



UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI PADOVA

DIPARTIMENTO DI FILOSOFIA, SOCIOLOGIA, PEDAGOGIA E PSICOLOGIA APPLICATA

CORSO DI LAUREA IN SCIENZE DELL'EDUCAZIONE E DELLA FORMAZIONE

CURRICOLO SERVIZI EDUCATIVI PER LA PRIMA INFANZIA

RELAZIONE FINALE

MALTRATTAMENTO INFANTILE: IL CONTESTO ITALIANO

RELATRICE Prof.ssa Barbara Buldini

LAUREANDA Anna Zanotto

MATRICOLA 2011924

ANNO ACCADEMICO 2022/2023

*Ad ogni bambino del mondo perché possa
essere desiderato, amato e rispettato.*

INDICE

INTRODUZIONE	7
CAPITOLO 1 - Il maltrattamento infantile	9
1.1. Definizione di bambino.....	9
1.2. Definizione di maltrattamento.....	10
1.2.1. Contestualizzazione della definizione di maltrattamento.....	11
1.3 Cenni storici.....	12
CAPITOLO 2 - Le varie forme di maltrattamento	15
2.1. Il maltrattamento fisico.....	16
2.1.1. Ecchimosi, tagli, abrasioni, cicatrici e morsi.....	16
2.1.2. Lesioni da caldo e da freddo.....	17
2.1.3. Le fratture.....	19
2.2. La violenza sessuale.....	19
2.2.1. Ispezione e valutazione in caso di sospetto abuso sessuale.....	20
2.2.2. L'abuso sessuale dal punto di vista infettivologico.....	21
2.3. L'abuso psicologico.....	21
2.4. La patologia delle cure.....	21
2.4.1. L'incuria.....	22
2.4.2. La discuria.....	22
2.4.3. L'ipercuria e la Sindrome di Münchausen per procura.....	23
2.5. La violenza assistita.....	24
2.6. La violenza tra pari.....	25
CAPITOLO 3 - Dati epidemiologici	26
3.1. Differenze geografiche.....	26
3.2. Differenze relative al sesso, alla fascia d'età e all'etnia.....	26
3.3. Differenze relative alle varie forme di maltrattamento.....	28
3.4. Differenze relative al soggetto autore della violenza.....	30
3.5. Origine della segnalazione di maltrattamento.....	30
CAPITOLO 4 - Fattori di rischio e fattori protettivi	32
4.1. Fattori di rischio individuali.....	33
4.1.1. Le caratteristiche del maltrattante.....	34
4.1.2. Le caratteristiche del maltrattato.....	35
4.2. Fattori di rischio relazionali.....	36
4.3. Fattori di rischio comunitari e sociali.....	36
4.4. Fattori protettivi.....	37
4.4.1. Il costrutto di resilienza.....	38
CAPITOLO 5 - Le conseguenze della pandemia da Covid-19	41
5.1. Il concetto di sicurezza.....	41
5.2. L'(in)sicurezza tra le mura domestiche.....	41
5.2.1. Le chiamate al numero verde 1522.....	42
5.2.2. Le donne vittime di violenza.....	43
CONCLUSIONI	45
BIBLIOGRAFIA	46
SITOGRAFIA	48

INTRODUZIONE

Un problema contingente, capace di compromettere, per il suo notevole impatto, l'intera comunità sociale italiana, è il fenomeno agghiacciante della violenza e del maltrattamento subito dai bambini che risultano essere i soggetti meno difesi da tale piaga. *L'Indagine Nazionale sul maltrattamento dei bambini e degli adolescenti in Italia - risultati e prospettive*, realizzata da Terre des Hommes e Cismai (Coordinamento Italiano dei Servizi contro il Maltrattamento e l'Abuso all'Infanzia) per l'Autorità garante per l'infanzia e l'adolescenza del 2021 evidenzia come ogni 1.000 bambini residenti in Italia 201 femmine e 186 siano vittime di maltrattamento in ogni sua forma.

L'elaborato è volto pertanto a presentare e analizzare il fenomeno del maltrattamento infantile nel contesto socio-culturale italiano.

L'analisi e lo sviluppo di tale argomento è frutto del mio personale interesse, scaturito in particolare dall'ascolto delle lezioni universitarie tenute dalla Prof.ssa Barbara Buldini, relatrice dell'elaborato, verso questo fenomeno parzialmente sommerso, del quale ho pensato che possa essere necessario un investimento in termini di informazione e sensibilizzazione. Alla luce della professione alla quale, come educatrici, siamo chiamate a rispondere, ritengo che lo scopo primario dell'elaborato sia quello di presentare e analizzare il fenomeno in un'ottica di sensibilizzazione affinché la conoscenza possa permetterne il riconoscimento precoce nei segni, nei fattori di rischio e nelle condizioni di fragilità, nei fattori protettivi.

L'elaborato si suddivide in cinque capitoli, all'interno dei quali il maltrattamento infantile viene analizzato alla luce della letteratura scientifica disponibile e delle Convenzioni Internazionali volte a tutelare e promuovere il rispetto dei diritti dell'infanzia e dell'adolescenza.

Ho ritenuto indispensabile iniziare definendo il soggetto preso in esame ovvero il bambino per poi approdare alla definizione di maltrattamento, abuso e violenza contestualizzando tali definizioni al contesto socio-culturale italiano. Dalla definizione di maltrattamento ho ampliato lo sguardo verso l'analisi delle differenti forme in cui il maltrattamento infantile si manifesta, dal maltrattamento fisico, inclusa la violenza sessuale, per poi trattare le patologie della cura, la

violenza assistita, la violenza tra pari. L'analisi dei dati epidemiologici ha permesso di far emergere, nella sua manifestazione, differenze geografiche, relative a sesso, età ed etnia, differenze relative alle varie forme di maltrattamento e al soggetto autore di violenza.

L'analisi del fenomeno suggerita dall'OMS nel 2013 all'interno dell'*European Report on Preventing Child Maltreatment*, ha poi permesso di identificare i fattori di rischio, predisponenti al maltrattamento in ogni sua forma e quelli che invece possono essere definiti come fattori protettivi che intrecciandosi tra di loro danno vita ad un percorso di resilienza.

Infine, alla luce della Pandemia globale da COVID-19 che ha colpito il nostro paese con misure di quarantena, chiusura delle scuole e restrizioni agli spostamenti, ho ritenuto necessario considerare la correlazione tra questo momento storico ed il fenomeno del maltrattamento infantile. La condizione di insicurezza e incertezza che ha dominato la quotidianità delle famiglie italiane in questi anni, ha inciso in modo indelebile sulla vita e sulla salute dei bambini oltre che sulle reti di sostegno.

CAPITOLO 1 - Il maltrattamento infantile

Ogni bambino ha diritto ad una vita priva di violenza e piena di salute, intesa non solo come assenza di malattia, ma come stato di completo benessere fisico, mentale e sociale, secondo quanto definito dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS, 1948). Ogni bambino ha diritto ad un nome, ha diritto ad una famiglia, ha diritto a giocare, ha diritto a sporcarsi, ha diritto a condizioni igienico-sanitarie consone allo sviluppo della sua persona. Ogni anno però milioni di minori nel mondo sono vittime, oltre che testimoni, di violenza in ogni sua forma. Il maltrattamento infantile rappresenta un problema contingente per la società nella sua interezza dal momento in cui, l'impatto notevole della violenza subita incide irreparabilmente sugli uomini di domani.

1.1. Definizione di bambino

La Convenzione ONU sui Diritti dell'Infanzia (Convention on the Rights of the Child - CRC, 1989) si affaccia allo scenario internazionale e si presenta come lo strumento normativo più esaustivo per quanto riguarda i diritti dell'infanzia in un'ottica di promozione e tutela della stessa. L'Assemblea generale delle Nazioni Unite approvò la Convenzione il 20 novembre del 1989 a New York, per poi farla entrare in vigore il 2 settembre 1990; l'Italia ratificò il documento il 27 maggio 1991 con la legge n.176. Con il deposito degli strumenti di ratifica la CRC ha pertanto ottenuto il valore di legge per lo Stato italiano; in forza degli obblighi internazionali così assunti dall'Italia, le sue disposizioni sono immediatamente applicabili nel nostro Paese e le norme interne incompatibili con le disposizioni della CRC sono abrogate.

Ad oggi 193 Stati fanno parte della Convenzione. La Convenzione nella sua formulazione, obbliga gli Stati sopra citati a uniformare le norme di diritto interno a quelle della Convenzione e dunque ad attuare ogni debito provvedimento con lo scopo di dare assistenza ai genitori e alle istituzioni nell'assolvimento degli obblighi loro imposti nei confronti dei minori.

Nello specifico, la presente Convenzione definisce "bambini" (il termine inglese è "children" e andrebbe tradotto in "bambini e adolescenti") tutti gli

individui di età inferiore ai 18 anni (*Convention on the Rights of the Child, 1989, art.1*), il cui bene primario deve essere perseguito in ogni circostanza (*Convention on the Rights of the Child, 1989, art. 3*). Il fanciullo è, nel testo della Convenzione, preso in esame in quanto persona, pertanto titolare di diritti civili e sociali fin dalla nascita, a prescindere dal suo status di figlio. Nell'articolo 3 della Convenzione viene sancito il criterio della preminenza dell'interesse del minore (*Convention on the Rights of the Child, 1989, art. 3*) ed il dovere da parte dei genitori di fornire al fanciullo gli strumenti e la guida necessari all'esercizio dei diritti che la Convenzione gli riconosce.

1.2. Definizione di maltrattamento

La cronaca italiana riporta ogni giorno episodi di violenza e maltrattamento sui bambini. I bambini sono meno difesi dalla violenza che si presenta come uno dei principali fattori compromettenti la salute e il benessere della comunità sociale italiana. I bambini, infatti, sono più vulnerabili rispetto agli adulti non solo per la loro intrinseca peculiarità anatomica ma soprattutto per la loro dipendenza dalle figure di riferimento che si occupano non solo della loro sopravvivenza, del loro benessere fisiologico e psicologico, ma anche nella tutela dei loro diritti. Tali condizioni li rende incapaci di difendersi nella maggior parte dei casi. La realtà ci mette di fronte ad un vero e proprio allarme sociale: un fenomeno poco conosciuto, gravemente sottostimato e sommerso. Di seguito, inizierò rivedendo le definizioni di abuso, maltrattamento e violenza.

Secondo il "IV colloquio Criminologico di Strasburgo" del Consiglio d'Europa (1981) si definisce abuso su minore *"l'insieme di atti e carenze che turbano gravemente il bambino, attentando alla sua integrità corporea e al suo sviluppo fisico, affettivo, intellettuale e morale"* (IV colloquio Criminologico di Strasburgo, 1981).

La definizione della Convenzione sui Diritti dell'Infanzia, prima citata, approvata dall'UNICEF, dall'OMS, dall'UNESCO, dalla Croce Rossa e dall'ONU (1991), fa riferimento al *"Danno o abuso fisico o mentale, trascuratezza o trattamento negligente, al maltrattamento, alle diverse forme di sfruttamento e abuso sessuale intese come induzione e coercizione di un bambino/a in attività"*

sessuale illegale, lo sfruttamento nella prostituzione o in altre pratiche sessuali illegali, lo sfruttamento in spettacoli e materiali pornografici, torture o ad altre forme di trattamento o punizione crudeli, inumane o degradanti, allo sfruttamento economico e al coinvolgimento in lavori rischiosi” (Convention on the Rights of the Child, 1989).

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha specificato e stabilito che per abusi sull'infanzia e maltrattamenti devono intendersi *“tutte le forme di cattivo trattamento fisico e/o affettivo, abuso sessuale, incuria o trattamento negligente nonché sfruttamento sessuale o di altro genere che comportano un danno reale o potenziale alla salute, alla sopravvivenza, allo sviluppo o alla dignità del bambino nell'ambito di una relazione di responsabilità, fiducia e potere”* (OMS, 2002). Da questa definizione si evince come ogni forma di violenza perpetrata su un minore sia un insulto alla persona e al suo sviluppo psicofisico.

Nel gennaio del 1950 l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) raccolse l'invito dell'ONU a realizzare uno studio sui bambini rimasti orfani o privati delle cure familiari, effettuando uno studio sulle ricadute in termini di salute mentale. Lo studio venne affidato allo psicologo John Bowlby ed ebbe come prodotto la redazione nel 1951 di un rapporto dal titolo *“Maternal Care and Mental Health”*, tradotto poi in italiano. Tale studio sottolinea inequivocabilmente l'importanza rivestita dalle cure genitoriali nei primi anni di vita del bambino al fine di garantire l'integrità della salute mentale di quest'ultimo. Secondo J. Bowlby il bambino piccolo deve essere allevato in un'atmosfera calda capace di favorire l'intimo legame affettivo con la madre (*Bowlby J. 1951, Cure materne e salute mentale*).

