta, con la conseguente messa in pratica una forte opposizione e contrapposizione nei confronti dell'autorità (Micalizzi, 2017).

Anche le competenze emotive vengono fortemente intaccate, soprattutto la capacità empatica. Secondo Shaffer (1996, citato in Di Blasio, 2000), il minore maltrattato sperimenta la presenza di un caregiver che non è empatico nei suoi confronti e per tali ragioni non è in grado di sviluppare autoconsapevolezza e introspezione, con una conseguente difficoltà a comprendere le proprie e altrui emozioni. Ad essere intaccate sono anche le emozioni relative alla vergogna e al senso di colpa: la prima, infatti, genera una forte sensazione di timidezza che porta il minore a sentirsi sempre più inadeguato, diverso e non accettato dai propri pari; mentre per quanto riguarda il senso di colpa, è possibile che si attivi un meccanismo identificatorio per il quale la vittima assume su di sé la colpa dell'accaduto, sentendosi responsabile e meritevole rispetto a tutto ciò che di avverso che gli è capitato (Kluzer, 1996). Sotto questo aspetto, fortemente intaccata è la capacità del bambino di riconoscere le espressioni facciali, poiché sarà portato a distorcere le informazioni emotive attribuendogli significati per lo più negativi, non a

caso la tendenza è quella di sovrastimare o mal interpretare le emozioni di rabbia e di paura (Camras, Sachs-Alter & Ribordy, 1996).

Un ulteriore esempio di come queste esperienze possano influenzare il normale sviluppo psicologico del minore può essere ricercato in quello che in letteratura viene definito come ciclo di trasmissione della violenza. Questa dinamica si verifica quando il minore è sottoposto a maltrattamenti (Coohey, 2006; Mersky et al., 2009) oppure nei casi in cui il bambino, pur non essendo direttamente vittima, è inserito all'interno di un contesto familiare incentrato sull'utilizzo di modalità relazionali particolarmente violente. Le conseguenze vedono un innalzamento delle possibilità che il bambino diventi, in futuro, egli stesso un adulto maltrattante. Una prima considerazione che porta a credere che la violenza possa essere oggetto di apprendimento è presente all'interno delle ricerche di Barner e Carney (2011) che, analizzando i contesti di provenienza dei genitori, hanno messo in luce come per una quantità consistente di casi, i caregivers stessi siano stati, a loro volta, vittima di violenze all'interno dell'ambiente familiare di riferimento durante la loro infanzia.

Declinando questa tematica in chiave epigenetica, sembrerebbe che la violenza subita o assistita dal bambino sia in grado di generare un danneggiamento nelle funzioni di regolazione emotiva, andando ad intaccare le capacità di osservazione e comprensione delle altrui emozioni, tanto che il minore diventerebbe incapace di gestire in modo costruttivo e non violento i conflitti e le divergenze con le altre persone (Gunnar & Fisher, 2006). Inoltre, possono generarsi dei veri e propri meccanismi di identificazione con le figure genitoriali che si ripropongono all'interno delle relazioni intime future del minore: ad esempio, nei casi in cui il minore sia stato vittima di violenza assistita del padre verso la madre, è possibile che una bambina si identifichi nella madre e che ricerchi nel proprio partner futuro una figura alla quale sottomettersi accettando di vivere una relazione eventualmente connotata da una cornice violenta, mentre per un bambino la possibilità è quella di fare proprie le modalità messe in atto dal padre, diventando quindi violento e incline ad accettare modelli relazionali coercitivi (Centro Antiviolenza, Città di Torino, 2014).

Infine, le conseguenze psicopatologiche derivanti dalle esperienze traumatiche possono condurre a esiti ancora più infausti, nel momento in cui il minore arriva a sviluppare vere e proprie patologie psichiatriche in grado di limitarne fortemente il

funzionamento psicosociale. I disturbi psichiatrici più frequentemente riscontrati sono: Disturbi del tono dell'umore, Disturbi d'ansia, Disturbo Post-Traumatico da Stress, Disturbi del comportamento, Disturbo d'abuso di sostanze (Green et al., 2010; Kessler et al., 2010; Scott et al., 2012). Recentemente è stato scoperto che il maltrattamento espone ad un rischio maggiore di sviluppare Schizofrenia, psicosi e sintomi psicotici caratterizzati da forti allucinazioni e deliri (Arseneault et al., 2011; Toth et al., 2011).

2.3.1 Il Disturbo Post Traumatico da Stress

Nel paragrafo precedente sono stati citati innumerevoli disturbi psichiatrici potenzialmente in grado di compromettere la salute mentale del bambino, tuttavia, nonostante l'estrema rilevanza di ognuno di essi, in questa sezione ci si limiterà a presentare il Disturbo Postraumatico da Stress (PTSD), ritenendolo un tema di approfondimento interessante per comprendere ulteriormente la gravità degli esiti delle esperienze di violenza nei minori. La ragione fondamentale che giustifica questa scelta può essere individuata nei risultati delle recenti e innovative ricerche condotte da Liotti e Farina (2019), secondo cui sarebbe proprio il trauma e la dimensione psicopatologica traumatico-dissociativa ad esso connessa, ad interfacciarsi con i disturbi psichiatrici dell'età evolutiva e con tutti i disturbi mentali nel loro complesso. Le ricerche citate, permettono di leggere sotto una nuova prospettiva l'impatto che il trauma è in grado di generare sulla salute mentale e sotto quest'ottica il PTSD può essere pensato come alla sindrome che per eccellenza racchiude e definisce le conseguenze del trauma; non a caso, secondo il DSM-V, i criteri che permettono di diagnosticare questo disturbo includono propriamente il fattore causale, l'evento traumatico e le reazioni ad esso conseguenti.

L'evento traumatico rientra all'interno dei criteri diagnostici e può essere direttamente o indirettamente subito dalla persona: il disturbo si può manifestare, infatti, anche quando il soggetto ha assistito o è venuto a sapere di quanto accaduto ad altri con i quali, in genere, ha strette relazioni emotivamente molto coinvolgenti. Le cause che possono generare il trauma, in genere, coincidono con l'aver vissuto la morte reale di una persona o con l'aver percepito un'eventuale minaccia di morte imminente della medesima. Rientrano fra le motivazioni scatenanti anche l'aver subito una grave lesione fisica o psicologica, oppure l'aver subito un abuso sessuale estremamente violento. Anche fare

esperienza di una ripetuta o estrema esposizione a dettagli di un evento traumatico può portare allo sviluppo della sindrome. I sintomi che si manifestano riguardano la costante intrusione di ricordi spiacevoli accompagnati da sogni rispetto all'evento altrettanto ricorrenti. Non sono così infrequenti le reazioni dissociative quali i flashback e le reazioni di depersonalizzazione in cui la persona ha la sensazione di "essere altro da sé". Tutto ciò avviene all'interno di una circostanza di intensa e prolungata sofferenza psicologica, costeggiata da marcate reazioni inerenti al piano fisiologico della persona. La risposta messa in atto è caratterizzata da una reazione di evitamento sia nei confronti dei pensieri e dei ricordi, sia nei confronti di tutte le situazioni che possono in qualche modo rimandare all'evento spiacevole. Si verificano importanti alterazioni rispetto alla percezione del proprio sé e degli altri, della sfera emotiva e del pensiero, in genere l'umore è molto negativo e la persona fatica a provare piacere e gioia. Si può manifestare senso di distacco, vergogna o colpa verso di sé e verso gli altri e spesso si è incapaci di ricordare gli aspetti salienti dell'evento. Altrettanto alterato è lo stato di attivazione che può condurre il soggetto a mantenersi iperattivo e vigile oltremodo rispetto al necessario con importanti conseguenze a livello comportamentale e a livello di regolazione dei cicli sonno-veglia. Nei casi più gravi possono essere presenti delle pseudo-allucinazioni in cui la persona sente parlare con voci diverse i propri pensieri accompagnate da eventuale ideazione paranoide. La durata di queste alterazioni deve essere di almeno un mese perché venga diagnosticato il disturbo che genera disagio e una forte compromissione del funzionamento socio lavorativo (*American Psychiatric Association, 2013*).

Numerosi studi hanno ormai chiarito come anche bambini nelle prime fasi dello sviluppo possano sviluppare PTSD ed altre problematiche psicologiche a seguito di eventi traumatici (Breslau et al., 2000; Terr, 1983; Yule, Udwin & Murdoch, 1990), confermando la persistenza di sintomatologia postraumatica sviluppata in età evolutiva anche a distanza di più di 30 anni (Morgan et al., 2003). Nel caso più specifico del trauma in età evolutiva, la Classificazione Diagnostica: 0-3 (*National Center for Clinical Infant Programs, 1994*) descrive il PTSD nell'infanzia ridefinendo le principali aree sintomatiche presenti negli adulti in termini evolutivi: la risperimentazione del trauma può emergere attraverso il gioco che riproduce in modo sistematico, insistente e privo di rielaborazione simbolica alcuni aspetti dell'evento vissuto. Il bambino potrebbe iniziare a porre incessanti domande rispetto a quanto gli è accaduto, oppure, all'opposto, potrebbe

manifestare un forte disagio a parlare e a ricordare la situazione traumatica. Nell'infanzia è tipico anche l'appiattimento affettivo in grado di generare distacco e isolamento sociale oltre che una riduzione nelle capacità immaginative e di gioco e a una perdita temporanea di competenze già acquisite come, ad esempio, il linguaggio o il controllo degli sfinteri. Nel caso dell'iperattivazione, essa si manifesta tramite frequenti risvegli notturni accompagnati da esplosioni di pianto. Vengono frequentemente manifestate emozioni di paura (paura del buio e paura ad andare al bagno da soli) e reazioni aggressive verso i pari, gli adulti e gli animali. Sono tipici i comportamenti autolesivi e i comportamenti sessuali o aggressivi non adeguati all'età del minore (Nicolais et. al., 2005).

2.4 Maltrattamento e conseguenze a livello di sviluppo neuroanatomico

Le conseguenze a livello di sviluppo neuroanatomico atipico sono legate ad un particolare processo fisiologico, conosciuto come processo infiammatorio che si manifesta con una risposta innata attivata dal sistema immunitario sulla base di cause intere o esterne all'organismo. Le cause interne possono essere un'allergia, un'intossicazione o una irritazione, ad esempio, mentre nelle cause esterne vengono ricondotti i segnali biologici prodotti dal vivere forti situazioni di stress (Medzhitov, 2008). Tale processo genera delle alterazioni a livello biologico al fine di proteggere l'organismo dalle minacce. In relazione alle cause esterne, se lo stress è prolungato, è possibile che si attivi uno stato di infiammazione cronica che genera significativi danni alla salute fisica (Hotamisligil, 2006; Nguyen, Julien & Rivest, 2002; Ross, 1999) e alla salute psicologica, non a caso all'infiammazione è associato un considerevole aumento della possibilità di manifestare disturbi psichiatrici, in particolar modo il Disturbo Depressivo Maggiore (Dantzer et al., 2008; Howren, Lamkinn, & Suls, 2009).

Indubbiamente il maltrattamento e la negligenza rientrano all'interno di tutte quelle esperienze esterne traumatiche che sono in grado di aumentare sensibilmente i livelli di stress percepiti dal soggetto in questione. L'esposizione alla violenza, infatti, genera un'attivazione cronica dei meccanismi di risposta allo stress che, con il tempo, porta ad una vera e propria disgregazione delle funzioni psicologiche e ad un'alterazione delle strutture neuroanatomiche del cervello. Sempre più ricerche, infatti, hanno indagato su

come lo stress e le diverse forme di maltrattamento infantile siano associate a una diversa strutturazione e a un diverso funzionamento del cervello umano (McCrary, De Brito & Viding, 2010). Le ragioni alla base di queste ricerche vanno cercate nella necessità di individuare i meccanismi biologici in grado di aumentare il rischio delle persone di incorrere in psicopatologie e di avere delle problematiche di salute e a livello sociale; non a caso le esperienze avverse nella prima infanzia sono potenzialmente in grado di produrre conseguenze a lungo termine sulla buona riuscita economica, lavorativa, psicologica e sociale dell'adulto (Currie & Widom, 2010).

Il maltrattamento e la negligenza, infatti, rientrano all'interno delle *Adverse Childhood Experiences* (ACE), termine con il quale si intendono le esperienze avverse dell'infanzia. Fanno parte di questa categoria tutte quelle esperienze come abusi fisici, abusi emotivi, abusi sessuali, assistere a violenza domestica, abbandono, avere un episodio di suicidio in famiglia, convivere con un dipendente patologico (alcolista, tossico dipendente, giocatore patologico), trascuratezza fisica ed emotiva (Felitti, 2010). Nel caso specifico, si vuole condurre un'analisi restrittiva rispetto a quali sono le conseguenze a livello di sviluppo neuroanatomico atipico nei bambini che hanno vissuto esperienze di abuso e negligenza. Tramite le tecniche di *Brain Imaging*² sono state riconstate delle anomalie a livello di struttura e a livello di funzionamento nel cervello dei bambini abusati (McCrary, De Brito & Viding, 2010).

Prima di trattare delle singole aree colpite dalle esperienze di maltrattamento, è interessante comprendere quali alterazioni si manifestano al livello dell'asse ipotalamo-ipofisi-surrene (HPA) che è uno dei maggiori sistemi responsabili della gestione dello stress. L'esposizione alle situazioni stressanti attiva il rilascio di un particolare ormone che va ad interessare la struttura dell'ipotalamo, che rilascia a sua volta un altro specifico ormone che agisce sulla corteccia surrenale responsabile della sintesi del cortisolo. L'attivazione frequente di questo sistema dipende, in parte, anche dal processo infamatorio del quale si è trattato in precedenza e proprio questa attivazione cronica può diventare fortemente deleteria per la salute (Lupien et al., 1998). Alcune ricerche hanno dimostrato che nei bambini maltrattati i livelli di cortisolo sono più alti (Cicchetti &

² Il neuroimaging o immagine cerebrale consiste nell'utilizzo di diverse tecniche per la mappatura diretta o indiretta della struttura, della funzione o della farmacologia del Sistema Nervoso. Tale disciplina risulta essere particolarmente nuova e sempre più utilizzata in alcune discipline quali la medicina, le neuroscienze e la neuropsicologia (Aaron Filler, 2009)

Rogosch, 2001), mentre altri studi hanno riconstatato i medesimi livelli di cortisolo sia nei bambini maltrattati che nei loro coetanei (Hart & Gunnar, 1995). Le differenze dipenderebbero dal fatto che molti dei bambini presi in considerazione nel campione erano in possesso anche di un disturbo affettivo concomitante; oltretutto, i risultati sembrerebbero dipendere anche dalla tipologia di maltrattamento alla quale i bambini erano stati sottoposti, la durata dell'esperienza traumatica e le strategie di coping attuate (Tarullo & Gunnar, 2006). Rispetto agli adulti con una storia passata di maltrattamento, è stata dimostrata un'ipoattività del sistema HPA, qualora questi soggetti fossero in possesso anche di un Disturbo Post Traumatico da Stress (Yehuda, Golier & Kaufman, 2005) e una iperattività del medesimo sistema nel caso in cui il disturbo psichiatrico in questione fosse la Depressione (Heim et al., 2008).

Provando a trarre delle conclusioni, è possibile affermare che il disfunzionamento dell'attività del sistema HPA, sembrerebbe maggiormente essere legato ai disturbi psichiatrici piuttosto che all'esperienza traumatica in sé e che la forma di abuso subita è determinante per quanto riguarda gli esiti. Ciò che risulta rilevante è che i meccanismi che intervengono sul sistema HPA sono in grado di mediare fra lo stress e la futura comparsa di psicopatologie, nonostante non sia ancora propriamente chiara la natura di questa interazione (McCory, De Birto & Viding, 2010). Per quanto concerne le alterazioni e le differenze della struttura del cervello, le aree maggiormente interessate sono il circuito subcorticale detto anche sistema limbico (composto dall'ippocampo e dall'amigdala), la corteccia prefrontale, il cervelletto, il corpo calloso e le altre tracce di sostanza bianca che verranno trattate singolarmente nei sottoparagrafi seguenti

2.4.1 Il circuito subcorticale

Il sistema limbico viene descritto come un sistema molto primitivo in quanto presente non solo negli esseri umani ma anche negli animali e si compone di strutture corticali e sottocorticali deputate al controllo delle emozioni: proprio per questo esso risente fortemente delle esperienze di maltrattamento infantile. Fra le strutture del sistema maggiormente coinvolte possiamo nominare l'amigdala e l'ippocampo.

L'amigdala è un'area sottocorticale collegata con la corteccia frontale, l'ippocampo e l'ipotalamo e ha come funzione principale quella di recepire gli stimoli

provenienti dall'esterno al fine di darne una valutazione, oltre ad essere particolarmente coinvolta quando la persona si trova in situazioni fortemente ansiogene e paurose (Arnsten, 2009; Hill, Hillard, & McEwen, 2011; Jackowski et al., 2011). Nei contesti in cui si verificano situazioni di maltrattamento è stato dimostrato come essa aumenti di volume (Lupien et al., 2009). Due recenti studi condotti con tecniche di sMRI³ su un campione di bambini e adolescenti che hanno vissuto l'esperienza dell'istituzionalizzazione all'interno degli orfanotrofi entro i primi due anni della loro vita, hanno dimostrato in questi soggetti un volume dell'amigdala superiore rispetto alla norma (Tottenham et al., 2010), a prova del fatto che le alterazioni della struttura cerebrale in questione risultano essere rilevanti soltanto nel caso in cui i minori siano esposti a severe condizioni di deprivazione sensoriale. Oltretutto, rilevante risulta essere l'età di esposizione del bambino alla situazione stressante e la consapevolezza che i reali effetti e le reali alterazioni del volume dell'amigdala possono essere riconstatati soltanto in un periodo sensibilmente successivo rispetto al momento in cui è avvenuto il trauma (ibidem). Essendo strettamente legata all'ippocampo, l'amigdala interferisce anche con la struttura di quest'area, anch'essa fortemente sensibile alle esperienze stressanti.

