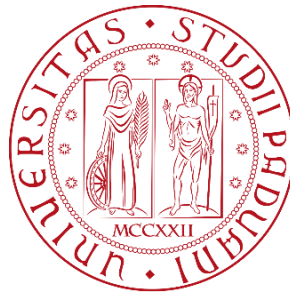


UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

DIPARTIMENTO DI SCIENZE POLITICHE, GIURIDICHE
E STUDI INTERNAZIONALI

Corso di laurea *Triennale* in Servizio Sociale



**LE CONSEGUENZE DELLA NEGLIGENZA
NEI DIVERSI CONTESTI DI VITA DEL
MINORE**

Relatrice: Prof.ssa BARBARA SEGATTO

Laureanda: CHIARA SETTE
matricola N. 2014029

A.A. 2022/2023

INDICE

INTRODUZIONE	3
CAPITOLO I	7
La negligenza	7
1.1. Il maltrattamento nella storia	7
1.2. Definire il maltrattamento	9
1.3. Definizione e manifestazioni della negligenza	14
1.3.1. <i>Fattori di rischio e cause sottostanti</i>	15
a) <i>Cause legate alle caratteristiche della personalità dell'autore</i>	16
b) <i>Cause legate alle caratteristiche della vittima</i>	17
c) <i>Cause legate all'ambiente</i>	18
1.3.2. <i>Fattori di protezione</i>	19
CAPITOLO II	21
Come la negligenza influisce sulla vita dei minori	21
2.1. La negligenza in relazione alle varie fasi di sviluppo	21
2.1.1. <i>Età prescolare</i>	21
2.1.2. <i>Età scolare</i>	23
2.1.3. <i>Adolescenza e vita adulta</i>	23
2.2. Effetti immediati e a lungo termine	24
2.2.1. <i>Salute mentale, fisica ed emotiva del minore</i>	24
2.2.2. <i>Rendimento scolastico e apprendimento</i>	28
2.2.3. <i>Relazioni sociali e amicali</i>	30
2.3. Conseguenze intergenerazionali della negligenza	32
CAPITOLO III	35
Interventi per prevenire la negligenza e ridurre i danni	35
3.1. Risparmio Sociale: gli impatti economici del maltrattamento infantile in Italia	35
3.2. Prevenire il maltrattamento	37
3.2.1. <i>Strategie individuali</i>	37
3.2.2. <i>Strategie relazionali</i>	39
3.2.3. <i>Strategie ambientali</i>	42
3.3. Oltre la prevenzione: necessità di un approccio integrato	43
3.4.1. <i>L'intercettazione precoce del fenomeno</i>	44
3.4.2. <i>La segnalazione</i>	47

<i>3.4.3. L'affidamento del minore al Servizio Sociale</i>	49
<i>3.4.4. Allontanamento del minore, affido familiare e collocamento in strutture di accoglienza</i>	50
CONCLUSIONE	53
BIBLIOGRAFIA	57

INTRODUZIONE

Il fenomeno del maltrattamento infantile ha costantemente segnato la storia dell'umanità, manifestandosi attraverso diverse forme e modalità nel corso dei secoli, dall'antichità fino ai giorni nostri.

Questa tesi si propone di offrire un'analisi completa di tale fenomeno, inizialmente fornendo una visione d'insieme e poi approfondendo le sue implicazioni nei vari contesti di vita del minore. L'obiettivo principale è presentare gli strumenti necessari per comprenderne le ragioni sottostanti, evidenziando l'importanza dell'intervento precoce e della prevenzione nel contrastare la violenza e la negligenza nei confronti dei bambini.

Riflettere sulla possibilità che qualcuno, talvolta persino il genitore stesso, possa deliberatamente infliggere danni fisici e psicologici al proprio figlio può sembrare un concetto "estraneo" e difficilmente comprensibile. Purtroppo, il fenomeno del maltrattamento e dell'abuso sui minori è una realtà allarmante, sia a livello nazionale che internazionale, che colpisce indistintamente le diverse classi sociali e le varie culture presenti nel mondo odierno. A livello globale, secondo il rapporto presentato dall'OMS nel 2020, che ha coinvolto un campione di 155 Paesi, emerge un dato sconcertante: ogni anno, uno su due bambini diventa vittima di violenza. Questo fenomeno allarmante ha attirato l'attenzione di numerose organizzazioni internazionali, tra cui l'ONU, l'UNICEF, *Save the Children* e l'Organizzazione Mondiale della Sanità, i quali lavorano instancabilmente per proteggere e garantire i diritti dei minori attraverso azioni preventive e promozionali. Tuttavia, nonostante gli sforzi congiunti di queste organizzazioni, il fenomeno del maltrattamento infantile persiste in modo preoccupante e sembra resistere alle attuali misure preventive.

In Italia, invece, sulla base dei dati riportati da Cismai e *Terre des Hommes*, su un totale di circa 402.000 minorenni sotto la supervisione dei Servizi Sociali, ben 77.493 sono coinvolti in situazioni di maltrattamento. Questo dato ci offre uno sguardo più

approfondito sulla situazione, poiché indica che su ogni 1000 minorenni in carico ai Servizi Sociali, 193 di loro subiscono forme di maltrattamento (1 bambino ogni 7). Esaminando attentamente i dati emerge chiaramente come nel nostro Paese la forma predominante di maltrattamento infantile è la “Patologia delle cure”. Questo tipo di maltrattamento si manifesta qualora il bambino non riceva cure adeguate, anche in relazione al suo stadio di sviluppo. La caratteristica distintiva di questa forma di maltrattamento è rappresentata da comportamenti omessi, il che rende particolarmente ardua la sua identificazione. La conseguenza diretta di questa difficoltà nell’individuazione è il rischio di ritardare le azioni correttive, con conseguente minore efficacia nel proteggere il bambino coinvolto.

La scelta di esplorare in dettaglio la tematica del maltrattamento infantile e, in particolare, della negligenza all’infanzia, è giustificata dalla necessità di acquisire una base solida di conoscenze e competenze per affrontare con maggiore consapevolezza le sfide che potrebbero presentarsi nel percorso professionale futuro e che attualmente sono all’ordine del giorno nell’ambito della tutela dei minori.

Per quanto concerne la struttura argomentativa della tesi, essa si articola in tre capitoli. Nel dettaglio, nel primo capitolo viene delineato un quadro completo del fenomeno del maltrattamento infantile, descrivendone le varie forme e definizioni. Successivamente, il capitolo si concentra sull’analisi dei fattori di rischio e di protezione che influenzano le dinamiche delle situazioni familiari coinvolte nel maltrattamento infantile. Identificare questi fattori è cruciale, poiché fornisce una base solida per valutare le situazioni familiari e determinare quali misure preventive e interventi siano più adatti per promuovere il benessere e la sicurezza dei bambini coinvolti.

Nel secondo capitolo, si approfondiscono in modo specifico le conseguenze della negligenza sui minori. Queste conseguenze si riflettono in vari ambiti fondamentali della vita del bambino, influenzando la salute fisica, mentale ed emotiva, le performance scolastiche e il processo di apprendimento, così come le relazioni sociali e amicali. Inoltre, si analizzano le conseguenze della negligenza nelle diverse fasi di sviluppo del bambino, comprese l’età prescolare, l’età scolare e l’adolescenza. Ogni fase presenta sfide specifiche e la negligenza può avere impatti diversi su ciascuna di esse, influenzando la crescita e lo sviluppo del bambino in modi diversi.

Il terzo e ultimo capitolo si concentra sulla crucialità degli interventi precoci che

gli operatori sociosanitari possono mettere in atto per promuovere la protezione e il benessere dei minori. Innanzitutto, viene approfondito il tema della prevenzione, con uno sguardo particolare alle sfide e alle criticità che questa pratica comporta nel contesto italiano, soprattutto nell'ambito del lavoro sociale. Inoltre, si esaminano i costi che lo Stato deve sostenere per contrastare e trattare la violenza nei confronti dei minori. Successivamente, vengono presentati vari programmi di prevenzione del maltrattamento, suddivisi in strategie ambientali, strategie relazionali e strategie individuali. La scelta di porre l'accento sulla prevenzione deriva dalla consapevolezza che essa rappresenta il primo e più tempestivo tra gli interventi possibili per contrastare il sorgere del maltrattamento. Infine, l'ultima parte di questo capitolo è dedicata agli interventi condotti dai professionisti quando il maltrattamento è stato confermato.

CAPITOLO I

La negligenza

1.1. Il maltrattamento nella storia

Il maltrattamento sui minori è un fenomeno universalmente presente, in quanto fin dall'antichità e in ogni luogo del mondo si sono verificati episodi tali da poter essere definiti come abusi o violenza all'infanzia. Il concetto di maltrattamento assume però una connotazione e un significato differente a seconda del contesto culturale, storico, sociale e normativo a cui fa riferimento. Nel corso della storia, infatti, i minori hanno subito differenti forme gravi di maltrattamento, alcune delle quali hanno lasciato cicatrici profonde nella società e nella memoria collettiva.

In passato, genitori, anziani e saggi potevano scegliere di porre fine alla vita dei bambini. Per esempio, i neonati con malformazioni erano considerati solamente un peso inutile per la società e per tale motivo era concesso decretare la loro morte. Ciò era quanto avveniva nell'Antica Grecia, ma lo scenario che si presentava a Roma non era poi così diverso: il padre, capofamiglia autoritario, deteneva il potere assoluto nei confronti del proprio figlio e poteva liberamente scegliere se abbandonarlo, anche in fasce, venderlo o, addirittura, ucciderlo. Solamente a partire dal 374 d.C. l'uccisione di un bambino inizierà ad essere considerata un vero e proprio omicidio, allo stesso modo di tutte le altre forme di omicidio esistenti e riconosciute. In generale, nel Medioevo, vi era una forte tendenza a negare ai bambini l'infanzia e a ridurre il più possibile la durata di questo periodo di vita, portando i bambini a lasciare prematuramente le loro famiglie d'origine. Il bambino era considerato un essere difettoso perché non ha ancora le caratteristiche fisiche e psicologiche per essere considerato un adulto, visione che crea l'idea di inferiorità del bambino al quale può essere praticata qualsiasi forma di abuso: le percosse e le punizioni corporali erano considerate ottimi strumenti educativi, capaci di comandare e imporre disciplina. Tuttavia, la situazione non è migliorata con l'avvento della Rivoluzione

industriale in quanto sfruttamenti e maltrattamenti rimanevano all'ordine del giorno. I figli erano considerati come forza lavoro da sfruttare: le mansioni svolte dai minori erano estenuanti (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. Il lavoro minorile è un esempio chiaro della realtà del maltrattamento in quanto i bambini venivano costretti a svolgere lavori pericolosi e faticosi, senza alcuna tutela. Inoltre, in molte società, la povertà spingeva le famiglie a mettere i propri figli al lavoro fin da età molto giovane, privandoli dell'opportunità di un'educazione adeguata e di un'infanzia sana.

I bambini hanno iniziato ad essere stati visti come una preoccupazione pubblica e sociale dal 1858, anno in cui Charles Dickens lanciò una campagna per proteggere i bambini e sostenne il *Great Ormond Street Hospital for Children* di Londra: all'interno delle sue opere letterarie emerge la denuncia sociale nei confronti delle situazioni in cui versavano molti minori, come il bambino morto a causa di una grave trascuratezza. Un altro episodio di rilevante importanza sociale risale al 1874, quando l'infermiera Etta Wheeler, preoccupata per le urla provenienti dalla casa dei vicini e dopo aver visto una bambina di 8 anni chiusa fuori casa al freddo e senza vestiti, decise di denunciare la situazione. La minore, infatti, era sottoposta a percosse e insulti: era relegata all'interno di un contesto altamente pregiudizievole. La vicenda fece molto scalpore, tant'è che nello stesso anno venne fondata la *Society for the Prevention of Cruelty to Children* (SPCC), la quale iniziò un impressionante movimento per la protezione dei bambini (Miller-Perrin, 2013).

A partire da questa realtà, prendono forma i pilastri legislativi internazionali che hanno segnato i passi verso una cultura dei diritti dei minori, e conseguentemente della loro tutela:

- la Dichiarazione di Ginevra sui diritti del bambini, redatta nel 1924 dalla Società delle Nazioni Unite: presenta alcuni diritti ritenuti fondamentali per lo sviluppo del bambino e chiede alla comunità di provvedere all'applicazione di tali diritti;
- la Dichiarazione dei diritti del fanciullo, adottata nel 1959 dall'Assemblea Generale delle Nazioni Unite: amplia la precedente Dichiarazione, identificando il minore alla pari di qualsiasi altro essere umano portatore

di diritti. Inoltre, pone il focus sul divieto di sfruttamento e abuso verso i bambini e mette in luce la necessità di educare i minori alla comprensione, alla pace e alla tolleranza. Nel 1986, tale documento è stato rivisto per ribadire il divieto di abusi e maltrattamenti sui minori;

- la Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti del fanciullo, approvata e adottata nel 1989 dall'Assemblea Generale della Nazioni Unite (ratificata dall'Italia nel 1991 con la legge 176): accentua l'idea secondo la quale esiste un superiore interesse del minore per qualsiasi istituto giuridico, provvedimento o iniziativa, sottolineando l'importanza di rispettare il diritto del minore ad essere ascoltato e interpellato nelle decisioni che lo riguardano

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

1.2. Definire il maltrattamento

Risulta difficile individuare una definizione univoca di maltrattamento all'infanzia, in quanto diverse discipline si interessano e si occupano, in maniera diversa, di tale fenomeno. Basti pensare alla psicologia, al servizio sociale, alle discipline giuridiche, le quali possono entrare in contatto con tale fenomeno e sono chiamate ad agire e affrontare le situazioni di abuso mettendo in campo le specifiche competenze professionali.

Una prima definizione da prendere in considerazione è quella fornita dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (WHO, 2006), secondo la quale per maltrattamenti infantili si intende *“ogni genere di maltrattamento fisico e/o emotivo, abuso sessuale, abbandono, negligenza e sfruttamento a fini commerciali o di altra natura, che abbia come conseguenza un danno reale o potenziale per la salute, la sopravvivenza, lo sviluppo o la dignità del bambino nel contesto di un rapporto di responsabilità, fiducia o potere”*. Un'altra definizione viene fornita dal Consiglio d'Europa (1978), per cui 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". Interessante risulta anche quanto dichiarato dal National Center of Child Abuse and Neglect nel 1981: "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".

Esaminando le diverse definizioni, si nota come il maltrattamento sui minori venga descritto come un comportamento negativo e dannoso nei confronti di chi lo subisce. Esso comprende tutte le forme di abuso fisico e/o psico-emozionale, di abuso sessuale, di trascuratezza o di trattamento negligente, di sfruttamento commerciale o l'assenza di cure. È importante considerare come il danno provocato possa portare a una compromissione dello stato di salute del minore, essendo il danno provocato reale, potenziale o evolutivo. Inoltre, è fondamentale sottolineare che l'autore del maltrattamento non deve essere esclusivamente la figura genitoriale, ma può riguardare qualsiasi membro della famiglia allargata (come nonni, zii, parenti), altri soggetti (amici, conoscenti, ma anche estranei) o figure con una posizione dominante rispetto al minore, quali insegnanti.

Finora si è sempre parlato di maltrattamento al singolare, anche se sarebbe più corretto parlarne al plurale in quanto tale termine si è ampliato sempre più, divenendo onnicomprensivo di varie forme di abuso. Ad oggi, le forme di maltrattamento riconosciute sono: maltrattamento fisico, maltrattamento psicologico, patologia delle cure, abuso sessuale e violenza assistita. Inoltre, è importante sottolineare che un bambino maltrattato raramente è esposto a un'unica e specifica forma di violenza, ma più spesso subisce molteplici forme di violenza nel corso della sua vita, anche contemporaneamente.