Si intende “carenza di cure materne” quella situazione in cui il bambino non può vivere questo legame stabile e caloroso con la madre e fa riferimento a differenti situazioni:

- si parla di il bambino “carenzato” quando vive in famiglia ma la madre si rivela incapace di fornirgli cure adeguate;

- altre volte la privazione è quasi completa come negli istituti dove non esiste una cura individualizzata del bambino; la carenza totale di cure materne può compromettere definitivamente la capacità di stabilire legami affettivi;
- in altri casi la privazione è parziale, dando origine a stati d'ansia, depressivi e sentimenti di vendetta.

1.2.1. Contestualizzazione della definizione di maltrattamento

In merito alla definizione di maltrattamento sono necessarie alcune precisazioni per contestualizzare adeguatamente quanto sopra definito e descritto:

- la prima riguarda la relatività spazio-tempo e la relatività culturale: la conoscenza dei differenti modi di concepire l'infanzia in differenti etnie, regioni del mondo e epoche storiche deve far porre particolare attenzione nella diagnosi e nella valutazione di abuso in quanto a cambiare sono le coordinate di riferimento.
- la seconda precisazione riguarda l'associazione frequente tra varie forme di violenza, con conseguenti quadri clinici polimorfi. Le forme di maltrattamento "attivo" (come la violenza fisica, emotiva e sessuale) e quelle di maltrattamento "passivo" (come l'assenza di azioni, di cure e la trascuratezza) possono infatti manifestarsi in modo isolato e separato ma più frequentemente si associano forme di maltrattamento diverse.
- la terza precisazione riguarda la considerazione delle ripercussioni non solo sotto il punto di vista della salute fisica ma anche sotto quello dell'equilibrio emotivo, del suo sviluppo psico-sociale, relazionale e del suo futuro ruolo nel contesto sociale, oltre che come genitore nell'ambito di un futuro proprio nucleo familiare dal momento in cui la violenza può assumere una forma circolare facendo indossare, a quelle che sono state vittime, le vesti poi di carnefici.

Queste precisazioni devono pertanto condurre ad una presa in carico del fenomeno come patologia sindromica¹ complessa che, se ignorata, è destinata a compromettere irreparabilmente non solo la generazione presente ma anche quella futura: l'adulto maltrattato da piccolo potrebbe avere inevitabilmente maggiori difficoltà nella creazione di legami affettivi stabili (Da Dalt L., Andreola B., Carraro S. 2008).

1.3 Cenni storici

Il riconoscimento del maltrattamento come patologia sociale risale al 1946 quando, John Caffey, radiologo pediatra americano, individuò il complesso quadro clinico, riscontrato in piccoli pazienti giunti alla sua osservazione, caratterizzato da cause non accidentali di sanguinamento intracranico e da fratture multiple delle ossa lunghe (*Massimo Masi e Michela Bragliani, Servizio politiche sociali e socio-educative della Regione Emilia Romagna, 2021, Prevenzione del maltrattamento-abuso nell'infanzia e nell'adolescenza raccomandazioni per professioniste/i*). Venne più tardi coniato il nome di questa specifica sindrome ovvero "*The whiplash shaken infant syndrome*" all'interno dell'articolo *The whiplash shaken infant syndrome: manual shaking by the extremities with whiplash-induced intracranial and intraocular bleedings, linked with residual permanent brain damage and mental retardation*, pubblicato nel 1974 sulla rivista *Pediatrics*.

Tale denominazione comprendeva il termine *whiplash* letteralmente tradotto in "colpo di frusta". Questa prima denominazione racchiudeva al suo interno una serie di sintomi clinici ed emorragie, con minima o assente evidenza esterna di trauma, sparse in differenti distretti corporei: segni generati dall'atto di scuotere manualmente il bambino o *shaking*.

Alla fine degli anni Novanta entrò in uso, tra clinici e ricercatori la denominazione di "trauma cranico abusivo" o "trauma cranico inflitto". L'American Academy of Pediatrics Committee on Child Abuse and Neglect nel 2009 suggerì l'utilizzo di quest'ultima superando così quelle in uso che inquadravano unicamente l'atto dello scuotere. Si comprese così, all'interno

¹ Nel linguaggio medico, relativo a sindrome

della definizione il trauma chiuso, le asfissie, i soffocamenti e gli strangolamenti. In Italia però è largamente diffusa la denominazione SBS ovvero *Shaken Baby Syndrome* che risulta essere la dicitura indicata nella nosologia ufficiale dell'*International Classification of Diseases 9 - Clinical Modification (ICD 9-CM)*.

Numerose sono le narrazioni del XIV Secolo riguardanti i bambini non desiderati, soppressi e gettati nel Tamigi, come sono numerose quelle risalenti all'epoca della Rivoluzione Industriale dove i bambini venivano maltrattati e obbligati a fare lavori pesanti in ambienti malsani come i bambini descritti da Charles Dickens (1812-1870). I bambini occupano gran parte della produzione dell'autore e tra i tanti ricordiamo il suo secondo romanzo sociale, *Oliver Twist* (Charles Dickens, 1838) dove viene narrata la storia di un bambino orfano, Oliver per l'appunto, nato in una *workhouse*, per attaccare e denunciare il sistema capitalista e la realtà amara dello sfruttamento infantile. I suoi romanzi sono principalmente ambientati a Londra e i temi ricorrenti sono lo sfruttamento e il maltrattamento dei bambini, la mostruosità delle 14 o 15 ore al giorno trascorse dai bambini dell'epoca nelle miniere e nelle fabbriche e la disumanità delle *workhouses*.

Se prendiamo in esame la fiaba popolare tedesca dei Fratelli Grimm, *Hänsel e Gretel* (Jacob Grimm e Wilhelm Grimm, 1812), che presenta numerosi punti di contatto con la fiaba di *Pollicino* di Charles Perrault, troviamo trattato il tema dell'abbandono da parte delle figure di riferimento e il tema della fame come deprivazione. La storia vede come protagonisti due piccoli fratelli, Hänsel e Gretel, che vivono con il padre e la matrigna in una foresta. La famiglia va incontro ad un periodo di fame tanto da spingere il padre, sotto suggerimento della nuova moglie, ad abbandonare i bambini nella foresta.

Queste narrazioni ci presentano degli scenari che a primo impatto potremmo considerare ben lontani da noi: il fenomeno del maltrattamento infantile è tuttora diffuso, anche nel nostro Paese, e assume le forme più perverse, sviluppandosi prevalentemente tra le mura domestiche che diventano custodi silenziose di quanto difficilmente viene svelato.

CAPITOLO 2 - Le varie forme di maltrattamento

La definizione sopra riportata di maltrattamento comprende un ampio ventaglio di condizioni che possiamo riassumere e raggruppare in maltrattamento fisico, violenza sessuale, abuso psicologico, patologia delle cure, violenza assistita e violenza tra pari. Sempre più studi dimostrano come qualsiasi forma di abuso determini effetti dannosi a breve e a lungo termine sulla salute e sul benessere psico-fisico del bambino, sul piano emotivo, comportamentale e nello sviluppo di rapporti interpersonali sani e duraturi. L'abuso subito da piccoli può avere conseguenze in età adulta, quali stati d'ansia, depressione, abuso di sostanze e comportamenti distruttivi/antisociali.

Assume, pertanto, notevole importanza l'aspetto della prevenzione e della sorveglianza. La raccolta di informazioni disponibili, attraverso ricerche epidemiologiche e il monitoraggio dell'andamento degli stessi dati raccolti, permettono, inoltre, di progettare interventi di prevenzione e risposta.

La sorveglianza epidemiologica si basa su casi registrati o scoperti dalle autorità, non può includere i casi in cui il maltrattamento sul minore è sommerso e taciuto: la sorveglianza epidemiologica può indicare tendenze ma potrebbe avere dei limiti nell'impossibilità di fotografare in modo appropriato tutto il problema. La raccolta di dati deve basarsi su definizioni accettate e standardizzate, adottate con chiarezza e concordate nei diversi settori coinvolti: ciò permette l'utilizzo di categorie uniformi che danno origine a set di dati effettivamente comparabili. Le definizioni adottate sono quelle di bambino, maltrattamento, abuso e violenza, precedentemente riportate e descritte.

La prevenzione sul fenomeno può essere primaria a partire dalla gravidanza con programmi di informazione e sensibilizzazione; secondaria, da svolgersi sui bambini più a rischio, come ad esempio coloro che possiedono fratelli/sorelle con una storia pregressa di maltrattamento; terziaria, volta a prevenire il ripresentarsi dell'evento nel tempo.

Il pediatra può entrare in contatto con un bambino abusato in circostanze diverse, quali:

- durante una visita di routine in ambulatorio (come durante i, previsti, bilanci di salute) o con un accesso in Pronto soccorso dal quale emergano segni sospetti, spesso non completamente concordi con l'anamnesi o con la causa dell'accesso;
- una valutazione richiesta da uno dei caregivers che sospetti un possibile abuso nei confronti del figlio;
- nell'ambito di un'indagine richiesta dai Servizi o dall'Autorità Giudiziaria.

2.1. Il maltrattamento fisico

Per maltrattamento fisico si intende l'insieme di tutte le azioni commesse da colui che si prende cura del bambino che provocano un danno fisico reale e/o potenziale. Dal punto di vista clinico è la forma di maltrattamento più facilmente riconoscibile.

2.1.1. Ecchimosi, tagli, abrasioni, cicatrici e morsi

Le ecchimosi, in età pediatrica rappresentano la lesione cutanea più comune in caso di maltrattamento e, se non motivate da cause mediche, diventano sospette anche se un concomitante disturbo dei fattori della coagulazione, non deve escludere a priori la possibilità che lo stesso bambino sia vittima di maltrattamenti. Gli indicatori sospetti per un maltrattamento, in caso di ecchimosi sono:

- si presentano in un bambino che ancora non sa camminare da solo;
- le lesioni sono multiple e in diversa fase evolutiva;
- sono di dimensioni simili tra loro e con forme e caratteristiche riconducibili ad oggetti;
- sono confinate in regioni non scheletriche del corpo;
- possono essere riconducibili a segni di legatura (su caviglie e polsi)
- si riscontrano a livello genitale.

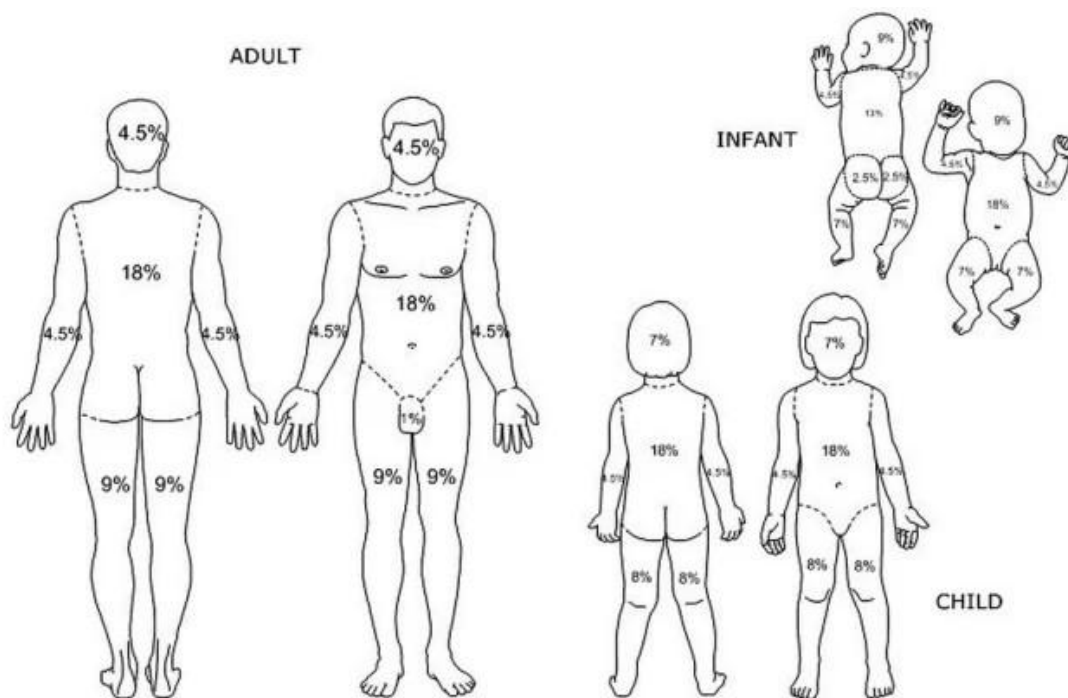
Le stesse caratteristiche e gli stessi indici di sospetto delle ecchimosi valgono anche per tagli, abrasioni, cicatrici, soprattutto quando si localizzano in aree solitamente protette da indumenti come la schiena, l'addome, e i genitali.