L'ippocampo si trova nel lobo temporale mediale e svolge delle importanti funzioni rispetto alla memoria e all'apprendimento. Tale struttura, come è stato accennato nel paragrafo precedente, è molto sensibile al rilascio del cortisolo. Gli studi sugli animali hanno mostrato che le funzioni di questa struttura rimangono sensibilmente alterate dopo aver lasciato il campione vivere situazioni di stress cronico. Tuttavia, le ricerche di sMRI sugli esseri umani forniscono risultati discordanti: negli studi di Carrion e colleghi (2007), l'ippocampo andrebbe incontro ad una riduzione delle sue dimensioni a seguito di una situazione traumatica, mentre nella ricerca condotta da Jackowski e colleghi (2009), il campione di bambini e adolescenti con Disturbo Post Traumatico da Stress che ha vissuto episodi di maltrattamento, sembrerebbe non presentare alterazioni volumetriche della struttura citata. Così come per l'amigdala, le alterazioni della struttura dell'ippocampo sarebbero visibili soltanto in un momento più avanzato, inoltre, perché esse assumano un

³ La Risonanza Magnetica per Imaging (MRI) è una tecnica utilizzata principalmente in campo medico per produrre immagini ad alta definizione dell'interno del corpo umano. L'MRI è basata sui principi della Risonanza Magnetica Nucleare (NMR), una tecnica spettroscopica usata dai ricercatori per ottenere informazioni di tipo microscopico, chimico e fisico, sulle molecole (Coriasco, Rampado & Boris Bradac, 2014).

significato tangibile, è necessario che i livelli di cortisolo rilasciati siano davvero molto alti e di conseguenza, un singolo episodio di maltrattamento non è sufficiente affinché si verifichino tali alterazioni: nuovamente è necessario che la violenza e/o la negligenza perdurino per un lasso di tempo prolungato e che si manifestino con un'intensità elevata (Bremner et. al., 2003).

2.4.2 La corteccia prefrontale

La corteccia prefrontale (PFC) è la parte più anteriore del lobo frontale ed è sede delle funzioni esecutive responsabili dell'integrazione fra pensiero e azione. Essa permette il controllo delle informazioni provenienti da stimoli esterni e da stimoli interni così che l'individuo abbia la possibilità di regolare il proprio comportamento sulla base delle circostanze ambientali. Le principali abilità cognitive deputate alla PFC sono: attenzione, memoria, apprendimento, programmazione, controllo motorio e utilizzo efficace della memoria di lavoro. La corteccia prefrontale è in stretta connessione con il sistema dell'amigdala e per questo è anch'essa impiegata nella regolazione emotiva. La PFC detiene ruoli importanti per quanto riguarda il comportamento adulto maturo. Essa muta a partire da un'età relativamente tardiva rispetto alle altre strutture cerebrali (Sowell et al., 2003) perciò, è molto sensibile all'influenza delle esperienze vissute sia nell'infanzia ma anche e soprattutto nel periodo adolescenziale. Tramite gli studi di *neuroimaging*, così come per le aree cerebrali precedentemente descritte, sono emersi risultati fra loro contrastanti: alcune ricerche hanno messo in luce un volume della corteccia ridotto (Dannowski et al., 2012) mentre altri, all'opposto, hanno segnalato un volume, in particolar modo della materia grigia, aumentato (Carrion et. al., 2010). Tali discrepanze dipendono da una serie di ragioni: in primo luogo gli studi sull'argomento sono stati condotti tramite l'utilizzo di tecniche di neuroimaging diverse fra loro, in secondo luogo il campione di soggetti presi in considerazione al momento dell'indagine aveva età anche molto differenti fra loro (McCory, De Birtó & Viding, 2010). Inoltre, non è da escludere che vi siano circoscritte e specifiche finestre di vulnerabilità durante lo sviluppo che si prestano a dimostrare in modo più evidente i danni derivanti dalle esperienze di maltrattamento, ad esempio, l'ippocampo mostrerebbe i massimi segni derivanti dall'abuso nella fascia d'età 5-6 anni, mentre la corteccia prefrontale nella fascia d'età

14-16 anni e quindi le alterazioni sarebbero visibili soltanto a partire da un periodo di vita più avanzato (Andersen et. al., 2008).

2.4.3 Il Cervelletto

Il cervelletto è una struttura neurale collocata nella fossa cranica inferiore ed è fondamentale per la gestione delle attività motorie. Esso presenta una serie molto importante di connessioni con altre strutture cerebrali e per tale ragione ha un ruolo fondamentale per un'efficace gestione della sfera emotiva, della memoria e delle funzioni esecutive. Il cervelletto è collegato con il sistema HPA e con il sistema limbico e anche in questo caso è stato dimostrato che l'esposizione del bambino a situazioni traumatiche è in grado di alterarne il volume della struttura riducendolo sensibilmente (McCory, De Birto & Viding, 2010).

2.4.4 Il corpo calloso e altre tracce di sostanza bianca

Il corpo calloso è la struttura più grande composta di materia bianca nel cervello umano e ricopre un ruolo fondamentale per quanto concerne il controllo della comunicazione fra i due emisferi e il controllo su tutta un'altra serie di processi, fra cui lo stato di attivazione, le emozioni e le funzioni cognitive alte. Tramite studi di Rappresentazione del tensore di diffusione (DTI)⁴, è stato dimostrato che nei bambini che hanno vissuto esperienze precoci e prolungate di istituzionalizzazione negli orfanotrofi, i tratti di materia bianca all'interno del cervello erano meno connessi fra loro rispetto a quelli dei coetanei, soprattutto nella regione frontale e temporale della materia bianca (Govindan, 2010).

⁴ La rappresentazione del tensore della diffusione (DTI) è una tecnica di imaging a risonanza magnetica (MRI) di recente sviluppato che analizza l'anatomia delle cellule nervose e una rete di un neurone complessa del cervello. La DTI usa la diffusione dell'acqua come sonda per determinare l'anatomia di una rete del cervello, che fornisce basicamente informazioni sull'anatomia statica che non è, quindi, influenzata dalle funzioni del cervello (O'Donnell & Westin, 2011).

2.5 Contro il determinismo delle esperienze avverse: plasticità cerebrale e caratteristiche individuali

Nei paragrafi precedenti sono stati analizzati i risvolti negativi che le situazioni avverse sono in grado di generare nello sviluppo del bambino, in particolar modo per quanto riguarda le conseguenze dannose a livello psicologico-emozionale e neuroanatomico. È molto importante, però, non cadere nella falsa idea che le esperienze esterne e l'ambiente familiare e sociale in cui il minore è inserito siano in grado di influenzarlo soltanto in modo disfunzionale, infatti, i processi epigenetici sono caratterizzati, al contrario dei processi di trasmissione genetica, dalla reversibilità e dunque, le prospettive di miglioramento esistono e sono incoraggianti (Pappalardo, 2014).

Le ragioni che rendono possibile la ripresa dello sviluppo vanno ricercate in una caratteristica fondamentale del cervello umano: la plasticità cerebrale, altrimenti detta plasticità neuronale. La plasticità consiste nelle capacità del cervello di riadattare le connessioni neuronali senza modificare la struttura del neurone grazie all'esposizione del soggetto a stimoli esterni positivi, questo significa che il cervello è in grado di adattarsi alla situazione esterna. La plasticità cerebrale agisce su tre livelli: permette la conformazione delle connessioni neuronali nell'embrione; rende possibile la mutabilità delle medesime connessioni; permette di apportare delle riparazioni ad eventuali danni sempre a livello di connessioni, non a caso, per questa particolare circostanza si parla nello specifico di "plasticità post-lesionale" (Gregory, 1993).

Per comprendere il funzionamento di questa particolare capacità cerebrale, è interessante riportare lo studio condotto da Rutter e O'Connor (2004) sugli effetti dell'istituzionalizzazione in un campione di bambini affidati agli orfanotrofi in Romania. Nel 1999, i ricercatori selezionarono 136 bambini fra i 100.000 ospiti presenti nelle strutture assistenziali di Bucarest, di età compresa fra i sei e i trentuno mesi e tutti in perfetta salute fisica. Metà del campione viene inserita in un percorso di affido familiare, mentre l'altra metà viene lasciata a vivere nelle strutture statali. I risultati hanno messo in luce che i bambini istituzionalizzati, rispetto a quelli dati precocemente in affido, presentavano un punteggio di Quoziente Intellettivo inferiore, un volume della materia grigia e della materia bianca ridotto, un livello di frequenza elettrica nel cervello più bassa dovuta probabilmente ad un livello scarso di connessioni neurali. Allontanare i bambini

da un ambiente di deprivazione sensoriale affidandoli ad una famiglia in grado di intercettare, accogliere e soddisfare i loro bisogni ha permesso di preservarli dalle conseguenze negative derivanti dall'ambiente esterno e allo stesso modo ha dato a questi minori la possibilità di riprendere il proprio percorso di sviluppo. Il cervello dei bambini dati in affido, grazie al suo essere plastico, si è adattato al nuovo ambiente, rendendo in parte reversibili quei meccanismi che, altrimenti, avrebbero condotto agli esiti infausti riservati ai bambini che hanno continuato a vivere in un contesto istituzionalizzato. Tale studio è l'esempio pratico di come gli interventi precoci siano efficaci: nonostante la plasticità accompagni una persona per tutta la vita, come più volte accennato, esistono dei periodi maggiormente sensibili nello sviluppo del cervello in cui i livelli di funzionamento sono più elevati.

Il *Council for Early Child Development* (Nash 1997; Early Years Study 1999; Shonkoff, 2000) ha analizzato alcune importanti funzioni cerebrali e il loro andamento nel corso degli anni. Le funzioni dei bambini che sono state prese in considerazione riguardano le capacità di ascolto e di visione, le capacità di controllo emotivo, il modo abituale di reagire alle situazioni, le capacità simboliche, le abilità numeriche il linguaggio e le capacità relazionali nei confronti dei propri pari. I risultati delle ricerche mettono in luce come tutte le funzioni elencate siano particolarmente alte nel periodo prescolastico. In particolar modo, le capacità di ascolto e le capacità visive insieme a quelle di controllo emotivo e alle strategie di coping, raggiungono il loro apice di funzionamento entro i primi due anni di vita, momento al partire dal quale vanno poi incontro ad un significativo declino. La recettività rispetto alle capacità simboliche è estremamente elevata fra il primo e il secondo anno di vita e va incontro ad un declino mediamente meno importante nel periodo scolastico rispetto alle funzioni precedentemente citate; la medesima linea di tendenza viene seguita dalle capacità di linguaggio. Le funzioni che invece si mantengono più alte nel periodo scolastico sono le capacità numeriche e le abilità di socializzazione con i pari, nonostante anch'esse raggiungano il loro apice di recettività nel periodo prescolastico, più precisamente nella fascia d'età che va dai due anni e arriva ai tre anni di vita.

Volendo trarre una conclusione generale è possibile affermare che tutte le funzioni vanno incontro ad un declino, più o meno importante, già a partire dal momento in cui il bambino viene inserito nell'ambiente istituzionale della scuola, tanto che le capacità

plastiche del cervello diminuiscono. Ne deriva che gli interventi attuati nel periodo prescolastico, quando il funzionamento del cervello del minore è ancora ai suoi massimi livelli, sono più incisivi e hanno maggiori probabilità di risultare efficaci.

In aggiunta, contro il determinismo del maltrattamento, è importante specificare come nemmeno gli studi di *neuroimaging* sono riusciti ad affermare che fra le violenze subite e le conseguenze osservate vi sia un rapporto diretto di causa-effetto poiché esistono delle caratteristiche individuali in grado di mediare gli esiti di queste traiettorie (Cicchetti, 2013; Cicchetti & Rogosch, 2009). All'interno di questa categoria di fattori, rientrano il grado di resilienza del bambino, le strategie di *coping* messe in atto e le capacità valutative. La tematica della resilienza è stata trattata nel capitolo precedente, in questo paragrafo ci si limita a ribadire come essa rientri fra i fattori di protezione del minore (Milani e Ius, 2013). Il *coping*, invece, è un concetto multidimensionale che attualmente manca di una definizione universalmente accettata (Zani & Cicognani, 1999). Folkman e Lazarus (1998) definiscono il *coping* come il reciproco dello stress: se le strategie di *coping* funzionano, lo stress è basso, se non funzionano, viceversa, il livello di stress nella persona si alza. Questa definizione, però, è molto riduttiva perché tratta delle strategie di *coping* come di semplici meccanismi di risposta allo stress senza tenere in considerazione le caratteristiche situazionali e di personalità.

Interessante risulta essere il modello proposto da Frydenberg (1997) che integra le due caratteristiche appena citate aggiungendo un focus sull'intenzionalità del soggetto ad agire e sulle valutazioni che quest'ultimo compie rispetto alla situazione. In questo caso, la valutazione viene messa in atto anche dopo che l'azione è stata compiuta, così che dall'esito del proprio agire la persona possa essere in grado di apprendere strategie alternative ed eventualmente più efficaci. Ne consegue che l'utilizzo di strategie di *coping* efficaci, sommate alla presenza di elevati livelli di resilienza, siano in grado di attenuare gli effetti delle situazioni avverse quali, fra le tante, il maltrattamento; in questo modo la persona è in grado di riorganizzare positivamente la sua vita (Cyrulnik & Malaguti, 2005).

Ulteriore elemento cruciale in grado di mediare alle conseguenze dannose delle esperienze avverse, sono le caratteristiche del processo valutativo messe in atto dal soggetto. Lazarus (1998), fa una distinzione fra la valutazione primaria e la valutazione secondaria, intendendo rispettivamente le considerazioni che vengono fatte in relazione alla reale capacità e utilità dell'affrontare una situazione e le considerazioni in ragione

delle proprie capacità di gestire il carico emotivo che ne deriverebbe. La valutazione andrebbe ad alimentare una sorta di maggiore autoconsapevolezza in grado di fortificare le capacità resilienti della persona. In conclusione, tutti i fattori di protezione che sono stati trattati nel capitolo precedente sono in grado di attenuare gli effetti delle esperienze avverse e di collaborare nel tentativo di annientare qualsiasi interpretazione deterministica della vita umana garantendo una prospettiva di speranza ottimistica per il futuro di ciascuno anche al di là delle esperienze avverse e dolorose subite.

2.5.1 La stimolazione cognitiva come opportunità di recupero e la plasticità cerebrale determinata dalle esperienze vissute

Nel caso di un bambino che è stato vittima di un'esperienza traumatica, la psicoterapia risulta una delle opzioni più efficaci per attivare i processi di rinnovamento delle reti neurali. È stato dimostrato, infatti, come la terapia sia in grado di riparare i danni a livello molecolare del DNA derivanti da stress traumatico (Morath et al., 2014). A favorire la nascita di nuove connessioni neurali, sono anche l'esposizione ad un ambiente ricco di stimoli favorevoli, l'esplorazione di nuovi oggetti e di nuove situazioni, l'apprendimento e le interazioni sociali. A seguito viene proposta una immagine con lo scopo di mostrare le modificazioni a livello di connessioni neurali a seguito di stimolazione cognitiva:

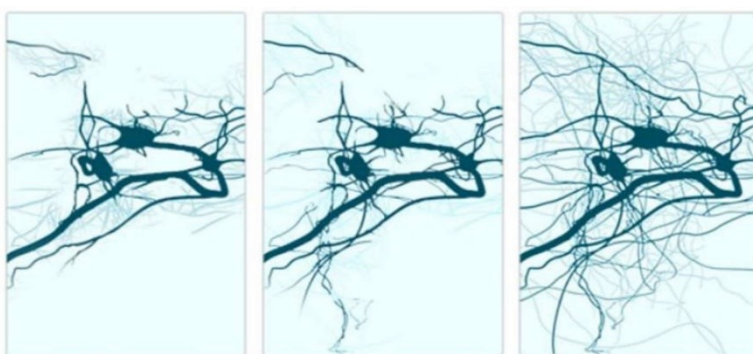


Figura 1: Reti neurali e stimolazione cognitiva. Fonte:

<https://www.studiolagirandola.it/cervello-e-plasticita-come-il-cervello-si-modifica/> (consultato il 07/12/2021)

Nella prima immagine vengono rappresentati due neuroni prima che avvenga alcun tipo di stimolazione. Procedendo da sinistra verso destra, l'immagine successiva descrive

lo stato delle cellule nervose dopo due settimane di stimolazione, mentre nell'ultima rappresentazione possono essere osservate le connessioni che si vanno a formare a seguito di due mesi di stimolazione. Con il progredire delle stimolazioni si nota un importante incremento delle connessioni: si tenga in considerazione che trattare di stimolazione cognitiva non significa soltanto "fare terapia" ma anche, come più volte affermato, permettere alla persona di vivere in un ambiente sereno e ricco di stimoli positivi; è proprio sulla base di questa considerazione che sarebbe necessario garantire ai bambini gravemente maltrattati di tornare a vivere in un ambiente sano quanto prima.

Per le stesse ragioni diventa comprensibile la necessità di rendere precoci gli interventi psico-sociali, interventi che, fra l'altro, non possono prescindere dal tenere in considerazione la famiglia e il contesto socioculturale di origine del minore. L'assistente sociale e gli altri professionisti coinvolti, in questo caso, devono occuparsi di curare la rete relazionale e garantire che il bambino viva all'interno di un ambiente funzionale al suo sviluppo così da preservarlo da tutti i rischi che sono stati illustrati. Le conseguenze dannose generate dall'ambiente sono per natura dei processi epigenetici reversibili ed è proprio per questo che è dovere dei professionisti fare tutto ciò che è possibile fare per preservare l'integrità psicofisica del minore.

Capitolo III

La prevenzione e gli interventi precoci per contrastare il fenomeno del maltrattamento infantile

3.1 La prevenzione in ambito sociale: significati e nodi critici

La prevenzione è rivolta a un insieme composito di soggetti, fra i quali sono compresi persone, gruppi e comunità ai quali vengono rivolti interventi progettati sulla base di previsioni sostenute da studi scientifici e che hanno come scopo quello di determinare se un dato comportamento o un evento, si verificheranno, così da contrastarne gli eventuali fattori che ne aumentano il rischio di realizzazione (Santinello, Vieno & Lenzi, 2018). Trattare di prevenzione significa, dunque, agire anticipatamente al fine di proteggere o mantenere uno stato accettabile di agio, di benessere individuale e sociale e, proprio per tale ragione, è possibile pensare alla prevenzione del disagio sociale e alla promozione del benessere come ai due lati della medesima medaglia (Bertelli, 2007).