Per maltrattamento fisico si intende un atto intenzionale di violenza fisica da parte

di un soggetto che si trova in una posizione di superiorità rispetto al minore. Tale tipologia di maltrattamento, oltre a rappresentare una violazione dei diritti fondamentali dei bambini a vivere in un ambiente sicuro e amorevole, è una forma devastante di abuso che può influenzare lo sviluppo cognitivo, emotivo e sociale dei bambini con gravi conseguenze sia a breve che a lungo termine sulla salute e sul benessere emotivo dei bambini e può manifestarsi sotto forma di lesioni fisiche, come contusioni, ematomi, cicatrici, ustioni, graffi. Dal punto di vista diagnostico, questa tipologia di maltrattamento è la più semplice da diagnosticare in quanto lascia nel bambino segni manifesti e ben visibili. Tra i maltrattamenti fisici, una forma grave è la *Shaken Baby Syndrome* (SBS) o Sindrome del bambino scosso: il bambino viene afferrato per il torace o per gli arti e scosso con una notevole quantità di forza fino a generare violenti movimenti di flessione e ipertensione, con conseguente scuotimento della massa cerebrale. Tale sindrome è stata riconosciuta come una tra le principali cause che possono portare alla morte del bambino stesso (Segatto & Dal Ben, 2020). Il periodo maggiormente vulnerabile per tale Sindrome è stato identificato tra le prime due settimane di vita e i sei mesi, ovvero quando i neonati hanno maggiori esigenze di bisogni primari.

Il maltrattamento psicologico consiste in una serie di atti di omissione o nell'esecuzione di azioni che sono considerate dannose sul piano psicologico, azioni che possono manifestarsi sia attraverso comportamenti verbali sia non verbali dannosi, quali denigrare, ignorare, sfruttare, corrompere, aggredire verbalmente e minacciare. Si tratta di azioni che intaccano negativamente, in modo immediato o nel lungo periodo, il comportamento, il funzionamento affettivo, le capacità cognitive o le funzioni fisiche del bambino (Bianchi & Scabini, 1991). I bambini vittime di abuso psicologico vivono in un clima di paura e ansia costante, in quanto possono essere costretti a sopportare insulti costanti, messaggi negativi sulla loro autostima e, di conseguenza, quest'ultima può essere gravemente danneggiata. Inoltre, provano diversi sentimenti, i quali vanno dalla depressione alla mortificazione, dall'umiliazione alla vergogna. Tali sentimenti possono portare a problematiche psicologiche e psicopatologiche in età adulta, tra cui depressione, ansia, disturbo post-traumatico da stress (PTSD), bassa autostima, disregolazione emotiva e comportamentale, conflitto interpersonale, scarse competenze sociali (Coates & Messnam-Moore, 2014; Evans, Steel & Di Lillo, 2013). È essenziale comprendere che il maltrattamento psicologico può essere altrettanto o addirittura più dannoso del

maltrattamento fisico, poiché le ferite emotive possono manifestarsi in maniera più profonda e persistente per periodi prolungati prima di essere riconosciute.

Incuria, discuria e ipercura costituiscono la cosiddetta “Patologia delle cure”: si tratta di una condizione in cui i genitori o le persone legalmente responsabili dei minori non si prendono cura adeguatamente dei bisogni fisici e/o mentali dei bambini, in base alla loro età e al livello di sviluppo. L’incuria, o trascuratezza, fa riferimento a tutte quelle situazioni in cui al minore non vengono garantite le condizioni e le cure essenziali per uno sano sviluppo psico-fisico, quali l’igiene e/o una nutrizione adeguata. Di questa si parlerà in modo approfondito in questo lavoro di tesi a partire dal prossimo paragrafo. La discuria si riferisce a cure fornite in maniera “distorta” e inadeguata nei confronti del minore (iperprotettività, aspettative irrazionali): i bambini vengono trattati come se avessero un’età inferiore a quella anagrafica o, viceversa, tutte le situazioni in cui i genitori pretendono prestazioni eccessivamente complesse rispetto alla reale età del minore (Dal Ben & Segatto, 2020). Infine, l’ipercura si caratterizza per un’eccessiva cura del bambino, la quale può risultare dannosa per la salute dello stesso: si tratta di una cura eccessiva dello stato fisico del bambino, caratterizzata da una persistente e dannosa medicalizzazione. Tale patologia è difficile da intercettare in quanto non esistono dei parametri relativi al giusto e normale livello di attenzione che gli adulti dovrebbero mettere in atto nei confronti dei minori. L’ipercura si distingue in tre principali forme: il *chemical abuse*, la Sindrome di Münchhausen per procura e il *medical shopping* e (Montecchi, 2011). Il *chemical abuse* si riferisce all’uso improprio e spropositato di sostanze chimiche, maggiormente farmaci, che possono causare gravi danni, fisici e psicologici, al minore. La Sindrome di Münchhausen per procura è una psicopatologia, il cui disturbo mentale affligge per lo più madri che arrecano un danno fisico al figlio per attirare l’attenzione su di sé: il bambino viene usato quindi per appagare un desiderio, inconscio, del genitore di mettere in atto un dramma personale al fine di rinforzare la relazione con i medici e l’ambiente ospedaliero. Mentre il *medical shopping* è associato al comportamento del genitore che cerca opinioni o cure mediche da diversi professionisti o strutture sanitarie, poiché convinto che il proprio figlio soffra di una malattia cronica o grave, oppure per timore di disturbi fisici che il bambino in realtà non presenta.

L’abuso sessuale consiste nel coinvolgimento di minori, soggetti per definizione immaturi e psicologicamente dipendenti, in attività sessuali che essi non comprendono

ancora completamente e alle quali non sono in grado di opporsi e reagire con consapevolezza. Si tratta, però, di una definizione molto generale in quanto la violenza sessuale comprende una serie di comportamenti diversi tra loro: molestie sessuali, stupro, pornografia infantile e sfruttamento sessuale. La prima distinzione da notare è quella tra abuso con o senza contatto fisico. Il primo caso si verifica qualora vi sia penetrazione o un qualsiasi contatto sessualmente allusivo; il secondo caso raggruppa tutte quelle attività che vedono il minore coinvolto in pornografia, esposizione dello stesso ad un linguaggio erotizzato ed erotizzante, voyeurismo (Finkelhor, 1994). È possibile effettuare un'ulteriore differenza in vista del fatto che la violenza venga commessa all'interno o al di fuori delle mura domestiche (Jones & Morris, 2007). Nel primo caso parliamo di abuso intrafamiliare, in quanto l'autore della violenza è una persona profondamente legata alla vittima; la seconda tipologia, ovvero l'abuso sessuale extrafamiliare, è commessa da persone non appartenenti alla famiglia del minore, e quest'ultima spesso ignora l'evento maltrattante subito dal minore. Le vittime di abuso sessuale minorile possono sperimentare conseguenze devastanti sulla loro salute fisica e mentale, dando origine a dei traumi che possono influenzare in modo drastico il normale sviluppo dei minori e lasciare cicatrici profonde che possono durare per tutta la vita.

La violenza assistita rappresenta una forma indiretta di violenza, che non viene agita direttamente sul bambino, ma su altri individui presenti in famiglia (Cismai, 2006). Quando il contesto di violenza coinvolge i genitori, il bambino solitamente tende a reagire in modi diversi a seconda del proprio genere: le bambine solitamente si immedesimano con la madre vittima, sviluppando un senso di inadeguatezza che può avere un impatto negativo sulla loro autostima; al contrario, i bambini maschi possono percepire la figura maschile coinvolta nella violenza come negativa e possono essere portati ad aiutare e sostenere attivamente la propria madre, oppure possono identificarsi con il padre, percependolo come una figura forte e potente. Queste dinamiche complesse possono avere effetti significativi sullo sviluppo emotivo e cognitivo dei bambini. La bambina che si identifica con la madre può crescere con una percezione distorta di sé stessa, mentre il bambino maschio che sceglie di sostenere la madre potrebbe sperimentare sentimenti di confusione e colpa. Allo stesso modo, l'identificazione con il padre può comportare una visione distorta dei ruoli di genere e una tendenza a replicare schemi di comportamento negativi (Save the Children, 2021).

1.3. Definizione e manifestazioni della negligenza

Sebbene le parole negligenza, trascuratezza e incuria siano differenti tra loro dal punto di vista lessicale, convergono in significati complementari quando si riferiscono alle azioni delle figure di riferimento nei confronti del minore che dovrebbero assistere. Il concetto di negligenza denota una *“mancanza di impegno, di attenzione, d’interessamento nel compimento dei propri doveri, nell’espletamento delle mansioni affidate”* (Istituto della Enciclopedia Italiana, s.d.); trascuratezza ha origine dal verbo trascurare, il quale indica il *“non curare abbastanza, non seguire con l’impegno o con l’attenzione necessari”* (De Agostini Scuola S.p.A., 2010); infine, incuria definisce la *“mancanza di cure”* (ItaliaOnline, s.d.). Questi tre termini, come osservato, sono sinonimi e indicano l’assenza di responsabilità nella gestione di un impegno. Applicati al contesto in questione, queste definizioni possono essere interpretate come la mancanza di assunzione di responsabilità da parte dei genitori nei confronti dei loro figli.

La negligenza (neglect) o incuria, che come specificato poc’anzi rientra nelle Patologie delle cure, rappresenta l’incapacità a provvedere allo sviluppo del bambino in tutti i suoi aspetti (salute, educazione, sviluppo emozionale, nutrizione, protezione e condizioni di vita sicure), nel contesto delle risorse ragionevolmente disponibili alla famiglia che causi, o abbia un’elevata probabilità di causare, un danno alla salute del bambino o al suo sviluppo fisico, mentale, spirituale, morale o sociale. Il neglect può essere considerato un sintomo, in quanto non sempre è qualcosa di visibile ma molto spesso viene solamente riferito: la trascuratezza è, appunto, difficile da misurare dal momento che non è solo fisica.

Esistono, infatti, tre diverse tipologie di incuria: trascuratezza fisica, trascuratezza educativa e trascuratezza psicologica/emotiva. La trascuratezza fisica è quella maggiormente visibile e si caratterizza dalla mancanza di cura materiale, concreta e fisica del bambino da parte dei caregivers, portando a un’incompleta soddisfazione dei bisogni primari, come il vestiario, le cure igieniche, le cure mediche e la nutrizione. Le conseguenze si notano facilmente poiché i bambini iniziano a manifestare vere e proprie patologie mediche: essi, infatti, possono apparire molto magri o, al contrario, in sovrappeso e sono maggiormente soggetti alla comparsa di malattie della pelle (Hobbs &

Wynne, 2002; Berry, Charlson & Dawson, 2003). Al contrario della trascuratezza fisica, la trascuratezza psicologica o emotiva è la più difficile da rilevare, nonostante produca conseguenze ben peggiori e più durature. In questo caso, i caregivers non rispettano le necessità del minore a livello emotivo e affettivo (non ricambiare un sorriso, non dare attenzioni al minore), mettendo in atto azioni o omissioni che possono portare allo sviluppo di disturbi psicologici (Bowlby, 1969). Infine, la trascuratezza educativa si evince dalla difficoltà dei genitori nell'educare i figli o dall'importante livello di dispersione scolastica. Tra i compiti del genitore vi è anche quello di educare i figli: non dare regole a un bambino non significa farlo crescere libero e sereno, ma vuol dire lasciarlo preda di angosce e reazioni emotive incontrollate, oltre che all'incapacità di gestire le frustrazioni. Per questo motivo, non essere in grado di dare delle regole e di educare al loro rispetto, costituisce una forma di trascuratezza, alla pari del disinteresse verso gli aspetti scolastici e socializzanti (National Scientific Council on the Developing Child, 2012).

La patologia delle cure è una delle forme di maltrattamento che emerge con maggiore frequenza all'interno di famiglie caratterizzate da alti livelli di stress, limitate capacità di far fronte alle situazioni complesse e percepite come vulnerabili. Solitamente, in questi scenari non esiste nemmeno una rete di supporto e la comunità presta poca attenzione ai bisogni delle famiglie.

1.3.1. Fattori di rischio e cause sottostanti

Ci sono diverse situazioni e circostanze, personali e socio-familiari, che possono essere predittive di comportamenti maltrattanti da parte dei caregivers. Non è un caso che l'emergere di questi tratti aumenti le probabilità che i bambini diventino vittime di violenza. Non si deve presumere che esista un nesso causale tra la presenza di tali fattori e l'esecuzione dell'abuso, perché si andrebbe a semplificare il problema. Piuttosto, è più corretto pensarli come campanelli d'allarme che richiedono un intervento precoce al fine di evitare drammatici epiloghi. In letteratura, tali campanelli d'allarme vengono considerati come fattori di rischio, ovvero 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”* (Segatto & Dal Ben, 2020, p.24).

Vengono riconosciute tre principali casistiche di fattori di rischio: cause legate alle caratteristiche della personalità dell'autore, cause legate alle caratteristiche della vittima, cause legate all'ambiente.

a) Cause legate alle caratteristiche della personalità dell'autore

Generalmente sono i genitori ad essere gli autori del maltrattamento. Per questa categoria è importante considerare come causa il ciclo intergenerazionale della violenza: genitori che sono stati a loro volta bambini maltrattati possono con maggior frequenza diventare genitori maltrattanti. Inoltre, tra le principali caratteristiche genitoriali che portano al maltrattamento dei propri figli troviamo malattie fisiche, malattie mentali, deficit cognitivi, abuso di sostanze, violenza domestica, storia di abuso infantile del genitore, bassa autostima e inadeguata sensibilità genitoriale.

È importante tenere a mente che quando si parla di neglect si parla di genitori, ma in modo particolare di madri, che ove si trovino già a vivere un periodo difficile, è altamente improbabile che sia in grado di soddisfare efficacemente tutti i bisogni e le richieste del suo bambino. Consideriamo ora tre tipologie di difficoltà legate alla madre che possono avere degli esiti spiacevoli per lo sviluppo del bambino: disturbo depressivo maggiore, disturbo da uso di sostanze, disturbo di personalità borderline.

Nel caso di disturbo depressivo maggiore vi è la tendenza a valutare le situazioni in un'ottica negativa tale per cui anche i giudizi personali sulla qualità delle interazioni familiari potrebbero venire alterati. Si parla infatti di triade negativa: visione negativa del sé, del mondo e del futuro. È una delle psicopatologie più diffuse e invalidanti, che si accentua quando si hanno figli (soprattutto nel primo anno di vita del bambino), poiché ci sono nuove identità e nuove responsabilità che il nuovo ruolo genitoriale richiede. Le donne che hanno subito neglect fisico hanno maggior rischio di depressione in gravidanza e post-partum. La depressione impedisce alle madri di dimostrare un adeguato livello di sensibilità verso i bisogni fisici ed emotivi dei figli, fino alla completa indisponibilità nei loro confronti. All'interno di questa psicopatologia materna ci possono essere due tipi di parenting: parenting negativo, con modalità rigide e severe e maggior numero di punizioni corporali, o un parenting disimpegnato, caratterizzato per la mancanza di impegno e coinvolgimento nella costruzione della relazione madre-figlio, con comportamenti di ritiro e inibizione. Gli esiti di questa psicopatologia portano i figli di madri depresse ad

avere maggiori probabilità di manifestare comportamenti disadattivi: attaccamento insicuro, problemi sociali, difficoltà di regolazione emotiva, problemi scolastici.

Le madri con disturbo da uso di sostanze trascorrono meno tempo con i loro figli e vigilano meno sulla loro salute, a causa soprattutto della grande quantità di tempo che passano nella ricerca della sostanza, al suo consumo e al recupero dai suoi effetti. A livello cognitivo, tale patologia crea problemi nelle funzioni esecutive: per queste madri è più difficile pianificare e strutturare un adeguato ambiente di vita per i loro figli. I bambini con madri tossicodipendenti possono essere esposti a maggiori condizioni violente (ricerca droga, violenza domestica, conflitti coniugali) e a maggiori traumi; a maggior rischio di maltrattamento, specialmente abusi fisici e neglect; mostrano una predominanza di affetti negativi e minori espressioni facciali di interesse, piacere e divertimento; sono bambini caratterizzati da impulsività, aggressività e distruttività; e, infine, sono sottoposti a un alto rischio di abuso di sostanze in adolescenza.

