

ACCOMPAGNAMENTO DEL MINORE VITTIMA DI ABUSO E MALTRATTAMENTO

Eloise Longo

Dipartimento Neuroscienze, Istituto Superiore di Sanità, Roma

Inquadramento del fenomeno

La violenza sui minori è un fenomeno complesso che riguarda tutte le società e un problema di salute pubblica globale per le gravi conseguenze, anche letali che comporta. Le dinamiche e i fattori che la caratterizzano, così come le strategie di prevenzione efficaci differiscono a seconda dell'età della vittima, del contesto nel quale il maltrattamento avviene e della relazione tra la vittima e l'autore della violenza. Gli autori della violenza possono essere genitori o altri familiari, amici, conoscenti, estranei, caregiver, persone che rivestono una posizione di autorità, altri minori, operatori dei servizi socio-sanitari (WHO, 2006). L'Organizzazione Mondiale della Sanità ha ampliato il concetto di violenza sui minori includendo sia le forme di violenza intra-familiari che quelle extra-familiari. Per abuso all'infanzia e maltrattamento devono, quindi, intendersi tutte le forme di cattiva salute fisica e/o emozionale, abuso sessuale, trascuratezza o negligenza o sfruttamento commerciale o altro che comportano un pregiudizio reale o potenziale per la salute del bambino, per la sua sopravvivenza, per il suo sviluppo o per la sua dignità nell'ambito di una relazione caratterizzata da responsabilità, fiducia o potere (WHO, 1999). Tuttavia, tra le forme di violenza perpetrate da adulti a danno delle minori quelle prevalenti accadono all'interno delle mura domestiche. Ragione per la quale questo tipo di violenza è meno visibile.

La violenza su minori consiste, quindi, in tutte le reiterate azioni o omissioni nell'accudimento nei confronti dei minori di età. Per i neonati e i bambini più piccoli, la violenza riguarda principalmente il maltrattamento sui minori (abusi fisici, sessuali, emotivi e negligenza) da parte di genitori e altre figure di autorità. Per maltrattamenti infantili si intendono gli abusi e l'incuria che colpiscono i bambini al di sotto dei 18 anni di età. Includono 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. Anche l'esposizione alla violenza tra i partner (violenza assistita) è talvolta inclusa tra le forme di maltrattamento infantile (WHO, 2006).

Il maltrattamento sui minori è riconosciuto internazionalmente come una violazione dei diritti umani. La Convenzione ONU sui diritti dell'infanzia e dell'adolescenza all'art. 19 richiama gli Stati ad adottare misure legislative, amministrative, sociali ed educative per tutelare i bambini:

“contro ogni forma di violenza, di oltraggio o di brutalità fisiche o mentali, di abbandono o di negligenza, di maltrattamenti o di sfruttamento, compresa la violenza sessuale, per tutto il tempo in cui è affidato all'uno o all'altro, o a entrambi, i genitori, al suo tutore legale (o tutori legali), oppure a ogni altra persona che abbia il suo affidamento” (UNICEF, 2004).

Conseguenze e fattori di rischio

I maltrattamenti sui bambini causano enormi sofferenze e sono devastanti per quanto riguarda il loro sviluppo psico-fisico, sia a breve che a lungo termine. Tra quelle a breve termine vi sono: i Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA); disturbi psicologici e psichiatrici; disturbi emozionali dovuti a tristezza, ansia, delusione, rabbia, paura. Emozioni che si sedimentano nella psiche del bambino che assiste alla violenza all'interno del nucleo familiare minando la propria autostima, sino ad annullare le risorse e la capacità di saper affrontare le situazioni più problematiche (*coping*).

In età scolare si evidenziano deficit di apprendimento, e nell'adolescenza comportamenti devianti, bullismo, violenza nei rapporti sessuali, dovuti in parte dall'apprendimento di modelli relazionali distorti vissuti dal bambino all'interno del nucleo familiare (Luberti *et al.*, 2015). Tra le conseguenze a lungo termine vi è il disturbo post-traumatico da stress (*Post-Traumatic Stress Disorder*, PTSD), classificato come una particolare forma di disagio mentale comprendente la depressione, l'abuso di sostanze, comportamenti autolesivi o suicidari, disturbi alimentari, sessuali, ecc. (Bisson, 2013). Le diverse forme di abuso durante l'infanzia e l'adolescenza rappresentano un importante fattore di rischio specifico per molteplici disturbi psicopatologici in età adulta (SINPIA, 2007).