Nel caso specifico del Servizio Sociale, l'attenzione riservata alle strategie preventive non è particolarmente elevata: gli operatori sociali tendono, infatti, a mettere in atto il proprio intervento in un contesto caratterizzato da una notevole scarsità di risorse che li costringe ad intervenire per rispondere alle emergenze, quando l'evento dannoso è ormai manifesto (OMS, 2006). La difficoltà di agire in termini preventivi è altresì legata ai molti fattori di rischio che fanno parte della vita delle persone, che possono risultare da un lato imm modificabili e, dall'altro, imprevedibili. Tali elementi, infatti, spesso tendono a riguardare la storia passata degli individui come, ad esempio, gli eventuali episodi di maltrattamenti e abusi subiti nel periodo della propria infanzia, oppure risultano comunque difficilmente influenzabili, come nei casi in cui si presentino situazioni familiari multiproblematiche che necessitano di una sensibile mole di tempo per essere

completamente risolti (Bertelli, 2007). La prevenzione rivolta alla “persona portatrice di disagio” assume pertanto la finalità di sostenere nel soggetto lo sviluppo delle competenze necessarie per rispondere ai propri bisogni e alle avversità provenienti dall’ambiente esterno e, meno realisticamente, mira alla rimozione totale di tutti i fattori di rischio identificabili.

L’assistente sociale che affianca gli individui in situazione di difficoltà è definibile come un “accompagnatore di processi di cambiamento” che motiva alla costruzione di senso e di significato condivisi e condivisibili (Adilardi, 1999). Non è, tuttavia, possibile pensare che il compito dell’assistente sociale si limiti a questo: è assolutamente necessario che l’operatore intervenga nella comunità nel suo complesso in quanto è ormai conclamata l’idea secondo la quale molti dei fattori di rischio e di disagio provengono proprio dall’ambiente sociale e relazionale all’interno del quale è inserita la persona. Per tali ragioni è necessario potenziare le agenzie di socializzazione, l’appartenenza e la responsabilità verso la comunità, il risanamento del degrado ambientale e il rafforzamento delle condizioni materiali ed economiche positive (Ferrari, 2000, in Bertelli, 2007). Il Servizio Sociale è chiamato ad analizzare, da un lato, il bisogno della persona e, dall’altro lato, è investito del dovere di comprendere che cosa rappresenta quello specifico bisogno sul piano sociale più in generale. La prevenzione nel sociale, inoltre, si interfaccia con le politiche sociali e il contesto di welfare in cui si sviluppano: in tal senso, ci si scontra con un’ulteriore criticità, identificabile nel fatto che i risultati delle politiche preventive non sono immediatamente osservabili e per tale ragione, il consenso pubblico che riescono a raggiungere è molto contenuto (Selmini, 2004). Un ultimo nodo problematico riguarda la valutazione degli interventi: comprendere gli effetti dei programmi preventivi è complesso, in quanto necessitano di essere applicati ad un campione molto ampio di soggetti, di una metodologia rigorosa e di una sistematizzazione accurata dei risultati ottenuti dalle ricerche, richiedendo quindi un importante dispiego in termini di tempo e risorse umane coinvolte (OMS, 2006).

Come spiega chiaramente Biancardi (2002, p. 2), *“se è estremamente impegnativo e complesso il capitolo della programmazione, ancor più problematico e aleatorio è il capitolo successivo, quello relativo alla verifica di efficacia: immediata e quasi automatica per la prevenzione sanitaria, ardua fino all’impossibilità per la prevenzione sociale. Se anche in ambito sanitario gli aspetti culturali appaiono dotati di un potere*

capace di vanificare gli sforzi di informazione più massicci e capillari, si veda, ad esempio, la faticosa e praticamente fallimentare attività di prevenzione rispetto alla diffusione del virus HIV e la cultura 'naturalistica' che sta minando le sicurezze diffuse dalle vaccinazioni di massa, in ambito sociale gli aspetti culturali hanno un potere ben maggiore.”

A fronte di tali criticità, spesso ciò che avviene è la produzione di una “falsa prevenzione”, ovvero l’avvio di campagne mediatiche basate su stereotipi culturali e sociali e non su dati statistici e ricerche scientifiche che di fatto vanno a contrastare la “vera prevenzione”, fornendo modelli distorti in relazione alle reali situazioni di rischio (Biancardi, 2002). Un esempio, in tal senso, nell’ambito della protezione dei minori, è l’idea del cosiddetto “lupo cattivo”, ovvero l’adulto, sconosciuto dal minore, certamente malintenzionato, al quale fare molta attenzione: tuttavia, gli studi dimostrano come le violenze nei confronti dei bambini siano commesse prevalentemente da adulti appartenenti alla loro cerchia familiare e non tanto da soggetti con i quali essi non hanno legami. I messaggi di questo tipo sono estremamente deleteri perché contribuiscono a trasmettere uno stereotipo di adulto inaffidabile, generando ansie e paure nei bambini e nei genitori che potrebbero mettere in atto comportamenti maggiormente proibitivi che non hanno ragione di essere verso i propri figli. *“Autentica prevenzione sarebbe invece la promozione e la diffusione di una cultura del rispetto del bambino, specialmente incoraggiando la famiglia nella direzione di far crescere la propria disponibilità educativa e di aiutare l’adulto, specie se genitore, a sviluppare la propria intelligenza emotiva”* (Biancardi, 2002, p.3). Sempre con riferimento a questo esempio, è importante condurre una riflessione rispetto alla velocità di trasmissione delle informazioni e, in questo caso, delle false informazioni: la diffusione generalizzata su larga scala resa possibile dai mass media di questi contenuti, non fa altro che aumentare il numero delle false denunce, aprendo la strada a campagne di discredito nei confronti del mondo giudiziario e vanificando invece le reali attività preventive in essere (ibidem).

3.1.1. L'importanza della progettazione nei programmi preventivi

Gli operatori sociosanitari, tra cui spicca il ruolo dell’assistente sociale, nel momento in cui decidono di lavorare ad un progetto di prevenzione, devono tenere in

considerazione tutta una serie di elementi in grado di aumentare le possibilità di successo dell'intervento. Prima ancora di avviare il progetto è necessario verificare che esso abbia una sufficiente capacità scientifica e sia, perciò, teoricamente fondato (Nation et al., 2003; Springer et al., 2004), tanto che sarebbe auspicabile che le equipe o anche il singolo operatore in talune situazioni, scegliessero di collaborare con un istituto accademico o di ricerca con il quale condividere gli obiettivi e formulare un modello operativo che sia in tutte le sue parti logico e coerente (OMS, 2006).

Fin da subito dovrebbero essere stabiliti gli outcome auspicabili, così da poter individuare precocemente degli indicatori sufficientemente accurati e utili ai fini della valutazione dei risultati, i quali potrebbero potenzialmente essere sottoposti ad analisi e a successiva sistematizzazione qualora l'intervento si dimostrasse funzionale. Nella scelta degli obiettivi da raggiungere non è possibile prescindere dal tener conto delle risorse effettivamente disponibili (ibidem): i programmi preventivi devono essere realisticamente attuabili e è necessario considerare i limiti strutturali e finanziari del contesto lavorativo in cui si è inseriti. Importante è intervenire su livelli di azione molteplici, in quanto credere che un elemento di disagio sia generato da una sola causa, è un'interpretazione assolutamente riduttiva di una realtà che si dimostra, invece, sempre più complessa e all'interno della quale, per lo stesso rischio, possono essere individuate con-cause multiple; ciò significa che i programmi non possono essere esclusivamente rivolti al soggetto ma devono necessariamente interfacciarsi con gli altri sistemi che riguardano la persona (Bronfenbrenner, 2004).

Per la medesima ragione, non è pensabile applicare in modo standardizzato lo stesso progetto a realtà diverse rispetto a quella in cui è stato implementato: nonostante sia auspicabile riuscire a portare ad un certo livello di generalizzazione i risultati ottenuti, riproporre in modo a-critico lo stesso intervento in un'altra comunità che presenta le sue distinte peculiarità può risultare addirittura deleterio, dunque il progetto di prevenzione deve necessariamente essere culturalmente rilevante (Santinello, Vieno & Lenzi, 2018). Il progetto è pensato per la comunità e nella comunità, tanto che prevedere metodi misti di insegnamento e di coinvolgimento dei soggetti target dell'intervento è sicuramente una delle metodologie che più facilmente riescono a rendere incisiva la prevenzione (McBride 2003; Tobler et al., 2000). Allo stesso modo, il gruppo di lavoro è chiamato al coinvolgimento di tutti gli attori del pubblico e del privato con i quali deve impegnarsi

nella creazione di partnership solidali che permettono, da un lato, di costruire interventi di natura integrata e quindi più incisivi e, dall'altro, di superare il limite legato alla scarsità delle risorse pubbliche (Allegrì, 2015).

Una riflessione strategica dovrebbe, inoltre, essere condotta rispetto al dosaggio (in termini di ore da utilizzare) con il quale i programmi verranno somministrati poiché è essenziale stabilire il giusto equilibrio in termini di qualità e di quantità delle azioni che vuole mettere in atto. Ad esempio, secondo Nation e colleghi (2003), i programmi maggiormente efficaci sono quelli che prevedono un ampio dosaggio delle attività; Springer e colleghi (2014) arriveranno addirittura a stabilire che per i progetti di prevenzione selettiva, ovvero quei programmi indirizzati ad un target nel quale è stato appurata la presenza di un elemento di rischio o di una problematica, il dosaggio deve essere pari ad almeno tre o quattro ore a settimana, il tutto ripetuto per svariati mesi.

Gli elementi da tenere in considerazione per la messa in atto di un buon progetto sono molti e richiedono il possesso di una vasta gamma di competenze, per cui è auspicabile che gli operatori e che si apprestano a queste attività siano adeguatamente formati tramite attività di training, di sostegno e di supervisione (McBride, 2003). Tale necessità è ulteriormente amplificata dal fatto che i programmi non possono esimersi dai momenti di valutazione (Dallago, Santinello & Vieno, 2004), che devono essere previsti sia in itinere, sia nel momento della conclusione: il gruppo di lavoro deve essere in grado di esprimere un giudizio realistico rispetto alla bontà dell'intervento attuato, in quanto individuarne gli eventuali punti di debolezza può essere utile ad un suo futuro miglioramento

3.1.2 Prevenire conviene: quanto costa allo Stato italiano il maltrattamento infantile

Nel 2015, Cismai, *Terre des Hommes* e l'Università Bocconi hanno presentato un'interessante ricerca da cui emerge che allo Stato italiano il maltrattamento costa ben 13 miliardi di euro all'anno. Gli ingenti costi sono dovuti al fatto che, oltre ad essere estremamente dannoso per la vittima, il maltrattamento richiede la messa in atto di interventi di tutela e di cura che spesso si articolano per lunghi periodi di tempo e necessitano di attingere a risorse differenziate. Rispetto a questa somma, è necessario tenere in considerazione che i soli casi nuovi costano 910 milioni di euro ogni anno e che

questo costo potrebbe essere sensibilmente contenuto tramite l'attuazione di corrette politiche di prevenzione.

La ricerca ha posto una distinzione fra i costi diretti e i costi indiretti, racchiudendo nella prima categoria tutti gli interventi che necessitano di essere messi in atto nell'immediato una volta che è stato rilevato il maltrattamento e con la seconda, tutte le spese essenziali a coprire i costi degli interventi che mirano a riparare alle conseguenze della violenza nel lungo termine. Le voci prese in considerazione per quanto concerne i costi diretti, sono relative alla necessità di ospedalizzazione e di cure ospedaliere, alla cura della salute mentale, ai costi di welfare, alle spese per l'inserimento dei minori in strutture residenziali e per l'affido familiare, oltre che per l'attivazione del servizio sociale professionale in generale. A tali costi si aggiungono anche le spese per la messa in atto di interventi diretti al fine di far rispettare la legge e per l'attuazione dei sistemi di giustizia minorile, per un totale complessivo di 338 milioni 616 mila 294 euro. I costi indiretti, invece, riguardano le spese per l'educazione speciale, quelle per la cura della salute degli adulti, quelle per la criminalità adulta e per la delinquenza giovanile e le perdite di produttività per la società che in totale costano circa 12,7 miliardi. All'opposto, secondo il premio Nobel dell'Economia James Heckman (2012), 1 dollaro investito nella prima infanzia su bambini a rischio, genera un risparmio futuro di 7 dollari.

Ecco che la prevenzione viene confermata come la strategia primaria di intervento, non soltanto per ridurre i danni generati dal fenomeno sociale del maltrattamento ma anche al fine di ridurre l'incidenza dei costi sul Pil. L'invito è quello di uscire dalla logica che vede nella prevenzione un ulteriore costo in modo da giungere a pensarla, più correttamente, come ad un investimento.

3.2 Prevenire il maltrattamento infantile

Prevenire il maltrattamento nei confronti dei minori è possibile; tuttavia, in termini di ricerche e di politiche, è stata posta poca attenzione alla tematica. Solo alcune delle strategie di prevenzione individuate sono promettenti a livello di evidenza empirica, la maggior parte, invece, si fonda su evidenze e rapporti causali non ancora del tutto chiaramente definiti. Secondo L'Organizzazione Mondiale della Sanità (2006) è possibile distinguere programmi efficaci nei quali sono racchiusi tutti quegli interventi che hanno

permesso di ridurre l'incidenza del maltrattamento e/o dei tassi di crescita del fenomeno, programmi definiti come “promettenti” che su piccola scala hanno dimostrato buoni risultati ma necessitano di ulteriori test per essere sistematizzati, e programmi di prevenzione definiti “non chiari” i cui effetti sono scarsamente valutati e dunque necessitano di ulteriori verifiche.

Tale premessa deve essere interpretata come uno schema al quale fare riferimento per comprendere l'attuale stato delle strategie preventive che ci si appresta a presentare nei successivi sottoparagrafi.

3.2.1 Le strategie ambientali

All'interno della comunità possono degli elementi di rischio definibili come “ambientali”, che aumentano le possibilità che il minore diventi vittima di maltrattamento, in questo caso prevenire significa agire indirettamente nei confronti del contesto sociale. Essenziale è innanzitutto implementare riforme normative che vadano a promuovere i diritti umani: un approccio normativo solido deve proibire tutte le forme di violenza contro i minori e ciò permette di far comprendere chiaramente ai genitori e ai familiari che non sono in diritto di agire comportamenti riconducibili al maltrattamento per nessuna ragione, nemmeno a fini educativi. Nonostante il consolidamento delle leggi contro il maltrattamento sui minori, sono finora molto carenti gli studi di *outcome* per dimostrarne il valore in termini di prevenzione.

Altri interventi riguardano, la dimensione legata ai programmi volti al superamento e alla riduzione delle disuguaglianze economiche, poiché le evidenze hanno dimostrato che i maggiori casi di maltrattamento si riscontrano all'interno dei nuclei familiari che versano in un'importante situazione di povertà. In questo caso, l'assistente sociale ha l'importante compito di intercettare le famiglie a basso reddito per poi fornire loro sostegni economici come, ad esempio, i voucher per l'alloggio, i sussidi per l'affitto o l'aiuto necessario, al fine di sanare la morosità. Sembrerebbe che questi interventi siano in grado di generare effetti positivi sui traguardi scolastici, sulle performance accademiche e sulla salute mentale e fisica (OMS 2006).

Una questione essenziale che ad oggi non viene ancora investita della considerazione che meriterebbe è, inoltre, quella relativa alla riduzione di altri fattori di rischio ambientali

quali la densità abitativa, il limitato accesso a spazi ricreativi sicuri, la presenza di piombo e di altre tossine così come la circolazione all'interno della comunità di altre sostanze dannose (ibidem). Nello specifico, è stato dimostrato come l'utilizzo di sostanze alcoliche e/o stupefacenti da parte dei genitori aumenti di molto il rischio che il minore sia esposto a violenza e abuso, anche sessuale (Cheli & Giacomuzzi, 2009). L'assistente sociale, in questo caso, può giocare una funzione strategica per quanto riguarda l'aggancio dei genitori con questa tipologia di problemi e, con lo strumento professionale del colloquio, può aiutare le persone a prendere consapevolezza rispetto alla loro condizione di dipendenza mettendole in guardia rispetto a tutte le potenziali conseguenze che essa può determinare anche per quanto riguarda l'esercizio della responsabilità genitoriale (Quercia, 2014).

Di fondamentale utilità sono, poi, i centri accoglienza per le donne che sono state vittime di abusi e maltrattamenti e in generale di violenza domestica. L'OMS (2006) fa rientrare i centri antiviolenza all'interno delle strategie di prevenzione a livello comunitario in base all'idea secondo la quale le donne maltrattate potrebbero essere a loro volta autrici di maltrattamento nei confronti dei propri figli, tanto che l'Organizzazione raccomanda, una volta effettuato l'inserimento mamma-bambino nel centro di accoglienza, che gli operatori prestino particolare attenzione e monitorino costantemente la relazione fra i due soggetti. L'operatore sociale insieme alla sua équipe lavorerà al fine di dare protezione alla donna vittima di maltrattamenti favorendo la presa di consapevolezza rispetto alle sue possibilità anche a livello giuridico in modo da ripristinarne l'autonomia e la capacità di autodeterminazione. Sempre per quanto concerne l'ambito della violenza domestica, l'assistente sociale, insieme ad altre figure professionali, sta assumendo un ruolo chiave nella gestione di tutti quei progetti innovativi indirizzati agli uomini autori di reato. Compreso che la sola conseguenza penale ha un'utilità limitata nella risocializzazione dell'autore di violenza, si sono avviati negli ultimi tempi questi progetti che si pongono come scopo quello di rieducare la persona violenta (Giulini & Xella, 2011).

3.2.2 Le strategie relazionali

Le strategie che promuovono un legame precoce e sicuro tra genitore e figlio e l'utilizzo di metodi di disciplina non violenti, sono grado di creare un ambiente relazionale funzionale al corretto e sano sviluppo psico-fisico del minore. È stato dimostrato come i programmi aventi come obiettivo quello di migliorare e di supportare le capacità genitoriali siano in assoluto fra i più efficaci al fine di prevenire il maltrattamento sui minori. I modelli di implementazione che sono stati maggiormente testati e valutati positivamente all'interno di quest'ambito sono, rispettivamente: i programmi di visite domiciliari e la formazione alla genitorialità (OMS, 2006).