Infine, nel disturbo di personalità borderline vi è un deficit nella regolazione emotiva, nelle relazioni interpersonali e nel controllo degli impulsi. Le madri con tale patologia oscillano continuamente tra momenti di ipo- e momenti di iper- coinvolgimento con i figli: incapacità di identificare le emozioni, di assumere la prospettiva del bambino e di rispondere in modo adeguato ai suoi bisogni. I bambini con madri con disturbo di personalità borderline possono presentare problematiche relative alla mentalizzazione, nel riconoscimento delle emozioni; rischio più grande è lo sviluppo di uno stile di attaccamento disorganizzato.

b) Cause legate alle caratteristiche della vittima

Oltre alle caratteristiche dei genitori, è importante riconoscere che anche le caratteristiche del bambino possono giocare un ruolo nella comprensione dei comportamenti maltrattanti. In questa prospettiva, si individuano diversi fattori che possono contribuire a tali comportamenti.

Una delle situazioni più delicate è rappresentata dai bambini nati da gravidanze indesiderate o da genitori minorenni, poiché questi bambini possono talvolta non corrispondere alle idee preconcepite o alle aspettative dei genitori, aumentando così il rischio di maltrattamenti. Allo stesso modo, i bambini con disabilità fisiche o mentali, sensoriali o comportamentali possono suscitare sfide aggiuntive per i genitori, innescando

risposte negative o maltrattamenti dovuti a sentimenti di frustrazione o inadeguatezza dei genitori (Bowlby, 1969).

Le complicanze perinatali o la prematurità del bambino possono anche essere fattori di stress aggiuntivi per i genitori, potendo aumentare il rischio di comportamenti maltrattanti. È importante sottolineare che le circostanze della nascita e le condizioni del bambino non dovrebbero mai giustificare il maltrattamento, ma possono contribuire a comprendere le dinamiche familiari (Shonkoff e Bales, 2011).

Inoltre, va evidenziato che le statistiche dimostrano che il genere del bambino gioca un ruolo significativo nelle possibilità di subire violenza, con una maggiore vulnerabilità per le bambine. Questo può essere dovuto a stereotipi di genere radicati o a disuguaglianze culturali che mettono le bambine in una posizione di maggior rischio.

c) Cause legate all'ambiente

È possibile individuare come causa di maltrattamenti all'infanzia anche alcuni fattori legati al mondo esterno alla famiglia, quali la società e la comunità. Sono a maggior rischio di maltrattamento e abuso i bambini, le cui famiglie non sono collocate all'interno di alcune reti di supporto o i genitori che optano per l'isolamento sociale rispetto a centri di aggregazione. A rischio sono anche le famiglie che vivono in una società che non ha consapevolezza dell'importanza dell'infanzia, una società povera e con poche risorse economiche, o con rigide credenze culturali e religiose da rispettare.

Quando parliamo di fattori ambientali, è interessante osservare anche il modello Fit-Misfit (Brunner, 2013), il quale funge da chiave di lettura circa l'influenzamento reciproco tra bisogno del bambino e risposte ricevute dall'ambiente. Tale modello illustra, appunto, come il bambino e l'ambiente si influenzano reciprocamente. Questo modello pone le sue fondamenta partendo dal principio che il bambino può svilupparsi in modo corretto, qualora sussista una corrispondenza (= Fit) tra i suoi bisogni e le risposte ricevute dall'ambiente esterno, nell'ambito della sicurezza, nel riconoscimento sociale e nello sviluppo dell'apprendimento. Se, al contrario, non vengono soddisfatti i bisogni individuali, il bambino può reagire manifestando comportamenti a vari livelli di gravità: compromissione nell'area del benessere e dell'autostima; comportamento reattivo; disturbo del comportamento, sintomi psicosomatici e ritardo dello sviluppo; rassegnazione.

Ad ogni modo, come emerge dalle ricerche sui maltrattamenti infantili, va precisato che non è sufficiente la presenza di uno solo di questi fattori a determinare il comportamento maltrattante, bensì esso è spesso l'esito di un'interazione di più fattori tra loro (Cicchetti & Toth, 2005).

1.3.2. Fattori di protezione

Si intendono tutti quegli elementi in grado di preservare il bambino dal fenomeno del maltrattamento, come anche le caratteristiche proprie del minore che gli permettono di riprendere il proprio sviluppo nel migliore dei modi possibili, a seguito di un episodio di abuso (Milani, 2010).

I fattori di protezione dal maltrattamento sono, quindi, elementi o risorse che possono ridurre la probabilità che un individuo sia vittima di maltrattamenti o abusi. Questi fattori aiutano a promuovere il benessere e la resilienza nelle persone, rendendole meno vulnerabili agli effetti negativi del maltrattamento. Sono considerati dei fattori di protezione perché hanno dimostrato di offrire una sorta di “scudo” contro il rischio di abusi o situazioni dannose.

Tra tali fattori possiamo includere: un ambiente familiare positivo, amorevole, stabile e di supporto può aiutare a proteggere i membri della famiglia dal maltrattamento (Bowlby, 1969); relazioni familiari positive e comunicazione aperta sono essenziali nel promuovere un ambiente sano (Cicchetti & Toth, 2005); supporto sociale da amici, parenti o figure significative nella vita di una persona può essere un fattore di protezione contro il maltrattamento, in quanto il senso di appartenenza a una rete sociale solida può fornire supporto emotivo e pratico; le competenze per affrontare lo stress e risolvere i problemi possono aiutare una persona a fronteggiare meglio le situazioni difficili e a ridurre il rischio di maltrattamento; la disponibilità di accesso ai servizi di assistenza sociale, consulenza, protezione dell'infanzia e altre risorse può essere un fattore chiave nel prevenire il maltrattamento e nell'intervenire quando si verifica; infine, una buona autostima può aiutare a costruire una resistenza psicologica e a proteggere da situazioni negative (Bowlby, 1969).

È importante notare che i fattori di protezione possono variare a seconda delle diverse situazioni e delle diverse fasi della vita di una persona. La presenza di questi fattori non garantisce l'assenza di maltrattamento, ma può contribuire a ridurre il rischio

e a mitigare gli effetti negativi in caso di maltrattamento. Inoltre, l'intervento tempestivo e appropriato può essere cruciale nel proteggere le persone dal maltrattamento e nel fornire loro il supporto necessario per superare tali situazioni difficili.

CAPITOLO II

Come la negligenza influisce sulla vita dei minori

2.1. La negligenza in relazione alle varie fasi di sviluppo

La negligenza assume diverse sfaccettature a seconda delle fasi di crescita attraversate dai bambini.

Per ottenere una comprensione approfondita degli impatti della trascuratezza infantile sullo sviluppo del bambino, si è fatto riferimento al lavoro di Hildyard e Wolfe (2002), pubblicato nella rivista “*Child Abuse and Neglect*”. In questo articolo, vengono analizzate le conseguenze della trascuratezza in relazione a tre diverse fasce d’età, considerando i rispettivi processi di sviluppo.

2.1.1. Età prescolare

La prima fase di sviluppo considerata riguarda i neonati e i bambini in età prescolare, cioè il periodo precedente all’inizio della scuola. Uno studio prospettico longitudinale condotto dal *Minnesota Mother-Child Project*, che ha seguito il progresso dei bambini nati da madri identificate precocemente come ad alto rischio, ha evidenziato l’impatto negativo della trascuratezza sulla loro crescita. Questa ricerca ha rivelato che, a 24 mesi di età, i bambini con un passato di trascuratezza fisica manifestavano un minor entusiasmo, maggiore frustrazione e difficoltà nella risoluzione dei problemi. A 42 mesi, quando viene loro presentata una scatola contenente un giocattolo impossibile da estrarre, i bambini trascurati dimostrano un limitato controllo degli impulsi e una minore creatività nel trovare soluzioni. Questi studi hanno contribuito a stabilire una correlazione tra la trascuratezza e i ritardi effettivi nello sviluppo precoce. Effettivamente, all’asilo, i bambini che hanno sperimentato la trascuratezza mostrano prestazioni scolastiche significativamente inferiori rispetto ai loro coetanei che avevano affrontato maltrattamenti in altri contesti. In seguito, sono state esaminate le dinamiche di sviluppo

legate agli aspetti socio-emotivi, concentrandosi in particolare sull'attaccamento, la percezione di sé e i comportamenti manifestati dai minori. Diverse indagini, tra cui quella condotta nel contesto del progetto Minnesota, hanno riportato che i bambini esposti a trascuratezza precoce spesso sviluppano forme di attaccamento ansioso, disorganizzato e insicuro nei confronti delle loro figure di riferimento. È interessante notare come inizialmente, nei bambini trascurati emotivamente, possa formarsi un attaccamento sicuro entro i primi 12 mesi di vita, ma tale dinamica tende a modificarsi, diventando ansiosa intorno ai 18 mesi. I bambini che hanno vissuto trascuratezza in età prescolare sviluppano una percezione negativa di sé stessi, influenzata dall'esperienza relazionale con il genitore, che spesso è carente e traumatica per il bambino. Questo tipo di interazione precoce porta il bambino a credere di non meritare affetto e di non essere amato. Questa percezione negativa di sé si traduce in difficoltà nell'adattamento sociale, poiché i bambini che hanno sperimentato trascuratezza tendono a isolarsi durante il gioco. A causa delle molteplici sfide nell'ottenere risposte ai propri bisogni e richieste, manifestano anche notevoli difficoltà nel gestire lo stress e regolare le emozioni. Questo può ostacolare la loro capacità di riconoscere e comprendere le emozioni altrui, compromettendo così le loro abilità relazionali. Spesso ciò è dovuto alla mancanza di risposta emotiva da parte dei genitori, che esprimono poche emozioni, prevalentemente negative.

I risultati precedentemente esposti sottolineano l'importanza cruciale dell'assistenza nei primi anni di crescita, noti come i "1000 giorni" del bambino. Numerosi studi indicano che un intervento efficace durante questi primi mille giorni, che coprono il periodo dalla nascita al compimento del secondo anno di vita del bambino, può mitigare i danni e promuovere un sano sviluppo psicologico, sociale e fisico. Tuttavia, è rilevante notare che situazioni di fragilità, come lutti o malattie dei genitori, sperimentate durante questo arco temporale, possono portare i genitori stessi a trascurare le necessità del bambino, mettendo a rischio il suo normale sviluppo¹.

2.1.2. Età scolare

Hildyard e Wolfe (2002) dimostrano che i bambini trascurati, coerentemente con

¹ Tavolo tecnico in materia di tutela e promozione della salute nei primi 1000 giorni di vita: dal concepimento ai due anni di età, istituito presso la Direzione generale della prevenzione sanitaria con DD 26 luglio 2016 e prorogato con DD 20 luglio 2017.

quanto osservato durante la fase prescolare, ottengono risultati nettamente inferiori rispetto ai loro coetanei. Questi risultati scolastici scadenti portano spesso gli insegnanti a etichettarli come poco interessati all'apprendimento e distratti, senza esplorare le motivazioni sottostanti che influenzano tali comportamenti.

Per quanto concerne l'autorappresentazione, i bambini in età scolare solitamente mantengono una visione negativa di sé, parallela a quella riscontrata in età prescolare. In questa fase, è comune che essi sviluppino anche una prospettiva altamente negativa del mondo sociale che li circonda. Le sfide nell'ambito sociale e comportamentale persistono tra i bambini trascurati in età scolare, i quali spesso conservano i comportamenti precedentemente descritti, risultando di conseguenza ritirati socialmente e evitando le interazioni con i loro coetanei. Per quanto riguarda il loro benessere emotivo, la difficoltà a stabilire relazioni adeguate per una sana crescita può generare un disagio che spesso si manifesta attraverso l'internalizzazione, ossia una forma di difficoltà emotiva e comportamentale che rimane prevalentemente interna e nascosta. Complessivamente, il quadro che emerge per i bambini in età scolare è simile a quello dei loro coetanei trascurati in età prescolare, caratterizzato da diverse difficoltà cognitive e relazionali.

2.1.3. *Adolescenza e vita adulta*

“Gli adulti con storie di abbandono all'infanzia mostrano punteggi QI inferiori, hanno meno probabilità di diplomarsi alla scuola superiore e hanno una scarsa capacità di lettura rispetto agli adulti che non sono stati trascurati da bambini” (Cirillo, 2021, p. 70). Ciò significa che le esperienze negative durante l'infanzia possono avere un impatto duraturo sulle diverse abilità nella vita adulta.

La grave trascuratezza vissuta durante l'infanzia e l'adolescenza può avere conseguenze devastanti sulle abilità esecutive e sulla capacità di gestire in modo efficace e autonomo le sfide della vita adulta.

All'interno dell'articolo, si è approfondita l'influenza a lungo termine della trascuratezza nell'infanzia sulle abilità cognitive degli individui. È emerso che le persone con un passato di trascuratezza sono più inclini a incorrere in comportamenti devianti, criminali e violenti. Inoltre, è stata evidenziata una connessione tra tali esperienze trascuranti e la manifestazione di disturbi di personalità; in particolare, gli individui che hanno subito queste forme di maltrattamento presentano una probabilità quattro volte

superiore di ricevere una diagnosi di disturbo di personalità rispetto a coloro che non hanno sperimentato trascuratezza. Tuttavia, è importante sottolineare che le conoscenze in questo campo rimangono limitate, e la ricerca disponibile è ancora relativamente scarsa. Di conseguenza, risulta complesso trarre conclusioni definitive sulla relazione che collega le esperienze di trascuratezza in giovane età ai deficit cognitivi ed emotivi, così come alle diverse patologie o difficoltà che possono emergere nella sfera cognitiva e relazionale degli individui adulti.

2.2. Effetti immediati e a lungo termine

2.2.1. Salute mentale, fisica ed emotiva del minore

La negligenza, purtroppo, è un grave problema che può avere un impatto imponente sulla salute mentale, fisica ed emotiva dei minori. Quando i bisogni fondamentali di un bambino, come l'affetto, la sicurezza, l'alimentazione e l'educazione, vengono trascurati, possono scaturire conseguenze anche a lungo termine.

Eventi di questa natura, soprattutto durante le fasi iniziali della vita, incidono sulla formazione della personalità, portando nel corso del tempo a una serie di manifestazioni sintomatiche, quali depressione, disturbi d'ansia, disturbi alimentari, disturbo da stress post-traumatico, disfunzioni sessuali, disturbi della personalità e abuso di sostanze. Nell'immediato e nel breve periodo, soprattutto nei bambini più piccoli, si possono osservare cambiamenti nel loro stato emotivo, pianti, disturbi psicosomatici come cefalee o disturbi gastrointestinali, alterazioni nei loro schemi di sonno e alimentazione, ma anche variazioni nel controllo sfinterico, ossia nella loro capacità di gestire le esigenze di urinare o defecare.

La negligenza è un fattore critico che può avere un impatto significativo sulla salute mentale dei minori, con conseguenze a breve e lungo termine ben documentate nella letteratura scientifica. Numerose ricerche hanno evidenziato una stretta correlazione tra il *neglect* infantile e una vasta gamma di problemi di salute mentale, con una frequente associazione, in particolar modo, al disturbo da stress post-traumatico (PTSD – Post Traumatic Stress Disturb), caratterizzato da sintomi quali il costante ripetersi degli eventi traumatici legati al maltrattamento, la tendenza a evitare individui, luoghi e situazioni

collegati a tali esperienze traumatiche, sentimenti di ansia intensa, terrore, rabbia, colpa o vergogna, e manifestazioni di attenzione eccessiva, irritabilità o altre variazioni nell'umore (Gilbert et al., 2009). Nei bambini sottoposti a maltrattamenti, i sintomi del PTSD spesso si accompagnano ad altri disturbi, quali il disturbo da deficit di attenzione e iperattività (ADHD), disturbi oppositivo-provocatori e di condotta, abuso di sostanze e disturbi dell'umore, ansia, psicosi e problemi di adattamento (Kearney, Wechsler, Kaur & Lemos-Miller, 2010). Inoltre, lo studio condotto da Barnett e collaboratori (2018) ha aggiunto un ulteriore strato di comprensione su come la negligenza possa influenzare il corso di vita dei minori. Questo studio ha evidenziato una correlazione significativa tra la negligenza infantile e il rischio di sviluppare comportamenti di abuso di sostanze in adolescenza e età adulta. Tale collegamento sottolinea come l'assenza di cure adeguate durante l'infanzia possa portare a strategie di coping disfunzionali, come l'uso di sostanze stupefacenti, nel tentativo di far fronte alle sfide emotive e psicologiche causate dalla negligenza. Infatti, i giovani che crescono in famiglie dove mancano la stabilità e il supporto emotivo possono cercare conforto nell'abuso di sostanze, spesso in un tentativo di affrontare il dolore e lo stress emotivo. Le sostanze possono temporaneamente alleviare il disagio, ma alla lunga possono portare a una dipendenza nociva. Inoltre, la negligenza infantile può anche influenzare il coinvolgimento dei giovani nella delinquenza. Quando i bambini non ricevono la supervisione e l'orientamento necessari da parte dei loro genitori o dei caregiver, possono essere più inclini a cedere alle tentazioni negative dell'ambiente circostante. La mancanza di un modello positivo di comportamento e l'assenza di regole chiare possono portare i giovani a comportamenti antisociali, come il furto, la violenza o il coinvolgimento in gang. È importante notare che non tutti i giovani che sono stati vittime di negligenza infantile sviluppano problemi di abuso di sostanze o diventano delinquenti. Molto dipende dalla resilienza individuale, dalla disponibilità di supporto esterno e dalle opportunità di intervento precoce. Tuttavia, la ricerca ha dimostrato che c'è una correlazione significativa tra la negligenza infantile e un aumento del rischio di problemi comportamentali tra i giovani.

