



Università degli Studi di Padova
Dipartimento della Salute della Donna e del Bambino

CORSO DI DOTTORATO DI RICERCA IN MEDICINA DELLO SVILUPPO E
SCIENZE DELLA PROGRAMMAZIONE SANITARIA
CURRICOLO: SCIENZE DELLA PROGRAMMAZIONE SANITARIA
CICLO 29°

DALL'ANALISI DELLE FAMIGLIE AI MECCANISMI DI TUTELA E PRESA IN CARICO DEI MINORI MALTRATTATI

Coordinatore: Ch.mo Prof. Carlo Giaquinto
Supervisore: Ch.ma Prof.ssa Paola Facchin
Co-Supervisore: Dott.ssa Melissa Rosa Rizzotto

Dottorando: Dott.ssa Giulia Meneghel

Ai bambini

INDICE

I. IL MALTRATTAMENTO AI MINORI	7
I.1. Cenni storici.....	7
I.2. L'epidemiologia del maltrattamento	8
I.3. Definire il Maltrattamento	14
I.3.1. Maltrattamento fisico	16
I.3.2. La trascuratezza grave.....	18
I.3.3. Abuso sessuale	19
I.3.4. Abuso psico-emozionale	20
I.3.5. Sindrome di Munchausen per procura e Chemical Abuse	21
I.3.6. La violenza assistita	21
I.4. Fattori di rischio e di protezione del maltrattamento	22
I.4.1. I Fattori Di Rischio	24
I.4.2. I Fattori Protettivi	28
II. CHILD PROTECTION: IL SISTEMA DI TUTELA E PROTEZIONE DEI BAMBINI VITTIME DI MALTRATTAMENTO	30
II.1. Aspetti storici e legislativi della Child Protection a livello internazionale.....	30
II.1.1. Inghilterra: patria della Child Protection	33
II.1.2. Stati Uniti d'America: due ideologie a confronto	36
II.1.3. Svezia: oltre il pregiudizio	39
II.1.4. Finlandia: verso un approccio multidisciplinare	40
II.1.5. Italia: una storia di assistenzialismo	41
II.2. Gli interventi di tutela nei casi di maltrattamento nel panorama internazionale	45
II.2.1. Il sistema americano	46
II.2.2. Il sistema inglese	48
II.2.3. Il sistema di protezione dei minori in Finlandia	51
II.2.4. La tutela dei minori in Svezia	54
II.2.5. Altre esperienze internazionali.....	56
II.3. Gli interventi di tutela nei casi di maltrattamento in Italia	59
II.3.1. La stima dell'informazione da parte dei servizi	60
II.3.2. La Segnalazione.....	62
II.3.4. Provvedimenti urgenti di tutela: ex articolo 403 c.c.	68
II.3.5. Interventi di cura.....	69
II.3.6. La vigilanza	70
II. BIBLIOGRAFIA	74
III. RAZIONALE E OBIETTIVI DEL PROGETTO DI TESI.....	82
IV. STUDIO 1: "QUANDO LA FAMIGLIA È SCONOSCIUTA": NUOVE NASCITE E VULNERABILITÀ DELLA FAMIGLIA: IL CASO DELLA SINDROME DEL BAMBINO SCOSSO	88
IV.1. Introduzione.....	88
IV.2. Obiettivi dello studio	91
IV.3. Materiali e Metodi	91
IV.3.1. Fonti dei dati.....	91
Per il presente lavoro sono stati utilizzate diversi fonti, alcune derivanti da registi e flussi informativi correnti, altre da documentazione clinica	91
IV.3.2. Metodi	92
IV.3.3. Analisi statistiche	93
IV.4. Risultati	96
IV.4.1. Caratteristiche del bambino	96
IV.4.2. Caratteristiche dei genitori.....	96
IV.5. Discussione e Conclusioni.....	101
IV. Bibliografia.....	104
V. STUDIO 2: "I SOLITI NOTI": FAMIGLIE MULTIPROBLEMATICHE NOTE ALLA RETE E	

FORME DI MALTRATTAMENTO SCONOSCIUTE: IL CASO DEL CHEMICAL ABUSE.....	107
V.1. Introduzione	107
V.1.1. Modalità di esposizione e somministrazione.....	108
V.1.2. Le droghe e gli effetti sulla salute	110
V.1.3. Gli esiti delle sostanze stupefacenti sul bambino	115
V.1.4. La Sindrome da Astinenza Neonatale	120
V.1.9. Determinazione di sostanze d'abuso in matrici biologiche.....	122
V.1.10. Abuso di Sostanze e Genitorialità	126
V.1.11. I genitori tossicodipendenti	128
V.1.14. I Servizi per le dipendenze.....	132
V.1.15. Le comunità terapeutiche e la diade mamma-bambino	136
V.2. Obiettivi dello studio	139
V.3. Materiali e Metodi	139
V.4. Risultati.....	141
V.4.1. Caratteristiche del bambino	141
Anamnesi.....	144
Analisi tossicologiche.....	145
Danni.....	148
V.3.2. Caratteristiche della famiglia	151
V.3.3. Storia assistenziale dei genitori	155
V.3.4. Gli interventi di tutela	159
V.3.5. Gli interventi di tutela dopo la diagnosi	161
V.5. Discussione e Conclusioni.....	164
V. BIBLIOGRAFIA	168
VI. STUDIO 3: “SAPERE, SAPER FARE, SAPER ESSERE”: CONOSCENZE E MODALITÀ OPERATIVE NEI CASI DI MALTRATTAMENTO. UNA SURVEY TRA GLI ASSISTENTI SOCIALI DEI SERVIZI DI TUTELA	175
VI.1. Introduzione	175
VI.2. Obiettivi dello studio	178
VI.3. Materiali e metodi	179
VI.4. Risultati	180
VI.5. Discussione e Conclusioni	189
VI. BIBLIOGRAFIA.....	192
VII. CONCLUSIONI DEL PROGETTO	193

I. IL MALTRATTAMENTO AI MINORI

I.1. Cenni storici

La violenza contro i bambini esiste sin dai tempi più antichi, in ogni luogo del mondo e continua ad essere anche attualmente uno dei temi. Essa purtroppo, continua a realizzarsi, con un impatto rilevante in termini di sanità pubblica e oggetto di sempre maggiore considerazione a livello internazionale, non solo in ambito di salute ma anche nel campo dei diritti umani e della giustizia. Secondo le regole egizie chi generava la vita era legittimato a toglierla in virtù di un principio di proprietà-appartenenza. Nell'antica Grecia i genitori potevano liberamente uccidere i propri figli e agli anziani e ai saggi era concesso decretare la morte dei neonati malformati, considerati solo un peso per la società. Platone, Aristotele, Cicerone, Seneca, Plutarco, influenti figure della cultura greco-latina, approvavano e giustificavano la violenza nei confronti dei bambini, arrivando anche ad apprezzarne l'uccisione. Solo nel 374 d.C. la soppressione di un bambino venne considerata legalmente omicidio. Nell'Antica Roma, il padre deteneva il potere assoluto sul suo bambino potendo scegliere liberamente se ucciderlo, abbandonarlo o venderlo.

Nel 1858, Dickens iniziò per la prima volta, la sua campagna per la protezione dell'infanzia con un intervento a sostegno del *Great Ormond Street Hospital for Children* di Londra raccontando in modo dettagliato la storia di un bambino conosciuto nei bassifondi di Edimburgo morto a causa di trascuratezza grave. Nel 1874 Etta Wheeler un'infermiera preoccupata per le urla che sentiva da tempo provenire dalla casa dei vicini e dopo aver visto una bambina di 8 anni chiusa fuori casa al freddo e senza vestiti, non riuscì più a sopportare la situazione ed entrò nell'abitazione trovando la bambina incatenata al letto con ematomi, ferite ed abrasioni su tutto il corpo. Le leggi dell'epoca non contemplavano la protezione dei minori vittime di maltrattamento e i genitori avevano quindi diritto assoluto sui figli. Non sapendo a chi rivolgersi la signora Wheeler chiese aiuto alla Società per la protezione degli animali che esaminò il caso e intervenne salvando la bambina.