Anche segni associabili a morsi possono indurre il professionista sanitario a sospettare un maltrattamento nel momento in cui le lesioni si presentano semicircolari con evidenti le forature causate dai canini. La distanza normale tra i canini mascellari negli adulti è di circa 2,5 - 4 cm, pertanto, i morsi con una distanza inter-canina maggiore di 3 cm vengono di solito considerati inflitti da adulti. I morsi di animali si differenziano per le lacerazioni profonde.

2.1.2. Lesioni da caldo e da freddo

Per quanto riguarda le ustioni, ovvero le lesioni da caldo e da freddo, queste vengono definite come la lesione locale della pelle ed eventualmente degli strati sottostanti causata da vari agenti.

Alla fine dell'Ottocento comparvero i primi articoli dove si suggeriva l'ipotesi che la mortalità fosse legata alla grandezza dell'ustione. Oggi sappiamo con certezza che la gravità di un'ustione è correlata alla percentuale di superficie corporea interessata. La Regola del 9 o la Regola di Wallace, nel primo soccorso, valuta appunto l'estensione dell'ustione e, se la porzione di corpo interessata risulta superare il 15%, si considera il soggetto in pericolo di vita per elevato rischio di shock. Tale metodo deve esser fatto risalire al chirurgo plastico scozzese Alexander Burns Wallace che pubblicò, per la prima volta, nel 1951, sulla prestigiosa rivista "The Lancet" il suo metodo semplificato per misurare la *BSA - Body Surface Area* ovvero l'area della superficie corporea interessata da ustione basandosi appunto sulla regola del nove. Per BSA si intende l'area della superficie corporea; il Dott. Meeh la ideò per la prima volta, nel 1879, utilizzando della carta millimetrata come metodo per misurarla. Tale metodo, poco dopo, però venne ritenuto ingombrante e scomodo tanto da essere dimesso. I calcoli del Dott. Meeh permisero però di comprendere la relazione costante esistente tra la superficie delle regioni corporee interessate, l'entità della ferita da ustione, l'età, la profondità dell'ustione e lo stato di salute del paziente come elementi predittivi sull'esito della malattia da ustione.



1

Regola del 9 o Regola di Wallace, presenti le percentuali assegnate ad ogni porzione corporea. I corpi da sinistra verso destra sono rispettivamente di un adulto, di un lattante e di un bambino.

(Alexander Burns Wallace, 1951, rivista "The Lancet")

Immagine tratta da:

<https://medicinaonline.co/2017/03/12/calcolare-la-superficie-di-una-ustione-la-regola-del-9-in-neonati-bambini-ed-adulti/>

Le ustioni devono far pensare ad un abuso quando si presentano in regioni che difficilmente possono avere un contatto accidentale con un oggetto caldo come il dorso delle mani, la pianta dei piedi, perineo, glutei, schiena oppure quando assumono una forma ben precisa o sono indicative di una immersione forzata.

Quando si tratta di una ustione dovuta ad un incidente, la lesione tende ad essere ovalare, eccentrica e più superficiale in quanto il bambino reagisce rapidamente al dolore, allontanandosi dalla fonte calda, ritraendo il corpo o il distretto interessato.

Per quanto riguarda le bruciature da sigaretta, esse producono ustioni con forme ben precise, si presentano come lesioni con un diametro di 7-10 mm che tendono ad evolvere in cicatrici. Le lesioni multiple sono solitamente raggruppate su viso, mani e piedi.

Le lesioni da freddo possono essere spia di maltrattamento se non giustificate da alcuna evidente spiegazione medica, come detto sopra per le ecchimosi.

2.1.3. Le fratture

Le fratture rappresentano l'8-12% di tutte le lesioni in età pediatrica e nella maggior parte dei casi sono legate a traumi accidentali: infatti oltre la metà dei bambini in età inferiore ai 16 anni, almeno una volta nella vita ha avuto una frattura. Circa l'80% delle fratture da abuso si verifica in bambini al di sotto dei 18 mesi di età e il 25% nei bambini al di sotto dei 12 mesi.

Alcune caratteristiche devono far sospettare il maltrattamento previa esclusione di accertamenti per patologie ossee, ovvero quando le lesioni:

- si verificano in bambini di età inferiore ai 18 mesi;
- sono multiple o in diverso stadio di riparazione;
- sono localizzate in aree con assenza di traumi maggiori
- sono in associazione ad altre lesioni sospette.

Molte fratture non accidentali nei neonati e nei bambini risultano essere difficilmente visibili, non clinicamente evidenti all'esame obiettivo e spesso non vengono identificate nemmeno con l'imaging radiologico; a questo proposito è utile l'esecuzione in più proiezioni, il follow-up radiologico (con intervalli di 15 giorni nei casi dubbi o negativi ma fortemente sospetti) e la sorveglianza scheletrica consistente nell'identificazione di fratture occulte o pregresse sotto i 2 anni e con maltrattamento sospetto.

2.2. La violenza sessuale

La violenza sessuale si realizza nel momento in cui un bambino è coinvolto in attività sessuali che non comprende, per le quali è psicologicamente impreparato e per le quali non esprime consenso e/o che violano le leggi o i tabù sociali. Le forme di violenza sessuale includono contatto

oro-genitale, genitale o anale ma anche l'esibizionismo, il voyeurismo e la produzione di materiale pedo pornografico.

2.2.1. Ispezione e valutazione in caso di sospetto abuso sessuale

Una valutazione dell'area genito-ale nel corso di una valutazione ambulatoriale risulta indispensabile in tutti i casi di sospetta violenza. Quando possibile è utile documentare con foto le eventuali lesioni riscontrate. La presenza di lesioni genitali, anali o perianali (come lividi, lacerazioni, edema o abrasione) prive di idonea spiegazione clinica sono da ritenersi sospette, così come sintomi genitali/anal riferiti come persistenti o ricorrenti (per esempio disuria, sanguinamento, prurito), assieme ad un comportamento anomalo del bambino rispetto al suo normale essere. Segni ai quali deve essere data massima importanza sono la presenza di:

- ragadi anali
- ano dilatato (escludendo stipsi, morbo di Crohn, malattie neurologiche)
- corpi estranei inseriti nel canale vaginale
- assenza completa o perdita di tessuto dell'imene posteriore
- ecchimosi nella zona genitale
- cicatrici della forchetta e lacerazioni dell'imene

Bisogna ricordare che le lesioni di questi tessuti tendenzialmente guariscono rapidamente e completamente. Questo rende l'ispezione e la valutazione del professionista sanitario spesso non funzionale al fine di una diagnosi basata unicamente su tali reperti, nel momento in cui questa non venga eseguita in tempi brevi. La letteratura in merito ci dimostra infatti come il 90% dei bambini vittime di violenza sessuale non abbia reperti genitali e/o anormali (*Ministero della Salute, 2021, Salute riproduttiva: infezioni sessualmente trasmesse*). La mancata rilevazione di segni anali e/o genitali in sede di esame obiettivo mirato non esclude la possibilità che il minore sia vittima di abuso sessuale, soprattutto in presenza di un racconto che orienti verso lo stesso.

2.2.2. L'abuso sessuale dal punto di vista infettivologico

Dal punto di vista infettivologico, l'abuso sessuale in età prepuberale risulta essere la modalità più probabile e frequente di trasmissione di infezioni sessualmente trasmesse (IST)². Vanno comunque escluse ulteriori cause come la trasmissione verticale madre-bambino. Nel momento in cui vi siano i sintomi o il sospetto di una malattia sessualmente trasmessa, si devono seguire prelievi finalizzati alla coltura e all'identificazione di queste ultime. Vi è inoltre la possibilità di ricerca degli spermatozoi con tipizzazione del DNA del sospetto carnefice.

2.3. L'abuso psicologico

Si parla di abuso psicologico quando un bambino non viene fatto vivere in un ambiente capace di rispettare e promuovere il suo pieno sviluppo psicofisico, determinando così conseguenze negative sulla salute e sullo sviluppo psico-affettivo dello stesso bambino. Le azioni riconosciute come abuso psicologico sono la limitazione dei movimenti, la denigrazione, lo scherno, le minacce e intimidazioni, la discriminazione, l'allontanamento e altre forme non fisiche di trattamento ostile.

2.4. La patologia delle cure

La patologia delle cure, comprende incuria (insufficienza di cure fisiche/psichiche), discuria (cure distorte, inadeguate) ed ipercura (eccessiva attenzione data alle cure) e fa riferimento alle modalità non consone con cui un genitore si occupa dello sviluppo del bambino o meglio *“quelle condizioni in cui i genitori e le persone legalmente responsabili del bambino non provvedono adeguatamente ai suoi bisogni fisici e psichici in rapporto al momento evolutivo e all'età”* (Montecchi, 1998). Le aree in cui questa si manifesta sono la salute,

² Le infezioni sessualmente trasmesse (IST) rappresentano un gruppo vasto di malattie diffuse capillarmente in tutto il mondo e sono ogni anno responsabili, non solo dell'impiego di ingenti risorse economiche ma soprattutto, di sintomi acuti, infezioni croniche e gravi complicanze. Ad oggi si conoscono circa 30 quadri clinici di IST determinati da oltre 20 patogeni sessualmente trasmessi.

l'educazione, lo sviluppo affettivo, la nutrizione, la protezione e in generale il fornire al bambino condizioni di vita sicure.

2.4.1. L'incuria

Le cure fisiche e/o psicologiche al bambino vittima di incuria sono fornite in maniera insufficiente in relazione ai suoi bisogni evolutivi. Si può parlare di incuria fisica quando le cure fisiche non vengono garantite in maniera completa come può essere ad esempio una nutrizione insufficiente o non comprendente tutti i macro nutrienti, una scarsa protezione dai pericoli, una mancata fornitura di abbigliamento consono alle dimensioni del bambino e alle stagioni. Si parla di incuria psicologica invece, quando i genitori o le figure di riferimento del bambino, pur provvedendo a quanto sopra detto, non rispettano e soddisfano i bisogni emotivi ed affettivi. Secondo Martone (in Montecchi, 2006) gli indicatori di rischio sono:

- l'incapacità da parte dei genitori di fornire informazioni sullo stato di salute del proprio figlio, la mancata cura e presa in carico delle patologie croniche, dei disturbi visivi, delle carie e il non rispetto del calendario vaccinale obbligatorio;
- vestiti inadeguati all'età o alla stagione, la malnutrizione, la scarsa igiene e la presenza di dermatiti recidivanti;
- frequenti incidenti domestici che indicano una inadeguata sorveglianza del bambino in relazione alla sua età, al ritardo psicomotorio e/o del linguaggio, all'inversione dei ruoli relazionali con la tendenza da parte del genitore (spesso affetto da patologie psichiatriche) ad esigere le cure e le attenzioni che dovrebbe lui fornire al figlio.

2.4.2. La discuria

La discuria si realizza invece quando le cure vengono fornite ma sono qualitativamente inadeguate rispetto al momento evolutivo del bambino. Inoltre, ciò che viene richiesto al bambino in termini di abilità e competenze sono inopportune: si richiedono prestazioni eccessive in relazione alle reali possibilità

del bambino (Martone, in Montecchi, 2006) oppure al contrario ci si relaziona ad esso e ci si comporta di conseguenza come se fosse più piccolo.

2.4.3. L'ipercuria e la Sindrome di Münchausen per procura

L'ipercuria invece viene definita, rispetto allo stato fisico del minore, come una eccessiva preoccupazione e presa in carico con la conseguente persistente medicalizzazione. La diagnosi di ipercuria non è semplice dal momento in cui è difficile delimitare il confine tra una normale preoccupazione per la salute del proprio figlio e una preoccupazione patologica.

La forma più grave di ipercuria è la Sindrome di Münchausen per procura (Trovato A. *Abuso infantile e Sindrome di Munchausen per Procura. AIPG, Associazione Italiana Psicologia Giuridica*) dove il bambino viene reso schiavo di continui e inutili accertamenti clinici oltre che di cure inopportune, conseguenti l'errata e delirante convinzione del genitore che il proprio figlio sia malato: il carnefice in questa precisa condizione fa assumere alla vittima lo stile di vita del malato. Tale sindrome rappresenta una forma di abuso molto grave sia perché apre ad una condizione psicopatologica di tipo delirante centrata sul corpo del bambino, sia perché lo espone ad un rischio molto elevato.