Alle conseguenze socio-sanitarie dei maltrattamenti infantili, esiste un impatto economico, che comprende i costi delle ospedalizzazioni e delle cure di salute mentale, quelli legati al benessere del bambino e i costi sanitari a più lungo termine (Ministero della Salute, 2014).

Per quanto attiene i fattori di rischio la letteratura scientifica indica come nessun fattore singolo di per sé può spiegare il motivo per cui alcuni individui hanno comportamenti violenti verso i minori o perché il maltrattamento sui minori sembra essere prevalente in certe comunità rispetto ad altre (WHO; 2006). I fattori di rischio possono essere distinti in:

- *Fattori attribuibili al bambino*

Nella consapevolezza che i bambini sono le vittime e non devono per alcuna ragione essere colpevolizzati a causa dei maltrattamenti subiti, alcune loro caratteristiche possono aumentare la probabilità di essere oggetto di maltrattamenti (bambini di età inferiore ai 4 anni o adolescenti; figli indesiderati, o che non corrispondono alle aspettative dei genitori; bambini che presentano esigenze particolari, che piangono a lungo o hanno caratteristiche fisiche non nella norma);

- *Fattori concernenti i genitori o caregiver*

Sono quei fattori che determinano difficoltà da parte dei genitori e/o caregiver nel creare un legame con il neonato; mancanza di amorevolezza verso il bambino; essere stati vittime nell'infanzia di maltrattamenti; scarsa conoscenza dello sviluppo infantile; nutrire aspettative irrealistiche; abuso di alcol o sostanze, anche durante la gravidanza; coinvolgimento in attività criminali; difficoltà economiche;

- *Fattori legati alla comunità e alla società*

Si tratta di fattori insiti nel tessuto socio-culturale quali ad es., le disuguaglianze di genere e sociali; l'assenza di politiche abitative e servizi adeguati a sostegno delle famiglie e delle istituzioni; livelli elevati di disoccupazione o di povertà; facile accesso ad alcol e droghe; politiche e programmi inadeguati per la prevenzione dei maltrattamenti infantili, della pornografia infantile, della prostituzione infantile e del lavoro minorile; norme sociali e culturali che promuovono o esaltano la violenza nei confronti degli altri, ecc.

Non meno importanti sono poi quei fattori legati alle relazioni intra-familiari o con partner, amici e colleghi che possono aumentare la probabilità di subire maltrattamenti, quali ad esempio

violenze e problemi fisici, di sviluppo o mentali di un membro della famiglia; crisi familiare o violenza tra altri membri della famiglia; situazione di isolamento nella comunità o mancanza di una rete di sostegno; interruzione del sostegno nell'accudimento del bambino da parte della famiglia allargata (Ministero della Salute, 2014).

Dimensioni del fenomeno

L'analisi di questo fenomeno è di difficile quantificazione in quanto le stime variano a seconda dei paesi e delle metodologie di ricerca utilizzate, a seconda delle definizioni e tipologie di maltrattamento considerate, della copertura e qualità delle statistiche ufficiali (Ministero della Salute, 2014).

La necessità di un approccio statistico comune che includa indicatori standard per la misurazione dei tassi di maltrattamento e dei fattori che ne elevano il rischio è una delle priorità d'intervento per la prevenzione della violenza domestica contro la donna e il bambino. La Raccomandazione del Consiglio dell'Unione Europea del 31 maggio 2007 all'art. 12 fissa le aree di priorità per la prevenzione degli infortuni nelle seguenti aree di sicurezza: dei bambini e adolescenti, degli anziani, degli utenti stradali vulnerabili, prevenzione degli infortuni sportivi e nel tempo libero, prevenzione degli infortuni causati da prodotti e servizi, prevenzione delle autolesioni e prevenzione della violenza con particolare riguardo alla violenza su donne e bambini. Tali aree prioritarie sono state determinate tenuto conto dell'impatto sociale degli infortuni in termini di quantità e gravità.

Uno sguardo ai dati permette di cogliere la gravità del problema. Studi condotti a livello internazionale rivelano che un quarto di tutti gli adulti dichiara di aver subito abusi fisici durante l'infanzia, mentre una donna su 5 e un uomo su 13 dichiarano di aver subito violenze sessuali nell'infanzia. Numerosi bambini sono vittime di abusi emotivi (a volte indicati come abusi psicologici) e incuria (Ministero della Salute, 2014).