Solitamente, l'abuso e la trascuratezza sono connessi anche a danni fisici, rallentamenti nella crescita e nello sviluppo. Le conseguenze fisiche a lungo termine dell'abuso o della trascuratezza possono manifestarsi in modo variabile. Possono emergere alcuni impatti immediati, come ad esempio i danni cerebrali causati da traumi

cranici, mentre altri possono richiedere mesi o anni per diventare evidenti. Il maltrattamento infantile è stato collegato a un aumentato rischio di diversi disturbi di salute a lungo termine e futuri, tra cui, ma non limitati a: patologie metaboliche, come il diabete; disturbi respiratori, quali malattie polmonari; problemi nutrizionali e malnutrizione; compromissione della vista e disturbi oculari; limitazioni nelle attività quotidiane (limitazioni funzionali); malattie cardiovascolari, come l'infarto e l'ipertensione; condizioni muscolo-scheletriche come l'artrite e i disturbi della schiena; lesioni cerebrali e disturbi neurologici; cefalee ricorrenti; disturbi respiratori cronici; disturbi gastrointestinali e malattie intestinali. Entrando nello specifico della negligenza infantile si riscontrano gravi effetti sulla salute dei minori: malnutrizione, problemi di igiene, malattie evitabili, traumi fisici, problemi dentali e problemi di sviluppo.

La negligenza è stata associata a gravi problemi di malnutrizione infantile. Secondo uno studio condotto da Black e collaboratori (2013), i bambini vittime di negligenza spesso presentano una dieta carente di nutrienti essenziali, come proteine, vitamine e minerali, che sono fondamentali per la crescita e lo sviluppo. Questa carenza nutrizionale può influire negativamente sulla statura, il peso e lo sviluppo cognitivo dei bambini. Inoltre, la malnutrizione correlata può compromettere il sistema immunitario dei bambini, rendendoli più vulnerabili alle infezioni e alle malattie. Ancora, la carenza di nutrienti essenziali può influire negativamente anche sullo sviluppo del cervello e del sistema nervoso centrale: questo può portare a una serie di problemi cognitivi e comportamentali, inclusi ritardi nello sviluppo delle abilità motorie, difficoltà di apprendimento e problemi di comportamento.

L'incuria nei confronti dell'igiene personale dei minori può avere conseguenze significative sulla loro salute fisica. È stato dimostrato che i bambini trascurati, a causa della mancanza di accesso a bagni puliti e igiene personale adeguata, sono più suscettibili a sviluppare infezioni cutanee, come dermatiti e micosi. Queste condizioni possono causare disagio fisico ed emotivo, con implicazioni sulla qualità della vita dei bambini. Inoltre, la mancanza di igiene adeguata può aumentare il rischio di parassitosi, come l'infestazione da pidocchi o scabbia.

La mancanza di cure mediche adeguate nei bambini trascurati può comportare un aumento del rischio di malattie evitabili. Un esempio cruciale è la mancanza di vaccinazioni, che può esporre i bambini a malattie potenzialmente mortali. La mancanza

di accesso a vaccini essenziali può aumentare la vulnerabilità dei bambini a patologie come il morbillo, la pertosse e la poliomielite. Inoltre, la mancanza di cure mediche può comportare la trascuratezza di condizioni mediche preesistenti o l'assenza di diagnosi tempestive. Questo può portare a gravi complicazioni e prolungare la durata delle malattie. Nel complesso, la mancanza di cure mediche adeguate rappresenta una grave minaccia per la salute dei minori, aumentando il rischio di malattie evitabili e complicanze di salute. La promozione dell'accesso a cure mediche appropriate e alla vaccinazione è fondamentale per garantire la salute a lungo termine dei bambini.

La negligenza nei confronti dei minori può comportare un aumento significativo del rischio di traumi fisici e incidenti. L'assenza di supervisione e l'esposizione a situazioni pericolose possono creare condizioni ideali per gli infortuni. Lo studio di Javouhey e collaboratori (2018) ha dimostrato che i bambini trascurati hanno un maggiore rischio di incidenti domestici, tra cui cadute, ustioni, e avvelenamenti, a causa della mancanza di controllo e di un ambiente sicuro. Va notato anche che la trascuratezza in sé stessa può essere una forma di abuso e può portare a lesioni fisiche dirette. Ad esempio, la mancanza di cure mediche per una ferita o una malattia può peggiorare la situazione, portando a infezioni gravi o altri problemi fisici.

In aggiunta, la negligenza nella cura dentale dei bambini può avere un impatto significativo sulla loro salute orale e generale. La mancanza di accesso a cure dentali adeguate può portare a una serie di problemi dentali, tra cui carie dentali non trattate e infezioni alle gengive, che possono avere effetti negativi a lungo termine sulla salute dei bambini. La carie dentale è una delle conseguenze più comuni della negligenza dentale e può portare a dolore, infiammazione e infezioni se non trattata tempestivamente. Macek e collaboratori (2004) hanno evidenziato come la carie dentale non trattata nei bambini possa influenzare la loro capacità di masticare correttamente gli alimenti, influenzando l'assunzione di nutrienti essenziali per la crescita e lo sviluppo. Inoltre, le infezioni alle gengive, come la gengivite, possono derivare dalla mancanza di igiene orale adeguata e dalla trascuratezza dentale. Queste infezioni non solo causano sanguinamento delle gengive e dolore, ma possono anche contribuire a problemi di salute sistemica più ampi.

Infine, la mancanza di stimolazione cognitiva e sociale può avere effetti significativi e a lungo termine sullo sviluppo cerebrale ed emotivo dei bambini. Alcune ricerche hanno dimostrato come l'ambiente di crescita e l'interazione sociale siano

determinanti nel plasmare la struttura e le funzioni del cervello nei primi anni di vita. La mancanza di stimolazione cognitiva, ad esempio attraverso il gioco, l'apprendimento e l'esplorazione, può ostacolare lo sviluppo delle connessioni neurali fondamentali per l'apprendimento e l'adattamento sociale. I primi anni di vita sono una finestra temporale cruciale per l'acquisizione di queste competenze, e la mancanza di sostegno in questa fase può impedire al bambino di raggiungere le pietre miliari dell'apprendimento. La lettura, ad esempio, richiede una serie di competenze linguistiche e cognitive che si sviluppano attraverso l'interazione, l'esposizione a parole e storie, e il coinvolgimento attivo dei genitori o dei caregiver. Di conseguenza, i bambini che non hanno avuto l'opportunità di sviluppare solide basi cognitive possono lottare con compiti più avanzati che richiedono abilità di ragionamento, analisi critica e risoluzione dei problemi e questo può profondamente influenzare il loro coinvolgimento nelle attività scolastiche.

2.2.2. Rendimento scolastico e apprendimento

Nel corso del tempo, sono emerse connessioni significative tra la negligenza nei confronti dei bambini e l'apprendimento. La negligenza dei genitori o dei caregiver, infatti, può avere gravi conseguenze sul rendimento scolastico dei minori. Quando i bambini non ricevono il supporto emotivo, la guida e l'interesse necessari per affrontare le sfide accademiche, possono sperimentare una serie di effetti negativi.

Le ricerche hanno rivelato che i bambini vittime di negligenza tendono ad avere prestazioni scolastiche inferiori rispetto ai loro coetanei non trascurati. Questa disparità nel rendimento scolastico può derivare da una serie di fattori. Innanzitutto, la mancanza di supporto può portare a una scarsa motivazione per l'apprendimento. Se i genitori non dimostrano interesse per la scuola o non forniscono un ambiente stimolante a casa, i minori potrebbero non sentirsi motivati a studiare o a impegnarsi nelle attività scolastiche. Questo può portare a un calo del rendimento, poiché i bambini potrebbero non vedere il valore dell'istruzione. Inoltre, la negligenza può portare a un ritardo nello sviluppo delle abilità di studio e organizzazione. Senza una guida attenta, i minori potrebbero non imparare come pianificare il loro tempo, come prendere appunti o come prepararsi per le verifiche e le interrogazioni. Queste abilità sono fondamentali per il successo scolastico a lungo termine, e la mancanza di sviluppo di queste aree può ostacolare il progresso accademico.

Numerose indagini prospettiche hanno inequivocabilmente identificato una relazione significativa tra il *neglect* infantile e risultati scolastici svantaggiati. Un notevole studio di riferimento condotto da Gilbert e collaboratori (2009) ha documentato questa correlazione, evidenziando che i bambini che hanno subito tale maltrattamento tendono a ottenere risultati scolastici inferiori rispetto ai loro coetanei.

In una metanalisi condotta da Veltman e Browne (2001), che ha esaminato dati da 34 studi, è emerso che il 91% di essi ha riportato una connessione tra l'abuso e/o la negligenza all'infanzia e le prestazioni scolastiche scarse. Inoltre, l'86% di questi studi ha indicato ritardi nello sviluppo del linguaggio nei bambini vittime di maltrattamento. Questi risultati consolidano ulteriormente la comprensione della relazione negativa tra l'incuria e il rendimento scolastico.

In conclusione, le prove empiriche provenienti da diversi studi confermano in modo coerente che il *neglect*, così come il maltrattamento infantile, è associato a scarsi risultati scolastici, ritardi nello sviluppo del linguaggio e sfide educative. La comprensione di questa relazione è fondamentale per sviluppare interventi mirati e fornire il sostegno necessario ai bambini vittime di maltrattamenti al fine di migliorare le loro opportunità di apprendimento e di crescita.

La scuola, dunque, svolge un ruolo fondamentale nella rilevazione e nella gestione dei casi di negligenza infantile.

Oltre alla sua funzione educativa, la scuola agisce come un punto chiave per la supervisione e il monitoraggio della crescita e del benessere dei bambini (Hamilton et al., 2016). Gli insegnanti e il personale scolastico trascorrono una quantità significativa di tempo con gli studenti durante la giornata scolastica, il che offre loro l'opportunità di osservare eventuali cambiamenti nel comportamento, nell'aspetto fisico o nelle condizioni emotive dei bambini. Questa prossimità costante alla vita degli studenti dà alla scuola un vantaggio unico nella rilevazione precoce dei segni di negligenza. Una volta individuate le situazioni di negligenza infantile, la scuola può intervenire in vari modi per supportare i bambini vittime di trascuratezza. La letteratura ha evidenziato l'efficacia di interventi educativi e strategie di sostegno mirate a mitigare gli effetti negativi delle esperienze traumatiche (Ringeisen et al., 2008). Questi interventi possono includere counseling, supporto emotivo, accesso a risorse sociali e servizi di salute mentale, così come un ambiente di apprendimento che promuove la resilienza e il benessere.

2.2.3. *Relazioni sociali e amicali*

Come per l'aspetto della salute fisica, mentale ed emotiva, la trascuratezza dei minori ha un impatto significativo anche sul loro sviluppo sociale e sulle relazioni interpersonali. Le esperienze traumatiche possono lasciare segni profondi sulla capacità dei minori di instaurare relazioni sane e significative, di sviluppare competenze sociali fondamentali e di interagire in modo appropriato e costruttivo con gli altri. Questi eventi traumatici possono minare la loro abilità di connettersi autenticamente con gli altri, spesso generando difficoltà nell'esprimere empatia, nel riconoscere le emozioni altrui e nel rispondere adeguatamente alle dinamiche sociali complesse.

Uno degli aspetti più evidenti dell'impatto della negligenza sulle relazioni sociali dei minori è la tendenza a sviluppare legami di attaccamento (Bowlby, 1996; Ainsworth, 2006) insicuri o disorganizzati con gli altri. La ricerca ha dimostrato che i bambini trascurati spesso sviluppano uno stile di attaccamento insicuro a causa della mancanza di sicurezza e comfort nelle interazioni con i caregiver (Cassidy e Shaver, 2008). Questo si traduce in comportamenti ansiosi, in cui i bambini possono temere l'abbandono e cercare costantemente conferme di attenzione e affetto. D'altra parte, la negligenza può anche favorire lo sviluppo di un atteggiamento evitante, in cui i bambini tendono a distanziarsi emotivamente per proteggersi dalla delusione e dal potenziale rifiuto. Questi stili di attaccamento possono influenzare negativamente la capacità dei bambini di formare legami fidati e stabili con i pari. Gli effetti dell'attaccamento insicuro possono persistere nell'età adulta, influenzando le relazioni interpersonali e contribuendo a sfide nella costruzione di amicizie significative e durature.

Inoltre, è importante sottolineare che la negligenza infantile ha un impatto significativo sulla formazione dell'autostima nei minori. I bambini che sperimentano queste esperienze di trascuratezza possono internalizzare un profondo senso di non valore e una percezione negativa di sé stessi. Questa scarsa autostima nei propri confronti può diventare una sfida personale persistente, rendendo difficile per loro intraprendere relazioni affettive positive e sane (Trickett et al., 2011). La percezione negativa di sé stessi può creare una serie di ostacoli nelle interazioni sociali. I bambini che si sentono inadeguati o indesiderati possono sviluppare una sorta di "autocritica interna" che li porta a dubitare delle loro capacità e del loro valore nelle relazioni con gli altri. Questo senso

di auto-svalutazione può fungere da barriera per connettersi con gli altri in modo autentico e profondo, poiché la paura di non essere accettati o il timore di essere rifiutati possono minare la fiducia necessaria per stabilire relazioni interpersonali significative (Strauss, 2015). Le conseguenze della scarsa autostima possono estendersi anche oltre l'infanzia, influenzando il benessere emotivo e le relazioni anche in età adulta, così come l'ambito professionale limitando la fiducia nelle proprie abilità e la capacità di perseguire obiettivi di carriera ambiziosi.

La mancanza di esperienze positive e di supporto nella prima infanzia può avere un impatto duraturo sulla capacità di regolare le emozioni e risolvere i conflitti in modo costruttivo, competenze che sono cruciali per costruire relazioni amichevoli e interazioni sociali soddisfacenti. La ricerca, come dimostrato da numerosi studi, ha evidenziato come la negligenza infantile possa compromettere lo sviluppo delle competenze socio-emotive necessarie per gestire le relazioni interpersonali (Pollak et al., 2010). La negligenza può esercitare un profondo impatto sulla capacità del minore di esprimere le proprie emozioni in modo sano e appropriato, gettando un'ombra sulla loro sfera emotiva. I minori che sono stati privati di un sostegno emotivo adeguato potrebbero faticare nell'identificare e nell'articolare le proprie sensazioni: questa mancanza di pratica nell'esprimere le emozioni può portare a una sorta di inibizione, che li porta a ritrarsi dal comunicare apertamente i propri stati d'animo. Questa difficoltà a esprimere le emozioni può avere un effetto a catena sulle loro interazioni sociali. La mancanza di chiarezza nell'espressione emotiva può creare malintesi nelle relazioni, poiché gli altri potrebbero non comprendere appieno ciò che il minore sta attraversando. Allo stesso tempo, i minori che hanno subito negligenza potrebbero avere difficoltà a interpretare le emozioni degli altri, rendendo complesso decifrare i segnali non verbali o comprendere le sfumature dei sentimenti altrui. Questa scarsa abilità di comunicazione emotiva può avere un impatto sulla costruzione di legami sociali e amicali significativi: gli altri potrebbero percepire il minore come distante o poco coinvolto a causa della sua incapacità di condividere emozioni in modo aperto.