La falsificazione della malattia può essere attuata sia tramite la simulazione della malattia stessa (il caregiver simula il quadro sintomatologico della malattia ma non causa direttamente dolore, mentendo al medico per mezzo di sintomi inesistenti per esempio), sia per mezzo del "confezionamento" della malattia (in questo caso il caregiver causa realmente una malattia nel bambino, ad esempio dichiarando che il bambino soffre di episodi di apnea quando invece viene soffocato ripetutamente).

2.5. La violenza assistita

Per violenza assistita si intende il fare esperienza in ambiente familiare di atti di violenza fisica, verbale, psicologica, sessuale ed economica a danno di figure di riferimento o a carico di altre figure affettivamente significative, sia adulte che minorenni. Tale esperienza può essere, per il bambino, diretta quando questa rientra nel suo campo percettivo oppure indiretta quando il

minore semplicemente conosce il verificarsi della violenza. Questa forma di maltrattamento può causare effetti a breve, medio e lungo termine e diviene un fattore di rischio per la trasmissione intergenerazionale della violenza.

In Italia tra il 2009 e il 2014 si stima che siano 427 mila i minorenni che hanno vissuto il fenomeno della violenza tra le mura domestiche (*Save the Children, 2018, Violenza assistita*) e questo ci porta a riflettere su quelle che sono le conseguenze a breve e lungo termine sui bambini, in particolare possiamo parlare di:

- impatto sullo sviluppo fisico con deficit visivi, nello sviluppo staturale ponderale e ritardi psicomotori;
- impatto sullo sviluppo cognitivo con compromissione della capacità empatica, delle competenze intellettive e dell'autostima;
- impatto sul comportamento con paura costante, senso di colpa per non essere la vittima diretta della violenza, tristezza, rabbia, senso d'impotenza nei confronti della vittima diretta della violenza e incapacità di reagire. In prospettiva di una vita adulta, la letteratura ci riporta casi più o meno gravi di depressione, tendenze suicide, disturbi del sonno e disturbi del comportamento alimentare;
- impatto sulle capacità di socializzazione con l'incapacità di stringere e mantenere relazioni sociali.

2.6. La violenza tra pari

La violenza tra pari, che possiamo identificare con il fenomeno del bullismo e del cyberbullismo, è caratterizzata da comportamenti offensivi e/o aggressivi posti in essere da una o più persone, in un arco di tempo, a danno di un soggetto al fine di dominarlo o di esercitare potere sullo stesso. È caratterizzato da predeterminazione, intenzionalità, ripetitività nel tempo e da soddisfazione provata dai carnefici nell'abusare della vittima.

CAPITOLO 3 - Dati epidemiologici

Gli ultimi dati ad oggi disponibili sono relativi al 2021 e sono quelli dell'*Indagine Nazionale sul maltrattamento dei bambini e degli adolescenti in Italia - risultati e prospettive*, realizzata da *Terre des Hommes e Cismai (Coordinamento Italiano dei Servizi contro il Maltrattamento e l'Abuso all'Infanzia)* per l'*Autorità Garante per l'Infanzia e l'Adolescenza* tra luglio 2019 e marzo 2020. La ricerca ha coperto un bacino di 2,1 milione di minorenni residenti nei 196 comuni italiani coinvolti. Il primo oggetto di indagine è stato il numero complessivo di minorenni che sono seguiti in Italia dai Servizi Sociali dei Comuni. L'indagine evidenzia che al 31 dicembre 2018 su 1000 minorenni residenti, 45 sono quelli presi in carico trovandosi in uno stato di bisogno e quelli per cui è stato attivato un intervento sono 401.766.

3.1. Differenze geografiche

I dati evidenziano come via via che si scende da Nord verso Sud la prevalenza dei minori presi in carico dai Servizi Sociali diminuisce. Al Nord la percentuale è del 58‰, al Centro del 40‰ e al Sud del 29‰ e questo sottolinea chiaramente un decremento della presa in carico da parte dei Servizi scendendo da Nord verso Sud. Si può pensare che tale differente presa in carico dei minori sia dovuta ad una scarsa organizzazione capillare dei Servizi Sociali nel Sud Italia e ad una maggiore difficoltà di intercettazione dei bisogni dei minori nella stessa area.

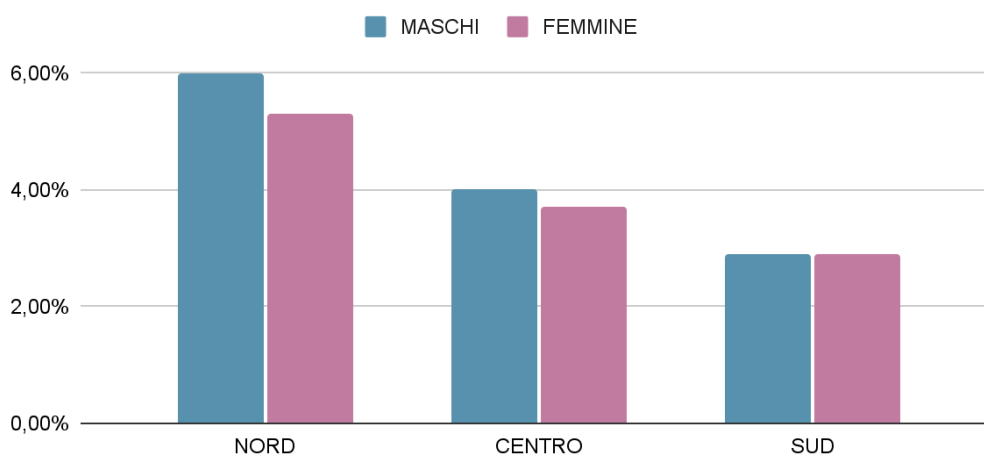
3.2. Differenze relative al sesso, alla fascia d'età e all'etnia

Se si guarda complessivamente alle prese in carico dei Servizi Sociali, i maschi risultano numericamente di più rispetto alle femmine: su scala nazionale, infatti, ogni 1.000 minorenni maschi, 46 sono presi in carico dai Servizi Sociali (pari a 198.178) per ragioni spesso di natura differente dal maltrattamento, che più spesso colpisce le femmine, per le quali il numero delle prese in carico si attesta attorno a 42 su 1.000 (pari a 170.718). I dati mostrano come al Nord e al Centro l'indice di prevalenza è maggiore nei maschi rispetto alle femmine, al Sud invece non vi è una prevalenza di uno dei due generi

perché il dato è sostanzialmente identico come illustrato nel grafico che segue. (Indice di prevalenza di minori presi in carico dai Servizi Sociali in base al sesso e alle regioni d'Italia. Nostre rielaborazioni su dati tratti da *Autorità Garante per l'Infanzia e l'Adolescenza – CISMAI – Fondazione Terre des Hommes Italia (2015) Indagine nazionale sul maltrattamento dei bambini e degli adolescenti in Italia: Risultati e Prospettive*).

2. Indice di prevalenza di minori presi in carico dai Servizi sociali in base al sesso e alla regione d'Italia

Dati tratti da <https://www.garanteinfanzia.org/sites/default/files/2021-07/ii-indagine-nazionale-maltrattamento-2021.pdf>



Il grafico evidenzia come i maschi presi in carico dai Servizi Sociali siano numericamente di più rispetto alle femmine nelle regioni del Nord e del Centro Italia, mentre nelle regioni del Sud il dato risulta essere sostanzialmente identico per i due sessi.

Nostre rielaborazioni su dati tratti da:

<https://www.garanteinfanzia.org/sites/default/files/2021-07/ii-indagine-nazionale-maltrattamento-2021.pdf>

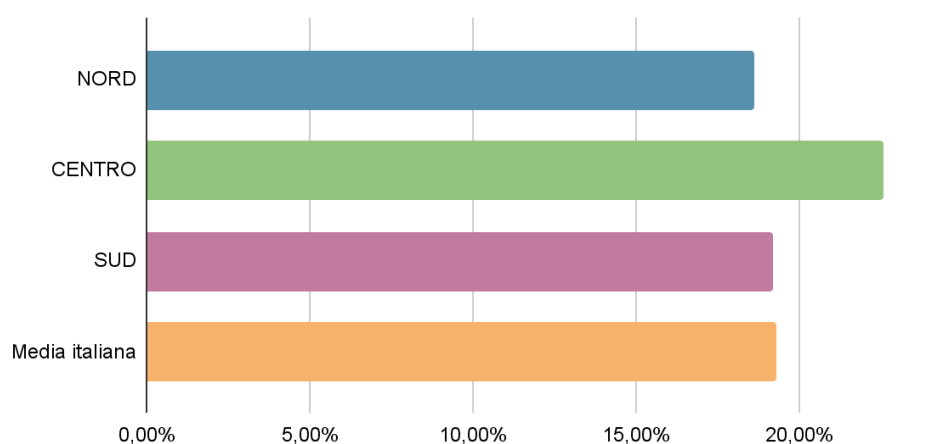
Si rileva che hanno accesso ai servizi di protezione prevalentemente bambini e ragazzi di età compresa tra gli 11 e i 17 anni (54‰): la prevalenza cresce al crescere dell'età e la fascia più penalizzata risulta quella 0-5 anni (27‰). Questi dati testimoniano la difficoltà di intercettazione delle fragilità nelle fasce di età dei più piccoli e il tardivo intervento dei Servizi con gli stessi.

Dei circa 402 mila minorenni presi in carico dai Servizi Sociali, 77.493 lo sono per qualche forma di maltrattamento pertanto si può affermare che ogni 1000 minorenni 193 in carico ai Servizi risultano esserlo per qualche forma di

maltrattamento, sono più numerosi al Centro e al Sud (rispettivamente 226 e 192 ogni 1000 minorenni seguiti) contro i 186 casi al Nord come mostra il grafico di riferimento (Minorenni presi in carico dai Servizi Sociali per qualche forma di maltrattamento in relazione alle regioni d'Italia. Nostre rielaborazioni su dati tratti da *Autorità Garante per l'Infanzia e l'Adolescenza – CISMAI – Fondazione Terre des Hommes Italia (2015) Indagine nazionale sul maltrattamento dei bambini e degli adolescenti in Italia: Risultati e Prospettive*).

3. Minorenni presi in carico dai Servizi Sociali per qualche forma di maltrattamento in relazione alle regioni d'Italia

Dati tratti da <https://www.garanteinfanzia.org/sites/default/files/2021-07/ii-indagine-nazionale-maltrattamento-2021.pdf>



Il grafico evidenzia come i minorenni presi in carico dai Servizi Sociali per qualche forma di maltrattamento siano più numerosi nelle regioni del Centro e del Sud d'Italia, rispettivamente con 226 e 192 casi ogni 1000 minorenni. Nelle regioni del Nord i casi di minorenni presi in carico sono 186 ogni 1000.

Nostre rielaborazioni su dati tratti da:

<https://www.garanteinfanzia.org/sites/default/files/2021-07/ii-indagine-nazionale-maltrattamento-2021.pdf>

Prendendo in esame il numero complessivo dei minorenni maltrattati residenti in Italia e presi in carico dai Servizi Sociali emerge che le femmine sono maggiormente vittime di violenza, in particolare di violenza sessuale, rispetto ai maschi: 201 ogni 1.000 rispetto a 186 maschi. Per quanto riguarda le differenze geografiche, si può mantenere quanto sopra detto rispetto alla presa in carico generale presso i Servizi Sociali: al Nord e al Centro tra i minorenni prevalgono le femmine, mentre al Sud vi è un sostanziale allineamento tra i due

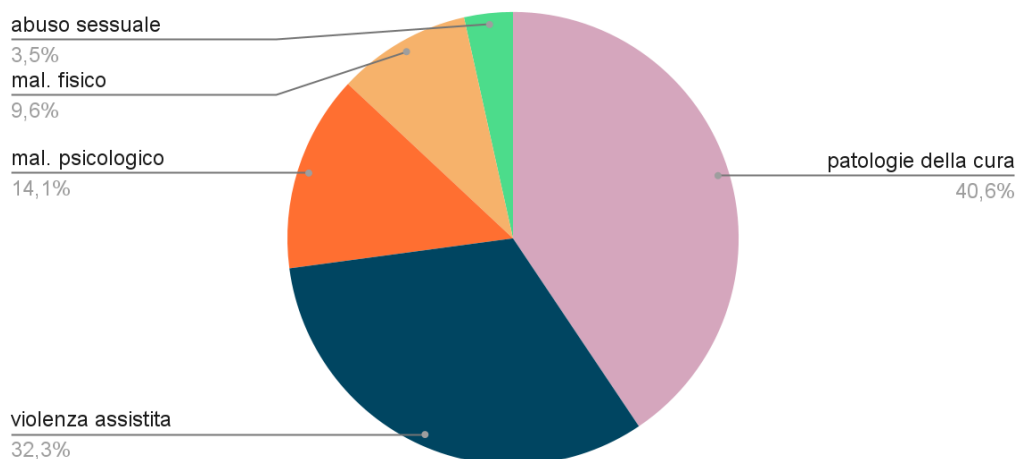
generi. Emerge inoltre che la percentuale di minorenni stranieri in carico ai Servizi per maltrattamento è tre volte maggiore rispetto a quella dei minorenni italiani: su 1.000 minorenni 23 sono stranieri e 7 italiani.