Lo strumento dell'*home visiting* (HV), si basa su contenuti e metodi che prevedono un'azione sistemica centrata sul sostegno dei genitori in situazioni di disagio. Gli operatori del sociale e del sanitario hanno il compito di organizzare delle visite domiciliari per consolidare un rapporto di alleanza con i caregivers. Nonostante le ricerche evidenzino come i programmi di HV riducano sensibilmente i rischi di maltrattamento e promuovano le risorse genitoriali (Hansen et al., 2008), non si può non tenere in considerazione alcune difficoltà legate all'attuazione di questa tipologia di progetti assolutamente innovativi: da un lato, infatti, potrebbero non essere ben accettati dall'utenza, dall'altro lato, essendo ancora una novità nello scenario dei servizi sociali italiani, potrebbero non essere accolti favorevolmente dai professionisti stessi. Rispetto al target è stato comprovato come i programmi di maggior successo siano quelli che pongono particolare attenzione alle famiglie con il maggior bisogno di servizi, ovvero famiglie che, in genere, si compongono di bambini nati sottopeso o pretermine, bambini con malattie croniche e/o disabilità, madri adolescenti sole o con basso reddito, genitori che alle loro spalle hanno una storia di abuso di sostanze stupefacenti e/o alcoliche (CISMAI, 2017). I programmi di *home visiting* dovrebbero costituirsi di interventi che iniziano già durante il periodo della gravidanza e perdurano fino al secondo o al massimo al quinto mese di vita del bambino; oltretutto dovrebbero essere formulati sulla base dei bisogni reali della coppia genitoriale e per tale ragione la flessibilità e la dinamicità sono elementi essenziali per questa tipologia di strategie preventive (OMS, 2006). Leggere i programmi di HV come interventi esclusivamente preventivi è riduttivo in quanto essi hanno una forte potenzialità anche per quanto riguarda la funzione di intercettazione

precoce del maltrattamento. I professionisti, durante la conduzione di regolari visite domiciliari, infatti, sono messi nelle condizioni di poter intercettare tempestivamente i primi segnali di allarme.

Invece, i programmi di formazione per i genitori hanno come obiettivo quello di educare i caregivers sugli aspetti evolutivi del proprio figlio, al fine di comprenderne meglio le tappe di sviluppo e così da avere le risorse necessarie per gestirne i comportamenti. Tali programmi sono essenziali al fine di combattere due radicati stereotipi che, secondo Biancardi (2002), caratterizzano frequentemente i pensieri degli adulti, ovvero quello della “famiglia buona purchessia” e quello dell’“infanzia felice”. Il primo affonda le sue radici nelle cosiddette “leggi del sangue” e “leggi della genetica”, secondo le quali i legami di tipo biologico avrebbero una prevalenza rispetto ai legami sociali e relazionali fra adulto e bambino, indipendentemente che la parentela si realizzi in un ambiente più o meno funzionale allo sviluppo del minore. Nel pensiero diffuso, la famiglia rappresenterebbe un nido sicuro, il luogo per eccellenza all’interno del quale coltivare gli affetti. Tuttavia, questa idea si pone sempre di più in contrapposizione con le attuali linee di tendenza seguite dai nuclei familiari al giorno d’oggi: instabilità, conflitti, separazioni e divorzi sono elementi che sempre più caratterizzano la vita intima delle coppie rendendo sempre meno solida, affidabile e rassicurante l’idea di famiglia come una istituzione alla quale fare riferimento (Arosio, 2008). Il secondo stereotipo, ovvero quello che guarda all’infanzia come al periodo più felice e spensierato della vita, manca di prendere in considerazione tutte le difficoltà vissute dal bambino durante il suo sviluppo. Biancardi (2002), ribadisce come non siano necessarie grandi competenze in materia di psicologia dello sviluppo per comprendere che il periodo dell’infanzia, per le sue richieste e le sue sfide, può essere vissuto in modo stressante per il minore che si sente inserito all’interno di una sorta di competizione con i suoi coetanei, con gli adulti e con sé stesso e ciò può portare alla produzione di un’immagine di sé percepita come negativa.

In questo caso, il ruolo dell’assistente sociale e delle altre figure professionali che si occupano di fare formazione, è quello di abbattere questi stereotipi e di aiutare i caregivers a comprendere quali sono le esigenze del minore. Genitori consapevoli sono figure di accudimento capaci di ponderare e di declinare le proprie richieste sulla base della fase di sviluppo in cui si trova il bambino evitando, conseguentemente, di alimentare inutili frustrazioni nei confronti di ambedue le parti (Maggi & Ricci, 2021).

Le attività di formazione e di informazione assumono, quindi, i caratteri della prevenzione perché da un lato forniscono agli adulti di riferimento tutti gli strumenti per far fronte alle difficoltà nelle quali può incorrere un soggetto in via di sviluppo, dall'altro li mettono nella condizione di saper trovare il giusto equilibrio tra una visione sovrastimata e una sottostimata del proprio bambino.

3.2.3 Le strategie individuali

Le strategie individuali mirano alla messa in atto di attività di prevenzione tramite la modificazione di atteggiamenti, convinzioni e comportamenti. L'OMS (2006) invita a porre l'attenzione su questo tema, al tentativo di ridurre l'incidenza delle gravidanze involontarie, poiché sono associate ad un'assistenza prenatale sotto la media, ad un basso peso alla nascita, al maggior numero di mortalità infantile e a una più elevata possibilità che si verifichino situazioni di maltrattamento. Il Consiglio Nazionale Ordine Psicologi nel documento intitolato "*Maltrattamento e Abuso all'infanzia. Indicazioni e Raccomandazioni*" pubblicato nel 2017, si concentra nell'analisi della depressione *postpartum* della madre, presentandola come un vero e proprio fattore di rischio di maltrattamento che necessita di essere intercettato precocemente, poiché interferisce con la qualità relazionale madre-bambino generando nel minore tutto un insieme di emozioni negative che lo conducono ad una scorretta valutazione di sé e all'isolamento sociale (Cohn, 1983). In tal senso, sarebbe opportuno mettere in atto campagne informative sulla possibilità di supporto alla donna e al nucleo genitoriale più in generale, all'interno ad esempio dei consultori familiari.

Tra le strategie individuali, rientrano anche i programmi che incoraggiano le donne a indirizzarsi verso servizi prenatali e post-natali appropriati, offerti, ad esempio, dal Consultorio Familiare o in generale dalla propria ASL di riferimento, che risultano significativi al fine di ridurre l'incidenza del fenomeno del maltrattamento, in particolar modo nella fascia zero-tre anni. Fra i servizi prenatali, si fanno rientrare tutti gli interventi che in genere hanno come obiettivo quello di formare i genitori su specifici aspetti prima ancora che il figlio sia nato: si pensi ai corsi preparto, ai corsi sul far bisogno nutritivo del figlio e alle consulenze alle quali le future madri possono accedere nel caso in cui siano indecise rispetto al tenere o meno il bambino. Fra i servizi post-natali possono rientrare,

invece, le consulenze per l'allattamento, le visite domiciliari condotte dall'ostetrica e tutti i programmi che in generale mirano a formare i caregivers rispetto ai bisogni evolutivi fondamentali del bambino. Lo scopo è quello di mettere i futuri genitori nella condizione di possedere le risorse e le competenze necessarie ad affrontare le nuove dinamiche di vita familiare, così da ridurre lo stress e da non far percepire ai nuclei un senso di solitudine e smarrimento, elementi che, altrimenti, potrebbero incidere negativamente nella relazione con il bambino.

Il ruolo professionale dell'assistente sociale potrebbe concretizzarsi nella realizzazione di incontri/lezioni formative in cui vengono illustrati ai futuri neogenitori quali sono i servizi per la prima infanzia attivi nel territorio, quali sono i requisiti richiesti per l'accesso e come compilare correttamente la modulistica necessaria tenendo conto delle scadenze stabilite. Secondo l'OMS (2006), questi interventi dovrebbero essere applicati a tutta la popolazione in modo non selettivo; oltretutto potrebbero essere funzionali al reclutamento dei caregivers per i programmi di home visiting e per altri programmi a carattere formativo per i quali è stata dimostrata un'elevata efficacia in termini preventivi.

Una strategia poco praticata nel contesto italiano ma che risulta avere un'alta valenza in termini di efficacia, è quella di formare direttamente bambini e bambini ad evitare potenziali circostanze di maltrattamento, rendendoli capaci di riconoscere le situazioni pericolose e mettendo a loro disposizione strumenti utili al fine di proteggersi. A questo proposito, è particolarmente interessante il progetto "*One in Five*" (2010-2015) implementato dal Consiglio Europeo che tramite una serie di campagne informative, si è posto l'obiettivo di prevenire la violenza sessuale sui minori. Il Consiglio ha realizzato un libro per bambini intitolato "*Kiko e la mano*" in cui viene raccontata una breve fiaba esemplificativa della cosiddetta "Regola del Quinonsitocca" al fine di educare i più piccoli alla comprensione di quali sono e di come si manifestano gli affetti sani che si contrappongono alle attenzioni di natura inappropriata. I ricercatori dell'OMS (2006), ritengono che anche i più piccoli possano sviluppare conoscenze e acquisire abilità per tutelarsi dalle violenze; tuttavia, si dimostrano critici sulla possibilità che queste capacità possano essere effettivamente mantenute nel tempo e che permettano di riconoscere tutte le tipologie di maltrattamento, a maggior ragione nei casi in cui esse siano perpetuate da un familiare o da una persona che il bambino conosce bene e della quale si fida.

Attualmente è necessario svolgere ulteriori indagini sui risultati prodotti da questo tipo di strategie in modo da comprenderne le reali potenzialità.

3.3 Quando la prevenzione non basta: interventi precoci di contrasto al maltrattamento

Come dimostrato dall'analisi della letteratura e dai dati statistici, non sempre la prevenzione è sufficiente per contrastare l'insorgenza di un fenomeno così dannoso e radicato come quello del maltrattamento infantile. Quando la violenza è ormai avvenuta, ai professionisti dell'aiuto non resta altro che intervenire nel modo più precoce possibile al fine di limitare e contenere gli effetti negativi. È necessario specificare come prevenzione e interventi precoci non siano attività che si collocano in contrapposizione fra loro, anzi, devono necessariamente coesistere ed essere predisposte lungo un continuum. La distinzione fra le due è talmente poco netta che in alcune sistematizzazioni in ambito preventivo come, ad esempio, la classificazione proposta da Caplan (1964), gli interventi precoci vengono racchiusi sotto la voce di "prevenzione secondaria" che ha come scopo quello di individuare precocemente nuovi casi problematici così da fornire i trattamenti ad uno stadio anticipato o ancora latente rispetto all'insorgenza delle conseguenze problematiche.

Anche la letteratura internazionale mostra come la distinzione fra prevenzione e interventi precoci non sia così definita. Hansen e colleghi (2008), si riferiscono con il termine *Early Childhood Intervention Programs* (ECIPs) a due macrocategorie di interventi: i programmi che mirano a prevenire gli esiti negativi nei confronti dei bambini tramite la messa in atto di strategie nei confronti di famiglie e minori a rischio; e i programmi mirati che hanno come obiettivo quello di agire direttamente sui bambini in quanto soggetti maggiormente fragili. Gli autori approfondiscono la prima categoria di programmi mettendo in luce l'utilità di interventi quali: l'*home visiting*, i programmi implementati a livello scolastico e quelli che mirano alla formazione rispetto alle capacità di cura e relazionali tra il genitore e il bambino. Particolarmente interessante è anche il lavoro condotto da MacMillan e colleghi (2009), che distinguono i programmi da attuare sulla base della tipologia di maltrattamento subita dal minore. In questo caso il tentativo

di introdurre alla questione è presente; tuttavia, ancora una volta non troviamo una netta distinzione fra interventi precoci e interventi di natura prettamente preventiva.

Gli interventi precoci risultano difficile da attuare perché richiedono che i servizi si attivino nell'immediato per ridurre il più possibile gli esiti dannosi della violenza, tuttavia, come è già stato accennato nel primo capitolo, l'Italia non dispone di un sistema nazionale di monitoraggio rispetto al fenomeno del maltrattamento, e più in generale delle famiglie problematiche, per cui diventa molto complesso intercettare precocemente nuove situazioni di disagio. A rendere ulteriormente critica la messa in atto di un intervento precoce nel nostro contesto sociale, è la strutturazione stessa dei servizi di Tutela Minori e l'orientamento in materia di *child welfare* a supporto delle famiglie che mira ad un operare preferibilmente all'interno di un contesto di collaborazione con le famiglie al fine di evitare, dove possibile, la messa in atto d'interventi estremamente drastici, come gli immediati allontanamenti dei minori dal proprio nucleo familiare. Come riportato da Segatto e Dal Ben (2020, p. 130), nei risultati di una ricerca relativa ai processi decisionali nei servizi di Tutela Minori in Italia: *“contrariamente all'opinione più comune e diffusa, che vede gli interventi di protezione dei bambini come azioni spesso utilizzate senza tenere in considerazione il benessere dell'intero nucleo familiare e la partecipazione dei soggetti coinvolti, gli assistenti sociali riportano una realtà operativa differente, in cui la partecipazione e il supporto alla famiglia sono gli elementi principali da tenere in considerazione, prima di procedere con progetti che prevedano il temporaneo allontanamento dei bambini dalle loro famiglie.”* Gli operatori sociali coinvolti nella ricerca, dunque, propendono per un orientamento che maggiormente valorizza il ruolo della famiglia come risorsa al di là dei tratti disfunzionali del nucleo stesso, sui quali si concentrerà poi l'intervento, mentre solo un numero inferiore di professionisti si dimostra propenso ad un intervento di protezione immediato. Proprio in virtù di queste ragioni la tempestività e la drasticità degli interventi vengono sostituite da un lavoro di costruzione di fiducia e alleanza sulla base della volontà di mettere in atto azioni di Tutela più *soft*.

Gli interventi che ci appresta a presentare, di per sé, sono strategie che vengono messe in atto dai professionisti che si occupano di protezione dei minori, indipendentemente dal fatto che la rilevazione sia stata o meno precoce, in quanto a livello pratico, nel panorama nazionale, è complesso individuare delle metodologie peculiari che si possano attuare

sulla base della tempestività con cui è stato rilevato il maltrattamento. L'idea di fondo è quella di esortare i professionisti ad agire il prima possibile, in ragione della particolare sensibilità e capacità di recezione dei bambini rispetto agli stimoli esterni nel periodo della prima infanzia, al fine di ottenere risultati qualitativamente migliori e in tempi più rapidi. Intervenire velocemente, in generale, permette di diminuire il rischio che la situazione di malessere si cronicizzi e offre la possibilità di guardare alle conseguenze dannose sul minore come un qualcosa di realisticamente risolvibile. All'interno della categoria "intervento precoce", in questo particolare caso, si vogliono far rientrare anche tutte le situazioni in cui l'intercettazione del maltrattamento è stata tempestiva, al di là dell'età del minore, in quanto, come visto in precedenza, il fattore tempo rispetto al perpetuarsi del maltrattamento è assolutamente incisivo per quanto riguarda il manifestarsi delle conseguenze dannose nello sviluppo del bambino.

3.3.1 L'intercettazione precoce

Il primo passo per mettere in atto un intervento tempestivo è quello di rendere quanto più precoce possibile l'intercettazione del fenomeno del maltrattamento. In questo caso, di rilevanza fondamentale è il ruolo svolto dalle strutture ospedaliere, dal Pediatra o dal Medico di Medicina Generale, dagli istituti d'istruzione e dai Servizi Sociali.

Tutti gli ospedali, a maggior ragione quelli pediatrici, si scontrano quotidianamente con piccoli pazienti che vivono in uno stato di abuso e/o di trascuratezza tanto che, generalmente, è proprio l'ospedale il primo punto d'accesso in cui è possibile che sorga il dubbio che un maltrattamento stia avvenendo. I casi di bambini maltrattati che arrivano nel contesto ospedaliero hanno generalmente decorsi clinici particolarmente severi che prevedono degenze molto lunghe, profili patologici più complessi con un numero elevato di diagnosi al momento della dimissione, il doppio del costo e una probabilità più elevata di morire durante il ricovero (Terre des hommes, 2016). A partire da queste considerazioni, emerge l'importanza di formulare una diagnosi che sia corretta e allo stesso tempo quanto più immediata possibile; oltretutto, anche nel Decreto della Presidenza del Consiglio dei ministri riguardante la definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) del 2001, la cura e presa in carico delle vittime di abuso e maltrattamento ed il trattamento terapeutico-riabilitativo sono definiti come livello

essenziale di assistenza. È assolutamente necessario, dunque, che venga formulato un iter diagnostico che si attivi immediatamente nel momento in cui vi è un sospetto clinico. Indubbiamente alla base di questo, vi deve essere una solida formazione da parte del personale sanitario che è messo, quindi, nelle condizioni di riconoscere i segnali fisici, comportamentali e psicologici che possono derivare da una situazione di maltrattamento, piuttosto che da un involontario incidente in cui il bambino si è ferito. A tal proposito è molto interessante l'esperienza dell'Unità di Crisi per Bambini Maltrattati presso l'Ospedale di Padova che si è velocemente imposta nel panorama nazionale e internazionale come esempio autorevole riconosciuto dall'OMS tra le *Best Practices* in materia di maltrattamento, indicandolo come una sfida prioritaria in termini di salute pubblica (Djeddah et al., 2000). Una strategia che può essere messa in atto dal personale medico nel momento in cui si incontra un'ipotesi di maltrattamento è quella del ricovero del paziente, così da eseguire tutte le analisi necessarie e di monitorare il comportamento del bambino per almeno ventiquattro ore. Il ricovero deve essere letto anche come una possibilità di trattenere il minore in un luogo sicuro fintanto che non verrà attivata la rete integrata dei servizi di tutela.