Il caso di maltrattamento scoperto dalla signora Wheeler fece generare una serie di interventi organizzati per combattere il maltrattamento sui minori. Così, nel 1875, la Società per la prevenzione della crudeltà sui bambini (SPCC), sotto la guida di Elbridge Gerry, iniziò un impressionante movimento per la protezione dei bambini. La SPCC si occupava non solo di casi di abusi sui minori e di abbandono ma aiutava anche le donne e i bambini in difficoltà economiche o vittime di violenza familiare fornendogli protezione¹. Nel 1920 venne istituito il *Child Welfare*

League of America (CWLA), una coalizione di centinaia di enti pubblici e privati che si occupavano di bambini e famiglie vulnerabili².

A metà degli anni quaranta, alla *Columbia University*, John Caffey un professore di radiologia, osservò che le radiografie di alcuni bambini mostravano inspiegabili fratture multiple. Egli notò anche un aumento del numero di vittime con ematoma subdurale (raccolta di sangue sotto il cranio). Caffey quindi sospettò che questi traumi fossero stati in qualche modo inflitti dai genitori dichiarando i propri sospetti³.

Nel 1962 il dottor Henry Kempe, presidente del *Department of Pediatrics at the University of Colorado School of Medicine*, insieme ad alcuni colleghi ha pubblicato sul *Journal of American Medical Association* l'ormai famoso articolo intitolato "*The battered child syndrome*". Kempe e colleghi con questa sindrome intendevano mettere in luce una grave condizione clinica nei bambini vittime di abusi fisici, causa frequente di lesioni permanenti o morte, generalmente compiuti da parte di uno o entrambi i genitori. La sindrome deve essere considerata in ogni bambino con evidenti fratture ossee, ematomi subdurali, ritardo di crescita, ecchimosi oppure quando il grado e il tipo di pregiudizio è in contrasto con la storia raccontata circa il verificarsi del trauma⁴.

Nel 1958 Kempe ha contribuito a stabilire una delle prime squadre di protezione del bambino presso l'Ospedale Generale del Colorado a Denver⁵.

Nel 1977, Kempe e un corposo gruppo di colleghi hanno creato l'*International Society for the Prevention and Treatment of Child Abuse and Neglect* (ISPCAN) con la finalità di sostenere le strutture e le organizzazioni che operano in favore dei bambini di tutte le nazioni per aiutarli a svilupparsi fisicamente, mentalmente e socialmente in un ambiente sano e, soprattutto, di promuovere la protezione di tutti i bambini in ogni paese contro ogni forma di crudeltà e sfruttamento⁶. Questa organizzazione continua ancora oggi a sostenere sia gli impegni in materia di maltrattamento che le attività di ricerca, in gran parte attraverso la pubblicazione del *Journal of Child Abuse and Neglect*.

I.2. L'epidemiologia del maltrattamento

La violenza ha un impatto devastante sui bambini, minacciando sia la loro sopravvivenza sia il loro sviluppo, ma anche sulla società in generale. Nel 2003 Paulo Sérgio Pinheiro⁷, un esperto in diritti umani, viene incaricato dal segretario delle Nazioni Unite Kofi Annan di condurre uno studio per l'ONU sulla portata del fenomeno maltrattamento nel mondo⁸. L'Autore ha realizzato, a livello internazionale, uno degli studi più importanti sulla diffusione del fenomeno del maltrattamento. In

questo studio è stata analizzata la natura e lo sviluppo della violenza sui bambini nei diversi tipi di contesto socio-relazionale: famiglia, scuola, istituti di accoglienza, strutture di detenzione, luoghi di lavoro e comunità locali. Dai dati è emerso che la violenza e gli abusi quotidiani sui bambini avvengono ovunque, in ogni nazione, ribadendo che nonostante alcune violenze si verifichino in modo improvviso e isolato, la maggior parte sono commesse da persone come genitori, nuovi partner dei genitori, maestri, baby-sitter, etc. La violenza sui bambini, oltre che in ambito familiare, viene attuata anche a scuola infatti lo studio di Pinheiro ha rilevato che tra il 20 e il 65% degli allievi risulta vittima di maltrattamenti fisici o verbali in ambiente scolastico.

Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità (*World Health Organization* – WHO) un adulto ogni 4 ha subito maltrattamento fisico da bambino ed ogni anno 41.000 bambini di età inferiore ai 15 anni sono vittime di omicidio (figura 1). Il *Global Status Report on Violence Prevention 2014*⁹ è il risultato di un lungo lavoro effettuato da 133 Paesi, con una copertura pari all'88% della popolazione mondiale.

Figura 1. Organizzazione Mondiale della Sanità: stime sul maltrattamento ai minori mondiale



Dal Rapporto, elaborato per fornire una stima mondiale del fenomeno della violenza in tutte le sue forme, si evince che: tra l'80% ed il 98% dei minori subisce punizioni fisiche all'interno della famiglia, di cui un terzo o più con punizioni fisiche severe, inoltre, i minori di 18 anni di età nel mondo subiscono maltrattamento fisico nel 23% dei casi, il 36% subisce abuso psicoemozionale, il

16% soffre di trascuratezza fisica e abuso sessuale (18% femmine e 8% maschi) (figura 1).

Nel 2012 l'Organizzazione Mondiale della Sanità ha elaborato l'*European report on preventing child maltreatment* nel quale viene riportato che in Europa, ogni anno, circa 850 bambini d'età inferiore ai 15 anni muoiono a causa di una o più forme di maltrattamento. Questa cifra risulta, probabilmente, sottostimata in quanto non tutte le morti per maltrattamenti vengono correttamente registrate. I dati, inoltre, mostrano alcune disuguaglianze nel territorio europeo infatti i tassi di mortalità infantile, provocata da maltrattamenti, si registrano maggiormente nell'Europa orientale. In Europa circa 18 milioni di bambini sono vittime di abuso sessuale (13,4% femmine e 5,7% maschi), 44 milioni sono vittime di maltrattamento fisico (22,9%) e 55 milioni di abuso psicologico (29,1%), senza una significativa differenza di genere. L'Inghilterra, in tema di maltrattamento infantile, pubblica annualmente dati accurati: 595.300 bambini, nel 2013, sono stati in carico ai Servizi Sociali e 127.100 bambini sono stati in carico ai Servizi per maltrattamento. Nel 2014, il 47,2% dei bambini in stato di bisogno necessita di protezione dall'abuso e dal maltrattamento. Per quanto riguarda le tipologie di abuso, la trascuratezza interessa il 44% dei bambini, il maltrattamento fisico il 15%, gli abusi multipli il 10%, il maltrattamento psicologico il 23%, l'abuso sessuale il 7%¹⁰.

Contributo interessante e di notevole impatto è quello pubblicato nel corso del 2012 dall'associazione americana *Every Child Matters*, volto a mostrare e comprendere l'entità del problema del maltrattamento, esso infatti rivela gli esiti di decesso di minori a seguito di un maltrattamento negli Stati Uniti, in contrapposizione alle morti dei militari della coalizione avvenute in Iraq tra il 2001 e il 2010 (Tabella 1).

Tabella 1. USA: Confronto tra morti per maltrattamento VS morti militari della coalizione in Iraq and Afghanistan 2001-2010 (modificata da www.everychildmatters.org¹¹).