Di conseguenza, il minore potrebbe sentirsi isolato o emarginato, amplificando ulteriormente le difficoltà nelle relazioni. L'isolamento sociale dei minori rappresenta la conseguenza con maggiori effetti negativi. La mancanza di interazioni affettuose e di un ambiente familiare sicuro può rendere difficile per i minori sviluppare un senso di fiducia

negli altri e nell'ambiente circostante. Questo può portare a una maggiore ritrosia nel creare legami significativi con i coetanei e nel partecipare ad attività sociali, come giochi di gruppo o attività extracurricolari. Di conseguenza, i minori trascurati possono sentirsi emarginati dai loro coetanei, perdendo preziose opportunità di socializzazione. L'isolamento sociale dei minori vittime di negligenza può persistere nell'adolescenza e nell'età adulta. La mancanza di abilità sociali sviluppate durante l'infanzia può ostacolare la capacità di costruire e mantenere relazioni significative e di creare connessioni positive con gli altri. Tutto ciò può influenzare negativamente la salute mentale, il benessere emotivo e il successo nella vita adulta.

2.3. Conseguenze intergenerazionali della negligenza

Riconoscere e individuare le vittime di negligenza infantile rappresenta una sfida complessa all'interno del campo dell'assistenza all'infanzia. Questo tipo di maltrattamento spesso sfugge all'attenzione poiché le sue manifestazioni possono essere meno evidenti e visibili rispetto ad altre forme di abuso. A differenza delle ferite fisiche o degli indicatori diretti di abuso, la negligenza può manifestarsi attraverso carenze più sottili e meno evidenti nelle cure, nell'attenzione e nell'ambiente in cui crescono i bambini.

La negligenza infantile porta con sé numerose conseguenze che hanno un impatto negativo sulla vita del minore e possono estendersi ben oltre l'infanzia stessa. Oltre agli impatti che si riflettono a livello fisico, mentale, emotivo, sul processo di apprendimento, sul rendimento scolastico e sulle dinamiche delle relazioni sociali e amicali del minore, il *neglect* può avere profonde conseguenze intergenerazionali, il che sottolinea l'importanza di affrontare questa problematica in modo efficace per proteggere il benessere dei bambini e prevenire cicli di abuso che si ripetono nelle generazioni successive.

Le conseguenze della negligenza infantile, infatti, possono essere imponenti e avere un impatto duraturo non solo sulla vita del bambino, ma anche sulle future generazioni, creando un ciclo di trasmissione intergenerazionale. Numerose ricerche hanno evidenziato come i bambini che sono cresciuti in un ambiente di negligenza sono più inclini a diventare genitori negligenti, replicando i modelli di comportamento che hanno sperimentato nella loro infanzia. Tra questo uno studio significativo condotto da

Egeland e collaboratori (1988) ha rilevato che le madri che avevano subito abusi o trascuratezza durante la loro infanzia avevano maggiori probabilità di trattare i propri figli con lo stesso tipo di negligenza o abuso. Questo ciclo di trasmissione intergenerazionale può perpetuare la negligenza e l'abuso attraverso le generazioni, aumentando il rischio che i bambini cresciuti in famiglie negligenti diventino a loro volta genitori negligenti.

Ad esempio, un adulto che ha vissuto l'esperienza della negligenza durante la sua infanzia potrebbe incontrare notevoli difficoltà nell'esprimere affetto e nello stabilire un legame emotivo sano con i propri figli. Questo può derivare dalla mancanza di modelli positivi di affettività e relazioni affettuose nella loro formazione. Gli adulti che hanno sofferto di negligenza potrebbero avere una scarsa comprensione delle esigenze emotive dei loro figli o potrebbero avere paura di investire emotivamente nelle relazioni, temendo di essere nuovamente feriti o delusi. Inoltre, è importante notare che, senza un adeguato lavoro di introspezione e consapevolezza, questi adulti potrebbero ripetere involontariamente i modelli di negligenza che hanno subito da parte dei loro genitori. Questo ciclo perpetuo del *neglect* infantile può essere trasmesso alle generazioni successive, creando una dinamica familiare dannosa in cui i bambini crescono in un ambiente simile a quello in cui sono cresciuti i loro genitori. Questi genitori potrebbero non rendersi conto dei danni che stanno causando ai loro figli o potrebbero lottare nel cercare di cambiare i loro comportamenti a causa dei loro stessi traumi non risolti.

CAPITOLO III

Interventi per prevenire la negligenza e ridurre i danni

3.1. Risparmio Sociale: gli impatti economici del maltrattamento infantile in Italia

Nel 2015, Cismai, *Terre des Hommes* e l'Università Bocconi hanno condotto un'interessante ricerca che ha rivelato come il maltrattamento in Italia comporti un costo annuo di ben 13 miliardi di euro. Questi costi elevati derivano dalla necessità di attuare interventi di protezione e cura a lungo termine, spesso richiedendo l'allocazione di risorse differenziate, oltre a causare danni estremamente dannosi alle vittime.

Il peso dell'abuso infantile si ripercuote in modo significativo sulle finanze dei Comuni, delle Aziende Sanitarie, dei centri di salute mentale e persino del sistema giudiziario. È il sistema pubblico che, attraverso la spesa pubblica, si trova a sostenere i costi connessi a questa problematica: i Comuni devono allocare risorse per gli interventi sociali e per garantire le cure necessarie ai bambini vittime di maltrattamento; allo stesso tempo, il Sistema Sanitario Nazionale è chiamato a coprire tutti i costi relativi alle cure mediche necessarie per tali bambini maltrattati; e, in alcuni casi, la Giustizia deve intervenire, comportando ulteriori costi operativi. Dunque, la gravità dell'impatto finanziario derivante dal maltrattamento infantile è un problema complesso che richiede una risposta coordinata e un impegno di risorse adeguato da parte delle istituzioni coinvolte.

Conformemente alle osservazioni dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, il processo di quantificazione dell'abuso e dell'abbandono dei minori rappresenta una sfida intrinseca. Gran parte di questi abusi rimane sottotraccia e non viene segnalato ufficialmente, rendendo così difficile una valutazione completa. È importante riconoscere che, nonostante gli sforzi, le stime rimarranno inevitabilmente incomplete. Questa complessità nella rivelazione del fenomeno può essere attribuita a diversi fattori

interconnessi. In primo luogo, vi sono le intricate dinamiche che sottendono agli episodi di maltrattamento e che spesso contribuiscono a mantenerli nascosti (dinamiche familiari, contesti socioeconomici difficili, differenze culturali, etc.). Un ulteriore elemento da considerare è la formazione e la sensibilizzazione degli operatori che lavorano con i minori: nonostante la crescente formazione su questo problema, molte persone coinvolte nella prevenzione e nell'assistenza ai minori potrebbero non essere adeguatamente preparate a riconoscere e affrontare l'abuso infantile e questo può comportare un ritardo nella segnalazione e nell'intervento, con conseguenze negative per i bambini coinvolti. Infine, va sottolineato il ruolo cruciale dell'Autorità giudiziaria in questo contesto. In molte situazioni, le segnalazioni di maltrattamento non sfociano in azioni legali, ma si traducono solo in provvedimenti amministrativi: questo approccio potrebbe non essere sufficiente per affrontare in modo completo e adeguato l'abuso infantile, richiedendo quindi un maggiore coinvolgimento delle istituzioni giudiziarie per garantire una protezione efficace dei minori (OMS, 2006).

La ricerca ha suddiviso i costi in due categorie distintive: costi diretti e costi indiretti. Nei costi diretti rientrano tutte le spese immediate necessarie una volta che un caso di maltrattamento viene identificato, mentre nei costi indiretti si includono le spese essenziali per affrontare a lungo termine le conseguenze della violenza. I costi diretti abbracciano una serie di voci, tra cui le spese ospedaliere e di cura della salute, i costi legati alla salute mentale e i costi per il collocamento di minori in strutture residenziali o per l'affido familiare. Inoltre, rientrano in questa categoria anche le spese per l'attuazione dei servizi sociali professionali in generale, nonché le spese per garantire il rispetto della legge e l'applicazione dei sistemi di giustizia minorile. L'importo totale di queste spese dirette ammonta a 338.616.294 euro. D'altra parte, i costi indiretti coinvolgono le spese legate all'educazione speciale, alla cura della salute degli adulti e agli aspetti correlati alla criminalità adulta e giovanile. Inoltre, si considera la perdita di produttività per la società nel suo complesso. L'ammontare totale di queste spese indirette si aggira intorno ai 12,7 miliardi di euro.

A fronte di queste ingenti spese, secondo James Heckman, premio Nobel per l'Economia nel 2012, ogni dollaro investito nella prima infanzia, soprattutto per i bambini a rischio, genera un risparmio futuro di 7 dollari.

Emerge, quindi, chiaramente come la prevenzione non solo consolidi la sua

posizione come strategia di intervento di prima linea, ma svolga un ruolo cruciale non solo nell'attuare i danni associati al problema sociale del maltrattamento, ma anche nell'abbassare il suo impatto sui conti nazionali e sul Prodotto Interno Lordo (PIL). L'invito che emerge da questa constatazione è quello di uscire dalla concezione che vede la prevenzione come un ulteriore onere finanziario e, invece, di iniziare a considerarla nella sua giusta luce, ovvero come un investimento. In effetti, la prevenzione rappresenta un investimento a lungo termine che può portare a notevoli risparmi economici: quando si investe in programmi e iniziative finalizzati a prevenire il maltrattamento infantile, si stanno effettivamente creando le basi per una società più sana e prospera in futuro. Riducendo il numero di casi di maltrattamento, si riducono anche i costi diretti e indiretti associati, come quelli per la salute, la giustizia e la perdita di produttività; inoltre, si contribuisce a creare un ambiente più sicuro e sostenibile per le future generazioni.

3.2. Prevenire il maltrattamento

La prevenzione del maltrattamento nei confronti dei minori rappresenta un obiettivo assolutamente realizzabile, ma fino ad ora ha ricevuto una quantità limitata di attenzione sia in termini di ricerca che di sviluppo di politiche adeguate. Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità (2006), è possibile categorizzare i programmi in tre diverse fasce: programmi efficaci, che includono tutti gli interventi che hanno contribuito a ridurre l'incidenza del maltrattamento e/o i tassi di crescita del fenomeno; programmi promettenti, che, sebbene abbiano dimostrato buoni risultati su piccola scala, richiedono ulteriori test per essere sistematizzati; e programmi di prevenzione classificati come "poco chiari", la cui efficacia è scarsamente valutata e quindi necessitano di ulteriori indagini. Ancora, l'OMS (2006) distingue le strategie di prevenzione in strategie individuali che agiscono direttamente sulla psiche umana; strategie relazionali, le quali mirano a sostenere la relazione genitore-figlio; e le strategie ambientali che, invece, operano a livello comunitario.

3.2.1. Strategie individuali

Le strategie individuali di prevenzione si concentrano sulla modifica di atteggiamenti, convinzioni e comportamenti al fine di affrontare diverse problematiche.

L'OMS (2006) sottolinea l'importanza di affrontare problemi come le gravidanze involontarie, le quali sono associate a carenze nell'assistenza prenatale, basso peso alla nascita, maggiore mortalità infantile e rischio di maltrattamento. Il Consiglio Nazionale degli Ordini degli Psicologi nel documento intitolato "*Maltrattamento e Abuso all'infanzia. Indicazioni e Raccomandazioni*" pubblicato nel 2017, evidenzia la depressione *postpartum* come fattore di rischio di maltrattamento, richiedendo una precoce identificazione e sostegno, poiché influisce negativamente sulla qualità della relazione madre-bambino, generando una serie di emozioni negative nel bambino che possono portarlo a sviluppare una valutazione distorta di sé e a sperimentare l'isolamento sociale (Cohn, 1983). Ragionando in quest'ottica, sarebbe auspicabile avviare campagne informative per promuovere la consapevolezza delle opportunità di sostegno rivolte alle donne e alle famiglie in generale, ad esempio presso i consultori familiari.

Tra le strategie individuali rientrano anche programmi che guidano le donne verso servizi prenatali e post-natali appropriati, offerti, ad esempio, dal Consultorio Familiare o in generale dalla propria ASL di riferimento, e che hanno lo scopo di educare i genitori su vari aspetti, così da ridurre lo stress e il senso di solitudine e smarrimento. I servizi prenatali comprendono programmi di formazione per futuri genitori, come corsi preparatori alla nascita, educazione sulle necessità nutrizionali del neonato e consulenze per aiutare le madri nelle decisioni sul mantenimento della gravidanza; nei servizi post-natali sono inclusi il supporto all'allattamento, le visite domiciliari di ostetriche e i programmi che educano i caregiver sui bisogni evolutivi fondamentali del bambino. Concretamente, questi servizi preparano i genitori prima della nascita e forniscono supporto continuo dopo il parto (OMS, 2006).

Il ruolo professionale dell'assistente sociale può concretizzarsi tramite la pianificazione di incontri e sessioni informative destinate ai futuri genitori. Durante questi incontri, si fornirebbero loro informazioni sui servizi per la prima infanzia disponibili nel territorio, i requisiti di accesso necessari e la corretta compilazione della documentazione richiesta, tenendo in considerazione le scadenze stabilite. Secondo le linee guida dell'OMS (2006), tali interventi dovrebbero essere rivolti all'intera popolazione, senza selezione, al fine di massimizzare il loro impatto e la loro efficacia.

Una strategia poco comune in Italia ma altamente efficace è quella di educare direttamente i bambini a riconoscere e proteggersi da situazioni di maltrattamento,

fornendo loro strumenti per identificare situazioni pericolose. Un esempio interessante è il progetto “*One in Five*” (2010-2015) promosso dal Consiglio Europeo per prevenire la violenza sessuale sui minori. Questo progetto ha creato un libro per bambini chiamato “*Kiko e la mano*”, che racconta una fiaba illustrativa della “Regola del Quinonsitocca”, aiutando i bambini a comprendere cosa siano gli affetti sani rispetto a comportamenti inappropriati. L’OMS (2006) ritiene che anche i bambini possano sviluppare conoscenze e abilità per proteggersi dalla violenza. Tuttavia, sono critici sulla capacità di mantenere queste competenze nel tempo e di riconoscere tutte le forme di maltrattamento, specialmente quando provengono da figure di fiducia.

3.2.2. *Strategie relazionali*

Le strategie relazionali promuovono un legame precoce e sicuro tra genitore e figlio, nonché l’utilizzo di metodi di disciplina non violenti, rappresentano pilastri fondamentali per creare un ambiente relazionale ottimale che favorisca il corretto e sano sviluppo psico-fisico del minore. Numerose ricerche hanno dimostrato in maniera convincente che i programmi volti a potenziare e sostenere le capacità genitoriali costituiscono uno degli strumenti più efficaci nella prevenzione del maltrattamento sui minori.

- Uno studio di Olds (1997) ha esaminato l’efficacia dei programmi basati su visite domiciliari (*home visiting HV*) per le madri in gravidanza e i neonati: questo studio ha dimostrato che il programma riduceva significativamente il rischio di abuso e negligenza infantile e promuoveva risultati positivi per i bambini, come una migliore salute e sviluppo cognitivo;
- Un altro studio di Barlow (2016) ha esaminato l’efficacia degli interventi di formazione alla genitorialità nel prevenire il maltrattamento infantile. Ha concluso che tali interventi erano associati a una riduzione del rischio di maltrattamento e al miglioramento delle abilità parentali.

Tra i modelli di implementazione più ampiamente testati e valutati positivamente all’interno di questo contesto emergono due approcci principali: i programmi di visite domiciliari e la formazione alla genitorialità, come raccomandati dall’Organizzazione Mondiale della Sanità (2006). La combinazione di queste metodologie offre un solido supporto alle famiglie, consentendo loro di apprendere e sviluppare competenze parentali

fondamentali, promuovendo così relazioni genitore-figlio più armoniose e, di conseguenza, contribuendo in modo significativo al benessere dei minori e alla prevenzione delle situazioni di maltrattamento.