Nell'intercettazione delle situazioni di abuso e/o trascuratezza di fondamentale rilevanza è anche il ruolo del Medico Pediatra e/o del Medico di Medicina Generale. Questi due soggetti si occupano di valutare lo stato di salute del minore (ma anche dei genitori), tenendo in considerazione non soltanto i problemi fisici ma tutto ciò che riguarda lo sviluppo psico-fisico già a partire dalla nascita. Queste figure seguono il bambino nel suo percorso di crescita tenendo costantemente sotto controllo alcuni importanti indicatori di salute quali il peso, l'altezza, lo sviluppo funzionale del corpo e delle funzioni cognitive: ad esempio, uno strumento molto utile è quello dei bilanci di salute che si consistono di una serie di visite periodicamente stabilite tra gli zero e i sei anni di vita del minore e che hanno come obiettivo quello di condurre un esame fisico generale e una valutazione psicomotoria e sensoriale. È proprio grazie a queste visite di controllo che il Medico Pediatra ha la possibilità di intercettare i possibili segni di maltrattamento come le escoriazioni, le ecchimosi, le lacerazioni e così via. Egli dovrebbe essere in grado anche di cogliere tempestivamente le situazioni di trascuratezza i cui campanelli di allarme possono essere riscontrati nella presenza di dermatiti, una scarsa igiene, un importante sottopeso, presenza di eventuali infezioni non curate, problemi

odontoiatrici e oculistici. Tuttavia, nonostante questi professionisti abbiano un ruolo privilegiato nell'intercettazione precoce dell'abuso e nel *neglect*, è necessario sottolineare come nella realtà spesso si trovino in difficoltà nel far emergere il fenomeno per due ordini di ragioni: non sempre questi medici hanno una formazione specifica che permetta loro di identificare soprattutto i segnali di rischio, oltre ai segni evidenti veri e propri di violenza. In secondo luogo, non vi è un obbligo per i genitori di recarsi alle visite di controllo e capita spesso che i caregivers, consapevoli della situazione in cui versa il figlio, evitino appositamente i contatti con il Medico Pediatra, o ancora, che i bambini non vengano sottoposti ai controlli a fronte della presenza di una trascuratezza che spinge gli adulti di riferimento a ignorare le necessità mediche del minore.

Altro soggetto istituzionale chiamato a porre attenzione e messo nelle condizioni di segnalare precocemente le situazioni di maltrattamento è l'istituzione scolastica. Proprio a fronte dell'importante mole di tempo trascorsa dai bambini fra le mura scolastiche, gli insegnanti dovrebbero diventare dei punti di riferimento ai quali affidarsi al fine di garantire una tempestiva emersione del fenomeno (Biancardi, 2017). Gli insegnanti devono essere in grado di cogliere i campanelli di allarme relativi in primis alla trascuratezza: è importante osservare se il bambino è vestito in modo adeguato rispetto alla stagione meteorologica, se arriva in classe con tutti i materiali didattici necessari, se i compiti vengono sempre svolti e se è provvisto di una sufficiente scorta alimentare per fare merenda. È opportuno verificare che il genitore si presenti regolarmente ai colloqui e che sia sufficientemente coinvolto nelle attività didattiche e formative del proprio figlio. Indicatori fondamentali sono anche le modalità con cui il minore si relaziona con gli adulti e i propri pari e le modalità tramite le quali gioca e svolge attività ricreative: l'aggressività nel giocare o la totale apatia, infatti, possono essere meccanismi di difesa per situazioni di disagio che il bambino sta vivendo. Per quanto concerne il maltrattamento fisico, invece, i segnali da tenere in considerazione sono gli stessi ai quali anche i Pediatri sono chiamati a prestare particolare attenzione. Ancora, altri segnali possono emergere dai disegni e da eventuali testi scritti del minore, oltre certamente a possibili comunicazioni verbali: certamente si vuole specificare come il solo disegno o pensiero scritto/orale, non possono e non devono essere considerati come "prova incriminante" ma certamente possono essere degli elementi iniziali rispetto cui prestare particolare attenzione. Anche nel caso dell'istituzione scolastica, le criticità che permangono sono certamente relative

alle competenze specifiche degli insegnanti nel riconoscere le forme di questo fenomeno ma non solo, spesso infatti la scuola tende a non esporsi con segnalazioni dirette, soprattutto nei casi in cui non vi sono elementi indiscutibili rispetto alla presenza di una violenza, andando così a concorrere, in alcune situazioni, nell'allungarsi dei tempi di presa in carico dei minori e delle loro famiglie.

L'ultimo soggetto particolarmente qualificato per quanto riguarda l'individuazione precoce del maltrattamento è il Servizio Sociale poiché, grazie alle proprie funzioni istituzionali, ha anche la possibilità di attivarsi autonomamente nei confronti di minori in situazioni di rischio di pregiudizio senza necessariamente chiedere indicazioni all'Autorità Giudiziaria. Un ruolo chiave è giocato soprattutto dall'assistente sociale del Consultorio Familiare e da quello della Tutela Minori al quale la famiglia può rivolgersi autonomamente nel caso in cui senta il bisogno di ottenere un sostegno per quanto riguarda la gestione del minore e delle dinamiche familiari. I nuclei a rischio potrebbero essere inviati ai Servizi Sociali anche da altri soggetti Istituzionali come, ad esempio, la scuola che compresa la difficoltà in cui si trova la famiglia, la invita a richiedere autonomamente supporto. In questi casi l'intervento si apre all'interno di un contesto di beneficenza in cui l'operatore ha come obiettivo principale quello di sostenere la genitorialità e la comprensione attiva dei bisogni del bambino.

Alcuni strumenti utili in grado di favorire la presa di consapevolezza del caregiver possono essere rappresentati dai colloqui psicologici e dai colloqui sociali all'interno dei quali la persona è chiamata ad esprimersi verbalmente rispetto ad alcune circostanze della propria vita personale. Generalmente ad essi vengono affiancate anche le visite domiciliari che permettono all'assistente sociale di comprendere le caratteristiche del luogo in cui il bambino vive mettendo, oltretutto, il professionista nella condizione di poter condurre un'analisi rispetto alle modalità relazionali genitore-bambino che vengono attuate all'interno di un contesto di vita quotidiano, intimo e familiare. Questi due strumenti favoriscono l'emersione degli elementi disfunzionali e sono dunque fondamentali in termini preventivi e di intervento precoce in quanto permettono una chiara identificazione degli eventuali fattori di rischio. A questo scopo altrettanto utile potrebbe essere l'idea di attivare un intervento di educativa domiciliare in cui la figura professionale dell'educatore si reca presso la casa della famiglia in questione e segue il minore all'interno della sua routine giornaliera. L'elevato contatto fra l'educatore e la

famiglia permette a questo professionista di monitorare costantemente le situazioni di fragilità familiare giocando un ruolo strategico sia in termini di intervento precoce che in termini preventivi poiché dispone da un lato di tutti gli strumenti necessari al fine di intercettare i casi di maltrattamento e/o negligenza e dall'altro lato, invece, perché può essere pensato come ad un punto di appoggio e di sostegno alla famiglia. In tali circostanze possono emergere degli elementi disfunzionali potenzialmente in grado di arrecare pregiudizio al minore: l'assistente sociale deve quindi monitorare costantemente la situazione poiché si potrebbe incorrere in elementi di rischio per i quali l'operatore è obbligato a segnalare all'Autorità Giudiziaria il nucleo familiare e ciò comporterebbe proseguire il percorso all'interno di un contesto di natura istituzionale. La segnalazione può diventare necessaria anche nel momento in cui i genitori scelgono di interrompere la collaborazione con l'assistente sociale qualora tale figura e l'équipe con la quale lavora ritenessero assolutamente necessario continuare nel percorso avviato.

3.3.2 La segnalazione come primo strumento di per contrastare il maltrattamento

Come detto nel paragrafo precedente, in alcuni casi i Servizi potrebbero trovarsi costretti a segnalare una situazione di pregiudizio o di rischio di pregiudizio alla Procura presso il Tribunale per i Minorenni. Prima di comprendere le ragioni per le quali la segnalazione può essere considerata uno strumento tramite il quale attuare interventi precoci, è necessario definire come si caratterizzi: per "segnalazione" s'intende una comunicazione dei servizi responsabili della protezione e cura di un minore di età, finalizzata ad informare l'Autorità Giudiziaria di una situazione di rischio di pregiudizio o di pregiudizio in cui egli si trova e che incide gravemente sui suoi diritti, anche relazionali, tra i quali, principalmente: il diritto alla vita e alla integrità psicofisica (artt. 6 e 19, Convenzione di New York, art. 32, Cost.), il diritto a crescere ed essere educato nell'ambito della propria famiglia (art. 1, L. 149/01), il diritto alla bigenitorialità (art. 1, L. 54/06), il diritto a non essere allontanato dai genitori contro la loro volontà salvo una decisione giudiziaria presa in conformità con le leggi di procedura applicabili (art. 9, Convenzione di New York). Secondo quanto stabilito dalla Legge 19.7.91, n. 216, articolo 1, comma 2, i soggetti che per eccellenza sono chiamati a segnalare situazioni di

pregiudizio o abbandono di minori meritevoli di tutela giuridica, sono i quattro seguenti: i servizi sociali, gli enti locali, le istituzioni scolastiche e l'Autorità di Pubblica Sicurezza.

In questo caso si farà riferimento nello specifico al ruolo giocato dai Servizi Sociali. Come già accennato, gli interventi dei Servizi possono iniziare su consenso della famiglia; tuttavia, quando questo viene a mancare o la situazione dovesse connotarsi per particolare gravità, essi sono chiamati a rivolgersi all'Autorità Giudiziaria che tramite un provvedimento autorizzerà i medesimi ad intervenire anche in assenza di consenso. È obbligatorio segnalare nelle circostanze in cui venga constatato lo stato di abbandono di un minore (art. 8, L. 184/1983) anche nei casi in cui si trovi collocato presso una comunità o presso una famiglia affidataria. Si parla di stato di abbandono quando i bambini si trovano privati dell'assistenza morale e/o materiale da parte dei genitori o di coloro che ne ricoprono le funzioni vicarianti, salvo il caso in cui tale assistenza sia mancante per forze maggiori non dipendenti dagli stessi. L'assistente sociale è obbligato inoltre a trasmettere segnalazione nel momento in cui è chiamato ad effettuare un allontanamento in via d'emergenza (art. 403 del Codice civile): intercettati casi di adulti inadeguati e non in grado di prendersi cura del minore, l'operatore può procedere con questo intervento così da collocarlo in un ambiente idoneo, affinché si possa procedere poi, in via definitiva, alla sua protezione. Altre cause di segnalazione alla Procura del Tribunale per i Minorenni possono riguardare la necessità di allontanamento dai genitori con collocamento presso altri familiari o in ambiente protetto oppure le richieste relative alla limitazione della responsabilità genitoriale. La segnalazione viene effettuata anche quando il professionista ritiene che sia necessario apportare delle modificazioni urgenti al regime di affido in precedenza stabilito e nei casi in cui venga a conoscenza del fatto che un minore si sta prostituendo (art. 2, L. 269/1998) e nelle situazioni in cui un minore straniero privo di assistenza in Italia è vittima di reati di prostituzione e/o di pornografia minorile o di tratta e commercio (art. 2, L. 269/1998). L'operatore sociale è obbligato a denunciare tutti i casi in cui venga a conoscenza della commissione di reati procedibili d'ufficio, quali, ad esempio: maltrattamenti in famiglia (art. 572 del Codice penale), minaccia (art. 612 del Codice penale), lesione personale e circostanze aggravanti lesione personale (art. 583 e 583 bis del Codice penale), pratiche di mutilazione degli organi genitali femminili (art. 583 bis del Codice penale), violenza privata (art. 610 del Codice penale), estorsione (art. 629 del Codice penale), violenza sessuale (art. 609 del Codice penale), atti persecutori

(art. 612 bis del Codice penale), omicidio (art. 575 del Codice penale) e tutti i reati dall'art. 600 e seguenti del Codice penale quali tratta di minori, pedopornografia virtuale o reale, grooming, turismo sessuale.

Le conseguenze sono stabilite dal Tribunale per i Minorenni e possono riguardare principalmente l'allontanamento del minore e il collocamento in luogo idoneo, l'affido del minore al servizio sociale (approfonditi in seguito), la limitazione della responsabilità genitoriale (art. 333 del Codice civile), la decadenza della responsabilità genitoriale (art. 330 del Codice civile) e la dichiarazione dello stato di adottabilità. Con limitazione della responsabilità, si intende l'applicazione di misure limitative con riferimento all'attività educativa e alle attività di rappresentanza e amministrazione del minore. Con il termine decadenza si intende, invece, un provvedimento radicale che può comportare anche l'allontanamento del minore o del genitore dalla residenza familiare e l'affido ad altro genitore o familiare quando si verificano casi molto gravi che possono aver arrecato un pregiudizio al figlio che si vede violati i suoi diritti fondamentali. La decadenza dalla responsabilità è prevista anche come pena accessoria per determinati reati (art. 34 del Codice penale). La dichiarazione dello stato di adottabilità è contemplata per tutte quelle casistiche in cui il minore versa in una situazione di completo abbandono. Va specificato che il giudice, nello svolgimento della sua attività, deve sempre tenere in considerazione il principio della gradualità degli interventi e il principio della residualità dell'adozione che deve essere pensata come l'ultima delle possibilità contemplabili.

La segnalazione in genere comporta l'avvio di un percorso valutativo e l'eventuale predisposizione di un progetto di recupero delle capacità genitoriali. Nei casi più gravi dalla segnalazione può derivare anche un provvedimento che dispone l'allontanamento del minore dal nucleo fin tanto che la situazione familiare non andrà incontro ai miglioramenti necessari per permettere il rientro del bambino in famiglia.

In tale contesto, si vuole sottolineare il valore che può assumere la segnalazione in termini di intervento precoce. La segnalazione permette di inviare un messaggio chiaro e di far comprendere ai genitori che la situazione in cui versa il proprio figlio è davvero grave; oltretutto, tale provvedimento è utile in quanto impone delle tempistiche e dei doveri dai quali le persone non possono esimersi al fine di evitare, per quanto possibile, la realizzazione di conseguenze ulteriormente spiacevoli. Quanto appena affermato potrebbe essere interpretato come un'innegio alla messa in atto di un intervento

coercitivo e punitivo nei confronti delle inadempienze genitoriali; tuttavia, si vuole ribadire che l'intento non è assolutamente questo: lo spostamento del progetto d'intervento all'interno di una cornice giudiziaria ha come scopo sempre e solo quello di intervenire affinché vengano tutelati i diritti del minore in tempi utili. La segnalazione è fondamentale anche nei casi in cui l'assistente sociale è chiamato ad effettuare un allontanamento urgente: in questo caso la tempestività dell'intervento diventa fondamentale al fine di preservare l'integrità psicofisica del minore già eccessivamente compromessa. Considerando che questa tipologia d'intervento non può essere attuata per solo volere dell'operatore sociale, l'avvallo del provvedimento da parte dell'Autorità Giudiziaria diventa fondamentale al fine di mettere in sicurezza il bambino nel minore dei tempi possibili.

3.3.3 Dalla valutazione delle capacità genitoriali ai possibili interventi

La valutazione delle capacità genitoriali è una complessa attività di diagnosi che tiene conto di una serie di parametri e trova i suoi fondamenti in ambiti di ricerca multidisciplinari. Secondo Carella e Vasconi (2010, p. 45): *“i criteri per la valutazione psicologica e sociale della capacità genitoriale riguardano parametri individuali e relazionali relativi al concetto di parenting e di funzione genitoriale che comprendono lo studio delle abilità cognitive, emotive e relazionali del ruolo e della funzione genitoriale”*. Il *parenting* si sviluppa su quattro livelli fondamentali: il *nurturant caregiving*, ovvero le capacità di accoglimento e di comprensione da parte dei genitori delle esigenze primarie fisiche e alimentari del minore; il *material caregiving*, con il quale si intende le modalità tramite le quali i caregivers strutturano l'ambiente fisico nel quale il bambino vive; il *social caregiving*, cioè l'insieme delle strategie attuate dal genitore per creare un coinvolgimento emotivo con il proprio figlio; e il *didactic caregiving*, ossia il complesso delle strategie attuate dai genitori per stimolare l'apprendimento e la comprensione dell'ambiente esterno (ibidem).

In riferimento alle linee guida per la valutazione clinica e l'attivazione del recupero della genitorialità nel percorso psicosociale di tutela dei minori proposte dal Cismai (2001), tale valutazione deve basarsi sulla presa in considerazione di specifiche aree tematiche. All'interno della prima area tematica è previsto che l'assistente sociale insieme

al resto dell'equipe, espliciti quali sono gli obiettivi che si intendono raggiungere tramite la proposta di un percorso valutativo. È necessario prestabilire dei tempi che possono, in alcuni casi, essere direttamente imposti dalla presenza di un provvedimento emanato dell'Autorità Giudiziaria; in quest'ultimo caso diventa essenziale accertarsi che i genitori siano consapevoli di qual è il significato del Decreto emanato e soltanto successivamente, si prosegue con l'informarli rispetto alle situazioni, ai campanelli d'allarme e ai segnali sulla base dei quali è stato scelto di avviare un percorso valutativo e quali metodi verranno utilizzati dai professionisti per condurlo. In questa fase è molto utile comprendere il livello di collaborazione da parte dei genitori: per fare ciò l'assistente sociale può basarsi sull'utilizzo di alcuni indicatori quali, ad esempio, il grado di rispetto delle regole, l'effettiva partecipazione attiva agli incontri e il reale accoglimento delle indicazioni e delle prescrizioni fornite dagli operatori e dall'autorità giudiziaria. Nella seconda area tematica, il Cismai invita gli operatori ad approfondire le vicende di coppia e la storia relazionale fra i genitori e le loro famiglie di origine. L'attenzione deve essere posta in particolar modo sulle caratteristiche disfunzionali della coppia, al fine di comprendere l'origine dei conflitti e delle eventuali rotture relazionali. In relazione ai rapporti dei genitori con la propria famiglia di origine, invece, è importante mettere in luce le eventuali esperienze infantili traumatiche e la possibile conflittualità irrisolta. Nella terza area tematica, le finalità sono quelle di individuare il profilo psicologico delle figure genitoriali rispetto alle loro capacità di aderire e prendere coscienza della realtà, di controllare i loro impulsi, di tollerare le frustrazioni e di modulare la relazione affettiva. Si tenga conto che sondare questi elementi richiede importanti capacità e conoscenze a livello psicologico e per tale ragione la figura professionale maggiormente indicata, in questo caso, è quella dello psicologo o psicoterapeuta. All'interno della quarta tematica si entra nel merito della valutazione della storia della genitorialità e del modo in cui l'organizzazione familiare si è strutturata nel tempo. Una particolare attività che viene condotta, arrivati in questa fase, è quella dell'osservazione della relazione fra il genitore e il bambino che permette di studiarne le modalità relazionali e lo stile di attaccamento. Altri elementi oggetto di analisi riguardano le capacità del genitore di esercitare un corretto contenimento emotivo nei confronti del bambino, anche in relazione alla capacità di riconoscere, comprendere e rispettare i confini generazionali. Viene sondato il livello di rigidità con cui la coppia genitoriale si pone verso il minore, insieme alla capacità

complessiva di ascoltare e anche di dar voce ai pensieri, ai sentimenti e alle emozioni. Infine, nella quinta e ultima tematica, il Cismai suggerisce agli operatori di verificare il grado di attivazione delle risorse genitoriali. Indicatori positivi al fine di un eventuale recupero di esse sono, indubbiamente, la riduzione dei meccanismi di difesa e di negoziazione da parte dei caregivers accompagnata da un aumento della comprensione e della co-partecipazione alla sofferenza del proprio figlio. La presa di consapevolezza rispetto alla gravità del danno arrecato, si affianca alla capacità di assumersi le proprie responsabilità ed è l'elemento che permette ai genitori di attivarsi così da mettere in atto comportamenti riparatori in funzione al cambiamento.