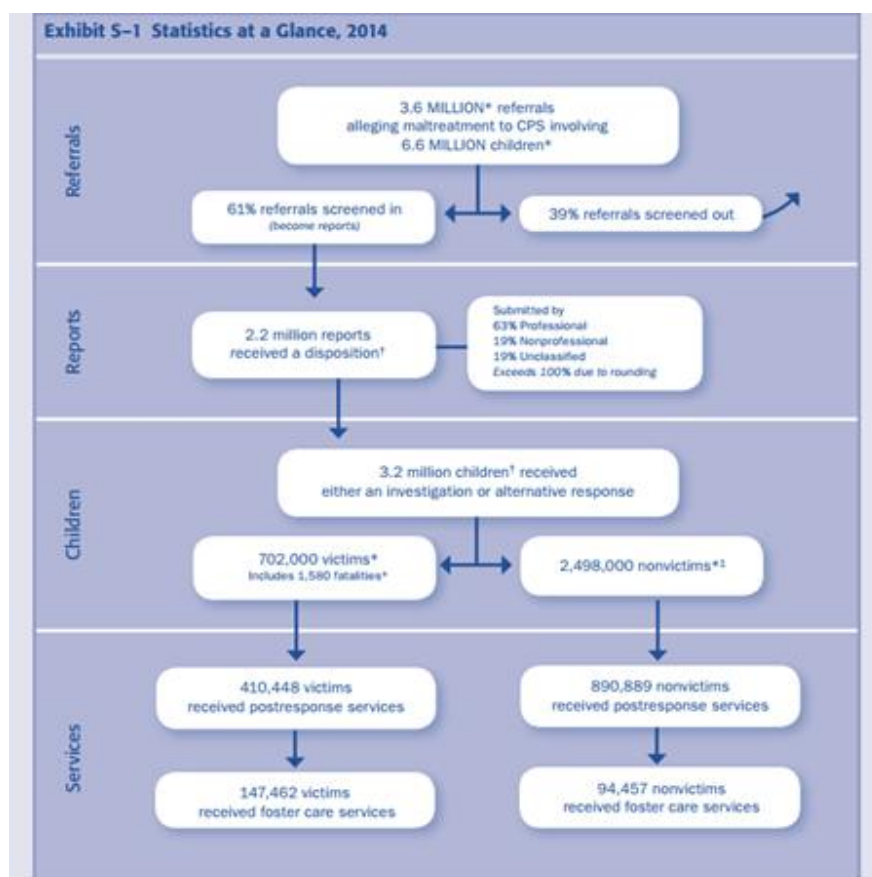
ANNO	Morti per maltrattamento ⁹	Morti militari ¹²
2001	1,300	12
2002	1,400	49
2003	1,500	534
2004	1,490	901
2005	1,460	945
2006	1,530	921
2007	1,760	1,021
2008	1,740	469
2009	1,770	466
2010	1,560	559
TOTALE	15,510	5,877

Risultati e statistiche statunitensi più recenti derivano da dati raccolti dalle agenzie di Child

Protective Services e riportati nel *National Child Abuse and Neglect Data System (NCANDS)*, un sistema che analizza i tassi di abuso e maltrattamento sui minori negli Stati Uniti. I tassi sono stati analizzati e hanno condotto all'elaborazione del report annuale sul maltrattamento pubblicato nel 2016 ad opera del *Children's Bureau*¹³. Nella Figura che segue si possono apprezzare i passaggi chiave della raccolta dati (figura 2).

Nel 2014 sono stati confermati 702.208 casi di maltrattamento ai minori (9,4/1000), con una prevalenza maggiore per le femmine rispetto ai maschi (9,8 vs 9,0 per 1000 rispettivamente), i bambini più piccoli risultano essere i più esposti, infatti emerge che più di un quarto delle vittime (27,4%) hanno età inferiore ai 3 anni e che la fascia d'età in assoluto più colpita è quella dei minori di 1 anno (24,4/1000 rispetto alla popolazione della stessa fascia d'età).

Figura 2. NCANDS, flowchart della raccolta dati per il rapporto *Child maltreatment 2014*



Dal Rapporto emerge inoltre che il 75% delle vittime è gravemente trascurato (*neglect*), il 17% subisce maltrattamento fisico, l'8,3% è vittima di abuso sessuale, e l'85,8% delle vittime subisce una singola forma di maltrattamento infantile. Altro dato discriminante risulta essere l'etnia. I dati raccolti evidenziano percentuali di 21,5% per i bambini afroamericani, 22,1% per gli spagnoli e

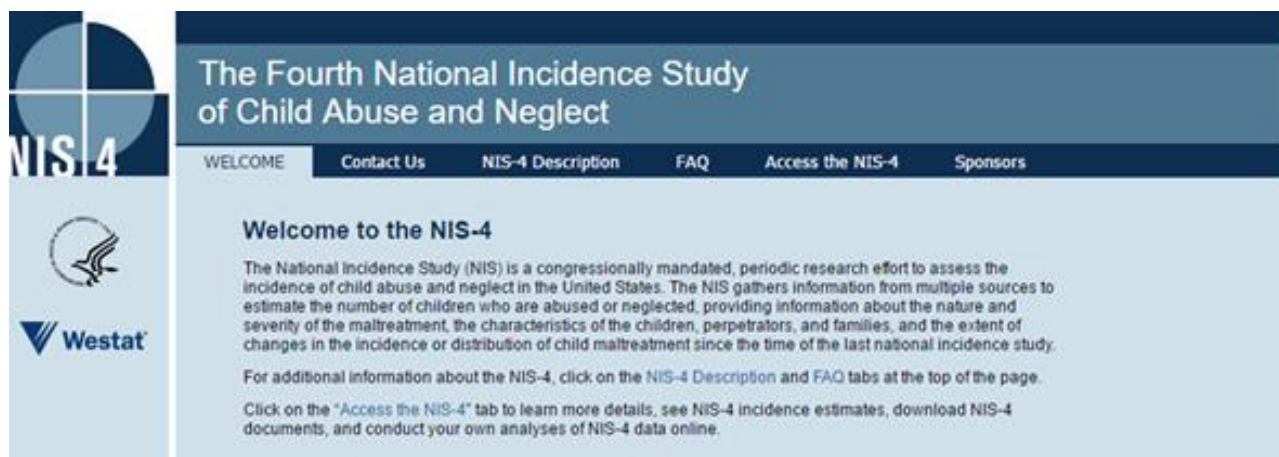
43,9% per i caucasici o “bianchi”.

Per quanto riguarda le diverse forme di maltrattamento, il 78,5% dei bambini risultano essere vittime di trascuratezza grave, il 17,6% di maltrattamento fisico, il 9,1% di abuso sessuale.

Dati allarmanti vengono forniti dagli elevati tassi di mortalità infantile a seguito di maltrattamento, come conseguenza più tragica: sono 1580 i bambini deceduti a seguito di un evento non accidentale (2,13/100.000 bambini).

Il Congresso degli Stati Uniti ha posto in essere anche un Sistema di sorveglianza statistica sul fenomeno maltrattamento al fine di produrre stime di prevalenza ed incidenza del fenomeno nel Paese, il *National Incidence Study* (NIS) ogni circa 10 anni, lo studio corrente ora è il quarto (figura 3)¹⁴.

Figura 3. NIS-4: National Incidence Study



NIS è un sistema multifonte che utilizza i dati raccolti per fornire delle stime sui casi di maltrattamento ma anche sulla severità del medesimo, sulle caratteristiche del bambino e del perpetratore, e le fluttuazioni nella distribuzione dei casi rilevati tra uno studio ed il successivo ed ha una interfaccia web consultabile e da cui si possono facilmente estrarre dati. L'incidenza del maltrattamento, secondo questa sorveglianza è del 40/1000 mentre degli abusati è dell'11/1000, dati più dettagliati sono visibili nella figura 4, esempio di estrazione di dati dal sito NIS-4.