Secondo uno studio di *Save the Children* si stima che ogni anno nel mondo i bambini che vengono sottoposti a una qualche forma di violenza siano 500 milioni e 1,5 miliardi (Save The Children, 2017). Nella regione europea ogni anno muoiono a causa di maltrattamenti almeno 850 bambini sotto i 15 anni di età e questo numero potrebbe essere una sottostima dei numeri reali. Per quanto riguarda la prevalenza quella relativa al maltrattamento dei bambini è del 9,6% per l'abuso sessuale, del 22,9% per quello fisico e del 29,1% per quello psicologico; mentre la prevalenza della trascuratezza fisica è del 16,3% e quella emotiva del 18,4%

Per quanto riguarda l'Italia uno studio pubblicato dall'*Italian Child Maltreatment study group* (IChilMa), relativo ad alcuni ospedali italiani, ha riscontrato dai flussi di Pronto Soccorso una prevalenza del 2% di bambini fra quelli arrivati in Pronto Soccorso in cui vi era un sospetto di maltrattamento (Palazzi *et al.*, 2005).

Nelle Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO) nel 2012 in Italia sono stati registrati 485 casi di aggressione o abuso sui bambini di età compresa tra gli 0 e i 14 anni a cui è seguito un ricovero ospedaliero, di cui 183 con diagnosi di abuso e maltrattamento su minore, di questi il 48,8% aveva meno di 5 anni e il gruppo a maggior rischio era sotto l'anno di età (Pitidis *et al.*, 2015).

Purtroppo la frammentarietà dei dati dovuta alla mancanza di un sistema di sorveglianza nazionale unitamente a una sistematica sotto-rilevazione – pari al 90% secondo lo studio IChilMac – non permette di poter comparare e quantificare con esattezza la diffusione del maltrattamento sul territorio italiano.

Strategie di prevenzione e lavoro di rete

La letteratura scientifica sottolinea la centralità dei servizi sanitari e sociali chiamati a supporto del minore con interventi basati sulle migliori prove di efficacia. Tali servizi sono chiamati nella presa in carico dei minori vittime di violenza rilevando l'impatto che i traumi e l'esposizione a forme di violenza fisica e psicologica prolungate nel tempo hanno sulla salute psico-fisica delle stesse. Altrettanto importante è misurare i risultati degli interventi per cercare di capire se non si siano prodotti effetti indesiderati (WHO, 2006).

La prevenzione e il contrasto al fenomeno richiedono interventi multi-settoriali (sanitario, educativo, giudiziario, sociale) al fine di adottare strategie di provata efficacia che agiscano su molteplici aspetti quali: la genitorialità, le abilità di vita dei bambini e dei ragazzi, le norme sociali, i rischi specifici di vulnerabilità personale e sociale, quali, ad esempio, dipendenze da sostanze, disturbi psicologici, degrado sociale. Gli interventi nell'ambito del maltrattamento/abuso sui minori per le sue peculiarità (gravità, multiformità, sommersione), comportano un lavoro di carattere multidisciplinare, condiviso e integrato con tutti i servizi socio-sanitari territoriali al fine di favorire un intervento coordinato a livello diagnostico-terapeutico e psicosociale per tutti i casi individuati.

Il CISMAI (Coordinamento Italiano dei Servizi contro il Maltrattamento e l'Abuso all'Infanzia) sottolinea come siano necessari interventi di sensibilizzazione per contrastare meccanismi di negazione, minimizzazione e stigmatizzazione della violenza domestica a livello socio-culturale; di sottovalutazione degli indicatori di maltrattamento intrafamiliare e di rischio di mortalità; di sottovalutazione della pericolosità

Il lavoro di rete rappresenta, dunque, un fattore di protezione per il minore e di raccordo con i servizi sociali territoriali, la Magistratura e le Forze dell'Ordine. La disponibilità di percorsi e procedure preventivamente concordate con l'Autorità Giudiziaria e i Servizi Sociali territoriali sin dal Pronto Soccorso (attraverso il servizio di medicina legale ospedaliero) consente una gestione rapida ed efficace di alcuni specifici casi.

Proteggere i minori vittime di violenza assistita e garantire loro il diritto alla salute fisica e psicologica significa interrompere la violenza nei confronti del genitore che la subisce (Palazzi *et al.*, 2005).

La violenza e il maltrattamento sui bambini rappresentano, quindi, una questione non solo sociale, ma soprattutto di salute pubblica che richiede interventi di prevenzione, formazione e sensibilizzazione, nonché applicazione di protocolli di intervento sanitario uniformi e multidisciplinari.