Gli operatori del settore sociale e sanitario svolgono un ruolo cruciale nell'organizzazione delle visite domiciliari, mirando a stabilire un solido rapporto di alleanza con i caregiver, i genitori, o le famiglie coinvolte. L'obiettivo principale dell'*home visiting (HV)* è quello di offrire un supporto mirato, personalizzato e basato sulle reali esigenze della famiglia. Per raggiungere gli obiettivi prefissati, il processo di HV richiede una pianificazione attenta e condivisa tra la famiglia coinvolta, i servizi territoriali sociali e sanitari e gli operatori coinvolti. Questi operatori provengono spesso da diverse professioni, tra cui l'educatore, l'assistente sociale, lo psicologo e l'ostetrica: questo approccio multidisciplinare rappresenta un elemento chiave nell'efficacia di tali interventi, poiché consente di fornire un supporto completo sin dai primissimi giorni di vita del bambino o dopo la nascita, spesso a partire dal momento delle dimissioni dall'ospedale. L'HV non rappresenta semplicemente una visita domiciliare di routine ma, al contrario, costituisce un percorso strutturato e mirato che si avvale di specifici strumenti e linee guida. In tal senso, gli obiettivi sono numerosi e altamente significativi, poiché mirano a promuovere il benessere e la crescita sana del bambino, a rafforzare il legame tra il bambino e i suoi adulti di riferimento e a prevenire il maltrattamento intrafamiliare. Nonostante le evidenze scientifiche confermino in modo convincente l'efficacia dei programmi di HV nel ridurre in modo significativo i rischi di maltrattamento e nel potenziare le risorse genitoriali (Hansen et al., 2008), è essenziale riconoscere alcune sfide legate all'implementazione di tali progetti innovativi. Da un lato, esiste la possibilità che i programmi di HV non siano ben accettati dall'utenza: questo può derivare da una mancanza di consapevolezza sui benefici di tali programmi, dalla paura o dalla riluttanza a coinvolgere estranei nella propria vita familiare, o da una percezione di giudizio o invadenza da parte degli operatori. Dall'altro lato, dato che l'HV rappresenta ancora una novità nel panorama dei servizi sociali italiani, potrebbe non essere accolto favorevolmente dai professionisti stessi: gli operatori sociali e sanitari potrebbero incontrare resistenze nell'adottare nuove metodologie o potrebbero avere preoccupazioni riguardo alla loro capacità di implementare con successo questi programmi. Inoltre, i programmi di HV non rappresentano solo una misura preventiva,

ma offrono una notevole opportunità anche nell'ambito della rilevazione precoce del maltrattamento. Durante la conduzione delle visite domiciliari programmate, infatti, i professionisti si trovano in una posizione privilegiata per identificare tempestivamente i primi segnali di allarme legati al benessere del bambino.

I programmi di formazione per i genitori mirano a istruire i caregiver riguardo agli aspetti dello sviluppo dei propri figli, con l'obiettivo di approfondire la comprensione delle diverse fasi di crescita e acquisire le competenze necessarie per gestire in modo efficace i comportamenti dei bambini. Programmi come questi risultano imprescindibili nella lotta contro due radicati stereotipi che spesso influenzano il pensiero degli adulti: il concetto della "famiglia buona purchessia" e quello dell'"infanzia felice" (Biancardi, 2002). Il primo stereotipo attinge alla tradizione delle "leggi del sangue" e delle "leggi della genetica", che postulano la supremazia dei legami biologici rispetto ai legami sociali e relazionali tra adulti e bambini, indipendentemente dalle circostanze in cui si sviluppa la parentela. Il secondo stereotipo, quello che idealizza l'infanzia come un periodo di eterna felicità e spensieratezza, trascura spesso le sfide e le difficoltà che i bambini affrontano durante la loro crescita. Come sottolinea Biancardi (2002), non è necessario essere esperti in psicologia dello sviluppo per comprendere che il periodo dell'infanzia, con le sue pressioni e le sfide da affrontare, può essere fonte di stress per il bambino. Quest'ultimo può, infatti, sentirsi coinvolto in una sorta di competizione con i coetanei, gli adulti e persino con sé stesso, il che può portare alla formazione di un'immagine di sé percepita come negativa.

In questa situazione, il ruolo cruciale dell'assistente sociale e di altre figure professionali coinvolte nella formazione è quello di sfidare e smantellare questi stereotipi radicati, al fine di assistere i caregiver nell'acquisire una comprensione più approfondita delle necessità e delle esigenze dei bambini. Genitori informati e consapevoli sono in grado di adattare le proprie richieste in base alla fase di sviluppo in cui si trova il bambino, evitando così di generare frustrazioni inutili da entrambe le parti e contribuendo a creare un ambiente familiare più armonioso e favorevole al benessere sia dei genitori che del bambino (Maggi e Ricci, 2021).

Le attività di formazione e informazione si configurano come strumenti di prevenzione essenziali, poiché svolgono un duplice ruolo. Da un lato, forniscono agli adulti di riferimento tutte le competenze e le risorse necessarie per affrontare le sfide che

possono emergere nel percorso di sviluppo di un bambino; dall'altro, consentono loro di sviluppare la capacità di trovare l'equilibrio ottimale tra una visione sovrastimata e una sottostimata del proprio bambino e, quindi, contribuiscono a evitare l'adozione di aspettative eccessivamente alte o basse nei confronti del bambino stesso.

3.2.3. *Strategie ambientali*

All'interno della comunità, possono esistere elementi di rischio che possono essere definiti come "ambientali" e che aumentano le probabilità che un minore diventi vittima di maltrattamento. In questo contesto, la prevenzione implica un'azione indiretta mirata verso il contesto sociale. Un passo fondamentale è l'attuazione di riforme normative che promuovano i diritti umani. Un approccio normativo solido deve vietare in modo inequivocabile tutte le forme di violenza contro i minori. Questo atto normativo chiarisce ai genitori e ai familiari che non hanno il diritto di adottare comportamenti che possono essere associati al maltrattamento, nemmeno a fini educativi. Nonostante l'adozione di leggi più rigorose per combattere il maltrattamento dei minori, finora c'è una carenza significativa di studi sull'efficacia di tali leggi in termini di prevenzione (Biancardi, 2017).

Altri interventi di fondamentale importanza riguardano la dimensione relativa ai programmi volti al superamento e alla riduzione delle disuguaglianze economiche. Questa è una priorità cruciale, poiché le evidenze scientifiche hanno incontestabilmente dimostrato che i casi più gravi di maltrattamento infantile si verificano con maggiore frequenza all'interno dei nuclei familiari che si trovano in una situazione di estrema povertà. In questa prospettiva, il professionista assistente sociale svolge un ruolo fondamentale, poiché è chiamato a individuare le famiglie a basso reddito e a offrire loro un supporto economico mirato, il quale può assumere diverse forme come, ad esempio, l'assegnazione di voucher per l'alloggio, sussidi per l'affido o assistenza finanziaria per affrontare le difficoltà economiche. Tali interventi mirano a scongiurare situazioni di morosità e a garantire alle famiglie il sostegno finanziario necessario per far fronte alle loro necessità di base (OMS, 2006). È importante sottolineare che la ricerca ha ampiamente evidenziato che tali interventi economici possono produrre effetti positivi significativi su diversi aspetti della vita dei minori; ad esempio, sono stati documentati miglioramenti nei traguardi scolastici, nelle performance accademiche e nella salute

mentale e fisica dei bambini e degli adolescenti beneficiari di tali programmi, come sottolineato dall'OMS (2006).

Un'altra questione di fondamentale importanza, che al giorno d'oggi purtroppo non riceve ancora la dovuta attenzione, riguarda la necessità di affrontare e ridurre altri fattori di rischio ambientali che possono influenzare il benessere dei minori. Tra questi fattori rientrano la densità abitativa nelle aree residenziali, l'accesso limitato a spazi ricreativi sicuri, la presenza di sostanze tossiche come il piombo e altre tossine nell'ambiente, nonché la circolazione all'interno della comunità di sostanze dannose. In particolare, è emerso che l'uso di sostanze alcoliche e stupefacenti da parte dei genitori costituisce un fattore di rischio significativo, che aumenta notevolmente la probabilità che il minore sia esposto a violenza e abuso (Cheli e Giacomuzzi, 2009). In questa complessa situazione, l'assistente sociale svolge un ruolo strategico: attraverso l'uso dello strumento professionale del colloquio, può stabilire un contatto significativo con i genitori che stanno affrontando problemi legati all'uso di sostanze, aiutandoli a prendere consapevolezza della loro condizione di dipendenza; inoltre, può sensibilizzarli riguardo a tutte le potenziali conseguenze negative che questa dipendenza può comportare, comprese le implicazioni per l'esercizio delle loro responsabilità genitoriali (Quercia, 2014).

3.3. Oltre la prevenzione: necessità di un approccio integrato

La prevenzione da sola non sempre è sufficiente a contrastare l'emergere di un fenomeno così dannoso e radicato come il maltrattamento infantile. Quando la violenza è già avvenuta, i professionisti dell'aiuto devono intervenire il più precocemente possibile per limitare e contenere i danni. È importante sottolineare che prevenzione e interventi precoci non sono in opposizione, ma devono coesistere lungo un continuum. La distinzione tra di essi è talmente sfumata che in alcune classificazioni preventive, come quella proposta da Caplan (1964), gli interventi precoci sono inclusi nella categoria "prevenzione secondaria", che mira a individuare precocemente nuovi casi problematici per fornire trattamenti in una fase anticipata o latente rispetto all'insorgenza delle conseguenze problematiche.

Gli interventi precoci sono più difficili da implementare poiché richiedono una

rapida mobilitazione dei servizi per minimizzare i danni derivanti da qualunque tipologia di maltrattamento. Tuttavia, l'assenza di un sistema nazionale di monitoraggio in Italia per il maltrattamento e le situazioni familiari problematiche complica notevolmente il rilevamento tempestivo delle nuove situazioni di disagio. Ulteriormente, la strutturazione dei servizi per la tutela dei minori e l'orientamento nel campo del benessere dell'infanzia incoraggiano l'approccio collaborativo con le famiglie, cercando di evitare, quando possibile, soluzioni estreme come l'allontanamento immediato dei minori dal loro nucleo familiare, rendendo ancora più complessa l'attuazione di interventi precoci. Secondo quanto riportato da Segatto e Dal Ben (2020, p. 130) in una ricerca sui processi decisionali nei servizi di Tutela Minori in Italia, i risultati contraddicono l'opinione comune che vede gli interventi di protezione dei bambini come spesso svolti senza tener conto del benessere dell'intera famiglia e della partecipazione dei soggetti coinvolti. Gli assistenti sociali, al contrario, evidenziano una prassi operativa in cui la partecipazione e il supporto alla famiglia costituiscono gli aspetti primari da considerare prima di avviare progetti che contemplino il temporaneo allontanamento dei bambini dalle loro famiglie. Gli operatori sociali coinvolti nella ricerca tendono quindi a promuovere un approccio che valorizza maggiormente il ruolo della famiglia come risorsa, al di là dei suoi aspetti disfunzionali, concentrandosi poi sull'intervento mirato su tali aspetti. Solo un numero limitato di professionisti è favorevole a interventi di protezione immediata. Di conseguenza, la celerità e la severità degli interventi vengono sostituite da uno sforzo volto a costruire fiducia e collaborazione, basato sulla volontà di adottare misure di tutela più gradualmente.

3.3.1. L'intercettazione precoce del fenomeno

Il passo iniziale per garantire un intervento tempestivo consiste nell'identificare il maltrattamento il più precocemente possibile. In questo contesto, rivestono un'importanza cruciale le strutture ospedaliere, i pediatri, i medici di medicina generale, le istituzioni scolastiche e i servizi sociali.

Tutti gli ospedali, soprattutto quelli pediatrici, si confrontano quotidianamente con giovani pazienti che vivono situazioni di abuso o trascuratezza, tanto che spesso è proprio l'ambiente ospedaliero a rappresentare il primo luogo in cui sorgono sospetti di maltrattamento. I casi di bambini vittime di maltrattamenti che giungono in ospedale

solitamente presentano condizioni cliniche estremamente gravi, richiedono prolungate degenze, comportano diagnosi più complesse alla dimissione, generano costi doppi e aumentano il rischio di mortalità durante il ricovero (Terre des Hommes, 2016). Partendo da queste considerazioni, emerge l'importanza cruciale di effettuare una diagnosi accurata e pronta. Inoltre, nel Decreto della Presidenza del Consiglio dei ministri riguardante i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) del 2001, la cura, l'assistenza e il trattamento terapeutico-riabilitativo per le vittime di maltrattamento e trascuratezza sono definiti come elementi essenziali dell'assistenza sanitaria. È imperativo, quindi, sviluppare un processo diagnostico che si attivi immediatamente al sorgere di sospetti clinici. Questo richiede una solida formazione del personale sanitario, consentendo loro di identificare i segnali fisici, comportamentali e psicologici associati al maltrattamento anziché attribuibili a incidenti involontari in cui il bambino si è ferito.

Nell'identificazione di situazioni di abuso e trascuratezza, oltre al personale ospedaliero, il ruolo del Medico Pediatra e dei Medici di Medicina Generale è di fondamentale importanza. Questi professionisti sono responsabili di valutare la salute non solo dei bambini, ma anche dei genitori, considerando l'intero sviluppo psico-fisico fin dalla nascita. Seguono il percorso di crescita dei bambini, monitorando costantemente indicatori cruciali come peso, altezza, sviluppo fisico e funzioni cognitive. Il Medico dovrebbe essere in grado di identificare prontamente situazioni di *neglect*, riconoscendo segnali di allarme come dermatiti, igiene inadeguata, grave sottopeso, infezioni non trattate, problematiche odontoiatriche e oculistiche. Tuttavia, è importante sottolineare che spesso questi professionisti incontrano difficoltà nell'identificare il fenomeno, principalmente per due motivi: in primo luogo, potrebbero non avere una formazione specifica per riconoscere i segnali di rischio, oltre ai segni evidenti di violenza; in secondo luogo, i genitori non sono obbligati a partecipare alle visite di controllo, il che può portare i caregiver a evitare le visite quando sono consapevoli della situazione o a trascurare le necessità mediche dei bambini (Ministero della Salute, 2018).

Un altro ente istituzionale con il compito di rilevare in modo tempestivo situazioni di maltrattamento è la scuola. Data la notevole quantità di tempo trascorsa dai bambini nelle aule scolastiche, gli insegnanti possono diventare punti di riferimento fondamentali per garantire la segnalazione tempestiva del problema (Biancardi, 2017). Gli insegnanti dovrebbero essere capaci di individuare segnali di allarme, principalmente riguardo alla

trascuratezza. Questo implica osservare se il bambino è adeguatamente vestito rispetto alla stagione, se ha con sé il materiale didattico necessario, se svolge regolarmente i compiti e se ha una sufficiente fornitura di cibo per la merenda. Inoltre, è importante verificare la partecipazione regolare dei genitori ai colloqui e il loro coinvolgimento nelle attività didattiche e formative dei propri figli. Nel contesto dell'istituzione scolastica, le sfide principali riguardano innanzitutto la competenza degli insegnanti nel riconoscere segnali di questo fenomeno. Inoltre, la scuola tende spesso a evitare segnalazioni dirette, soprattutto quando non ci sono evidenze indiscutibili di violenza, il che può ritardare la presa in carico dei minori e delle loro famiglie in alcune situazioni.

Un soggetto particolarmente competente nell'individuazione precoce del maltrattamento è il Servizio Sociale, grazie alle proprie funzioni istituzionali che gli consentono di intervenire autonomamente per minori a rischio senza dover coinvolgere necessariamente l'Autorità Giudiziaria. Ruoli chiave sono svolti dagli assistenti sociali del Consultorio Familiare e della Tutela Minori, ai quali le famiglie possono rivolgersi autonomamente per ricevere supporto nella gestione dei minori e delle dinamiche familiari. Nuclei familiari a rischio possono essere indirizzati ai Servizi Sociali anche da altre istituzioni, come le scuole, che, riconoscendo le difficoltà della famiglia, possono incoraggiarla a richiedere supporto. In queste situazioni, l'intervento si svolge all'interno di un contesto di beneficenza, dove l'operatore ha come obiettivo principale il sostegno della genitorialità e la comprensione attiva dei bisogni del bambino (Biancardi, 2017).