La valutazione delle competenze genitoriali è fondamentale poiché sono un elemento essenziale al fine di stabilire la migliore modalità progetto di intervento per il minore. Tale funzione può essere in capo al Servizio di Tutela Minori comunale oppure al Servizio del Consultorio Familiare delle A.ULSS, in base alle singole organizzazioni territoriali dei servizi sociali.

Proprio come per la segnalazione, anche per quanto riguarda la questione della valutazione delle capacità genitoriali, è necessario comprendere le ragioni per le quali tale intervento possa rientrare all'interno della categoria degli interventi precoci. Si pensi, ad esempio, ai casi di minori segnalati alla Procura del Tribunale per i Minorenni per motivi legati sospetto rischio di pregiudizio. Qualora il giudice incarichi i servizi competenti di svolgere la valutazione delle capacità genitoriali, gli operatori sono messi nella condizione di individuare gli elementi di rischio prima che la situazione degeneri completamente e in questo caso la valutazione funge da intervento di natura preventiva. Nell'eventualità in cui, invece, il pregiudizio si è già verificato, ha comunque senso sottoporre a questo tipo di valutazione i caregivers per due ragioni, entrambe finalizzate alla tutela del bambino: prima di tutto se gli esiti sono negativi il minore ha la possibilità di essere messo in sicurezza; in secondo luogo, ove possibile, gli operatori possono pensare a progetti per favorire il recupero di tali capacità. La precocità, in quest'ultimo caso, dipende dal momento in cui la valutazione viene effettuata: considerando che, nella generalità dei casi, le situazioni non degenerano all'improvviso, cogliere le problematiche quando si trovano ancora in uno stato latente o appena manifesto permette di mettere in atto interventi riparativi che non necessariamente richiedono soluzioni drastiche ma che non necessitano nemmeno di prolungarsi eccessivamente nel tempo e ciò permette, in

rispetto al principio generale del Servizio Sociale di non cronicizzare gli interventi, di restituire le piene capacità di autodeterminazione alla persona nel minor tempo possibile.

3.3.4 L’Affidamento del minore al Servizio Sociale

L’Affidamento del minore al Servizio Sociale è un provvedimento che può essere imposto dall’Autorità Giudiziaria qualora venga stabilito come necessario limitare anche solo temporaneamente la responsabilità dei genitori nei confronti del figlio. In questo caso spetta ai Servizi Sociali esercitare tale responsabilità e prendere le decisioni importanti (art. 337 ter del Codice civile) per il bambino. La valenza di tale intervento in termini preventivi può essere individuata se pensiamo all’affidamento al Servizio Sociale come ad una forma di contrasto alla negligenza, per esempio, in cui il servizio sociale si pone da garante per la tutela dei diritti dei minori, potendo mettere in atto anche un fondamentale processo di monitoraggio delle situazioni a rischio. Oltretutto, tale misura viene frequentemente applicata nei casi in cui fra i genitori separati o divorziati esiste una forte conflittualità: il minore potrebbe essere coinvolto in tali dinamiche e andare incontro a quella che, nel primo capitolo, è stata definita come Sindrome di Alienazione Parentale (PAS). Svuotare di “potere decisionale” entrambi i genitori potrebbe permettere il ristabilirsi di un equilibrio fra il “genitore dominante” e il “genitore dominato”.

In ragione di quanto appena affermato, diventa possibile pensare a tale disposizione come ad una forma di intervento precoce: individuare tempestivamente la messa in atto di queste dinamiche disfunzionali da parte della coppia genitoriale, permette di limitare i danni nei confronti del bambino. Infatti, si ricorda come la situazione del genitore alienato peggiori sensibilmente con il passare del tempo tanto che il minore potrebbe arrivare a manifestare un vero e proprio rifiuto nei suoi confronti. Una situazione che degenera a questi livelli non garantisce il diritto del bambino alla bigenitorialità (art. 315 bis del Codice civile) e per tale ragione è assolutamente necessario intervenire al fine di preservare i sani rapporti relazionali con entrambe le figure di riferimento.

3.3.5 Allontanamento del minore, affido familiare e collocamento in strutture di accoglienza

Il CNOAS, all'interno delle linee guida sui Processi di sostegno e tutela dei minori e delle loro famiglie (2015), specifica che l'allontanamento del minore dalla propria famiglia di origine è un provvedimento che viene preso nel momento in cui si ha la conferma che il bambino sta vivendo in una significativa situazione di pregiudizio. La decisione di attuare questo intervento deve sempre essere accompagnata da: *“un'opportuna e approfondita indagine psicologica e sociale nell'interesse della persona di età minore, dei suoi genitori, della famiglia allargata e del gruppo dei pari”* (CNOAS, 2015, p.7). All'interno di questa indagine, fra l'altro, è compresa la relazione esemplificativa dei risultati ottenuti tramite la valutazione delle capacità genitoriali che possono impattare fortemente rispetto alla decisione presa dall'Autorità Giudiziaria competente. In fase di allontanamento è necessario che al minore siano garantiti il diritto di informazione e dove sono presenti sufficienti capacità di discernimento, il diritto all'ascolto della propria opinione. Si vuole puntualizzare come l'allontanamento non deve essere un evento inaspettato per i familiari del bambino: i genitori e gli eventuali fratelli, necessitano di essere sufficientemente preparati ad affrontarlo tanto che l'assistente sociale dovrebbe ricercare, per quanto possibile, la comprensione e la collaborazione dei caregivers. Ciò è fondamentale anche al fine di conservare le relazioni familiari durante il periodo dell'allontanamento, sempre secondo il maggiore interesse del minore e secondo le modalità stabilite dall'Autorità Giudiziaria: non a caso il fine ultimo di tale misura è il rientro in famiglia e proprio per tale ragione, è necessario che l'assistente sociale insieme al resto dell'équipe predisponga un progetto volto al recupero delle capacità genitoriali e al miglioramento complessivo della situazione familiare.

Quando si sta per procedere con un allontanamento, è auspicabile e necessario che il gruppo di lavoro abbia già precedentemente individuato delle possibili situazioni per quanto riguarda il collocamento. Generalmente le alternative sono due: la prima prevede che il bambino venga collocato presso una famiglia affidataria, la seconda vede il minore collocato presso una struttura di accoglienza. Nelle medesime linee guida già citate, l'affido familiare viene descritto come: *“un intervento di sostegno e di prevenzione che preserva un bambino/adolescente nel tempo necessario al/ai genitori perché, supportati da diverse figure professionali, scoprano/recuperino la capacità d'essere adeguatamente*

responsabili nei confronti del figlio. L'allontanamento che ne consegue, pertanto, ha il valore di una esperienza guidata e 'terapeutica' in quanto potenzialmente capace di curare, attraverso le relazioni produttive che si realizzano, le fragilità di un nucleo familiare. Una esperienza che può evolvere verso il rientro del bambino/adolescente nel suo contesto familiare o verso soluzioni alternative se il/i suoi genitori risulteranno non essere in condizione di recuperare la necessaria responsabilità della loro funzione" (CNOAS, 2015, p. 20). È compito dei professionisti individuare la famiglia affidataria che meglio risponde alle caratteristiche, alle esigenze e all'età del minore fra i nuclei disponibili e che hanno frequentato l'apposito percorso informativo e di preparazione. Si precisa come nelle situazioni di affidamento, i genitori e i familiari del bambino mantengano intatto il diritto di visita, salvo particolari eccezioni; ciò significa che gli operatori hanno il dovere di stabilire le precise modalità con le quali avverranno gli incontri al fine di mantenere solida la rete affettiva. L'assistente sociale è costantemente chiamato alla valutazione rispetto all'andamento dell'esperienza e deve curare in modo particolare la fase dell'avvio del provvedimento e la fase conclusiva nella quale il bambino rientrerà nella sua famiglia di origine. In molte situazioni, sarebbe utile che la famiglia affidataria e la famiglia di origine mantenessero stabili rapporti anche qualora il provvedimento fosse concluso, in quanto la prima può essere considerata un punto di supporto per la seconda. Il mantenimento del rapporto fra le due famiglie non soltanto garantisce la continuità affettiva, ma è anche un importante elemento di prevenzione: nell'eventualità in cui la famiglia d'origine affrontasse un nuovo periodo di crisi, quella affidataria potrebbe fornire il suo sostegno tramite la formulazione di consigli pratici oppure offrendo opportunità d'aiuto nella gestione del bambino. Gli affidatari hanno, quindi, una rilevante funzione per quanto riguarda la mediazione degli effetti dello stress e della crisi familiare, proponendosi come un punto di appoggio con funzioni di guida e di indirizzamento. In queste circostanze è molto più difficile che la situazione familiare degeneri completamente e il bambino risulta essere maggiormente tutelato.

Una soluzione alternativa all'affido familiare è quella del collocamento del minore presso determinate strutture residenziali che, in genere, corrispondono a comunità a scopo educativo. Ne "La tutela dei minorenni in comunità", raccolta dati condotta dall'Autorità Garante per l'Infanzia e l'Adolescenza nel 2015, è emerso come la maggior parte degli inserimenti nelle strutture di accoglienza avviene a seguito di un provvedimento

dell'Autorità Giudiziaria. In genere, in tali strutture vengono collocati soprattutto i cosiddetti "grandi minori" ovvero i preadolescenti e gli adolescenti anche prossimi al compimento della maggiore età; nonostante ciò, le strutture residenziali sono predisposte anche per accogliere i bambini più piccoli. La scelta fra il collocamento familiare e il collocamento in comunità dipende da un'attenta diagnosi condotta dall'assistente sociale e dal resto dell'équipe rispetto ai bisogni educativi e di sviluppo del minore in quel preciso momento della sua vita. Molto frequente è l'ipotesi di inserimenti motivati da un allontanamento in via urgente, spiegabili essenzialmente dalla carenza di risorse disponibili a livello di welfare (Allegri, 2015) e a livello di numerosità di famiglie pronte ad accogliere il minore con preavvisi così ristretti (Autorità Garante per l'Infanzia e l'Adolescenza, 2015).

È proprio in virtù di quanto appena affermato che l'affido e il collocamento in comunità possono essere pensati come interventi precoci poiché si configurano come una fra le prime soluzioni disponibili per mettere al sicuro un bambino soggetto a pregiudizio. Sotto quest'ottica l'allontanamento è, in effetti, il primo passo che l'assistente sociale può scegliere di compiere per poi dedicarsi alla costruzione di un progetto d'aiuto più ampio che vada ad interessare anche la famiglia d'origine. Ovviamente pensare ad un programma per favorire il recupero delle capacità genitoriali prevede delle tempistiche che possono essere più o meno importanti a seconda della situazioni di partenza e proprio per questo allontanare il bambino dalla famiglia può essere letto anche come una opportunità dei genitori di prendersi del tempo, comprendere gli elementi disfunzionali che hanno portato al degenerare della situazione e di mettere in atto strategie di cambiamento che conducano alla formazione di una nuova situazione di equilibrio.

Conclusioni

Dalla revisione della letteratura e dai dati statistici analizzati, emerge come il maltrattamento sia un fenomeno purtroppo ancora ampiamente presente all'interno della nostra società e per alcuni versi sottostimato, in termini di capacità e sistemi di rilevazione condivisi a livello sociale e sanitario in Italia. È stato dimostrato all'interno del primo capitolo come il numero dei bambini in carico ai Servizi Sociali italiani per ragioni legate al maltrattamento sia ancora molto elevato: si parla, infatti, di una cifra che si aggira attorno ai 77.493 minorenni. Rilevante è anche il dato che evidenzia le forme di maltrattamento maggiormente perpetuate, a prova del fatto che la violenza sui minori assume caratteristiche multiformi e per tale ragione è necessario guardare al fenomeno tramite un'ottica multidisciplinare. Elemento chiave è l'identità di colui/coloro che perpetuano il maltrattamento: è stato chiarito come nella maggior parte dei casi l'autore di violenza sia un membro della famiglia, spesso proprio i genitori stessi (OMS, 2020). Questo porta a riflettere sull'importanza di attivare politiche ed interventi preventivi indirizzati principalmente alla famiglia, luogo culturalmente ancora percepito come "il più sicuro", demandando invece l'idea di rischio nel mondo esterno ad essa (Biancardi, 2002).

La necessità di intervenire in via preventiva è avvalorata anche dai dati forniti rispetto alla durata degli interventi di protezione nel tempo: solo una discreta parte di essi prevedono lo sgancio dai Servizi Sociali entro un anno dal momento dell'intercettazione del maltrattamento, per la parte restante l'intervento si prolunga fino a due anni se non, addirittura oltre. Ne consegue che, molto frequentemente, gli interventi di Tutela tendono a cronicizzarsi (OMS, 2020); tuttavia, la letteratura analizzata ha permesso di comprendere come degli efficaci interventi precoci e preventivi siano in grado di ridurre le tempistiche di attuazione e, in alcuni casi, la "drasticità" delle misure attuate oltre che ai costi delle Tutela (CISMAI, *Terre des Hommes* & Università Bocconi, 2015).

Perché i servizi siano in grado di operare tempestivamente, si è assunta l'importanza di saper identificare i fattori di protezione e di rischio presenti nei contesti familiari, relazionali e ambientali dei minori (Dal Ben & Segatto, 2020): riconoscere gli elementi potenzialmente disfunzionali, infatti, permette agli operatori di agire prima che il

maltrattamento infantile si manifesti concretamente o, eventualmente, quando sia presente ad uno stadio iniziale e non subito da lungo tempo.

L'auspicabilità dell'intervento preventivo e dell'intervento precoce è confermata altresì dagli studi sulla plasticità cerebrale (Gregory, 1993), dall'*Early Childhood Development* (Milani, 2018) e dalla questione delle "finestre di sviluppo". È stato dimostrato come a causa di questi elementi, i bambini risultino particolarmente sensibili alle esperienze avverse e traumatiche; d'altra parte, è grazie alla presenza dei medesimi fattori, che ai minori sono garantite buone possibilità di recupero. La recettività rispetto al mondo esterno è elevata anche per quanto riguarda l'influenza delle esperienze positive, a maggior ragione se esse sono vissute all'interno della fascia d'età zero-tre anni. Le conseguenze a livello psicologico e a livello neuroanatomico del maltrattamento diventano infatti sempre più incisive con il perpetuarsi delle violenze nel tempo: molte delle abilità cognitive, emotive e relazionali possono venire compromesse sino a generare dei veri e propri disturbi di salute mentale.

Nonostante la gravità dei danni, è necessario sottolineare che il maltrattamento non può e non deve essere pensato in una prospettiva deterministica per quanto riguarda l'individuo e la sua storia. Un bambino che ha subito violenze è verosimilmente un bambino in grado di riprendere il suo sviluppo se messo nelle condizioni di vivere in un contesto protettivo e stimolante, la cui implementazione diventa, dunque, uno degli obiettivi principali delle strategie di tutela.

A fronte di questo quadro complesso, si è ritenuto utile analizzare gli interventi che stanno prendendo avvio per cercare di garantire azioni di prevenzione, ancora poco utilizzati nel contesto italiano e, d'altra parte, di rileggere in un'ottica di intervento precoce modalità operative oramai consolidate da parte dei servizi di protezione. È necessario puntualizzare come la letteratura stessa fatichi a distinguere la prevenzione dall'intervento precoce, poiché spesso queste due strategie finiscono per sovrapporsi nell'operato quotidiano dei professionisti, potendo considerarsi integrate.

Degni di particolare attenzione sono i programmi di *home visiting*, i programmi che mirano alla formazione di operatori e dei genitori e i programmi che puntano a migliorare la relazione fra i caregivers e i figli.

Rispetto all'*home visiting*, è stato constatato come a livello internazionale esso si riveli un efficace strumento di natura preventiva che però può assumere anche i caratteri

dell'intervento precoce, in quanto permette la rilevazione tempestiva delle situazioni di maltrattamento infantile se presenti. I programmi di visite domiciliari, infatti, permettono alle famiglie fragili di restare in costante contatto con i Servizi Sociosanitari che monitorano la situazione e offrono i supporti necessari durante i periodi di maggiore stress a partire dalla nascita del bambino sino alla fine del periodo della prima infanzia (Hansen et al., 2008).

Altrettanto importante è la formazione dei genitori che, se messi nella condizione di essere consapevoli dei bisogni evolutivi del proprio figlio, possono sviluppare strategie di *coping* più efficaci per quanto concerne la gestione delle problematiche e delle difficoltà nel loro complesso; a tali programmi si affiancano tutte le iniziative che mirano a fornire ai genitori gli strumenti essenziali per costruire un sano e solido legame relazionale con il proprio bambino.

Come più volte ribadito, è essenziale che anche gli operatori sociali e sanitari siano adeguatamente formati in modo da poter riconoscere nell'immediato i fattori di rischio e le situazioni di maltrattamento ed è a questo proposito che si entra all'interno della tematica dell'intercettazione precoce. Si è visto come alcuni soggetti istituzionali siano maggiormente chiamati a porre attenzione all'eventuale verificarsi di dinamiche disfunzionali e pregiudizievoli verso il bambino, e proprio per questo, il tema della formazione e dell'aggiornamento risulta centrale, soprattutto per quanto riguarda i pediatri e gli insegnanti, che tendenzialmente sono i soggetti che hanno contatti più frequenti con i bambini e le loro famiglie.