Accompagnamento

La segnalazione da parte del Pronto Soccorso al Servizio Sociale territoriale è molto importante in quanto consente una rapida attivazione della "rete" per fornire supporti concreti a tutela del minore (Servizio Sociale Territoriale, Servizi di Neuropsichiatria Infantile, Pediatra di famiglia, Consultori, Scuola, ecc.).

Il compito dell'assistente sociale in questo caso riguarda principalmente l'acquisizione di informazioni sulle caratteristiche sociali e culturali del contesto familiare in cui vive il minore al fine di individuare situazioni di criticità e attivazione di risorse (sostegno economico, mediazione culturale, ecc.), nonché la presa in carico dello stesso. Il colloquio con l'assistente sociale, in sinergia con lo psicologo, deve rispettare le modalità teorico-scientifiche redatte nell'ultima stesura della Carta di Noto IV "Linee guida per l'esame del minore" che specifica le opportune

modalità di intervento e di raccolta della testimonianza, e, al punto 2, si evidenzia come sia necessario nell'ascolto del minore:

“(…) usare protocolli di intervista o metodiche basate sulle indicazioni della letteratura scientifica accreditata, nella consapevolezza che l’audizione del minore potrebbe causare modificazioni e alterazioni del ricordo” (Carta di Noto IV, 14 ottobre 2017).

Molte sono le iniziative intraprese a livello ospedaliero e territoriale. Tuttavia, ogni Regione gestisce in maniera autonoma le problematiche inerenti al tema dei minori fissando standard organizzativi e gestionali indipendenti. Così facendo, i criteri per la qualità delle strutture che accolgono i minori o la formazione del personale impiegato può differire. E ciò può creare disparità di trattamento. Si registra una settorializzazione degli interventi a livello istituzionale che rende il lavoro frammentato e poco sinergico.

È auspicabile che tutte le figure coinvolte nell’accompagnamento del minore ricevano una formazione di base comune così come raccomandato dalla letteratura internazionale. La condivisione di un comune linguaggio è un fattore di primaria importanza per attivare azioni di rete efficaci.

Bibliografia

- Bisson JI. What happened to harmonization of the PTSD diagnosis? The divergence of ICD11 and DMS5. *Epidemiol Psychiatr Sci* 2013;22(3):205-7.
- Carta di Noto IV. *Linee Guida per l'esame del minore*. 14 ottobre 2017. Disponibile all'indirizzo: https://www.psicologiagiuridica.eu/wp-content/uploads/2017/11/carta_di_noto_IV_2017.pdf; ultima consultazione 13/03/2020.
- Luberti R, Pedrocco Biancardi MT (a cura di). *La violenza assistita intrafamiliare. Percorsi di aiuto per bambini che vivono in famiglie violente*. Roma: Franco angeli; 2015.
- Direzione generale della comunicazione e dei rapporti europei ed internazionali *Informativa OMS: maltrattamenti infantili*. [Traduzione non ufficiale a cura di Demofonti Katia]. Roma: Ministero della Salute; 2014. (Informativa n. 150).
- Palazzi S, de Girolamo G, Liverani T on behalf of ItChilMa. Observational study of suspected maltreatment in Italian pediatric emergency departments *Arch Dis Child* 2005;90:406-10.
- Pitidis A Balducci G, Fondi G, Trinca S, Gruppo di lavoro SINIACA-IDB. *Sorveglianza di pronto soccorso degli incidenti e della violenza: il sistema italiano (SINIACA) di codifica semplificata per l'Injury Database europeo*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2015. (Rapporti ISTISAN 15/10).
- Save the Children. *Le relazioni pericolose. Indagine sullo stato del maltrattamento e dell'abuso intrafamiliare*. Roma: Save The Children onlus; 2017.
- SINPIA (Società Italiana di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza). *Linee guida in tema di abuso sui minori*. Milano: Centro Studi Erickson; 2007.
- UNICEF Fondo delle Nazioni Unite per l'infanzia. *Convenzione sui diritti dell'infanzia e dell'adolescenza*, Roma: Comitato Italiano per l'UNICEF Onlus; 2004. Disponibile all'indirizzo: https://www.unicef.it/Allegati/Convenzione_diritti_infanzia_1.pdf; ultima consultazione 13/03/2020.
- World Health Organization. *Preventing Child Maltreatment: a guide to taking action and generating evidence*. Geneva: WHO; 2006.
- World Health Organization. *Report of the consultation on child abuse prevention*. Geneva: WHO; 1999.