Strumenti efficaci per promuovere la consapevolezza del caregiver possono includere colloqui psicologici e colloqui sociali in cui la persona è incoraggiata a condividere verbalmente aspetti della sua vita personale (Allegrì et al., 2017). Spesso, queste interazioni vengono integrate con visite domiciliari che consentono all'assistente sociale di acquisire una comprensione più approfondita dell'ambiente in cui il bambino vive. Questo approccio mette il professionista nella posizione di analizzare le dinamiche relazionali tra genitori e bambino all'interno del contesto quotidiano, intimo e familiare. L'utilizzo congiunto di questi due strumenti facilita la rilevazione di elementi disfunzionali ed è quindi di fondamentale importanza sia in termini preventivi che nell'intervento precoce, poiché consente di identificare chiaramente eventuali fattori di rischio. In questo contesto, un approccio altrettanto vantaggioso potrebbe essere l'implementazione di un programma di educativa domiciliare, in cui un educatore

professionale visita la casa della famiglia coinvolta e segue il minore nella sua routine quotidiana. L'educatore stabilisce un forte contatto con la famiglia, consentendo di monitorare costantemente situazioni di vulnerabilità familiare. Questo professionista svolge un ruolo cruciale sia nell'intervento precoce che nella prevenzione, in quanto dispone degli strumenti necessari per rilevare casi di maltrattamento o negligenza e funge da punto di sostegno per la famiglia. In queste circostanze, possono emergere elementi disfunzionali che potrebbero mettere a rischio il benessere del minore. L'assistente sociale deve quindi vigilare attentamente sulla situazione, poiché potrebbero sorgere situazioni di rischio che richiedano una segnalazione alle autorità giudiziarie, portando il nucleo familiare ad affrontare un percorso istituzionale. La segnalazione potrebbe diventare necessaria anche se i genitori decidessero di interrompere la collaborazione con l'assistente sociale, qualora l'équipe ritenga che sia essenziale continuare il percorso avviato per proteggere il minore (Andrenacci, 2009).

3.3.2. *La segnalazione*

In determinate circostanze, i Servizi possono essere tenuti a notificare una situazione di pregiudizio o di rischio di pregiudizio alle Autorità competenti presso il Tribunale per i Minorenni. Con il termine "segnalazione"² ci si riferisce a una

² È obbligatorio segnalare le situazioni in cui si riscontra uno stato di abbandono di un minore (art. 8 Legge 184/1983), anche se il minore è ospitato in una comunità o affidato a una famiglia sostitutiva. Si parla di stato di abbandono quando i minori sono privati dell'assistenza morale e materiale da parte dei genitori o di chi ne ha assunto le responsabilità, a meno che tale mancanza sia dovuta a circostanze eccezionali al di fuori del loro controllo. L'assistente sociale ha l'obbligo di effettuare una segnalazione quando si trova nella situazione di dover effettuare un allontanamento in via d'emergenza, come previsto dall'articolo 403 del Codice civile. Questa situazione può verificarsi quando si identificano casi di adulti incapaci di fornire adeguata cura al minore. In tali circostanze, l'operatore può intraprendere l'allontanamento d'emergenza al fine di collocare il minore in un ambiente sicuro, consentendo così di avviare ulteriori procedure per garantirne la protezione a lungo termine. Inoltre, vi sono altre situazioni che richiedono una segnalazione alla Procura del Tribunale per i Minorenni. Queste includono la necessità di allontanare un minore dai genitori e collocarlo presso altri parenti o in un ambiente protetto, nonché le richieste relative alla limitazione della responsabilità genitoriale. La segnalazione è altresì obbligatoria quando il professionista ritiene necessario apportare modifiche urgenti al regime di affidamento precedentemente stabilito. Ciò vale anche nei casi in cui il professionista si renda conto che un minore è coinvolto in attività di prostituzione, come indicato dall'articolo 2 della Legge 269/1998, o quando un minore straniero privo di assistenza in Italia è vittima di reati quali prostituzione e/o pornografia minorile o tratta e commercio, come stabilito sempre dalla Legge 269/1998. L'operatore sociale ha l'obbligo di segnalare tutti i casi in cui viene a conoscenza della commissione di reati per i quali è prevista l'azione penale d'ufficio. Questi reati includono maltrattamenti in famiglia (art. 572 Codice penale), minacce (art. 612 Codice penale), lesioni personali e circostanze aggravanti (artt. 583 e 583 bis Codice penale), pratiche di mutilazione degli organi genitali femminili (art. 583 bis Codice penale), violenza privata (art. 610 Codice penale), estorsione (art. 629 Codice penale), violenza sessuale (art. 609 Codice penale), atti persecutori (art. 612 bis Codice penale), omicidio (art. 575 Codice penale), nonché tutti i reati previsti

comunicazione da parte degli organismi responsabili della protezione e dell'assistenza ai minori, mirata a informare l'Autorità Giudiziaria riguardo a una situazione che mette a rischio o danneggia gravemente i diritti del minore, compresi, ma non limitati a il diritto alla vita e all'integrità psicofisica (ai sensi degli articoli 6 e 19 della Convenzione di New York e dell'articolo 32 della Costituzione), il diritto a crescere ed essere educato all'interno della propria famiglia (art. 1 Legge 149/01), il diritto alla bigenitorialità (art. 1 Legge 54/06) e il diritto a non essere separato dai genitori contro la loro volontà, tranne in casi in cui una decisione giudiziaria sia stata presa in conformità con le leggi procedurali applicabili (come stabilito dall'art. 9 della Convenzione di New York). In conformità con la Legge 19.7.91, n. 216, articolo 1, comma 2, i soggetti primari responsabili di segnalare situazioni di danno o abbandono che richiedono tutela legale dei minori includono i seguenti quattro attori: i servizi sociali, le autorità locali, le istituzioni scolastiche e le forze dell'ordine.

Ciò premesso, in situazioni in cui il consenso della famiglia è assente o la gravità della situazione lo richieda, i Servizi devono rivolgersi all'Autorità Giudiziaria, che attraverso un provvedimento autorizzerà il loro intervento anche senza consenso.

Le conseguenze sono determinate dal Tribunale per i Minorenni e possono comprendere principalmente: l'allontanamento del minore e il suo collocamento in un ambiente idoneo; l'affido del minore ai servizi sociali (argomento approfondito successivamente); la limitazione della responsabilità genitoriale – questo comporta l'applicazione di misure restrittive riguardanti l'attività educativa e la rappresentanza legale e amministrativa del minore; la decadenza della responsabilità genitoriale – questa è una misura radicale che può anche comportare l'allontanamento del minore o del genitore dalla residenza familiare, con l'affidamento a un altro genitore o altro familiare (si applica in casi molto gravi in cui si è verificato un danno significativo ai diritti fondamentali del minore); la dichiarazione dello stato di adottabilità – prevista per situazioni in cui il minore versa in uno stato di completo abbandono. È importante sottolineare che il giudice, nel corso della sua attività, deve sempre tenere in considerazione il principio della gradualità degli interventi. Inoltre, dovrebbe applicare il principio della residualità dell'adozione, considerando l'adozione come l'ultima opzione

dagli articoli 600 e seguenti del Codice penale, tra cui tratta di minori, pedopornografia virtuale e reale, grooming e turismo sessuale.

da contemplare solo quando tutte le altre possibilità sono state esaurite (Vinci, 2022; Autorità Garante per l'Infanzia e l'Adolescenza, 2019).

La segnalazione ha valore come strumento per interventi precoci poiché rappresenta un mezzo per comunicare in modo inequivocabile ai genitori la gravità della situazione del loro figlio. Inoltre, essa impone tempi e responsabilità che non possono essere evitati, al fine di prevenire ulteriori conseguenze indesiderate. L'obiettivo principale del trasferimento dell'intervento all'interno del contesto giudiziario è sempre e solo la tutela dei diritti del minore in modo tempestivo.

3.3.3. L'affidamento del minore al Servizio Sociale

L'affidamento di un minore al Servizio Sociale è una procedura legale che viene attuata quando le autorità competenti ritengono che un bambino o un adolescente sia in una situazione di pericolo o di abbandono e necessiti di un ambiente più sicuro e protetto. Questo può accadere per diverse ragioni, tra cui abusi, trascuratezza, problemi familiari gravi o situazioni di emergenza.

L'affidamento del minore al Servizio Sociale è un provvedimento che può essere stabilito dall'Autorità Giudiziaria quando si ritiene necessario temporaneamente limitare la responsabilità dei genitori nei confronti del figlio. In questo caso, i Servizi Sociali assumono la responsabilità e prendono decisioni cruciali (come previsto dall'art. 337 ter del Codice civile) per il benessere del bambino. Questo intervento può essere visto come un mezzo preventivo per contrastare situazioni di negligenza, dove il Servizio Sociale agisce come garante dei diritti dei minori e implementa un importante processo di monitoraggio in situazioni a rischio (Codice civile italiano, 2019).

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

Nelle linee guida del 2015 sui Processi di sostegno e tutela dei minori e delle loro famiglie, il CNOAS stabilisce che l'adozione del provvedimento di allontanamento del minore dalla sua famiglia di origine può essere presa solamente quando è confermato che il bambino si trova in una situazione di pregiudizio significativo. La scelta di attuare tale intervento deve essere sempre 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). Di conseguenza, l’allontanamento del minore non può essere considerato un intervento precoce, in quanto viene effettuato solo quando si verifica il maltrattamento. A tal proposito, viene disposto “quando il minore si trova in una condizione di grave pericolo per la propria integrità fisica e psichica” (art. 403 Codice Civile) o in situazioni di maltrattamento o abuso conclamati, abbondono o inadeguatezza genitoriale, nonché incapacità grave di rispondere e soddisfare i bisogni dei figli (Codice civile, 1942). Si evince dunque che l’allontanamento del minore può essere attuato – tanto in contesto di beneficenza quanto in contesto di segnalazione all’Autorità Giudiziaria – qualora si ravvisi una situazione di pregiudizio.

Durante il processo di allontanamento, è imperativo garantire al minore il diritto all’informazione e, quando possibile, il diritto all’ascolto delle sue opinioni, considerando le sue capacità di discernimento. È importante sottolineare che l’allontanamento non dovrebbe essere un evento improvviso per i familiari del bambino: i genitori e, se presenti, i fratelli e le sorelle, devono essere adeguatamente preparati per affrontare questa situazione. L’assistente sociale dovrebbe cercare di promuovere la comprensione e la collaborazione da parte dei caregiver. Questo è cruciale per mantenere le relazioni familiari durante il periodo di separazione, sempre nel miglior interesse del minore e in conformità con le direttive dell’Autorità Giudiziaria. È importante notare che l’obiettivo finale dell’allontanamento è il reinserimento del minore nella sua famiglia, motivo per cui l’assistente sociale, insieme al resto dell’équipe, deve sviluppare un progetto finalizzato al recupero delle capacità genitoriali e al miglioramento complessivo della situazione familiare.

Prima di procedere con un allontanamento, è importante che il gruppo di lavoro abbia già previamente individuato possibili soluzioni per quanto riguarda il collocamento del minore. Solitamente, ci sono due alternative principali: la prima opzione prevede il collocamento del bambino presso una famiglia affidataria, mentre la seconda opzione prevede il collocamento del minore presso una struttura di accoglienza. Nelle stesse linee guida menzionate in precedenza, 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, scoprono/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 genitori risulteranno non essere in condizione di recuperare la necessaria responsabilità della loro funzione” (CNOAS, 2015, p. 20). Spetta ai professionisti identificare la famiglia affidataria che meglio si adatta alle caratteristiche, alle necessità e all’età del minore tra i nuclei disponibili che hanno seguito un apposito percorso informativo e formativo. È importante sottolineare che, nelle situazioni di affidamento, i genitori e i familiari del bambino mantengono il diritto di visita, a meno che non vi siano particolari eccezioni. Questo significa che gli operatori devono definire con precisione le modalità degli incontri al fine di preservare la solida rete affettiva. L’assistente sociale è costantemente responsabile della valutazione dell’evoluzione dell’esperienza, con particolare attenzione alle fasi iniziali e finali, quando il bambino rientra nella sua famiglia d’origine. In molte situazioni, sarebbe vantaggioso mantenere rapporti stabili tra la famiglia affidataria e quella d’origine anche dopo la conclusione del provvedimento, poiché la prima può fungere da punto di supporto per la seconda. Questo mantenimento dei rapporti tra le due famiglie non solo garantisce la continuità affettiva ma rappresenta anche un elemento importante di prevenzione: nel caso in cui la famiglia d’origine affrontasse una nuova crisi, quella affidataria potrebbe offrire supporto attraverso consigli pratici o assistenza nella gestione del bambino. Gli affidatari, quindi, svolgono una rilevante funzione nella mediazione degli effetti dello stress e delle crisi familiari, fungendo da punto di riferimento con un ruolo guida e di orientamento.

Un’alternativa all’affido familiare è il collocamento del minore in specifiche strutture residenziali, spesso rappresentate da comunità educative. Secondo i dati raccolti nell’indagine “La tutela dei minorenni in comunità” condotta dall’Autorità Garante per l’Infanzia e l’Adolescenza nel 2015, la maggior parte dei collocamenti in queste strutture avviene in seguito a una decisione dell’Autorità Giudiziaria. Queste strutture di accoglienza tendono a ospitare principalmente i “grandi minori”, ossia preadolescenti e adolescenti, compresi quelli prossimi al raggiungimento della maggiore età, ma sono comunque predisposte anche per accogliere bambini più piccoli. La scelta tra il collocamento familiare e il collocamento in comunità dipende da una valutazione accurata

effettuata dall'assistente sociale e dal resto dell'équipe, in base alle esigenze educative e di sviluppo del minore nel momento specifico della sua vita. Spesso, si verificano inserimenti in comunità motivati da situazioni di allontanamento urgente, causate principalmente dalla carenza di risorse disponibili nel sistema di welfare e dalla scarsa disponibilità di famiglie disposte ad accogliere il minore con così poco preavviso (Allegrì, 2015).

In virtù delle considerazioni precedenti, l'allontanamento costituisce effettivamente un passo strategico che l'assistente sociale può intraprendere, seguito dalla pianificazione di un più ampio progetto di sostegno che coinvolge la famiglia d'origine e che può richiedere un periodo di tempo variabile, a seconda delle circostanze iniziali. Naturalmente, l'allontanamento del bambino dalla famiglia rappresenta un'opportunità per i genitori di prendersi il tempo necessario per comprendere gli elementi disfunzionali che hanno contribuito al peggioramento della situazione e per implementare strategie di cambiamento atte a creare un nuovo equilibrio.

CONCLUSIONE

Con la presente tesi mi sono proposta di indagare quali siano le conseguenze della negligenza nei diversi contesti di vita del minore e quali interventi potrebbero prevenire tale maltrattamento. Tale ambito, seppur specifico, ha suscitato l'interesse dei ricercatori e molti sono oggi i libri e gli articoli sull'argomento.

Il fenomeno del maltrattamento all'infanzia in Italia è stato rilevato a partire dall'antichità, ma solo successivamente le ricerche si sono occupate degli effetti che tali comportamenti potessero avere sulla salute e sul benessere dei minori. Diverse sono le forme di maltrattamento presenti nel mondo, ma analizzando il nostro contesto di vita, ovvero il contesto italiano, è possibile affermare che la trascuratezza o negligenza rappresenta la forma più diffusa di abuso infantile.

Il *neglect* infantile è una forma di maltrattamento che si verifica quando i genitori o i caregiver non riescono a fornire ai bambini le cure e l'attenzione di cui hanno bisogno per crescere in modo sano e sicuro. Questi bisogni includono cibo, alloggio, vestiti, cure mediche, affetto e supervisione. Tale forma di maltrattamento può essere più difficile da individuare rispetto ad altre forme di abuso, come l'abuso fisico o sessuale, poiché spesso non lascia evidenti segni fisici. Inoltre, i sintomi possono essere più subdoli e gradualmente, rendendo la sua rilevazione un compito complesso.