Infine, in merito all'utilizzo degli interventi di protezione canonici in termini di azioni precoci, si è voluto porre enfasi sulla questione "tempo" (Di Blasio, 2020): segnalazione, affidamento ai Servizi Sociali, allontanamento e collocamento del minore in idoneo ambiente (affido/comunità), possono risultare infatti strategie precoci quando vengono attuate prima che la condizione di malessere del minore si cronicizzi.

Per concludere, è importante sottolineare come, tuttavia, tali modalità operative siano effettivamente difficili da realizzare, sebbene le evidenze dimostrino come potrebbero limitare non soltanto l'incidenza del maltrattamento infantile ma anche le sue conseguenze dannose una volta che esso si è comunque verificato.

Un primo nodo problematico riguarda la situazione di forte mancanza di risorse in cui i servizi sociali si trovano ad operare (Allegrì, 2015), ciò comporta che i professionisti

siano portati a concentrare tutte le loro forze sugli interventi ripartivi emergenziali piuttosto che sulla prevenzione. Connessa a tale criticità, vi è il tema della formazione, sulla quale gli enti pubblici sembrano investire sempre meno, delegando al singolo professionista la volontà di tenersi o meno aggiornato: questo ha come esito che non tutti gli operatori che lavorano in questo ambito abbiano una formazione specifica.

Un secondo elemento da considerare è legato ai limiti della ricerca. Gli esiti degli studi scientifici, soprattutto sul piano neuroanatomico, mostrano risultati spesso contraddittori per quanto riguarda la portata delle alterazioni delle varie aree del cervello; pertanto, al momento, i vuoti conoscitivi in materia rimangono importanti e questo non favorisce l'implementazione degli interventi basati su queste nuove scoperte. In una situazione simile versa anche la ricerca nell'ambito del Servizio Sociale, perlomeno in Italia, in cui gli studi sugli esiti degli interventi di protezione sono residuali (Segatto & Dal Ben, 2020).

Infine, anche l'orientamento dei professionisti in materia di *child welfare* sembra giocare un ruolo fondamentale rispetto all'azione tempestiva: essendoci in Italia un modello che predilige il supporto alla famiglia di origine, l'intervento precoce in termini ad esempio di segnalazione all'Autorità Giudiziaria, può andarsi a configurare, soprattutto nelle situazioni "grigie" in cui non vi è la certezza di maltrattamento, come un'azione impropria, allungando in alcune situazioni i tempi di presa in carico e di esposizione dei minori a situazioni reali di rischio.

La tesi lascia molti punti in sospeso ed espone il lettore a mancanze conoscitive che potranno essere colmate solo con il progredire della ricerca scientifica e con l'avanzare della valutazione degli effetti sortiti dagli interventi sociali. Quello che invece è stato pienamente articolato e compreso è come il maltrattamento infantile sia un fenomeno ancora eccessivamente radicato nella nostra società e che pertanto appare necessario identificare nuovi modelli operativi in grado di contrastarlo.

Bibliografia

- Acquistapace V., Ionio C., Milani L., Miragoli S., (2005). *Segni e sintomi della trascuratezza: una ricerca empirica*, in *Maltrattamento e Abuso all'Infanzia*, 2005; (vol.7, n°1): 57-73.
- Adilardi A., (1999). *Disagio minorile: prevenzione e cura in famiglia, a scuola, in ospedale e nel territorio* in *Sommario n.2/1999 – Rassegna di Servizio Sociale*
- Allegri E., (2015). *Servizio sociale di comunità*, Carocci.
- American Psychiatric Association, (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Arlington, VA.
- Andersen SL., Tomada A., Vincow ES., Valente E., Polcari A., Teicher MH., (2008). Preliminary evidence for sensitive periods in the effect of childhood sexual abuse on regional brain development. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci* 20:292 – 301
- Arias-Carrión, O., Olivares-Bañuelos, T. & Drucker-Colin, R. (2007). Neurogenesi nel cervello adulto. *Journal of Neurology*, 44(9), 541-550.
- Arnsten, AFT., (2009). Stress signalling pathways that impair prefrontal cortex structure and function. *Nature Reviews Neuroscience*, 10(6), 410–422. <https://doi.org/10.1038/nrn2648>
- Arosio L., (2008). *Sociologia del matrimonio*. Carocci.
- Arseneault L., Cannon M., Fisher HL., Polanczyk G., Moffitt TE., Caspi A., (2011). Childhood trauma and children's emerging psychotic symptoms: a genetically sensitive longitudinal cohort study. *American Journal of Psychiatry*.
- Asawa L., E., Hansen, D., J., M., F., Flood, (2008). Early Childhood Intervention Programs: Opportunities and Challenges for Preventing Child Maltreatment, in education and treatment of children *Vol. 31, No. 1*
- Assessorato alle Politiche Sociali e Sanitarie, Provincia di Mantova, (2010). Quaderno 7 – *La famiglia in Crisi. Interventi sociosanitari e percorsi giuridici*.
- Autorità Garante per l'Infanzia e l'Adolescenza (2015). *La tutela dei minorenni in comunità*.
- Barner, John & Carney, Michelle, (2011). Interventions for Intimate Partner Violence: A Historical Review. *Journal of Family Violence*. 26. 235-244. 10.1007/s10896-011-9359-3
- Berry M., Charlson R., Dawson K., (2003). Promising practices in understanding and treating child neglect, «*Child and Family Social Work*», 8: 13-24
- Bertelli, B., (2007). *Servizio sociale e prevenzione*. FrancoAngeli.
- Biancardi M., T., P., (2017). *La prevenzione del maltrattamento all'infanzia. Dalla rilevazione precoce all'intervento appropriato*. Franco Angeli.
- Bowlby, J., (1973). *Attachment and Loss. Vol. 2: Separation*. New York: Basic Books. Tr. It. *Attaccamento e perdita. Vol. 2: La separazione dalla madre*. Torino: Boringhieri, 1975.
- Bremner JD., Vythilingam M., Vermetten E., Southwick SM., McGlashan T., Nazeer A., Khan S., Vaccarino LV., Soufer R., Garg PK., Ng CK., Staib LH., Duncan JS., Charney DS., (2003). MRI and PET study of deficits in hippocampal structure and function in women with childhood sexual abuse and posttraumatic stress disorder. *Am J Psychiatry*. 2003 May;160(5):924-32. doi: 10.1176/appi.ajp.160.5.924. PMID: 12727697
- Breslau N., Davis GC., Peterson EL., Schultz LR., (2000). A second look at comorbidity in victims of trauma: the posttraumatic stress disorder-major depression connection. *Biol Psychiatry* 48: 902-909. *Biological psychiatry*. 48. 902-9. 10.1016/S0006-3223(00)00933-1.
- Bronfenbrenner U., & Morris, PA., (1998). *The ecology of developmental processes*. In R. M. Lerner (Ed.), *Handbook of Child Psychology: Vol. 1, Theoretical Models of Human Development* (535–584). New York: Wiley.

- Bronfenbrenner U., (2004). *Making Human Beings Human: Bioecological Perspectives on Human Development (The SAGE Program on Applied Developmental Science)* (1st ed.). SAGE Publications, Inc.
- Buzzi I., (1997).: *La sindrome da alienazione genitoriale*. In Cigoli V., Gulotta G. & Santi G. *Separazione, divorzio e affidamento dei figli*, Giuffrè Milano, II ed. P. 177-187.
- Camisasca E., Miragoli S., Di Blasio P., in *Maltrattamento e Abuso all'Infanzia* 2/2014, pp. 35-55
- Camras LA., Sachs-Alter, E. & e Ribordy , SC., (1996). *Regolazione emotiva ed emozioni sociali*. In Di Blasio, P., *Psicologia del bambino maltrattato*. Bologna: il Mulino
- Candelori C., & Mancone., (2001). *Genitorialità: situazioni a rischio e psicopatologiche*, in: Ammaniti M. (Ed.), *Manuale di psicopatologia dell'infanzia*, Milano, Raffaello Cortina, 91-124.
- Caplan G., (1964). *Principles of preventive psychiatry*, New York, Basic Book.
- Carrier I., (2011). Il pentolino di Antonino. Kite
- Carrion VG., Weems CF., Richert K., Hoffman BC., Reiss AL., (2010). Decreased prefrontal cortical volume associated with increased bedtime cortisol in traumatized youth. *Biol Psychiatry*; 68:491 –3
- Casey BJ., Giedd JN., Thomas KM., (2000).. Structural and functional brain development and its relation to cognitive development. *Biol Psychol.* 2000 Oct;54(1-3):241-57. Doi: 10.1016/s0301-0511(00)00058-2. PMID: 11035225.
- Casonato M., & Mazzola MA., (2016). *Alienazione genitoriale e sindrome da alienazione parentale (PAS) (Italian Edition)* (1st ed.). Key Editore.
- Caspi A., & Moffitt TE., (2006). Gene-environment interactions in psychiatry: Joining forces with neuroscience. *Nature Reviews: Neuroscience*, 7, 583–590.
- Cesa Bianchi M., Scabini E., (1991). *La violenza sui bambini*, FrancoAngeli, Milano. Chan J.S., Elliott J.M., Chow Y., Thomas J.I., (2002)., Does professional and public opinion in child abuse differ An issue of cross-cultural policy implementation, «*Child Abuse Review*», 11: 359-379.
- Cheli M., Giacomuzzi S., (2009). *Dipendenze patologiche e maltrattamento infantile*, in *Personalità/dipendenze: rivista quadrimestrale* 15, 3, Modena: Enrico Mucchi Editore, 2009. Permalink: <http://digital.casalini.it/10.1400/196897>
- Cicchetti D., (2013). Annual Research Review: Resilient functioning in maltreated children â past, present, and future perspectives. *Journal of Child Psychology & Psychiatry*. doi: 10.1111/j.1469- 7610.2012.02608.x_2012
- Cicchetti D., Rogosch FA., (2001). The impact of child maltreatment and psychopathology on neuroendocrine functioning. *Dev Psychopathol.*
- Cicchetti D., Rogosch FA., (2009). *Adaptive coping under conditions of extreme stress: Multilevel influences on the determinants of resilience in maltreated children*. In: Skinner EAZMJ, editor. *Coping & the Development of Regulation*. Vol. 124. Pp. 47
- Cicchetti D., Rogosch FA., Toth SL., Sturge-Apple M., (2011). Normalizing the development of cortisol regulation in maltreated infants through preventive intervention. *Development & Psychopathology*.
- CISMAI, (2001). *Linee guida per la valutazione clinica e l'attivazione del recupero della genitorialità nel percorso psicosociale di tutela dei minori*.
- CISMAI, (2006). *Documenti sui requisiti minimi degli interventi nei casi di violenza assistita da maltrattamento sulle madri*. *Maltrattamento e abuso all'infanzia*, testo disponibile al sito: <https://cismai.it/requisiti-minimi-degli-interventi-nei-casi-di-violenza-assistita>
- CISMAI, (2017). *Linee guida per gli interventi di Home Visiting nella prevenzione del maltrattamento all'infanzia*.
- CISMAI, (2021). *Il tempo delle cure, Indice regionale sul maltrattamento all'infanzia in Italia*.
- CISMAI, Terre des Hommes, Autorità Garante per l'Infanzia e l'Adolescenza, (2021). *Il Indagine nazionale sul maltrattamento dei bambini e degli adolescenti in Italia, risultati e prospettive*

- CISMAI, Terre des hommes, Università Commerciale Luigi Bocconi, (2015). Studio nazionale "Tagliare sui Bambini è davvero un risparmio?". *Spesa pubblica: impatto della mancata prevenzione della violenza sui bambini*.
- CNOAS, (2015). *Linee guida – Processi di sostegno e tutela dei minori e delle loro famiglie*.
- Colesanti C., Lunari L., (1995). *Il maltrattamento del minore: aspetti medicolegali, giuridici e sociali*, Giuffrè, Milano
- Consiglio Nazionale Ordine degli Psicologi, (2017). *Maltrattamento e Abuso all'infanzia. Indicazioni e Raccomandazioni*.
- Coohey C., (2006). Physically abusive fathers and risk assessment, «*Child Abuse & Neglect*», 30, 5: 467-480
- Cornoldi C., (1995). *Metacognizione e apprendimento*. Il Mulino.
- Cummings E., Davies P., Campbell S., (2000). *Developmental psychopathology and family process: Theory, research, and clinical implications*, Guilford Press, New York.
- Cunningham H., Thorbjørnsen KM., & Thuen H., (1996). *Barn og barndom: fra middelalder til moderne83odern tid*. Ad Notam Gyldendal.
- Currie J., Spatz Widom C., (2010). *Long-Term Consequences of Child Abuse and Neglect on Adult Economic Well-Being*. *Child Maltreatment*. 2010;15(2):111-120. doi:10.1177/1077559509355316
- Cyrułnik B., (2000). *La résilience ou le ressort intime*. In J. P. Pourtois, H. Desmet (a cura di), *Relation familiale et résilience* (pp. 95-11). Paris: L'Harmattan
- Cyrułnik, B., & Malaguti, E., (2005). *Costruire la resilienza: La riorganizzazione positiva della vita e la creazione di legami significativi*. Trento, Erikson
- D'Ambrosio A., Supino P., (2014). *La sindrome dei falsi ricordi: cosa sono i falsi ricordi, come individuarli e ridurre il rischio*, Franco Angeli, Milano.
- Dallago L., Santinello M., & Vieno A., (2004). *Valutare gli interventi psicosociali*. Carocci.
- Dannowski U., Stuhmann A., Beutelmann, V., Zwanzger P., Lenzen T., Grotegerd D., Domschke K., Hohoff C., Ohrmann P., Bauer J., Lindner C., Postert C., Konrad C., Arolt, V., Heindel W., Suslow T., & Harald K., (2012a). Limbic scars: Long-term consequences of childhood maltreatment revealed by functional and structural magnetic resonance imaging. *Biological Psychiatry*, 71, 4, 286-293, doi: 10.1016/j.biopsych.2011.10.021.
- Dantzer R., O'Connor JC., Freund GG., Johnson RW., Kelley KW., (2008). From inflammation to sickness and depression: when the immune system subjugates the brain. *Nature Reviews Neuroscience*.
- Decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 29 novembre 2001. *Definizione dei livelli essenziali di assistenza*. G.U. Serie Generale, n. 33 del 08 febbraio 2002.
- Di Blasio P., (2000). *Psicologia del bambino maltrattato*, il Mulino, Bologna.
- Diomedede Canevini M., (2013). "Deontologia professionale", in Campanini A., a cura di, *Nuovo Dizionario di servizio sociale*, Carocci, Roma.
- Djeddah C., Facchin P., Ranzato C., Romer C., (2000). *Child abuse: current problems and key public health challenges*. *Soc Sci Med.*; 51(6):905-15.
- Dubois J., Dehaene-Lambertz G., Kulikova S., Poupon C., Hüppi PS., Hertz-Pannier L., (2014). The early development of brain white matter: a review of imaging studies in fetuses, newborns and infants. *Neuroscience*. 2014 Sep 12;276:48-71. doi: 10.1016/j.neuroscience.2013.12.044. Epub 2013 Dec 28. PMID: 24378955. Dubois, J., Dehaene-Lambertz, G., Kulikova, S., Poupon, C., Hüppi, P. S., & Hertz-Pannier, L. (2014).
- Durand VM., & Barlow DH., (2010). *Essentials of Abnormal Psychology*. Wadsworth, /Cengage Learning.
- Eisenberg, L., (1999). Experience, brain and behaviour: The impact of a head start. *Pediatrics*, 103, 1031–1035.
- Facchin P., (1998). *Le diagnosi di maltrattamento*, «*Quaderni del Centro Nazionale di Documentazione ed Analisi sull'Infanzia e l'Adolescenza*», 1, pp. 73-83
- Fantauzzi J., (2015). *Conseguenze psicopatologiche a lungo e a breve termine degli abusi sui minori (Italian Edition)*, Youcanprint. Youcanprint.