Figura 4. Tassi di incidenza per categorie di maltrattamento secondo NIS-4¹⁴

CATEGORIES OF MALTREATMENT FOR CHILDREN COUNTABLE UNDER
THE ENDANGERMENT STANDARD; INCIDENCE RATES (Per 1,000 Children)

	Incidence Rate per 1,000	Standard Error
ALL MALTREATED	39.463	3.526
ALL ABUSED	11.340	0.876
PHYSICALLY ABUSED	6.472	0.484
SEXUALLY ABUSED	2.452	0.191
EMOTIONALLY ABUSED	4.109	0.426
ALL NEGLECTED	30.578	2.778
PHYSICALLY NEGLECTED	16.190	1.605
EMOTIONALLY NEGLECTED	15.941	1.299
EDUCATIONALLY NEGLECTED	4.896	1.089

Altri dati interessanti riguardano gli studi svolti presso l'*Australian Institute of Health and Welfare* tra il 2015 e il 2016 e che evidenziano 257.273 casi di sospetto abuso e maltrattamento, notificati alle autorità australiane. Del totale dei casi notificati risultano 1 bambino su 33 necessita dell'intervento dei *child protection services*, per i bambini indigeni australiani si ricorre ai *child protection services* 7 volte di più rispetto agli altri. I casi di maltrattamento per cui le indagini si sono concluse hanno coinvolto 45.714 bambini, con un tasso dell'8,5/1000 bambini 0-17 anni, con una fascia maggiormente colpita di bambini al di sotto di 1 anno di età (16,1 per 1000) mentre i meno coinvolti risultano essere i minori tra i 15 ed i 17 anni (3,9 per 1000).

Per quanto riguarda le diverse forme di maltrattamento, in Australia il 45% dei minori è vittima di abuso emozionale, il 25% di trascuratezza grave, il 28% di maltrattamento fisico, e l'11% di abuso sessuale (con una differenza spiccata tra maschi e femmine).

Il *Canadian Incidence Study of Reported Child Abuse and Neglect* (CIS) è una sorveglianza nazionale a cadenza quinquennale i cui dati più recenti risalgono al 2008, nel 2013 sono state effettuate rilevazioni a livello locale, ma il ministero della salute canadese assicura che nuovi dati saranno pubblicati nel 2018, i dati che sono pubblicati ci dicono che lo 0,97% dei bambini è stato vittima di maltrattamenti (38% trascuratezza, 23% maltrattamento fisico, 12% abusi multipli, 11% maltrattamento psicologico, 7% abuso sessuale)¹⁵.

In Italia non è ancora stato istituito un vero e proprio sistema nazionale in grado di stimare e sorvegliare il fenomeno del maltrattamento infantile. Nel 2016 CISMAI, rete italiana di centri e servizi pubblici e privati contro il maltrattamento e l'abuso all'infanzia, e *Terre des Hommes*, organizzazione internazionale per la protezione dei bambini hanno elaborato l'Indagine nazionale sul maltrattamento dei bambini e degli adolescenti con l'obiettivo di stimare il numero di minorenni in carico ai Servizi Sociali per ragioni legate a maltrattamenti e abusi. Lo studio ha coperto un

bacino effettivo di 2,4 milioni di popolazione minorile residente in Italia (il 25% della popolazione minorile italiana) e si conferma, ad oggi, la prima ed unica esperienza statisticamente significativa di questo tipo, mai realizzata nel nostro Paese. Il dati hanno evidenziato che 47,7 minorenni su 1000 sono seguiti dai servizi: 457.453 bambini e i ragazzi italiani hanno avuto bisogno di un intervento dei Servizi Sociali (50,2% maschi e 45,3% femmine). È stata effettuata anche una distinzione del dato fra le varie aree geografiche: 63,1 su mille al Nord, 44,5% al Centro e 30,5% al Sud.

Per quanto riguarda il maltrattamento, nello specifico, in Italia sono presenti oltre 91 mila minorenni maltrattati e su mille quasi 10 hanno subito almeno una forma di maltrattamento (9,5% della popolazione minorile). Inoltre, ogni mille minorenni in carico ai Servizi Sociali circa 200 sono seguiti per maltrattamento. La trascuratezza materiale e/o affettiva risulta la forma di maltrattamento maggiormente sviluppata in Italia (47,7% dei bambini). A seguire possiamo trovare la violenza assistita (19,4%), il maltrattamento psicologico (13,7%), la patologia delle cure (8,4%), il maltrattamento fisico (6,9%), l'abuso sessuale (4,2%) e altre forme di violenza non definite (1,2%). Per riuscire a capire il rapporto fra motivo di presa in carico da parte dei Servizi Sociali, forma di violenza e capacità di rilevazione da parte dei Servizi stessi sono stati conteggiati sia i minorenni presi in carico dai Servizi Sociali per maltrattamento (prima colonna), sia quelli la cui cartella è stata aperta dai Servizi Sociali per altre ragioni e poi risultati anche maltrattati (seconda colonna). Nel caso dell'abuso sessuale (76,5%), il motivo di accesso al servizio è prevalentemente l'abuso. Al contrario, per la trascuratezza fisica e/o affettiva il dato è il più basso (59,8%) perché è frequente che la cartella sia aperta dai Servizi Sociali per ragioni diverse che fanno poi registrare anche la trascuratezza del minorenne.

I.3. Definire il Maltrattamento

Poiché l'identificazione del maltrattamento interessa numerose e diverse discipline, incluse quelle che riguardano l'intervento dei servizi sociali, le decisioni legali, la difesa dei diritti dei bambini, la salute mentale, risulta alquanto difficile ottenere una definizione univoca. Numeroso sono i contributi in ambito scientifico che tendono a definire le condizioni che caratterizzano il maltrattamento. Esso comprende qualsiasi atto commesso o omissso da un genitore, tutore o qualsivoglia adulto che risulti un danno (reale, potenziale o evolutivo) per la salute, la sopravvivenza, lo sviluppo o la dignità del bambino¹⁶.

Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), si configura una condizione di abuso e di maltrattamento allorché i genitori, tutori o persone incaricate della vigilanza e custodia di un

bambino approfittano della loro condizione di privilegio e si comportano in contrasto con quanto previsto dalla Convenzione di New York sui Diritti del Fanciullo. Il primo articolo della Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti del fanciullo (CRC) definisce un bambino come qualsiasi essere umano d'età inferiore ai 18 anni, indipendentemente dal termine del raggiungimento della maggiore età. L'articolo 19 della Convenzione mira a proteggere tutti i bambini da “tutte le forme di violenza fisica o mentale, lesioni o abusi, abbandono o trattamento negligente, maltrattamenti o di sfruttamento, compresa la violenza sessuale”¹⁷.

Secondo il Consiglio d'Europa il maltrattamento si concretizza ne “*gli atti e le carenze che turbano gravemente i bambini e le bambine, attentano alla loro integrità corporea, al loro sviluppo fisico, affettivo, intellettuale e morale, le cui manifestazioni sono la trascuratezza e/o lesioni di ordine fisico e/o psichico e/o sessuale da parte di un familiare o di terzi*”¹⁸.

Il National Center of Child Abuse and Neglect nel 1981 dichiarava abuso al minore “*una situazione di maltrattamento infantile in cui, attraverso atti intenzionali o disattenzione grave nei riguardi dei bisogni di base del bambino, il comportamento di un genitore o di un sostituto o di altro adulto che del bambino si occupi, abbia causato danni o menomazioni che potevano essere previsti ed evitati o abbia contribuito materialmente al prolungamento o al peggioramento di un danno o di una menomazione esistenti*”. La Società Italiana di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza (SINPIA) precisa inoltre che “*il maltrattamento può concretizzarsi in una condotta attiva (percosse, lesioni, atti sessuali, ipercura) o in una condotta omissiva (incuria, trascuratezza, abbandono) e l'assenza di evidenze traumatiche nel fisico non può escludere l'ipotesi di maltrattamento*”¹⁹.

Nel marzo 1999 a Ginevra, durante la *Consultation on Child Abuse Prevention*, si è raggiunto un accordo univoco e mondiale sulla definizione di maltrattamento intendendolo come “*comprensivo di tutte le forme di abuso fisico e/o psico-emozionale, di abuso sessuale, di trascuratezza o di trattamento negligente, di sfruttamento commerciale o l'assenza di azioni e cure, con conseguente danno reale, potenziale od evolutivo alla salute, alla sopravvivenza, allo sviluppo o alla dignità del minore nel contesto di un rapporto di responsabilità, di fiducia o di potere*”⁸. In quella occasione sono state, inoltre, precisate quattro distinte forme di maltrattamento: maltrattamento fisico; abuso sessuale; abuso psico-emozionale; neglect o trascuratezza grave. Il termine *child abuse* è onnicomprensivo di tutte le forme di abuso. Raramente infatti il bambino abusato subisce una sola forma di abuso ma, spesso, nel corso della sua vita sperimenta contemporaneamente più tipi di abuso²⁰.