3.3. Differenze relative alle varie forme di maltrattamento

Un elemento fondamentale sul quale si è soffermata l'analisi del fenomeno della violenza ai danni dei bambini e degli adolescenti è l'epidemiologia delle differenti forme di maltrattamento subito. In particolare possiamo vedere dal grafico sottostante come prevalgano le patologie legate alla cura (riguardanti il 40,6% e che comprendono anche l'incuria e la trascuratezza). A seguire troviamo le forme di violenza assistita (32,3%) come seconda forma di maltrattamento dichiarata e indicata nel 67,2% dei casi come motivazione di presa in carico. Il 14,1% dei minorenni è invece vittima di maltrattamento psicologico, individuato all'inizio della presa in carico solo nel 43,3% di casi. Il maltrattamento fisico, pur limitato al 9,6% dei minorenni, è invece la ragione di apertura del fascicolo per quasi il 70% dei casi come mostra il grafico a seguito. (Forme di maltrattamento dei bambini presi in carico dai Servizi Sociali per forme di maltrattamento. Nostre rielaborazioni su dati tratti da *Autorità Garante per l'Infanzia e l'Adolescenza – CISMAI – Fondazione Terre des Hommes Italia (2015) Indagine nazionale sul maltrattamento dei bambini e degli adolescenti in Italia: Risultati e Prospettive*).

4. Forme di maltrattamento dei bambini presi in carico dai servizi sociali per forme di maltrattamento (77.493)

Dati tratti da <https://www.garanteinfanzia.org/sites/default/files/2021-07/ii-indagine-nazionale-maltrattamento-2021.pdf>



Il grafico mostra la distribuzione percentuale delle differenti forme di maltrattamento dei bambini presi in carico (77.493). La forma più diffusa è quella delle patologie della cura (40,6%), a seguire la violenza assistita (32,3%), il maltrattamento psicologico (14,1%), il maltrattamento fisico (9,6%) e l'abuso sessuale (3,5%).

Nostre rielaborazioni su dati tratti da:

<https://www.garanteinfanzia.org/sites/default/files/2021-07/ii-indagine-nazionale-maltrattamento-2021.pdf>

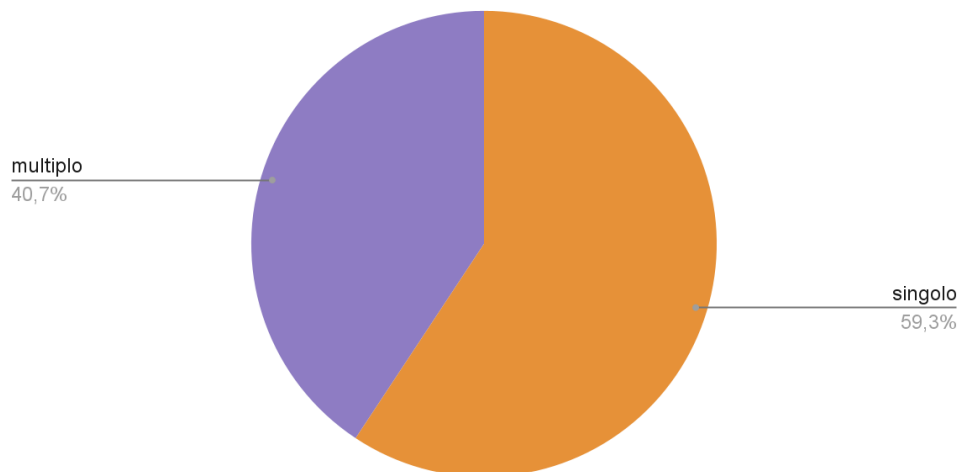
Dall'analisi sui dati raccolti dall'*Indagine Nazionale sul maltrattamento dei bambini e degli adolescenti in Italia* emergono quindi le seguenti riflessioni:

- per forme di maltrattamento molto aspre e visibili anche se alle volte poco diffuse, come può essere il maltrattamento fisico, vi è una diretta associazione tra queste forme di maltrattamento e la motivazione per cui viene aperto il fascicolo;
- la decisione di aprire un fascicolo per una specifica forma di maltrattamento non esclude che il Servizio Sociale successivamente ne rilevi un'altra;
- la violenza psicologica e l'abuso sessuale risultano ancora difficilmente identificabili e raramente considerati come motivo principale per l'apertura della presa in carico.

Un altro elemento importante è relativo al fatto che i bambini possano essere vittime di più forme di maltrattamento identificandosi pertanto come maltrattamento multiplo. Quest'ultimo colpisce una grande percentuale del totale di minorenni vittime di violenza: oltre il 40,7% dei minorenni in carico è vittima di un pluri-maltrattamento come mostrato nel grafico sottostante (Forme di maltrattamento subito dalle vittime. Nostre rielaborazioni su dati tratti da *Autorità Garante per l'Infanzia e l'Adolescenza – CISMAI – Fondazione Terre des Hommes Italia (2015) Indagine nazionale sul maltrattamento dei bambini e degli adolescenti in Italia: Risultati e Prospettive*).

5. Forme di maltrattamento subito dalle vittime

Dati tratti da <https://www.garanteinfanzia.org/sites/default/files/2021-07/ii-indagine-nazionale-maltrattamento-2021.pdf>



Il grafico evidenzia come il 59,3% dei minorenni è vittima di maltrattamento singolo e il 40,7% dei minorenni in carico è vittima di un pluri-maltrattamento o maltrattamento multiplo.

Nostre rielaborazioni su dati tratti da:

<https://www.garanteinfanzia.org/sites/default/files/2021-07/ii-indagine-nazionale-maltrattamento-2021.pdf>

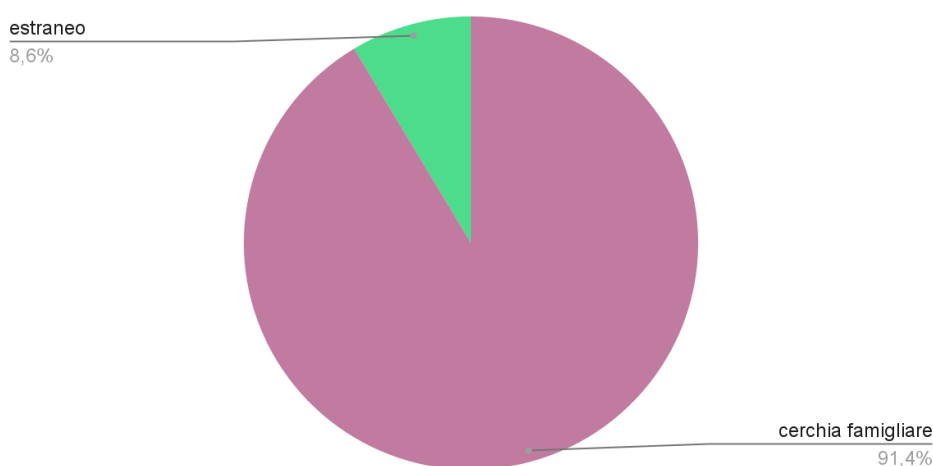
3.4. Differenze relative al soggetto autore della violenza

Per quanto riguarda i carnefici, la letteratura scientifica in merito ci sottolinea come il maltrattamento sia una forma di violenza afferente per lo più alla sfera familiare. Questa, per chiarezza d'esposizione, deve essere intesa come ambito allargato delle relazioni affettive di un bambino (genitori, parenti stretti, amici dei genitori, ecc.). Potremmo fare riferimento a quello che lo psicologo statunitense Urie Bronfenbrenner definisce come microsistema ovvero il nucleo basilare nel quale si muove l'individuo e che comprende quel complesso di relazioni esistenti tra l'individuo e l'ambiente di cui la persona ha esperienza diretta.

Per quanto riguarda la maggioranza dei casi ovvero il 91,4%, i carnefici sono familiari e solo nell'8,6% dei casi gli autori non fanno parte della cerchia familiare. (Origine dell'autore di violenza. Nostre rielaborazioni su dati tratti da *Autorità Garante per l'Infanzia e l'Adolescenza – CISMAI – Fondazione Terre des Hommes Italia (2015) Indagine nazionale sul maltrattamento dei bambini e degli adolescenti in Italia: Risultati e Prospettive*).

6. Origine dell'autore della violenza

Dati tratti da <https://www.garanteinfanzia.org/sites/default/files/2021-07/ii-indagine-nazionale-maltrattamento-2021.pdf>



Il grafico mostra come nella maggior parte dei casi, ovvero il 91,4%, l'autore della violenza appartenga alla cerchia familiare e solo nel 8,6% dei casi sia invece un soggetto estraneo.

Nostre rielaborazioni su dati tratti da:

<https://www.garanteinfanzia.org/sites/default/files/2021-07/ii-indagine-nazionale-maltrattamento-2021.pdf>

3.5. Origine della segnalazione di maltrattamento

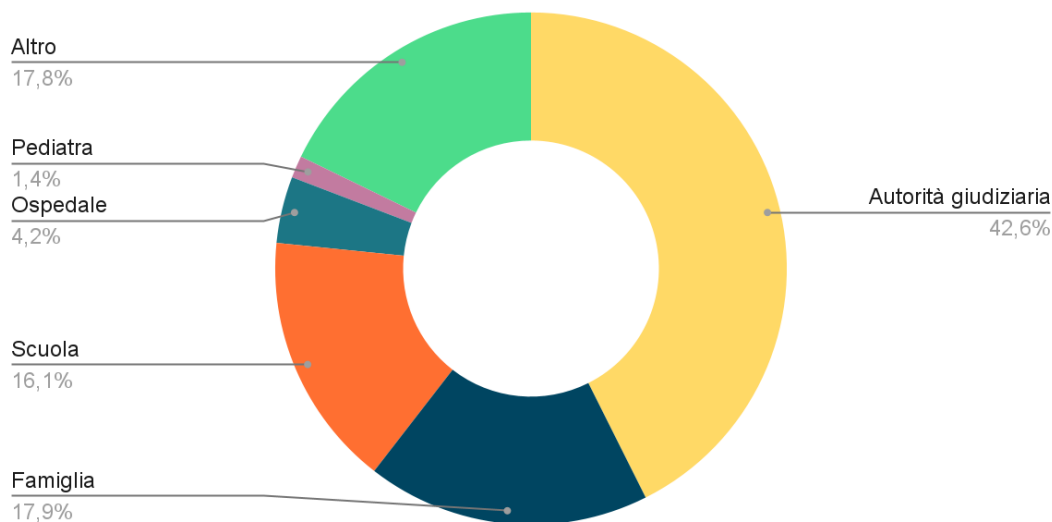
Per quanto riguarda invece i soggetti che più risultano attivarsi nel momento della segnalazione di una situazione di maltrattamento, un ruolo di spicco lo detiene l'Autorità giudiziaria (42,6%), poi troviamo la famiglia nel 17,9% dei casi, la scuola per il 16,1% e le restanti realtà aggregative in cui i minorenni sono soliti trascorrere del tempo extra scolastico. Le segnalazioni provenienti dall'ambiente familiare riguardano sia adulti protettivi che sono capaci di intercettare il disagio del bambino, sia donne vittime di violenza domestica che decidono di approdare al porto sicuro dei centri antiviolenza. Questo ultimo caso è in coerenza con il dato che mette in luce la prevalenza della violenza assistita rispetto ad altre forme.

Un ruolo importante nell'intercettazione dei casi lo ricoprono gli ambienti in cui i minori trascorrono il loro tempo libero che nel grafico sottostante vengono identificati come "altro". Queste segnalazioni riguardano il 17,8% del totale. La scuola invece che è responsabile del 16,1% delle segnalazioni si pensa possa esser stata recentemente alfabetizzata sulla tematica del maltrattamento infantile grazie alle tante campagne di sensibilizzazione e ai programmi di prevenzione sull'argomento. Risulta invece residuale l'attivazione da parte dei pediatri (1,4%) e in generale del mondo ospedaliero (4,2%).