- Feinberg AP., (2010). Epigenomics reveals a functional genome anatomy and a new approach to common disease. *Nature Biotechnology*.
- Feldman KW., (1997)., "Evaluation of physical abuse", in Helfer E., Kempe R.S., Krugman D., eds., *The battered child*, The University of Chicago Press, Chicago.
- Felitti, V.J. Anda, R.F., (2010). *Il rapporto tra esperienze sfavorevoli infantili e malattie somatiche, disturbi psichiatrici e comportamento sessuale nell'adulto: implicazioni per la politica sanitaria*.
- Ferraris A.O., (2012). *Il significato del disegno infantile*. Bollati Boringhieri.
- Finkelhor D., (1994). *Current Information on the scope and nature of child sexual abuse*, «*The Future of Children*», 4, 2: 31-53.
- Fraga MF., Ballestar E., Paz MF., et alRoper S., Setien F., Ballestar ML., (2005). Epigenetic differences arise during the lifetime of monozygotic twins. *Proc Natl Acad Sci U S A* 2005; 102:10604-9.
- Frydenberg, E., (1997). *Adolescent coping. Theoretical and research perspective*. London: Routledge.
- Gaita L., (2019). *Sindrome alienazione parentale*, Cassazione: "Non ha basi scientifiche e non può motivare affidamento esclusivo figli", in *Il Fatto Quotidiano*, 22 maggio 2019
- Gardner R. (1985). *The Boys and Girls Book About Divorce: For Children and Their Divorced Parents--The Essential Book* (Reprint ed.). Bantam.
- Giallongo A., (1990). *Il bambino medievale: educazione e infanzia nel Medioevo*. Edizioni Dedalo
- Gillibrand R., Lam V., & O'Donnell VL., (2016). *Developmental Psychology*. Pearson Education.
- Giulini P. e Xella CM. (2011)., *Buttare la chiave? La sfida del trattamento per gli autori di reati sessuali*, Raffaello Cortina, Milano.
- Glaser D., (2002). Emotional abuse and neglect, psychological maltreatment: a conceptual framework, «*Child Abuse & Neglect*», 26, 6-7: 697-714.
- Gogtay N., Giedd JN., Lusk L., Hayashi KM., Greenstein D., Vaitusis AC., Nugent TF. III, Herman, DH., Clasen, L. S., Toga, AW., Rapoport, J. L., & Thompson, PM., (2004). *Dynamic mapping of human cortical development during childhood through early adulthood*. PNAS, 101, 8174-8179.
- Gogtay N., Giedd JN., Lusk L., Hayashi KM, Greenstein D., A. Catherine, (2004). *Dynamic mapping of human cortical development during childhood through early adulthood*. PNAS May 25, 2004 101 (21) 8174-8179; <https://doi.org/10.1073/pnas.0402680101>
- Govindan RM., Behen ME., Helder E., Makki MI., Chugani HT., (2008). *Altered water diffusivity in cortical association tracts in children with early deprivation identified with tract-based spatial statistics (TBSS)*. Cereb Cortex 2010; 20:561-9
- Green JG., McLaughlin KA., Berglund PA., Gruber MJ., Sampson NA., Zaslavsky AM., (2010). Childhood adversities and adult psychiatric disorders in the national comorbidity survey replication I associations with first onset of DSM-IV disorders. *Archives of General Psychiatry*.
- Gulotta G., (1998). *La sindrome di alienazione genitoriale: definizione e descrizione*. In *Pianeta Infanzia*. Firenze. Istituto degli Innocenti
- Gunnar MR, Fisher PA., (2006). *Early Experience, Stress, and Prevention Network. Bringing basic research on early experience and stress neurobiology to bear on preventive interventions for neglected and maltreated children*. Dev Psychopathol. PMID: 17152395.
- Hart J., Gunnar M., Cicchetti D., (1995). Salivary cortisol in maltreated children: Evidence of relations between neuroendocrine activity and social competence. *Dev Psychopathol*.
- Heim C., Mletzko T., Purses D., Musselman DL., Nemeroff CB., (2008). The dexamethasone/corticotropin-releasing factor test in men with major depression: Role of childhood trauma. *Biol Psychiatry*.
- Hildyard KL., Wolfe DA, (2005), in *Maltrattamento e Abuso all'Infanzia*.1/2005, pp 11-25

- Hill MN., Hillard CJ., McEwen BS., (2011). *Alterations in Corticolimbic Dendritic Morphology and Emotional Behavior in Cannabinoid CB₁ Receptor-Deficient Mice Parallel the Effects of Chronic Stress, Cerebral Cortex*, Volume 21, Issue 9, September.
- Hobbs CJ., Wynne JM., (2002). Neglect of neglect, «Current Pediatrics», 12 (2), pp. 144-150
- Hotamisligil GS., (2006) Inflammation and metabolic disorders. *Nature*.
- Howren MB, Lamkin DM, Suls J., (2009). Associations of depression with C-reactive protein, IL-1, and IL-6: a meta-analysis. *Psychosomatic Medicine*.
<https://nonsolopedagogia.it/violenza-psicologica-sui-figli-condotte-lesive/>
<https://sip.it/2018/05/27/shaken-baby-syndrome-10-cose-sapere-per-salute-bambino/>
- Huttenlocher, PR., (1990). Morphometric study of human cerebral cortex development. *Neuropsychologia*, 28, 517–527.
- Ius M., Milani P., (2011). *Educazioni, pentolini e resilienza*. Kite
- Jackowski A., Araújo C., Lacerda, A., Mari J., Kaufman J., (2009). Neurostructural imaging findings in children with post-traumatic stress disorder: Brief review. *Psychiatry and clinical neurosciences*. 63. 1-8. 10.1111/j.1440-1819.2008.01906.x.
- Jaffee SR., Maikovitch-Fong AK., (2011). Effects of chronic maltreatment and maltreatment timing on children's behavior and cognitive abilities. *Journal of Child Psychology & Psychiatry*.
- Johnson M.H., (2001). *Functional brain development in infancy*. In G. Bremner & A. Fogel (Eds.), *Blackwell Handbook of Infant Development* (169–190). Oxford: Blackwell.
- Jones F., Morris M., (2007). Working with child sexual abuse: A systematic perspective on whether children need to tell their therapists details of the abuse for healing to take place, «*Journal of Family Therapy*», 29: 222-237.
- Kanherkar RR., Bhatia-Dey N., Csoka AB., et al. (2014). *Epigenetics across the human lifespan*. *Front Cell Dev Biol*;2:49.
- Karlin NJ, (1995). Munchausen syndrome by proxy. In *Brattleboro Retreat Psychiatry Review*, 4, 1.
- Kessler RC., McLaughlin KA., Green JG., Gruber MJ., Sampson NA., Zaslavsky AM., Aguilar-Gaxiola S., Alhamzawi AO., Alonso J., Angermeyer M., Benjet C., Bromet E., Chatterji S., Dde Girolamo G., Demyttenaere K., Fayyad J., Florescu S., Gal G., Gureje O., Haro JM., Hu CY., Karam EG., Kawakami N., Lee S., L  cpine JP., Ormel J., Posada-Villa J., Sagar R., Tsang A., Ust  n TB., Vassilev. S, Viana MC, Williams DR. (2010). Childhood adversities and adult psychopathology in the WHO World Mental Health Surveys. (2010) *British Journal of Psychiatry*.
- Kluzer G., (1996). Nuove ipotesi interpretative del concetto di trauma. *Riv Psicoanal.*, 1996; 42, 405-423.
- Koenen KC., Moffitt TE., Caspi A., Taylor A., Purcell S., (2003). Domestic violence is associated with environmental suppression of IQ in young children. *Development & Psychopathology*.
- Latino A., (2020). Il maltrattamento all'infanzia tra fattori di rischio e fattori di protezione in *Il Medico Pediatra. Periodico della Federazione Italiana dei Medici Pediatri*
- Lazarus RS., & Folkman S., (1984). *Coping and adaptation*. In W. d. Gentry (Ed.), *The handbook of behavioral medicine* (pp. 282-325). New York: Guilford.
- Lenroot RK., & Giedd, JN., (2006). Brain development in children and adolescents: Insights from anatomical magnetic resonance imaging. *Neuroscience and Behavioural Reviews*, 30, 718–729.
- Liotti G., (1996). *Disorganizzazione dell'attaccamento e predisposizione allo sviluppo di disturbi funzionali della coscienza*. In M. Ammaniti, D. N. Stern, (Edd.), *Attaccamento e psicoanalisi*. Roma: Laterza, 219-232.
- Liotti G., (2001). *Le opere della coscienza. Psicopatologia e psicoterapia nella prospettiva cognitivo-evoluzionista*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Luberti R., & Grappolini C., (2017). *Violenza assistita, separazioni traumatiche, maltrattamenti multipli*. Erickson.
- Luberti R., Pedrocco MT., (2005). *La violenza assistita intrafamiliare*, Franco Angeli, Milano

- Lupien SJ., De Leon M., De Santi S., (1998). Cortisol levels during human aging predict hippocampal atrophy and memory deficits. *Nat Neurosci*.
- Lupien SJ., McEwen BS., Gunnar MR., Heim C., (2009). Effects of stress throughout the lifespan on the brain, behaviour and cognition. *Nature Reviews Neuroscience*;10:434–45
- MacMillan HL., Wathen CN., Barlow J., Fergusson DM., Leventhal JM., Taussig HN., (2009). Interventions to prevent child maltreatment and associated impairment, in *Child Maltreatment* 3.
- Maggi M., Ricci, A., (2021). *Educare alla genitorialità. Manuale operativo ad uso formativo e autoformativo per potenziare sostenere le competenze genitoriali*. di Franco Angeli
- Malaguti E., (2005). *Educarsi alla resilienza*. Erickson.
- Martone G., (1994). *Storia dell'abuso all'infanzia*, in F. Montecchi, Gli abusi all'infanzia, La Nuova Italia Scientifica, Roma, 1994, pag. 23.
- McBride N., (2003). A systemic review of school drug education, in *Health Education Research*.
- McCrary E., De Brito SA., Viding E., (2010). Research Review: The neurobiology and genetics of maltreatment and adversity. *Journal of Child Psychology & Psychiatry*.
- Medzhitov R., (2008). Origin and physiological roles of inflammation. *Nature*.
- Mennes M., Van deen Bergh B., Lagae, L., & Stiers P. (2009). Developmental brain alterations in 17 year old boys are related to antenatal maternal anxiety. *Clinical Neurophysiology*, 120, 1116–1122
- Merskey H., (1998). Prevention and management of false memory syndrome, in *Advances in Psychiatry Treatment*, 4, pp. 253-262.
- Mersky, J.P., Berger, L.M., Reynolds, A.J., & Gromoske, A.N. (2009). Risk Factors for Child and Adolescent Maltreatment: A Longitudinal Investigation of a Cohort of Inner-City Youth. *Child Maltreatment*, 14(1), 73-88.
- Milani P., (2018). *Educazione e famiglie. Ricerche e nuove pratiche per le genitorialità*. Carocci.
- Miller-Perrin CL., & Perrin RD., (2012b). *Child Maltreatment: An Introduction* (Third ed.). SAGE Sage Publications, Inc.
- Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali (2013), *Linee di Indirizzo per l’Affidamento Familiare*.
- Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, Centro Nazionale di documentazione e analisi per l’infanzia e l’adolescenza, (2002). *La prevenzione del disagio nell’infanzia e nell’adolescenza*.
- Ministero della salute, Direzione generale della comunicazione e dei rapporti europei ed internazionali, *Informativa Oms: maltrattamenti infantili* a cura di Katia Demofonti - Ufficio III (Rapporti con l’OMS e altre agenzie ONU), informativa n.150, ultimo aggiornamento: dicembre 2014.
- Montecchi F., (1998). *I maltrattamenti e gli abusi sui bambini. Prevenzione e individuazione precoce*, Milano, Franco Angeli.
- Montecchi F., (2006), *Gli abusi all’infanzia. Dalla ricerca all’intervento clinico*, III° Ed. Roma, Carocci editore.
- Montecchi F., (2011). *Dal bambino minaccioso al bambino minacciato*, Franco Angeli, Milano
- Morath J., Villanueva M., Hamuni G., Kolassa S., Ruf-Leuschner M., Schauer M., Elbert T., Bürkle A., Kolassa IT., (2014). Effects of psychotherapy on DNA strand break accumulation originating from traumatic stress. *Psychother Psychosom.*;83(5):289-97. doi: 10.1159/000362739. Epub 2014 Aug 6. PMID: 25116690.
- Morgan L., Scourfield J., Williams D., Jasper A., & Lewis G. (2003). The Aberfan disaster: 33-year follow-up of survivors. *The British Journal of Psychiatry*, 182(6), 532–536. <https://doi.org/10.1192/bjp.182.6.532>
- Nation M., Crusto C., Wandersman A., Kumpfer KL., Seybolt D., Morrissey-Kane E., Davino K., (2003). *What works in prevention: Principles of effective prevention programs*, in American Psychologist
- Nguyen MD., Julien JP., Rivest S., (2002). Innate immunity: the missing link in neuroprotection and neurodegeneration, *Nature Reviews Neuroscience*.

- Nicolais G., Speranza AM., Bacigalupi M., Gentile L., (2005). Il trauma in età evolutiva: inquadramento diagnostico e correlati neurobiologici. *Infanzia e adolescenza*, 4 (3). pp. 187-199. ISSN 1594-5146
- O'Hagan KP., (1995). Emotional and psychological abuse: Problems of definition, «*Child Abuse & Neglect*», 19, 4: 449-461
- Organizzazione Mondiale della Sanità – OMS, (2006). “*Preventing Child Maltreatment: a guide to taking action and generatine evidence*.”
- Osofsky JD., and Fenichel E., editors. (1994). *Caring for infants and toddlers in violent environments: hurt, healing, and hope*. Arlington, VA :Zero to Three/National Center for Clinical Infant Programs.
- Pappalardo XG., (2014). *Maltrattamenti e abusi sui minori. Considerazioni ed evidenze scientifiche in chiave epigenetica*, ISN-CNR, Catania
- Paris J., (1997). *Contesto sociale e disturbi di personalità. Diagnosi e trattamento in una prospettiva bio-psico-sociale*, Milano, Raffaello Cortina.
- Perino A., (2013). *I luoghi del servizio sociale vol. 1*. Aracne.
- Perino A., (2013). *I luoghi del servizio sociale vol. 2*. Aracne.
- Quercia V., (2014). *Comprendere la persona con problemi di dipendenza*, in *Il lavoro sociale nelle dipendenze da alcool e droga*. Erickson.
- Roggman L., & Cardia N., (2016). *Home Visitation Programs: Preventing Violence and Promoting Healthy Early Child Development* (Softcover reprint of the original 1st ed. 2016 ed.). Springer.
- Rosenberg DA., (1987). Web of deceit: A literature review of Munchausen syndrome by proxy, *Child Abuse & Neglect*, Volume 11, Issue 4: 547-563.
- Ross R., (1999). Atherosclerosis--an inflammatory disease. *The New England Journal of Medicine*.
- Rossi, P., (2014). *L'organizzazione dei servizi socioassistenziali. Istituzioni, professionisti e assetti di regolazione*. Roma: Carocci Faber.
- Rutter M., (2000). *Resilience reconsidered: conceptual consideration, empirical findings, and policy implication*. In J. P. Shonkoff, S. J. Meisels, *Handbook of Early Childhood Intervention* (pp. 651-678). NewYork: Cambridge University Press
- Rutter M., O'Connor TG., & English and Romanian Adoptees (ERA) Study Team., (2004). Are There Biological Programming Effects for Psychological Development? Findings From a Study of Romanian Adoptees. *Developmental Psychology*, 40(1), 81–94. <https://doi.org/10.1037/0012-1649.40.1.81>
- Sabatello U., Di Cori R., (2001). *L'abuso sessuale infantile: problematiche cliniche e modelli di intervento*, FrancoAngeli, Milano
- Santinello M., Vieno A., Lenzi M., (2018). *Fondamenti di psicologia di comunità*. Il mulino
- Schmidt FL., Hunter J., (2004). General mental ability in the world of work: occupational attainment and job performance. *Journal of Personality & Social Psychology*.
- Scott KM., McLaughlin KA., Smith DAR., Ellis P., (2012). Childhood maltreatment and adult DSM-IV mental disorders: Comparison of prospective and retrospective findings. *British Journal of Psychiatry*.
- Segatto B., & Dal Ben A., (2020). *Decisioni difficili*. Franco Angeli Open Access.
- Selmini, R., (2004). *La sicurezza urbana*. Il mulino.
- Silvia Boni S., (2015). Minori e patologia delle cure in *Psico&Patologie*, N.4 – dicembre 2015, Anno 6
- SINPIA, (2007). *Linee Guida in tema di abuso sui minori*, Erickson, Trento. Stanley T. (2013), ‘Our tariff will rise’: Risk, probabilities and child protection, «*Health, risk & society*», 15, 1: 67-83.
- Smith K., (2015). *Epigenome: The symphony in your cells*, 2015. Available from: <http://www.nature.com/news/epigenome-the-symphonyin-your-cells-1.16955>

- Sowell ER., Peterson BS., Thompson PM., Welcome SE., Henkenius AL., Toga AW., (2003). Mapping cortical change across the human life span. *Nat Neurosci.* 2003 Mar;6(3):309-15. doi: 10.1038/nm1008. PMID: 12548289.
- Springer JF., Sale E., Hermann J., Sambrano S., Kasim R., Nistler M., (2004). Characteristics of effective substance abuse prevention programs for high-risk youth, in *The Journal of Primary Prevention*.
- Stanley T. (2013). 'Our tariff will rise': Risk, probabilities and child protection, «*Health, risk & society*», 15, 1: 67-83
- Tarullo AR., Gunnar MR., (2006). Child maltreatment and the developing HPA axis. *Horm Behav.*
- Terr LC., (1983). Time sense following psychic trauma: A clinical study of ten adults and twenty children. *American Journal of Orthopsychiatry*, 53(2), 244 - 261. <https://doi.org/10.1111/j.1939-0025.1983.tb03369.x>
- Terre des Hommes, (2016). Shaken Baby Syndrome: campagna di sensibilizzazione lanciata da Terre des hommes
- Tobler N., Rroona MR., Ochshorn P., Marshall DG., Streke VA., Stackpole, M., (2000). School-based adolescent drug prevention programs, 1998 meta – analysis, in *The Journal of Primary Prevention*.
- Tottenham N., Hare TA., Quinn BT., Mc Carry TW., Nurse M., Gilhooly T., Milner A., Galvan A., Davidson MC., Eigsti IM., Thomas KM., Freed P., Booma ES., Gunnar M., Altemus M., Aronson J., Casey BJ., (2010). *Prolonged institutional rearing is associated with atypically large amygdala volume and difficulties in emotion regulation.* *Dev Sci*;13:46 – 61
- U.S. Department of Health and Human Services, Administration for Children and Families, Administration on Children, Youth and Families, Children's Bureau, (2010)., *Child Maltreatment* 2009, testo disponibile al sito: <http://www.acf.hhs.gov/programs/cb/pubs/cm07/cm07.pdf>.
- Vanistendael S., (1998). *Growth in the Muddle of Life. Resilience Building on peoples strengths.* Ginevra: BICE.
- Yehuda R., Engel SM., Brand SR., (2005). Transgenerational Effects of Post traumatic Stress Disorder in Babies of Mothers Exposed to the World Trade Center Attacks during Pregnancy. *J Clin Endocrinol Metab*;90:4115-8.
- Yehuda R., Golier JA., Kaufman S., (2005). Circadian rhythm of salivary cortisol in Holocaust survivors with and without PTSD. *Am J Psychiatry*.
- Yule W., Udwin O., Murdoch K., (1990). The 'Jupiter' sinking: effects on children's fears, depression and anxiety. *J Child Psychol Psychiatry*. 1990 Nov;31(7):1051-61. doi: 10.1111/j.1469-7610.1990.tb00845.x. PMID: 2289943
- Zani B., & Cicognani E., (1999). *Le vie del benessere. Eventi di vita e strategie di coping.* Carocci.
- Zeanah CH., & Vizziello GG., (1996). *Manuale di salute mentale infantile.* Elsevier Gezondheidszorg.
- Zulueta DF., (2009). Dal dolore alla violenza. Le origini traumatiche dell'aggressività. *Psicologia Clinica E Psicoterapia*.