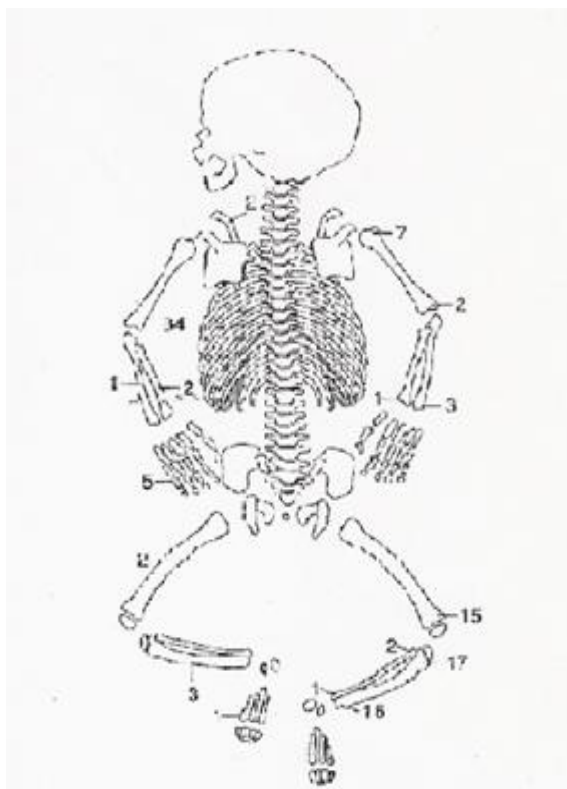
I.3.1. Maltrattamento fisico

Il maltrattamento fisico può essere definito come la condizione che si verifica quando i genitori o qualunque persona in posizione di responsabilità, potere o fiducia nei confronti del bambino eseguono lesioni fisiche rischiando di provocare un grave danno per la salute e la sopravvivenza del minore¹⁰. Con maltrattamento fisico si definisce l'uso intenzionale della forza fisica contro un minore che provoca o possiede un'alta probabilità di provocare un danno per la salute, la sopravvivenza, lo sviluppo o la dignità dello stesso. Questo include il colpire, percuotere, prendere a calci, scuotere, mordere, strangolare, scottare, bruciare, avvelenare e soffocare.

I segni fisici più evidenti in un maltrattamento fisico sono: contusioni, ecchimosi, ematomi, cicatrici, ustioni, graffi, escoriazioni, etc. Gli ematomi, spesso, vengono inferti in zone del corpo nascoste dagli indumenti come, ad esempio, i glutei, le gambe e la schiena²¹. Esso può essere un evento singolo oppure può essere ripetuto nel tempo. Le lesioni che si possono osservare nei casi di maltrattamento fisico possono essere cutanee, viscerali, oculari e dello scheletro, e comprendono anche ustioni, intossicazioni ed asfissie²². Gli esiti possono avere diverse gravità, fino alla morte del bambino. Tra le lesioni cutanee riscontrabili vi sono ematomi, ecchimosi, abrasioni, ferite, graffi, morsi. Inoltre, può essere o meno individuato un pattern figurato come l'impronta di una fibbia, di un accendisigari, di un ferro da stiro, di una griglia del forno, ecc. (lesioni ad impronta). Ematomi o ferite in alcune parti del corpo come orecchie, soprattutto nella parte posteriore, collo, angolo della mandibola o frenulo della lingua o del labbro, sono maggiormente indicativi di maltrattamento, in quanto sono più difficili da ricondurre a traumi accidentali. Nella valutazione delle lesioni fisiche va tenuto conto dello stadio di sviluppo del bambino, della sede di tali lesioni e dell'eventuale presenza di lesioni policrome a diversi stadi di guarigione. In generale, a differenza delle lesioni accidentali, quelle inflitte tendono a trovarsi su superfici corporee lontane dalle prominenze ossee, ovvero sul collo, il capo, le natiche, il tronco, le mani e gli arti superiori²³.

Le lesioni scheletriche si ritrovano in circa 1 caso su 3 di maltrattamento fisico, sia come segno del maltrattamento acuto, sia come esiti di maltrattamenti precedenti. Negli esami radiologici è infatti frequente rinvenire fratture in fase di riparazione o già saldate. Le tipologie di lesioni scheletriche più frequenti nei casi di maltrattamento fisico, sono di diversa natura, soprattutto delle diafisi, fratture epifisarie, fratture multiple bilaterali delle coste e dei corpi vertebrali²⁴ (Figura 5).

Figura 5. Distribuzione di 165 fratture inflitte in 31 incidenti di neonati



Anche le lesioni al capo sono molto frequenti nel maltrattamento e costituiscono la principale causa di morte per abuso fisico²⁵, soprattutto maggiore nei bambini sotto i 3 anni d'età²⁶. Esse possono essere più lievi come quelle allo scalpo o arrivare fino alle lesioni intracraniche; quest'ultime possono essere causate sia dall'applicazione di una forza diretta (pugni, calci o corpi contundenti), sia dallo scuotimento del bambino (*Shaken Baby Syndrome*, SBS). Per quanto riguarda la scatola cranica si ritrovano fratture (perlopiù in sede occipitale o parietale), spesso multiple, che interessano più ossa. Più rare in questi casi, nonché più gravi sono le lesioni del parenchima cerebrale come l'edema, le soffusioni e l'infarcimento emorragico legato spesso a danni dell'irrorazione sanguigna e dell'ossigenazione cerebrale a causa di soffocamenti, strangolamenti e così via. I bambini con lesioni al capo non accidentali tendono a sviluppare maggiormente ematomi subdurali e subaracnoidei e ad avere una prognosi più negativa, rispetto ai bambini con lesioni al capo dovute a meccanismi accidentali. Le lesioni oculari possono essere presenti nella maggior parte delle tipologie di maltrattamento e possono essere dovute ad un trauma indiretto o a scuotimento^{27 28}. Il maltrattamento fisico è la seconda forma più frequente di maltrattamento e nella maggior parte dei casi avviene all'interno delle mura domestiche, spesso inflitto a scopo punitivo o educativo.

I.3.2 La trascuratezza grave

In letteratura spesso l'abuso fisico e la trascuratezza vengono trattati insieme e solo recentemente i ricercatori hanno iniziato a considerare la trascuratezza come un fenomeno concettualmente diverso dall'abuso e che necessita di un'attenzione specifica²⁹. Zuravin si occupa del fenomeno della trascuratezza intesa come mancanza di uno o più comportamenti genitoriale, differenziando tale forma di maltrattamento dalle altre (abuso fisico, emotivo, sessuale) che sono invece caratterizzate dalla perpetrazione di comportamenti specifici³⁰.

Cawson, Wattam, Brooker, & Kelly³¹ sostengono che la trascuratezza debba essere principalmente considerata in termini di assenza di cure genitoriali, mentre Stevenson³² la definisce come una vasta gamma di comportamenti che vanno dalla scarsa cura fisica alla mancanza di supervisione e controllo. Il *National Child Abuse and Neglect Data System* definisce la trascuratezza come una tipologia di maltrattamento che si riferisce al fallimento del genitore o del caregiver nel fornire le cure necessarie (condizioni igienico-sanitarie, abitazione, alimentazione, etc.) e la dimensione affettiva appropriata all'età del bambino, nonostante sia in grado di farlo³³.