Quanto appena sopra detto viene riportato nel grafico sottostante. (Origine della segnalazione di maltrattamento. Nostre rielaborazioni su dati tratti da *Autorità Garante per l'Infanzia e l'Adolescenza – CISMAI – Fondazione Terre des Hommes Italia (2015) Indagine nazionale sul maltrattamento dei bambini e degli adolescenti in Italia: Risultati e Prospettive*).

7. Origine della segnalazione di maltrattamento

Dati tratti da <https://www.garanteinfanzia.org/sites/default/files/2021-07/ii-indagine-nazionale-maltrattamento-2021.pdf>



Il grafico mostra in percentuale i soggetti che si attivano al fine di segnalare una situazione di maltrattamento. Il ruolo di spicco è detenuto dall'Autorità giudiziaria (42,6%), in secondo luogo le segnalazioni provengono dalla famiglia (17,9%) e dalla scuola (16,1%). Altro ruolo importante è ricoperto da tutte le realtà extra scolastiche e ricreative dove i minori trascorrono il loro tempo libero (17,8%). Per quanto riguarda l'ambiente ospedaliero e le segnalazioni da parte dei pediatri, queste ricoprono rispettivamente il 4,2% e il 1,4% dei casi.

Nostre rielaborazioni su dati tratti da:

<https://www.garanteinfanzia.org/sites/default/files/2021-07/ii-indagine-nazionale-maltrattamento-2021.pdf>

CAPITOLO 4 - Fattori di rischio e fattori protettivi

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) definisce la salute come un *“completo stato di benessere fisico, psicologico e sociale che coinvolge la globalità dell'individuo e delle sue esperienze”* (OMS, 1948). Questa definizione interessa sei diverse componenti: fisica, psicologica, sociale, emotiva, relazionale e ideologica/valoriale.

In questa prospettiva, dove per salute non si intende solo lo stato di assenza di malattia, facilmente si può rintracciare il ruolo centrale assunto dalla prevenzione come elemento cardine di qualsivoglia piano o azione finalizzata a prevenire comportamenti a rischio che possano compromettere lo stato di salute. La prevenzione dei comportamenti a rischio pertanto non può prescindere dalla definizione di quelli che sono i fattori di rischio e quelli protettivi.

Nell'anno 2013 l'*European Report on Preventing Child Maltreatment* redatto dall'Ufficio Regionale Europeo dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), decretò che un approccio ecologico al maltrattamento infantile, avrebbe favorito la comprensione ed analisi dello stesso. La ricerca dei fattori sistemici e contestuali alla predisposizione di un adulto ad essere carnefice e di un bambino ad esserne la vittima, non può prescindere dai livelli di indagine tra loro concentrici e stratificati che caratterizzato, anche graficamente, l'approccio ecologico. Secondo tale modello, i vari livelli si possono riassumere in:

- *contesto domestico*, che dà vita alla storia personale di ogni bambino
- *contesto relazionale*, dove vengono prese in esame le interazioni tra gli individui che appartengono al nucleo familiare e tra il bambino e tutti i soggetti con il quale tesse relazioni;
- *contesto istituzionale e comunitario*, in questo caso si analizzano le istituzioni, le opinioni, le credenze e le norme culturali che riguardano il tessuto socio-culturale appartenente al bambino
- *contesto strutturale*, con cui ampiamente si intende la politica sociale ed economica.

Nell'approccio ecologico infatti i vari fattori appartenenti allo stesso livello interagiscono tra di loro ma si può dire lo stesso di fattori posti su livelli diversi. Secondo il paradigma offerto dalla psicopatologia dello sviluppo, aperto ad una prospettiva multifattoriale, per quanto riguarda i fattori di rischio, li possiamo identificare in tutte quelle condizioni interne all'individuo o appartenenti al contesto affettivo di riferimento, che interferiscono con il suo adattamento e sviluppo; possiamo parlare ad esempio di caratteristiche temperamentali, lutti, traumi o depressione nell'adulto di riferimento. Possiamo identificare 3 categorie di fattori di rischio:

- *fattori di rischio individuali*
- *relazionali*
- *comunitari e sociali.*

I fattori protettivi sono rappresentati da tutte le caratteristiche, individuali o contestuali, che possono essere considerate al pari di delle barriere difensive all'emergere della patologia, riducendo l'impatto del rischio e potenziando la capacità di coping e resilienza del bambino.

4.1. Fattori di rischio individuali

Tra i fattori di rischio individuali troviamo le caratteristiche del maltrattante e quelle del bambino maltrattato. Altre particolari condizioni possono generare stress familiare e quindi essere identificati come fattori di rischio e tra questi troviamo la disoccupazione, lo status di migrante, relazioni familiari disfunzionali, una minore coesione familiare e relazioni familiari poco stabili. La disoccupazione sembra essere strettamente correlata alla trascuratezza o negligenza dal momento in cui un reddito minore rende più difficoltoso riuscire a provvedere ai bisogni primari dei bambini quali cibo, vestiti. Lo status di migrante o di rifugiato dà origine a forme specifiche di stress che possono aumentare significativamente la probabilità da parte del minore di essere maltrattato.

Riguardo l'abuso in età infantile, non si deve tralasciare la considerazione degli effetti a lungo termine che questo crea sullo stato di benessere psichico, psicofisico e sociale dell'individuo abusato. Gli adulti abusati da bambini, mancando di empatia, sono maggiormente predisposti al maltrattamento dei propri figli in quanto, appunto, un vissuto di abuso incide negativamente sulla capacità di creare legami di attaccamento sicuri, stabili e sani e sulla capacità di accudire i propri figli.

4.1.1. Le caratteristiche del maltrattante

Per quanto riguarda le caratteristiche del maltrattante, che il più delle volte è lo stesso genitore o in generale il caregiver, è stato dimostrato che la giovane età, l'essere soli nell'accudimento del bambino, il basso livello socio-economico e il basso livello di istruzione siano predittivi nell'aumentata probabilità di portare avanti la violenza.

L'essere giovani genitori può portare ad una mancanza di strumenti adeguati al fine della gestione di emozioni forti quali rabbia e ostilità. Tali emozioni possono dar vita ad un fattore di rischio moderato per l'abuso sessuale e significativo per il maltrattamento fisico e la trascuratezza.

La famiglia monoparentale a sua volta può dare vita ad un maggior rischio di abuso a causa dello stress che il genitore single deve affrontare come le basse risorse finanziarie, la mancanza di supporto emozionale e di sostegno nell'accudimento dei figli.

In aggiunta, anche il basso livello di istruzione scolastica dei genitori può essere un elemento di fragilità in quanto condizione sfavorevole in termini di conoscenze e competenze richieste per la cura e l'accudimento. Al contrario, un grado di istruzione elevato nelle madri sembra costituire un fattore protettivo in alcuni casi. Quest'ultimo però non deve essere ritenuto un dato significativo in quanto altrettanto spesso le figure maltrattanti appartengono ad ambienti sociali ed intellettuali medio-alti. Questa correlazione è facilmente rintracciabile soprattutto nelle madri responsabili della sindrome di Münchhausen per procura.

In linea di massima uno stile di vita poco salubre a livello parentale rappresenta anch'esso un rischio basso/medio dando origine a ridotte capacità

cognitive o di autocontrollo e ridotte risorse economiche messe a disposizione dei figli. Per stile di vita poco salubre si intende l'esposizione al fumo materno in gravidanza e l'abuso di sostanze stupefacenti come riferito dallo studio *Global status report on alcohol and health* dell'OMS del 2018 che mette in luce una stretta correlazione tra abuso di alcool e maltrattamento sui minori.

Anche i problemi di salute mentale, diagnosticati nei genitori, rappresentano un fattore di rischio elevato nel maltrattamento, in particolare tutti i disturbi borderline della personalità, i tratti di personalità parentale aggressiva o incerta e la depressione, nello specifico quella materna, dal momento in cui le madri, nel nostro contesto socio-culturale sono ancora le figure più coinvolte nella presa in carico quotidiana dei figli.

4.1.2. Le caratteristiche del maltrattato

In merito ai fattori di rischio legati alle caratteristiche del bambino maltrattato troviamo: il sesso, l'età, la presenza di complicanze prenatali e neonatali, la disabilità, i disordini comportamentali, la storia pregressa di abuso e la fuga da casa.

Il sesso influisce sul tipo di maltrattamento subito come testimoniano i dati riportati nel precedente capitolo dove è emerso come le femmine sia maggiormente a rischio di subire un abuso sessuale rispetto ai maschi quando alcuni studi fanno emergere un maggiore rischio per questi ultimi di essere vittime di abuso fisico con punizioni corporali severe.

Un altro fattore di rischio significativo risulta essere l'età del bambino maltrattato dal momento in cui i neonati sono maggiormente esposti ad abusi fatali dati i danni permanenti.

Anche le complicanze in periodo perinatale sono responsabili di un aumentato rischio di maltrattamento dal momento in cui tali condizioni creano stress parentale con ovvi effetti sui legami di attaccamento.

La disabilità a sua volta sembra esporre i bambini affetti ad una probabilità tre volte superiore di essere vittima di abuso fisico o sessuale e quattro volte superiore di essere vittima di abuso emozionale o trascuratezza. In particolare i bambini che presentano comportamenti aggressivi, antisociali e con diagnosi di

ADHD sono maggiormente esposti allo stress parentale dovuto alla difficile relazione genitore-figlio con un ridotto autocontrollo da parte del genitore nella gestione psico-emotiva del figlio.

Come detto sopra nell'introduzione ai fattori di rischio individuali, si deve tenere in considerazione che le vittime di pregresso maltrattamento in famiglia sono maggiormente esposte al rischio di subire ulteriori abusi da parte di altri adulti di riferimento e in età successive: questi futuri giovani adulti avranno maggiori probabilità di dare nuovamente vita al circolo della violenza, passando da vittime a carnefici.

4.2. Fattori di rischio relazionali

Se consideriamo le relazioni tra i genitori (o più ampiamente i caregiver) e i bambini e le relazioni tra i vari membri della famiglia, possiamo trovare in queste relazioni, quando tendano a sfociare nel patologico, degli ulteriori fattori di rischio predisponenti al maltrattamento. Tra questi possiamo parlare di stress parentale, relazioni familiari instabili, disoccupazione, abuso di sostanze e episodi pregressi di violenza nel medesimo ambiente familiare, come sopra ampiamente descritto tra i fattori individuali.

Altre due condizioni però sembrano essere predittive di un successivo maltrattamento e queste sono la violenza tra i due partner durante la gravidanza e la gravidanza indesiderata; quando quest'ultima diventa elemento di rifiuto nei confronti del nuovo nascituro, tende a sfociare maggiormente in forme di trascuratezza, inserendosi pertanto nelle patologie legate alla cura.

Se poi prendiamo in esame una credenza, ampiamente diffusa in passato ma ancora largamente riconosciuta ai giorni d'oggi, secondo la quale le punizioni corporali sono necessarie nell'educazione dei figli, non dovrebbe stupire sapere che questo risulta essere il maggiore fattore predittivo di maltrattamento su minore.

4.3. Fattori di rischio comunitari e sociali

Tra i fattori di rischio a livello comunitario e sociale troviamo l'elevato tasso di disuguaglianza economica e sociale come fattore predittivo di una maggiore

incidenza del fenomeno dal momento in cui lo svantaggio economico e la vicinanza ad alti livelli di criminalità, comportamenti antisociali, rapine, traffico di droga e prostituzione rappresentano condizioni di estremo pericolo per i bambini. Tra i fattori comunitari invece, possiamo rintracciare, oltre alle norme sociali e culturali ancora ancorate a tradizionali ruoli di genere e rigide pratiche educative, anche la scarsa disponibilità di servizi per l'infanzia che, in caso contrario, andrebbero a rappresentare elemento di resilienza e promozione della tutela del minore.

Anche sul piano normativo e legislativo troviamo un'importante e preoccupante piaga: mancano leggi che vietino le punizioni corporali in ambito familiare nei confronti dei bambini e che li proteggano dalle pericolose e tradizionali pratiche "educative": in Italia le punizioni corporali, consistenti in atti di violenza fisica, infatti sono vietati solo espressamente in ambito scolastico e nell'ordinamento penitenziario.

Save the Children nel 2008 chiese al Governo e Parlamento italiano, in occasione della Giornata contro la violenza sui bambini, di permettere all'Italia di porsi a pari livello con gli altri paesi europei e con le raccomandazioni del Comitato Onu sui diritti dell'infanzia. Per fare ciò, sarebbe ed è tuttora necessaria una riforma normativa che vieti le punizioni corporali anche in contesto familiare dal momento in cui, quotidianamente, bambini vicini a noi subiscono violenze di ogni genere tra le mura di quello che dovrebbe essere un nido caldo e accogliente.