Tuttavia, come dimostrato nel percorso di questo elaborato, le conseguenze anche a lungo termine riscontrate nei minori vittime di trascuratezza sono varie e includono notevoli difficoltà nello sviluppo cognitivo, socio-emotivo e comportamentale. La gravità di tali conseguenze può variare in base alla frequenza con cui si verificano gli atti di maltrattamento nei confronti del minore. Inoltre, oltre al danno immediato e visibile durante gli episodi di maltrattamento, è importante considerare anche il danno potenziale, spesso rilevato solo successivamente. Questo aspetto contribuisce a sottostimare la gravità della trascuratezza e aumenta il rischio di interventi ritardati a favore del minore. Inoltre, il ritardato riconoscimento del danno potenziale comporta il rischio che non

sempre si collegano le conseguenze visibili allo stato di trascuratezza.

Attualmente, si osserva una limitata presenza di azioni e campagne volte a promuovere il benessere dei minori e a ridurre il rischio di trascuratezza. Ma, sicuramente un ruolo cruciale è svolto dagli interventi preventivi e dalla tempestiva identificazione dei fattori di protezione e di rischio nei contesti familiari, relazionali e ambientali dei bambini. Il riconoscimento degli elementi potenzialmente disfunzionali consente agli operatori di agire preventivamente, evitando così che il maltrattamento infantile si manifesti concretamente o, eventualmente, intervenendo nelle fasi iniziali, prima che possa perdurare nel tempo.

Considerando questo contesto complesso, si è ritenuto opportuno esaminare gli interventi che stanno iniziando a prendere piede per promuovere azioni preventive, seppur ancora poco diffusi in Italia. Allo stesso tempo, è importante rivalutare approcci consolidati nell'ottica di un intervento precoce, poiché nella pratica quotidiana dei professionisti queste due strategie spesso si sovrappongono, diventando complementari. Particolare attenzione merita l'analisi dei programmi di *home visiting* (HV), dei programmi di formazione rivolti agli operatori e ai genitori, nonché dei programmi volti a migliorare il rapporto tra caregiver e figli. Per quanto riguarda l'HV, a livello internazionale si è dimostrato un efficace strumento a fini preventivi, ma può altresì assumere le caratteristiche dell'intervento precoce. Ciò è dovuto alla sua capacità di individuare tempestivamente situazioni di maltrattamento infantile, se presenti. I programmi di visite domiciliari permettono alle famiglie vulnerabili di mantenere un costante contatto con i servizi sociosanitari, che monitorano la situazione e forniscono il necessario supporto durante i periodi di maggiore stress, dalla nascita del bambino fino alla fine della prima infanzia. Altrettanto rilevante è l'investimento nella formazione dei genitori, poiché quando acquisiscono consapevolezza dei bisogni evolutivi dei propri figli, molti possono essere in grado di sviluppare strategie di adattamento più efficaci per affrontare le sfide e le difficoltà che possono emergere.

In conclusione, per quanto riguarda l'impiego degli interventi di protezione tradizionali in termini di interventi precoci, è cruciale mettere l'accento sulla dimensione temporale. La segnalazione, l'affidamento ai Servizi Sociali, l'allontanamento e il collocamento del minore in un ambiente adeguato possono rivelarsi strategie precoci quando vengono attuate prima che la situazione di disagio del minore diventi cronica. Le

evidenze dimostrano che tali modalità operative possono seriamente ridurre l'incidenza del maltrattamento infantile e mitigare le dannose conseguenze una volta che esso si sia verificato. Tuttavia, è fondamentale sottolineare che si tratta di dinamiche che possono risultare complesse da realizzare e che si protraggono nel tempo. Gli operatori, infatti, sono tenuti a prendere decisioni difficili, che richiedono collaborazione, confronto e passaggio di informazioni tra servizi; gli interventi necessitano di essere attuati, revisionati, supervisionati e talvolta modificati per risultare il più personalizzati possibile; la relazione di fiducia, qualora sia possibile, richiede impegno e collaborazione da ambedue le parti per poter essere instaurata; d'altro canto, anche il confronto e collaborazione con i Tribunali richiede tempo per lo scambio di disposizioni, per le valutazioni e per l'attivazione degli interventi disposti sui decreti.

BIBLIOGRAFIA

- Ainsworth M. (2006). *Attachments and other affectional bonds across the life cycle*. Londra, Routledge.
- Allegri E. (2015). *Servizio sociale di comunità*. Roma, Carocci.
- Allegri E., Palmieri P. e Zucca F. (2017). *Il colloquio nel servizio sociale*. Roma, Carocci.
- Andrenacci R. (2009). *La visita domiciliare di servizio sociale*. Roma, Carocci.
- Asawa L., Flood M. e Hansen D. (2008). Early Childhood Intervention Programs: Opportunities and Challenges for Preventing Child Maltreatment, *Education and treatment of children*, n. 31, pp. 73-110.
- Autorità Garante per l'Infanzia e l'Adolescenza (2015). *La tutela dei minorenni in comunità*. Scaricabile da: https://www.garanteinfanzia.org/sites/default/files/la_tutela_dei_minorenni_in_comunita.pdf (data ultima consultazione: 25/09/2023).
- Autorità Garante per l'Infanzia e l'Adolescenza (2019). *Il sistema della tutela minorile. Raccomandazioni dell'Autorità garante per l'infanzia e l'adolescenza*. Scaricabile da: https://www.garanteinfanzia.org/sites/default/files/2020-03/il_sistema_della_tutela_minorile.pdf (data ultima consultazione: 05/09/2023).
- Barlow J., Bennett C., Bergman H., Kornør H. e Wei Y. (2016). Group-based parent training programmes for improving emotional and behavioural adjustment in young children, *Cochrane Database of Systematic Reviews*, n. 8, pp. 1-5.
- Barnett L. A. (2018). Research note: young children's resolution of distress through play, *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, n. 25, pp. 477-483.
- Berry M., Charlson R. e Dawson K. (2003). Promising practices in understanding and treating child neglect, *Child and Family Social Work*, n. 8, pp. 13-24.
- Biancardi M. T. (2017). *La prevenzione del maltrattamento all'infanzia. Dalla rilevazione precoce all'intervento appropriato*. Milano, FrancoAngeli.

- Bianchi M. e Scabini E. (1991). *La violenza sui bambini. Immagine e realtà*. Milano, FrancoAngeli.
- Black R., Victora C., Walker S., Bhutta Z., Christian P., De Onis M., Ezzati M., Grantham-McGregor S., Katz J., Martorell R. e Uauy R. (2013). Maternal and Child Nutrition Study Group. Maternal and child undernutrition and overweight in low-income and middle-income countries, *Pediatrics*, n. 382, pp. 427-451.
- Bowlby J. (1969). *Attaccamento e perdita. L'attaccamento alla madre*. Torino, Bollati Boringhieri.
- Brunner S. (2013). *Riconoscimento precoce del maltrattamento nella prima infanzia*. (F. ASPI, Trad.) Berna, Svizzera: Fondazione Protezione dell'Infanzia. Scaricabile da <https://www.kinderschutz.ch/it/offerte/scaricare-ordinare/guida-riconoscimento-precoce-maltrattamento> (data ultima consultazione: 21/07/2023)
- Caplan G. (1964). *Principles of preventive psychiatry*. New York, Basic Book.
- Cassidy, J. e Phillip R. (2008). *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications* (2nd ed.). New York, The Guilford Press.
- Cheli M. e Giacomuzzi S. (2009). Dipendenze patologiche e maltrattamento infantile, *Personalità/dipendenze*, n. 15, pp. 285-295.
- Cicchetti D. e Toth S. (2005). Child maltreatment, *Annual Review of Clinical Psychology*, n. 1, pp. 409-438.
- Cirillo G. (2021). Il bambino trascurato, *Ricerca e Pratica*, n. 37, pp. 62-74.
- CISMAI. (2006). *Prevenire il maltrattamento sui minori: indicazioni operative e strumenti di analisi*. Scaricabile da: <https://cismai.it/documento/guida-oms-ispcan-prevenire-il-maltrattamento-sui-minori-indicazioni-operative-e-strumenti-di-analisi/> (data ultima consultazione: 31/07/2023).
- CISMAI, Terre des Hommes e Autorità Garante per l'Infanzia e l'Adolescenza. (2021). *Il Indagine nazionale sul maltrattamento dei bambini e degli adolescenti in Italia, risultati e prospettive*. Scaricabile da: <https://www.garanteinfanzia.org/sites/default/files/2021-07/ii-indagine-nazionale-maltrattamento-2021.pdf> (data ultima consultazione: 11/10/2023).
- CISMAI, Terre des Hommes e Università Commerciale Luigi Bocconi (2015). *“Tagliare sui Bambini è davvero un risparmio?”*. *Spesa pubblica: impatto della mancata prevenzione della violenza sui bambini*. Scaricabile da: https://cismai.it/assets/uploads/2015/02/6261_Tagliare_sui_bambini_studioTDH_Bocconi_Cismai.pdf (data ultima consultazione: 18/09/2023).

- CNOAS (2015). *Linee guida – Processi di sostegno e tutela dei minori e delle loro famiglie*. Scaricabile da: <https://cnoas.org/wp-content/uploads/2019/06/Le-linee-guida.pdf> (data ultima consultazione: 25/09/2023).
- Coates A. e Messnam-Moore T. (2014). A structural model of mechanisms predicting depressive symptoms in women following childhood psychological maltreatment, *Child Abuse & Neglect*, n. 38, pp. 103-113.
- Consiglio Nazionale Ordine degli Psicologi. (2017). *Maltrattamento e Abuso all'infanzia. Indicazioni e Raccomandazioni*. Scaricabile da: https://www.psy.it/wp-content/uploads/2019/07/Maltrattamento-e-abuso-allinfanzia.-Indicazioni-e-raccomandazioni_luglio.pdf (data ultima consultazione: 21/09/2023).
- Egeland B., Jacobvitz D. e Sroufe L. (1988). Breaking the cycle of abuse, *Child Development*, n. 59, pp. 1080-1088.
- Evans S. E., Steel A. L. e Di Lillo D. (2013). Child maltreatment severity and adult trauma symptoms: does perceived social support play a buffering role?, *Child Abuse & Neglect*, n. 37, pp. 934-943.
- Finkelhor D. (1994). Current Information on the scope and nature of child sexual abuse, *The Future of Children*, n. 4, pp. 31-53.
- Gilbert R., Spatz Widom C., Browne K., Fergusson D., Webb E. e Janson J. (2009). Burden and consequences of child maltreatment in high-income countries, *The Lancet*, n. 373, pp. 68-81.
- Hamilton S., Pinfold V., Cotney J., Couperthwaite L., Matthews J., Barret K., Warren S., Corker E., Rose D., Thornicroft G. e Henderson C. (2016). Qualitative analysis of mental health service users' reported experiences of discrimination, *Acta Psychiatr Scand*, n. 134, pp. 14-22.
- Hildyard K. e Wolfe D. (2002). Child neglect: developmental issues and outcomes, *Child Abuse & Neglect*, n. 26, pp. 679-695.
- Hobbs C. e Wynne J. (2002). Neglect of neglect, *Current Pediatrics*, n. 12, pp. 144-150.
- Javouhey E., Bolze P. A., Jamen C., Lina G., Badiou C., Poyart C., Portefaix A., Tristan A., Laurent F., Bes M., Vandenesch F., Gilletand Y. e Dauwalder O. (2018). Similarities and Differences Between Staphylococcal and Streptococcal Toxic Shock Syndromes in Children: Results From a 30-Case Cohort, *Pediatric Critical Care Medicine*, n. 6, pp. 1-11.
- Jones F. e 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*, n. 29, pp. 222-237.

Kearney C., Wechsler A., Kaur H. e Lemos-Miller A. (2010). Posttraumatic stress disorder in maltreated youth: A review of contemporary research and thought, *Clinical Child & Family Psychology Review*, n. 13, pp. 46-76.

Macek M., Heller K., Selwitz R. e Manz M. (2004). Is 75 percent of dental caries really found in 25 percent of the population?, *Journal of Public Health Dentistry*, n. 64, pp. 20-25.

Maggi M. e Ricci, A. (2021). *Educare alla genitorialità. Manuale operativo ad uso formativo e autoformativo per potenziare sostenere le competenze genitoriali*. Milano, FrancoAngeli.

Miller-Perrin C e Perrin R. (2013). *Child maltreatment: an introduction*. Thousand Oaks, SAGE Publications, CA.

Ministero della Salute (2018). *Linee guida nazionali per la prevenzione e la gestione clinica dei traumi dentali negli individui in età evolutiva*. Scaricabile da: https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2755_allegato.pdf (data ultima consultazione: 20/09/2023).

Montecchi F. (2011). *Dal bambino minaccioso al bambino minacciato*. Milano, FrancoAngeli.

National Scientific Council on the Developing Child (2012). *The Science of Neglect: the persistent absence of responsive care disrupts the developing brain*. Center of Developing Child – Harvard University. Scaricabile da: <https://harvardcenter.wpenegpowered.com/wp-content/uploads/2012/05/The-Science-of-Neglect-The-Persistent-Absence-of-Responsive-Care-Disrupts-the-Developing-Brain.pdf> (data ultima consultazione: 12/10/2023).

Olds D., Eckenrode J., Henderson CR Jr, Kitzman H., Powers J., Cole R., Sidora K., Morris P., Pettitt LM. e Luckey D. (1997). Long-term effects of home visitation on maternal life course and child abuse and neglect. Fifteen-year follow-up of a randomized trial, *JAMA The Journal of the American Medical Association*, n. 278, pp. 637-643.

Organizzazione Mondiale della Sanità – OMS, (2006). *Prevenire il maltrattamento sui minori: indicazioni operative e strumenti di analisi*. Scaricabile da: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/43499/9241594365_ita.pdf?sequence=3 (data ultima consultazione 05/09/2023).

Pollak S., Nelson C., Schlaak M., Roeber B., Wewerka S., Wiik K., Frenn K., Loman M. e Gunnar MR. (2010). Neurodevelopmental effects of early deprivation in

postinstitutionalized children, *Child Development*, n. 8, pp. 224-236.

Quercia V. (2014). *Il lavoro sociale nelle dipendenze da alcool e droga*. Trento, Erickson.

Ringeisen H., Casanueva C., Cross T. e Urato M. (2008). Mental health and special education services at school entry for children who were involved with the child welfare system as infants, *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, n. 17, pp. 177-192.

Save the Children (2021). *Cos'è la violenza assistita e quali le conseguenze sui bambini*. Scaricabile da: <https://www.savethechildren.it/blog-notizie/cos-e-la-violenza-assistita-e-quali-le-conseguenze-sui-bambini> (data ultima consultazione: 16/10/2023).

Segatto B. e Dal Ben A. (2020). *Decisioni difficili*. Milano, FrancoAngeli.

Shonkoff J. e Bales S. N. (2011). Science does not speak for itself: translating child development research for the public and its policymakers, *Child Development*, n. 82, pp. 17-32.

Strauss A. e Corbin J. (2015). *Basics of Qualitative Research*. Thousand Oaks, SAGE Publications, CA.

Terre des Hommes. (2016). *Maltrattamento e abuso sui bambini: una questione di salute pubblica*. Scaricabile da: https://terredeshommes.it/download/Dossier_Maltrattamento_e_Abuso_sui_bambini_2016.pdf (data ultima consultazione 05/09/2023).

Trickett P. e Negriff S. (2011). Child Maltreatment and Adolescent Development, *Journal of Research on Adolescence*, n. 21, pp. 3-20.

Veltman M. e Browne K. (2001). Three decades of child maltreatment research: implications for the school years, *Trauma, Violence & Abuse*, n. 2, pp. 215-239.

Vinci D. (2022). *La segnalazione dei Servizi Sociali al Giudice Tutelare*. Scaricabile da: <http://www.assistentsociali.org/minori/servizi-sociali-e-la-segnalazione-al-giudice-tutelare.htm> (data ultima consultazione 07/09/2023).

WHO (2006). *“Preventing Child Maltreatment: a guide to taking action and generating evidence”*. Scaricabile da: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/43499/9241594365_eng.pdf?sequence=1 (data ultima consultazione: 05/09/2023).