Il termine generico "trascuratezza" si può riferire a un ventaglio eterogeneo di condizioni che vengono comunemente suddivise in tre diverse tipologie: trascuratezza psicologica, fisica ed educativa. Per "trascuratezza fisica" si intende il rifiuto o il ritardo nel fornire al bambino cure essenziali, lasciarlo solo e non accudirlo nei suoi bisogni primari (alimentazione, vestiario, cure igieniche). Dal punto di vista fisico i bambini trascurati possono presentare ritardo della crescita con bassa statura (nanismo psicosociale), problemi odontoiatrici e oculistici, denutrizione o ipernutrizione, dermatiti, frequenti infortuni domestici che possono provocare l'ingestione di sostanze tossiche^{34 35}. La "trascuratezza educativa" fa riferimento ad una situazione di dispersione scolastica cronica, per cui il bambino non viene iscritto alla scuola dell'obbligo o risulta assente da scuola almeno cinque volte al mese senza ragionevoli motivi. Tali bambini risultano maggiormente a rischio di avere uno scarso rendimento scolastico che li può portare a sperimentare fallimenti costanti³⁶. Con il termine "trascuratezza psicologica" ci si riferisce a tutti gli atti o le omissioni attuate dal caregiver che possono portare il bambino a sviluppare disturbi del comportamento, cognitivi, emotivi o mentali come, ad esempio, insufficiente supporto emotivo, esposizione a violenza domestica e rifiuto o ritardo nel fornire cure psicologiche necessarie. Dal punto di vista psicologico questi bambini possono manifestare un ritardo psicomotorio e del linguaggio, iperattività, disturbi dell'attenzione, pseudo insufficienza mentale, inibizione, demotivazione, stanchezza cronica, difficoltà nel rapportarsi con gli altri, mancanza di fiducia in se stessi e negli altri³⁷.

1.3.3. Abuso sessuale

Con il termine abuso sessuale di minore ci si riferisce generalmente ad attività sessuali che implicano la stimolazione sessuale di un minorenne e possono, secondo Finkelhor³⁸, essere distinte in attività con o senza contatto fisico. Nel primo caso è possibile raggruppare i casi in cui si verifichi una penetrazione o anche un semplice contatto. Nel secondo caso vanno raggruppate tutte quelle forme di *sexual abuse* come l'esibizionismo, il voyeurismo, il coinvolgimento del minore in attività pornografiche o anche l'esposizione ad un linguaggio erotizzato ed erotizzante.

L'abuso sessuale infantile consiste nel coinvolgimento di minori, soggetti per definizione immaturi e psicologicamente dipendenti, in attività sessuali che essi non comprendono ancora completamente e alle quali non sono in grado di opporsi e reagire con piena consapevolezza. Rientrano pertanto in questa definizione gli episodi di pedofilia, stupro, incesto, abuso rituale e, più in generale, di sfruttamento sessuale³⁹. Secondo Jones e Morris⁴⁰ è possibile distinguere diverse forme di abuso sessuale. In primo luogo, vi è l'abuso intrafamiliare in cui il perpetratore vive con la vittima o, comunque, è profondamente legato ad essa (nonni, zii, etc.). Questo tipo di abuso è il più diffuso e si svolge nell'arco di molti anni e, spesso, uno o entrambi i genitori ne sono a conoscenza ma decidono di tacere. Il secondo tipo è l'abuso sessuale extrafamiliare attuato, anche per molti anni, da una persona estranea alla famiglia (insegnante, baby sitter, vicino di casa) e in questo caso, spesso, i genitori o i familiari ignorano completamente l'evento maltrattante subito dal minore.

Infine vi è l'abuso sessuale messo in atto una singola volta da una o più persone sconosciute dal bambino. Questa tipologia di abuso può anche essere classificata come stupro o violenza sessuale ed è la forma più rara per quanto riguarda i minori perché, nella maggior parte dei casi, per riuscire ad effettuare un abuso sessuale il perpetratore deve riuscire ad instaurare un rapporto di fiducia con il bambino⁴¹. L'abusante fa credere alla vittima di amare quelle che invece sta subendo, la confonde, facendole perdere il senso della realtà e dell'identità. L'esame clinico generale e l'esame obiettivo locale della zona genitale, perigenitale ed anale deve essere svolta con particolare attenzione per riuscire a rilevare qualsiasi sospetto riconducibile all'abuso sessuale. Tali segni possono essere: ecchimosi, abrasioni, escoriazioni, lesioni traumatiche della vulva, del perineo o della zona perianale, segni di malattie sessualmente trasmesse, tracce di sperma, dilatazione anale, etc. La diagnosi medico-legale di abuso sessuale presenta, però, delle oggettive difficoltà sia per la frequente assenza di segni fisici dell'abuso sia per il ritardo nell'attuazione dell'esame obiettivo che dovrebbe essere effettuato entro al massimo 72 ore dall'episodio di abuso²².

Gli effetti di un episodio traumatico come un abuso sessuale in età infantile interessano tutti gli ambiti di vita di una persona. Disturbi d'ansia e depressivi, disturbo post-traumatico da stress,

disturbi del sonno, senso di vergogna e di inferiorità, bassa autostima, paura di contatti sessuali da un lato e promiscuità dall'altro sono le manifestazioni più tipiche in età adulta⁴².

Alcuni ricercatori⁴³, data l'elevata incidenza di problemi alimentari (anoressia e bulimia) conseguenti ad episodi di abuso, ritengono che l'eventualità dell'abuso sessuale debba essere sempre investigata nell'anamnesi dei pazienti che ne sono affetti.

I.3.4. Abuso psico-emozionale

Secondo la definizione elaborata dall'*International Conference of Psychological Abuse of Children and Youth* il maltrattamento psicologico, ai danni di un bambino o di un adolescente, consiste in atti di omissione o nell'esecuzione di azioni che, sulla base delle combinazioni degli standard culturali e delle conoscenze scientifiche, sono considerati dannosi sul piano psicologico.

Tali azioni possono essere commesse individualmente o collettivamente da persone che per le loro caratteristiche (età, status, conoscenza, ruolo, etc.) si trovano in una posizione di potere e autorità verso il bambino, tale da renderlo vulnerabile. Si tratta di pratiche o di atteggiamenti che compromettono in modo immediato o a lungo termine il comportamento, lo sviluppo affettivo, le capacità cognitive o le funzioni fisiche del bambino⁴⁴.

Le definizioni che si focalizzano sui comportamenti dei genitori includono molte azioni che possono essere considerate psicologicamente maltrattanti tra cui: denigrare, ignorare, sfruttare, corrompere, non riconoscere l'individualità del bambino, non promuovere l'adattamento sociale, isolare, rifiutare, terrorizzare, aggredire verbalmente e minacciare⁴⁵.

Uno studio condotto da Straus & Field⁴⁶ ha riscontrato che il 90% dei genitori ammette di aggredire psicologicamente i figli.

O'Hagan ritiene che i diversi comportamenti negativi messi in atto dai genitori devono essere considerati come delle risposte inappropriate e potenzialmente abusive, che quasi tutti i genitori possono infliggere ai propri figli. Affinché questi comportamenti diventino abusivi e dannosi per lo sviluppo del bambino è necessario che vengano perpetrati in maniera ripetitiva e per lunghi periodi di tempo in quanto le singole azioni isolate non costituiscono, di per sé, abuso emotivo o psicologico⁴⁷. L'esperienza maltrattante caratterizza intrinsecamente le relazioni: se, in un primo momento, le esperienze che questi bambini sono costretti a subire assomigliano molto a eventi traumatici improvvisi e sconcertanti, con il passare del tempo la regolarità, con cui si presentano, le trasformano in organizzazioni psichiche e comportamentali interiorizzate e patologicamente coerenti con il sé⁴⁸. Depressione, mortificazione, umiliazione e vergogna sono i sentimenti che provano più facilmente i bambini vittime di abuso psicologico. Le conseguenze psicologiche

possono variare in funzione di numerosi fattori, tra cui le caratteristiche dell'abuso (in termini di natura, intensità e durata), l'età e lo stadio di sviluppo del bambino al momento in cui subisce la violenza, la presenza di fattori di rischio e di protezione individuali, familiari e sociali⁴⁹.

Tra gli effetti a lungo termine del maltrattamento psicologico si riscontrano, in età adulta, problematiche psicologiche e psicopatologiche, tra cui: depressione, ansia, sintomi di disturbo post-traumatico da stress, bassa autostima, disregolazione emotiva e comportamentale, conflitto interpersonale, scarse competenze sociali, somatizzazioni e un più alto rischio di psicopatologia in generale^{50 51}.