4.4. Fattori protettivi

Abbiamo parlato fino ad ora di fattori che aumentano il rischio di maltrattamento ma bisogna ricordare come esistano anche fattori capaci di ridurlo drasticamente, agendo come forti agenti preventivi proattivi. Ad oggi la letteratura scientifica si è meno soffermata sui fattori protettivi dal momento in cui risulta difficile misurare efficacemente la reale ricaduta positiva di questi nelle vite dei bambini. Nonostante ciò, alcuni fattori protettivi sono stati individuati, anche se non ancora adeguatamente misurati. Questi riguardano in prima istanza l'attaccamento come forma di ancoraggio sicuro, la presenza di

un ambiente familiare funzionale e amorevole, dove al suo interno la coppia genitoriale possieda adeguate conoscenze in merito allo sviluppo psicofisico dei propri figli e utilizzi strategie educative consone e aderenti a quelli che sono i diritti dell'infante. Potremmo parlare in senso ampio di consapevolezza genitoriale. Una solida rete di supporto familiare e di connessioni sociali costituisce elemento di resilienza e supporto anche nei momenti di forte stress: la percezione di avere un supporto sociale è associata ad un minor tasso di trascuratezza. Non bisogna poi dimenticare la presenza di servizi alla persona capaci di prevenire fenomeni quali la violenza domestica, l'abuso di sostanze e i centri di salute mentale, capaci di offrire programmi di prevenzione, sensibilizzazione e potenziamento delle risorse umane.

Buone competenze sociali ed emozionali nei bambini, oltre ad un buon livello di autostima e autoreferenzialità aiutano invece il bambino a far fronte alle sfide che gli vengono presentate.

Da parte della comunità scientifica vi è poi un largo accordo sul costrutto di resilienza come efficace fattore protettivo soprattutto nell'affrontare le conseguenze psicologiche del maltrattamento.

4.4.1. Il costrutto di resilienza

Il termine resilienza deriva dal latino *resilio*, si traduce come "tornare indietro, rimbalzare" e viene definita come la capacità di un corpo di assorbire l'energia cinetica derivante da un urto senza eccedere ai limiti elastici, evitando così la rottura e favorendo la modifica delle sue caratteristiche.

Spostando la questione dal piano della fisica dei materiali, al quale il concetto di resilienza è tradizionalmente attribuito, a quello dell'essere umano, si definisce resiliente la persona che, sottoposta agli urti della vita, sappia attivare possibilità, dando vita a formidabili occasioni di crescita. Per resilienza non si intende la negazione della vulnerabilità ma la capacità che ogni individuo può sviluppare nel corso della vita o più propriamente, il processo che viene a costruirsi grazie all'intreccio e all'incontro di fattori protettivi predisponenti alla resilienza. La resilienza in questo specifico caso può essere vista come un processo di *bouncing for*, ovvero il prendere lo slancio, il proiettarsi verso, come

spinta vitale di rinascita contrapposto al processo di *bouncing back*, ovvero il rispondere all'urto tornando indietro passivamente.

La resilienza viene ben narrata e delineata, in chiave pedagogica, nell'albo illustrato di Isabelle Carrier, "Il pentolino di Antonino" dove viene disegnata la storia del piccolo Antonino, costretto a trascinare sempre con sé il suo pentolino. Un giorno questo pentolino gli cade in testa e dal quel giorno qualcosa lo rende diverso dagli altri: non riesce più a giocare serenamente con i propri amici perchè si incastra ovunque e diventa motivo di scherno, fatica molto di più degli altri per poter raggiungere i suoi obiettivi, dice parolacce per questo, si arrabbia e viene sgridato al punto di volersi sbarazzare di questo pentolino. La cosa però risulta impossibile e allora decide di nascondersi.



Un giorno gli è caduto sulla testa
... non si sa bene il perché.



Per via di questo pentolino,
Antonino non è più come gli altri.

8

Antonino cambia in seguito alla caduta in testa del suo pentolino.

Immagine tratta dall'albo illustrato "Il pentolino di Antonino" di Carrier I. (2011), Padova, Kite Edizioni

Un giorno però Antonino incontra una persona speciale, Margherita, che gli fa cogliere le numerose potenzialità del pentolino. Da quel giorno Antonino è sempre lo stesso di prima, con appresso il suo pentolino ma impara i punti di forza di quello che prima era un peso, impara ad esprimere le proprie paure, scopre il suo talento e torna felice.

Antonino, nel nostro caso, rappresenta tutti quei bambini, sopra ampiamente descritti, vittima della violazione dei propri diritti, costretti a trascinarsi dietro il trauma subito, parte integrante della propria storia, e il disagio inevitabilmente conseguente. Il problema si presenta quando questo pentolino diventa una limitazione al proprio sviluppo psicofisico, quando rappresenta una fonte di discriminazione e svantaggio. A tal proposito si auspica la presenza di una figura significativa, tutore di resilienza, capace di far cogliere ad Antonino i punti di forza del proprio pentolino, valorizzando le capacità, le potenzialità e facendo di esse un fattore protettivo per arginare e limitare i danni provocati dal trauma subito. Il dramma di cui il bambino è stato vittima non sparisce, come non è sparito per Antonino il suo pentolino, ma diventa occasione di slancio, di proiezione propositiva verso una vita degna d'essere vissuta a pieno.



Gli mostra i suoi punti forti.

9

Il tutore di resilienza, rappresentato in questo caso da Margherita, avvicina, accoglie, non giudica. Vede nelle difficoltà opportunità uniche. Facilita, favorisce, suggerisce modalità e fa emergere consapevolezze.

Immagine tratta dall'albo illustrato "Il pentolino di Antonino" di Carrier I. (2011), Padova, Kite Edizioni

CAPITOLO 5 - Le conseguenze della pandemia da Covid-19

Il 21 febbraio 2020 vennero registrati in Italia i primi di casi di Covid-19 e il 31 marzo 2022 venne dichiarato concluso, dal punto di vista emergenziale, lo stato pandemico. Misure come la quarantena, la chiusura delle scuole, le restrizioni agli spostamenti, seppure necessarie, hanno inciso in modo indelebile sulla quotidianità dei bambini e sulle reti di sostegno per l'infanzia.

5.1. Il concetto di sicurezza

Durante questo arco temporale si è molto sentito parlare di sicurezza e ritengo interessante ricordare come la parola sicurezza derivi dal latino “*sine cura*”, ovvero “senza preoccupazioni” e stia ad indicare la condizione che rende/fa sentire di essere esenti da pericoli con la possibilità di prevenire questi ultimi, eliminarli o renderne le conseguenze meno gravi.

La crisi globale prodotta dall’instaurarsi della pandemia ha trasformato la vita delle persone in modo profondo, aumentando il senso di insicurezza e instabilità dal punto di vista sociale, economico e psicologico. I bambini e gli adolescenti, purtroppo, non sono stati esentati da questa condizione, che si è rivelata ben presto una minaccia significativa per alcuni di loro. Una minaccia rivolta ai loro diritti, alla loro sopravvivenza, al loro sviluppo e al loro più alto standard di salute raggiungibile e auspicabile. L’UNICEF ha sottolineato come si possa parlare di “*decennio perduto*” per l’infanzia nella sua interezza senza la messa in atto di adeguate, e quanto mai urgenti, politiche e provvedimenti che possano garantire loro questa vita “*sine cura*” sancita dalla Convenzione ONU sui diritti dell’Infanzia e dell’Adolescenza.

Gli esperti si sono interrogati su come e quanto la pandemia abbia inciso sulle dinamiche familiari e sul maltrattamento in famiglia e, conseguentemente, sul benessere psico-fisico e relazionale dei bambini vittima di violenza.

5.2. L’(in)sicurezza tra le mura domestiche

Il forte malessere generalizzato nato dallo stato pandemico, dai suoi problemi contingenti e materiali, ha dato vita, negli adulti, con conseguenze sui bambini, a veri e propri crolli psicologici, ad un deterioramento delle

responsabilità genitoriali e ad un peggioramento delle capacità di cura e accudimento.

Nelle famiglie più vulnerabili aumentano i casi di negligenza e trascuratezza che si vanno a sostanziare come assenza: questi bambini non sono stati visti e riconosciuti nei loro bisogni igienici, materiali, psicologici, relazioni. D'altro canto, in altre realtà familiari, sono aumentati i casi di ipercura con sentimenti ossessivi verso l'igienizzazione e l'isolamento, con il conseguente allontanamento da ogni qualsivoglia opportunità di socializzazione in un momento in cui la scuola non riusciva e non poteva adempiere al suo ruolo di potenziamento delle capacità socio-relazionali.

Altre dinamiche di sofferenza e criticità ben più "aspre" di quelle sopra riportate riguardano i minori coinvolti nel fenomeno della violenza domestica, come vittime, quindi in via diretta oppure indiretta come osservatori silenti.

I fattori di rischio riguardanti il maltrattamento all'infanzia vanno a sovrapporsi a quelli della violenza domestica. La violenza domestica si definisce come "modello di comportamento aggressivo e coercitivo comprendente atti di violenza e coercizione fisica, sessuale, psicologica attuati da individui adulti contro il partner senza il suo consenso". La violenza domestica comporta il rischio di violenza assistita intrafamiliare, ampiamente descritta al capitolo 2, come l'essere testimone di violenza fisica, verbale, psicologica, sessuale ed economica su figure di riferimento o su figure affettivamente significative.

5.2.1. Le chiamate al numero verde 1522

L'aumento statistico di tale fenomeno su un piano quantitativo non è ancora certo, l'esperienza quotidiana delle forze dell'ordine, degli avvocati, dei magistrati e del personale preposto a rispondere al numero verde 1522³ risulta essere una testimonianza lucida. Durante la pandemia si è, infatti, assistito

³ 1522 è il numero verde messo a disposizione dal DPO – PdCM per sostenere e aiutare le vittime di violenza di genere e stalking, in linea con quanto definito all'interno della Convenzione di Istanbul. È gratuito, garantisce l'anonimato e copre diverse forme di violenza, 24 ore al giorno e in 4 lingue diverse oltre l'Italiano (inglese, francese, arabo e spagnolo). Questa helpline fornisce informazioni di primo soccorso in caso di emergenza o indicazioni utili sui servizi e i Centri anti violenza attivi a livello territoriale cui le vittime di violenza possono rivolgersi.

all'incremento dell'utilizzo dei canali di comunicazione di emergenza come il numero verde di pubblica utilità 1522, messo a disposizione dal Dipartimento pari Opportunità della Presidenza del Consiglio contro la violenza e lo stalking o direttamente ai centri antiviolenza.

Durante il lockdown, in particolare nel 2019 sono arrivate al numero 1522, 2.663 telefonate valide⁴ e nel 2020 invece sono state 3.583, tra queste solo 2.013 sono le vittime che hanno deciso di chiedere aiuto. Negli stessi mesi del 2021, con la ripresa della mobilità e l'alleggerimento delle restrizioni, sono diminuite le segnalazioni di violenza.

In questo periodo si assiste però, di pari passo alla crescita delle chiamate al numero verde, ad una diminuzione del 20% delle denunce durante il lockdown ed una ripresa del 50% in seguito. La spiegazione più plausibile di tale curva la possiamo rintracciare nella difficoltà da parte delle vittime di esporsi, dal momento in cui il confinamento in casa comportava direttamente un maggiore controllo serrato da parte del carnefice sulle azioni della vittima.

5.2.2. Le donne vittime di violenza

La violenza di genere, in particolare la violenza contro le donne ha raggiunto livelli alti durante la pandemia da COVID-19 tanto da essere essa stessa assimilabile ad una crisi pandemica. Tale violenza rappresenta appunto una forma di violenza assistita intrafamiliare per i bambini delle vittime.

Secondo il Rapporto ISTAT del 2021, riguardante le richieste di aiuto pervenute ai centri antiviolenza, alle Case rifugio e al 1522, il 69% delle donne vittime di violenza, che si rivolge al numero verde 1522 durante il lockdown sono madri. In particolare nel 59% dei casi di figli minori. Nel 62% dei casi le vittime dichiarano la sola visione della violenza da parte dei figli e nel 18% dei casi il loro coinvolgimento nel fenomeno violento.

Il profilo delle donne prese in esame coinvolge tutte le fasce di età, anche se nel 2020 si è assistito a un aumento delle vittime con età superiore ai 55 anni (21,4% nel 2018 - 23,2% nel 2020) e delle giovani donne con età inferiore ai 24 anni (8,1% nel 2018 - 11,8% nel 2020). La diversa condizione

⁴ Per telefonate valide si intendono le chiamate fatte da utenti e/o vittime, per motivi congrui rispetto al servizio fornito dal 1522.

occupazionale non sembra essere statisticamente rilevante per delineare il profilo target. A rafforzare però il concetto di violenza domestica troviamo il fatto che circa la metà delle vittime (40,8%) è coniugata.

CONCLUSIONE

Il presente studio si è posto l'obiettivo principale di introdurre e analizzare il fenomeno del maltrattamento infantile contestualizzandolo nell'ambito socio-culturale italiano. E' stata approfondita la correlazione tra il fenomeno e la Pandemia da Covid-19 che ha colpito il nostro paese negli ultimi anni, partendo dalle definizioni necessarie ad inserirlo in una cornice di senso, per poi analizzare i dati epidemiologici, fino alla definizione dei fattori di rischio e di protezione.

Ritengo che l'obiettivo sia stato raggiunto anche se sicuramente non posso sostenere che l'argomento sia esaurito nella trattazione. Al contrario, durante la ricerca delle fonti, nella lettura della letteratura e degli articoli accademici mi sono resa conto di quanto lo spazio dedicato alla trattazione non fosse esaustivo. Eppure credo che questa sua intrinseca incompletezza possa essere uno stimolo all'approfondimento, allo studio e all'ulteriore conoscenza.

L'elaborato è stato scritto poi con l'ulteriore obiettivo di essere una semplice "guida" per i professionisti del settore educativo al fine di riconoscere con lucidità i segni che lascia la violenza sul corpo fisico di un bambino e quelli invece, seppur non visibili, che segnano l'anima. In tal senso, la definizione e la presentazione delle varie forme di maltrattamento ha permesso di mettere in evidenza quanto il maltrattamento possa assumere forme alle quali, per ignoranza, nella sua accezione etimologica di "*manca*za di conoscenza", non siamo soliti attribuire il significato di violenza. Anche in questo senso credo che l'obiettivo sia stato raggiunto contestualizzandolo al percorso formativo-professionale che ha caratterizzato i miei anni di formazione universitaria e che andrà a caratterizzare la mia futura vita lavorativa come professionista del settore educativo.

Credo sia nell'ideale di ogni educatrice avere davanti a sé un bambino sano, al quale vengono riservate le giuste cure psico-fisiche, la corretta igiene, al quale vengono forniti gli stimoli necessari ad un normale e armonico sviluppo. Eppure la trattazione dell'argomento, in particolare l'analisi dei dati epidemiologici, credo abbia proprio fatto emergere l'agghiacciante realtà che domina lo scenario italiano.

Durante la stesura dell'elaborato mi sono più volte interrogata sull'ingiustizia di tali condizioni e su cosa spetti come dovere e obbligo morale ad un'educatrice. Ritengo che, come professionisti, siamo chiamati a volgere lo sguardo verso l'intera comunità alla quale apparteniamo, con particolare attenzione verso quelle realtà che presentano un'intrinseca fragilità, promuovendo l'informazione e la sensibilizzazione in un'ottica di prevenzione. Dove questa tardi ad arrivare, allora ritengo che come educatrici siamo chiamate a riconoscere con tempestività e competenza i segni, denunciando alle Autorità Giudiziarie competenti e ai Servizi Sociali quanto registrato, favorendo altresì le reti di supporto.

Perché nessun bambino debba sentire il peso delle proprie lacrime.

BIBLIOGRAFIA

- **Associazione Culturale Pediatri** (2021) *Il trauma cranico da abuso (sindrome del bambino scosso): un vademecum per il pediatra*, Melissa Rosa-Rizzotto, Martina Bua, Paola Facchin
- **Autorità Garante per l'Infanzia e l'Adolescenza – CISMAI – Fondazione Terre des Hommes Italia** (2015) *Indagine nazionale sul maltrattamento dei bambini e degli adolescenti in Italia: Risultati e Prospettive*
- **Bowlby J.** (1951) *Cure materne e salute mentale*. Giunti Editore
- **Bronfenbrenner U.** (2002) *Ecologia dello sviluppo umano*. Il Mulino
- **Carrier I.** (2011) *Il pentolino di Antonino*. Padova, Kite Edizioni
- **Consiglio d'Europa** (1981) *IV Colloquio criminologico di Strasburgo*
- **Coordinamento Italiano dei Servizi contro il Maltrattamento e l'Abuso all'Infanzia (CISMAI)** (2000) *Documento sui requisiti minimi degli interventi nei casi di violenza assistita da maltrattamento sulle madri*
- **Da Dalt L., Andreola B., Carraro S.** (2008) *Promuovere la salute a scuola*. Lecce: La Biblioteca Pensa Multimedia
- **Milani P., Ius M.** (2010) *Sotto un cielo di stelle. Educazione, bambini e resilienza*. Raffaello Cortina Editore
- **Montecchi F.**, (1998) *I maltrattamenti e gli abusi sui bambini. Prevenzione e individuazione precoce*. Milano, Franco Angeli.
- **Montecchi F.**, (2005) *Dal bambino minaccioso al bambino minacciato. Gli abusi sui bambini e la violenza in famiglia: prevenzione, rilevamento e trattamento*. Milano, Franco Angeli.
- **Montecchi F.**, (2006) *Gli abusi all'infanzia. Dalla ricerca all'intervento clinico, III° Ed.* Roma, Carocci editore.
- **ONU** (1989) *Convention on the Rights of the Child - CRC (Convenzione ONU sui Diritti dell'Infanzia)*
- **Pancheri P., Cassano G.B.** (2002) *Trattato italiano di psichiatria, II° Ed.*, Masson
- **World Health Organization (WHO)** (2006) *Prevenire il maltrattamento sui minori: indicazioni operative e strumenti di analisi*
- **World Health Organization (WHO)** (2002) *World report on violence and health*
- **World Health Organization (WHO)** (2013) *European report on preventing child maltreatment*
- **World Health Organization (WHO)** (2018) *Global status report on alcohol and health*
- **Tambelli R.**, (2001) *Manuale Di Psicopatologia Dell'infanzia*. Il Mulino

SITOGRAFIA

- **Boni S.** (2015) *Minori e patologie delle cure*. Giornale scientifico a cura di ONAP, Osservazione Nazionale Abusi Psicologici;
<https://www.onap-profiling.org/minori-e-patologia-delle-cure/>
- **Centro Regionale per la Diagnostica del Bambino Maltrattato, Azienda Ospedaliera Universitaria di Padova, Melissa Rosa-Rizzotto, Martina Bua, Paola Facchin,** (2021), *Il trauma cranico da abuso (sindrome del bambino scosso): un vademecum per il pediatra*
<https://acp.it/it/2021/05/il-trauma-cranico-da-abuso-sindrome-del-bambino-scosso-un-vademecum-per-il-pediatra.html>
- **Coordinamento Italiano dei Servizi contro il Maltrattamento e l'Abuso all'Infanzia (CISMAI)** (2015) *Documento sui requisiti minimi degli interventi nei casi di violenza assistita da maltrattamento sulle madri*;
https://cismai.it/assets/uploads/2015/02/Requisiti_Interventi_Violenza_Assistita_Madri1999.pdf
- **Coordinamento Italiano dei Servizi contro il Maltrattamento e l'Abuso all'Infanzia (CISMAI)** *Maltrattamento e abuso ai tempi del Covid19*;
<https://cismai.it/maltrattamento-e-abuso-ai-tempi-del-covid-19/>
- **Istituto Nazionale di Statistica (ISTAT)** (2021) *LE RICHIESTE DI AIUTO DURANTE LA PANDEMIA: I dati dei centri antiviolenza, delle Case rifugio e delle chiamate al 1522. Anno 2020*
<https://www.istat.it/it/files//2021/05/Case-rifugio-CAV-e-1522.pdf>
- **Latino A.** (2020) *Il maltrattamento all'infanzia tra fattori di rischio e fattori di protezione*. Rivista scientifica a cura di Federazione Italiana Medici Pediatri (FIMP);
https://www.ilmedicopediatra-rivistafimp.it/wp-content/uploads/2021/01/04_att_prof_fattori_rischio.pdf
- **Lo Monaco A.** *La Sindrome di Munchausen by Proxy*
<https://www.psicoterapie.org/205.htm>
- **Masi M., Bragliani M., Servizio politiche sociali e socio-educative della Regione Emilia Romagna** (2021) *Prevenzione del maltrattamento-abuso nell'infanzia e nell'adolescenza raccomandazioni per professionisti/i*
<https://sociale.regione.emilia-romagna.it/documentazione/pubblicazioni/prodotti-editoriali/2021/prevenzione-del-maltrattamento-abuso-nell2019infanzia-e-nell2019adolescenza-raccomandazioni-per-professioniste-i-fattori-di-rischio-e-di-protezione-interventi-e-strumenti/@@download/publicationFile/Quaderno%204%20MA%20web.pdf>
- **Ministero della Salute** (2021) *Salute del bambino e dell'adolescente*;
<https://www.salute.gov.it/portale/saluteBambinoAdolescente/>

- **Ministero della Salute** (2021) *Salute riproduttiva: infezioni sessualmente trasmesse*;
<https://www.salute.gov.it/portale/fertility/dettaglioContenutiFertility.jsp?lingua=italiano&id=4557&area=fertilita&menu=malattie>
- **Ministero della Salute** (2017) *OMS - definizione di Salute*
<https://www.salute.gov.it/portale/rapportiInternazionali/dettaglioContenutiRapportiInternazionali.jsp?area=rapporti&id=1784&lingua=italiano&menu=mondiale#:~:text=Secondo%20la%20Costituzione%20dell'OMS,assenza%20di%20malattie%20o%20infermit%C3%A0%E2%80%9D.>
- **Save the Children** (2021) *Maltrattamento infantile: quali sono le forme di violenza*;
<https://www.savethechildren.it/blog-notizie/maltrattamento-infantile-quali-sono-le-forme-di-violenza>
- **Save the Children** (2021) *Cos'è la violenza assistita e quali le conseguenze sul bambino*
<https://www.savethechildren.it/blog-notizie/cos-e-la-violenza-assistita-e-quali-le-conseguenze-sui-bambini>
- **Save the Children** (2008) *Violenza sui minori: Save the children, l'Italia vieta per legge le punizioni corporali in ambito familiare.*
<https://www.savethechildren.it/press/violenza-sui-minori-save-children-l%E2%80%99italia-vieti-legge-le-punizioni-corporali-ambito-familiare>
- **Save the Children** (2018) *Violenza assistita*
<https://www.savethechildren.it/press/violenza-assistita-italia-427-mila-bambini-soli-5-anni-testimoni-diretti-o-indiretti-dei>
- **Società Italiana di Pediatria (SIP)** (2018) *Il bambino maltrattato*;
<https://sip.it/2018/10/15/bambino-maltrattato/>
- **Trovato A.** *Abuso infantile e Sindrome di Munchausen per Procura (MSbP)*. AIPG, Associazione Italiana Psicologia Giuridica;
<https://aipgitalia.org/wp-content/uploads/2008/10/trovatotesina.pdf>
- **Unicef** (1989) *Convenzione ONU sui Diritti dell'Infanzia: gli articoli della Convenzione*;
<https://www.unicef.it/convenzione-diritti-infanzia/articoli/>
- **Unicef** (2020) *Lotta al COVID-19, indicazioni per alleviare l'impatto sui bambini*;
<https://www.unicef.it/media/lotta-al-covid-19-linee-guida-per-alleviare-impatto-sui-bambini/>
- **Unicef** (2020) *Coronavirus, aumento globale della violenza contro i minori*;
<https://www.unicef.it/media/coronavirus-in-aumento-la-violenza-contro-i-minori/>

Ringrazio i miei genitori per avermi sempre fatta sentire amata e per aver sempre creduto nella mia Persona.

Ringrazio la mia mamma per avermi insegnato, negli ultimi mesi, più che mai, ad essere forte e a bastare a me stessa, con la consapevolezza però, che potrò sempre tornare nel suo caldo abbraccio.

Ringrazio il mio papà per essere una presenza costante nella mia vita con le sue attenzioni quotidiane dall'immenso valore di cura.

Ringrazio coloro che nella mia vita sanno portare un valore aggiunto con semplicità, sincerità e dolcezza. Ringrazio Maddalena per aver condiviso con me ogni gioia e ogni momento difficile dalla prima elementare, Alessandra per avermi insegnato che la pioggia non deve necessariamente bagnarti, Luca per volere il mio bene sempre e prima di ogni altra cosa e le mie imprescindibili compagne di percorso, Elena ed Anna.

Ringrazio la mia nonna Anna per avermi donato il suo nome ed avermi resa la persona che sono oggi. Spero possa essere orgogliosa di me.