I.3.5. Sindrome di Munchausen per procura e Chemical Abuse

Asher nel 1951 ha adottato per la prima volta il termine *Munchausen's syndrome* per descrivere il caso di quelle persone che ricorrono continuamente a medici e a strutture ospedaliere lamentando sintomi o procurandosi fittiziamente segni di gravi malattie, sottoponendosi a indagini diagnostiche, cure mediche e ricoveri non necessari⁵². Nel 1977 Meadow ha utilizzato l'espressione *Munchausen Syndrome by proxy* per intendere la situazione in cui i genitori, o inventando sintomi e segni che i propri figli non hanno, o procurando loro sintomi e disturbi (per esempio somministrando sostanze dannose), li espongono ad una serie di accertamenti, esami, interventi che finiscono per danneggiarli o addirittura ucciderli⁵³.

Il *Chemical Abuse* è l'abuso di sostanze chimiche (ad esempio farmaci), che, se somministrate in dosi eccessive, possono creare danni alla salute fisica e psichica del bambino. Il "Medical Shopping", invece, si verifica quando uno o entrambi i genitori si rivolgono a numerosi medici per paura di una malattia cronica o inguaribile, oppure per timore di disturbi fisici che il bambino in realtà non presenta. Questa forma è molto simile alla sindrome di Munchausen per procura ma mentre il *Medical Shopping* appartiene all'area delle nevrosi d'ansia e fobiche, la sindrome di Munchausen per procura rientra in quella delle psicosi⁵⁴.

I.3.6. La violenza assistita

Questa tipologia di maltrattamento fa riferimento ad esperienze indirette di violenza, ovvero ai casi in cui il bambino non viene coinvolto in prima persona ma è testimone di abuso agito su figure di riferimento o su altre figure significative. Tale forma di maltrattamento intra-familiare può produrre effetti devastanti nella misura in cui la vittima è costituita da una o più figure affettivamente rilevanti per il bambino⁵⁵. Spesso il bambino "sceglie" di schierarsi a favore di uno dei due genitori. In genere le femmine tendono a immedesimarsi con la madre vittima e ad assumerne l'identità,

sviluppando una forte percezione di non valere, una scarsa autostima, fragilità e insicurezza, e tendendo da adulte a cercare relazioni non paritarie e partner cui sottomettersi. Di solito i figli maschi tendono o a sognare di salvare la madre dai maltrattamenti subiti dal padre identificato come figura negativa, oppure ad idealizzare la figura maschile come forte e potente fino ad arrivare a sviluppare relazioni affettive improntate al “dominio” della figura femminile, percepita come “inferiore” e quindi oggetto di disprezzo⁵⁶. Anche il solo assistere alla violenza può generare nel minore una serie di conseguenze a breve, medio e lungo termine sul piano psicologico, comportamentale e relazionale.

Alcuni studi⁵⁷ hanno riscontrato che livelli elevati di esposizione alla violenza hanno come possibili conseguenze nell’individuo difficoltà psicologiche, sociali, scolastiche, fisiche, fino allo sviluppo di condotte devianti e antisociali.

I.4. Fattori di rischio e di protezione del maltrattamento

E' accertato che per un bambino il rischio di subire violenze da parte dei propri familiari è più elevato rispetto all’eventualità di subire violenza al di fuori delle mura domestiche. La famiglia rappresenta, per definizione, uno degli ambiti di potenziale protezione per i suoi membri, ma all’occorrenza può diventare anche un ambiente ostile e pericoloso per l’integrità fisica e psichica dei soggetti che ne fanno parte⁵⁸.

La famiglia come fonte per eccellenza di tutela e amore, si rivela così come il più tragico dei luoghi di violenza che ha come sfondo una rete di relazioni familiari distorte e patologiche⁵⁹. La famiglia, la rete dei rapporti primari e lo spazio del tempo libero sono i luoghi di contenimento, individualizzazione e di legittima espressione di vissuti conflittuali e frustranti. Sono i luoghi dove si concentra il disagio e la sofferenza si svela, dove quindi l’aggressività è confinata e separata, privata, soggettivamente e oggettivamente, di contenuti sociali⁶⁰. L’abuso e il maltrattamento, non sono fenomeni eccezionali presenti solo, o prevalentemente, in famiglie socialmente e culturalmente deprivate; al contrario di quanto si possa pensare, il fenomeno taglia trasversalmente tutte le fasce sociali, anche se emerge maggiormente in quelle meno abbienti in quanto risulta più visibile e manifesto, risulta più facile penetrarvi, percepire e segnalare le situazioni a rischio⁶¹ essi sono spesso già sotto i riflettori dei servizi sociali e quindi più controllati.

Non è possibile disegnare un identikit del soggetto abusante, così come l’abuso ed il maltrattamento non sono riconducibili essenzialmente a patologie personali, ma avvengono sempre in contesti

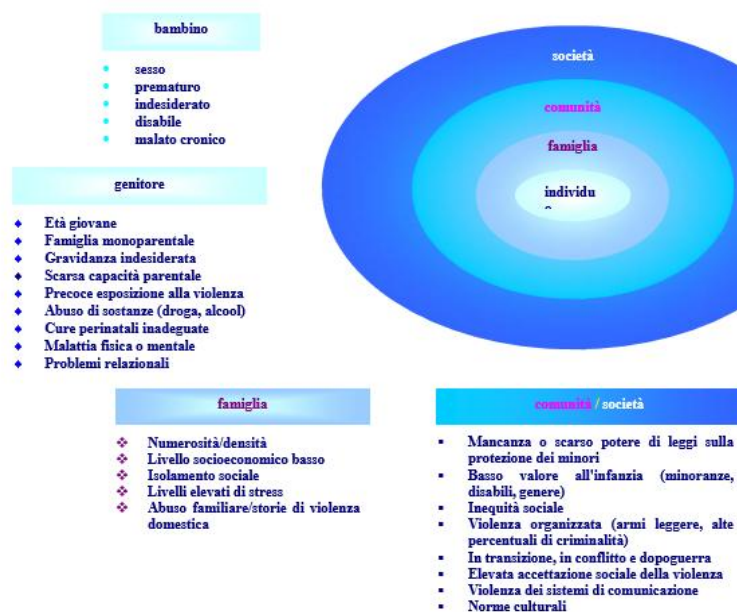
familiari caratterizzati da relazioni e comunicazioni familiari patologiche, distorte e/o perverse. Solo ricostruendo completamente le relazioni e l'intreccio familiare, possiamo comprendere perché e con quale significato si è costituito e si mantiene il maltrattamento. Gli abusi dovrebbero essere infatti considerati come comportamenti frutto di un disagio emotivo che riguarda l'intera famiglia poiché, il bambino abusato e l'adulto abusante sono gli anelli di una catena che lega tutto il nucleo familiare, e in cui ognuno gioca il proprio ruolo nelle dinamiche patologiche (chi agisce, chi provoca, che tace, chi non vede)⁶².

La struttura delle famiglie maltrattanti in generale, si presenta complessa, instabile, irregolare e segnata da cambiamenti improvvisi⁶³. Tali nuclei risultano spesso caratterizzati da matrimoni precoci, divorzi, monogenitorialità e frequenti trasferimenti da una località all'altra. Si tratta di mutamenti che esauriscono le risorse, complicano la vita del nucleo stesso e rendono difficile definire e dare una forma stabile alla famiglia. Tali fattori, associati ad alcuni specifici fattori di rischio dei genitori, fanno sì che queste famiglie non sentano di avere le risorse per potersi prendere cura degli altri e per accettarli per quello che sono; in altre parole non si sentono unite né spinte da sentimenti positivi verso gli altri componenti del nucleo⁶⁴.

I.4.1. I Fattori Di Rischio

Nessun fattore singolo di per sé può spiegare perché alcuni individui abbiano comportamenti violenti verso minori o perché il maltrattamento sui minori risulti prevalente in certe comunità rispetto ad altre²². Tali fattori, si evidenziano nelle caratteristiche del singolo bambino e della sua famiglia, del tutore o del responsabile dell'abuso, della natura della comunità locale e dell'ambiente sociale, economico e culturale⁶⁵. Così come per altre forme di violenza il maltrattamento viene meglio compreso se si analizzano varie iterazioni a diversi livelli, passaggio che risulta essenziale in tema di maltrattamento su minori. Il modello più diffuso per spiegare l'interazione di questi differenti fattori è il **modello ecologico** (Figura 6).

Figura 6. Fattori di rischio per maltrattamento. Modificato dal *Report of the Consultation on Child Abuse Prevention*, WHO, 1999



Secondo tale modello, il maltrattamento infantile rappresenta dunque, il risultato di una complessa combinazione di fattori di rischio sul piano individuale, familiare, comunitario e della societ  in generale con i suoi valori culturali.

Molti fattori culturali e sociali pi  generali possono condizionare la capacit  dei genitori di curare i propri figli amplificando o riducendo le tensioni legate alla vita della famiglia e condizionando le risorse a essa disponibili⁶⁶.   importante notare, che tali fattori possono essere solo statisticamente

associati al maltrattamento e non collegati in modo causale.

Attualmente si è arrivati ad una buona conoscenza dei fattori di rischio per quanto riguarda il maltrattamento fisico e la trascuratezza, mentre ci sono meno informazioni disponibili su quelli per l'abuso sessuale ed emozionale. In generale sono stati individuati tre livelli interdipendenti in cui inserire i fattori di rischio e quelli protettivi.

Il primo livello riguarda le variabili individuali e i fattori della storia personale del bambino o dei genitori che possono portare ad un maggior rischio di maltrattamento.

– **I Fattori di rischio del bambino.** In letteratura è stato rilevato che alcune categorie di bambini risultano maggiormente a rischio di maltrattamento rispetto ad altri. La variabile più importante è l'età. I bambini piccoli corrono un rischio maggiore di maltrattamento fisico con esito fatale e non. Il secondo fattore di rischio è il sesso: nella maggior parte dei Paesi, le bambine presentano un rischio più elevato rispetto ai maschi per infanticidio, abuso sessuale, incuria educativa e nutrizionale nonché prostituzione forzata. I risultati di diversi studi internazionali mostrano che i tassi relativi all'abuso sessuale sono 1,5-3 volte più elevati tra le bambine rispetto ai maschi. Il 60% dei bambini di età compresa tra 6 e 11 anni che non frequentano la scuola sono di sesso femminile⁶⁷. In alcuni Paesi alle bambine non è permesso ricevere un'istruzione, oppure vengono obbligate a stare in casa per occuparsi dei fratelli o ad aiutare economicamente la famiglia con un lavoro. Sembra invece che in molti Paesi i maschi siano esposti a un rischio più elevato di punizioni fisiche severe: si può pensare che questo atteggiamento abbia lo scopo di prepararli a ruoli e responsabilità da adulti, o che i maschi siano considerati più bisognosi di disciplina fisica. Risultano poi più a rischio i bambini prematuri, i bambini disabili ⁶⁸, i bambini che piangono molto e non sono facilmente consolabili, i bambini adottati, i bambini con malattie croniche, i bambini che mostrano sintomi di disturbi mentali, i bambini che hanno fratelli soprattutto vicini di età che richiedono l'attenzione genitoriale, anche per il maggior grado di stress che tali condizioni creano nei genitori. Infine sono a rischio i bambini nati da una gravidanza indesiderata o che non soddisfano pienamente le aspettative o i desideri dei genitori (per il sesso, l'aspetto fisico, il temperamento o la presenza di anomalie congenite). Altri fattori si evidenziano quando il bambino mostra problemi di comportamento pericoloso, o è esposto ad essi, come violenza tra i partner, comportamento criminale, autolesionista, abuso sugli animali, quando in generale il bambino mostra tratti del temperamento percepiti dal genitore come problematici.

– **I fattori di rischio dei genitori.** Per quanto riguarda i genitori maltrattanti i fattori di rischio individuati sono: la giovane età (alcuni studi su bambini nati prima dei 18 anni di età della madre dimostrano un rischio pari al doppio di maltrattamento⁶⁹, la struttura monoparentale, l'aver avuto

una gravidanza indesiderata⁷⁰ o difficile, le complicazioni durante il parto, le difficoltà nel creare un legame con il bambino le scarse abilità genitoriali, , una preparazione prenatale non adeguata, i problemi di salute fisica, i problemi di relazione, le esperienze negative affrontate, i problemi di salute mentale la mancanza di autocontrollo, la bassa autostima, tratti di comportamento antisociale, l'abuso di sostanze^{71 72 73 74 75}, l'essere coinvolti in attività criminali che influenzano in modo negativo la relazione con il bambino, l'isolamento sociale, le difficoltà economiche, l'essere stati a propria volta vittime di maltrattamento in infanzia⁷⁶, o l'aver assistito al maltrattamento della propria madre⁷⁷. Molti studi hanno evidenziato le serie conseguenze di alcune problematiche di natura psichiatrica, tra cui quelle della depressione materna, la quale porta ad un ritiro e una mancata rispondenza ai segnali e alle richieste del bambino, fino ad arrivare nei casi più gravi a manifestazioni aggressive e maltrattamento⁷⁸. È importante ricordare inoltre la depressione *post-partum*: secondo alcune ricerche circa il 50-80% delle nuove mamme sperimenta disforia subito dopo la nascita del bambino e di queste quasi il 15% sviluppa poi una vera e propria depressione⁷⁹. In tali condizioni viene a mancare il supporto emotivo necessario allo sviluppo del bambino e si crea una situazione di forte stress che può aumentare il rischio di maltrattamento. I bambini nati da una madre depressa tendono a rispondere meno all'interazione con il *caregiver* e ad avere disordini nell'attaccamento⁸⁰.

– **I fattori di rischio della famiglia.** Nella maggior parte delle interazioni familiari è presente una complessa combinazione di fattori di rischio e di fattori protettivi: la situazione diventa maggiormente pericolosa nel momento in cui viene a mancare l'equilibrio tra essi e i fattori di rischio non vengono più controbilanciati da quelli protettivi. Tra i più frequenti fattori di rischio troviamo: la famiglia monoparentale, la numerosità della famiglia, lo scarso distanziamento delle nascite una situazione socioeconomica negativa⁸¹, l'essere isolati dal punto di vista sociale, la mancanza di supporto da parte della famiglia allargata l'alto livello di stress, i conflitti, le tensioni o le rotture tra i genitori, le dispute per la custodia dei figli, la presenza in famiglia di una persona con problemi di salute fisica o mentale, l'essere coinvolti in attività criminali e infine una storia di violenza domestica⁸². Generalmente un ambiente familiare instabile, in cui la composizione del gruppo si modifica frequentemente per l'aggiungersi o l'allontanarsi di membri della famiglia e di altre figure, è una caratteristica osservata di frequente nei casi di incuria ripetuta.

– **I fattori di rischio della comunità e della società.** La considerazione che si ha del bambino, nonché il modo in cui egli viene trattato, variano di molto da comunità a comunità e da società a società. In molte società l'uso della violenza e delle punizioni fisiche non viene visto in modo negativo, ma considerato normale. Punire fisicamente i bambini infatti è una pratica socialmente e

legalmente accettata nella maggior parte dei paesi del mondo, in molti dei quali viene effettuato anche nelle scuole o in altre istituzioni. Altri fattori risultano le disuguaglianze di genere e sociali nella comunità, mancanza di servizi e istituzioni che supportino la famiglia in generale e nei confronti di alcuni bisogni particolari, alti livelli di disoccupazione, povertà, livelli pericolosi di piombo o altre tossine nell'ambiente, vicinato che cambia di sovente, facile reperibilità di alcool e commercio locale di droga. Nonostante ciò il Comitato delle Nazioni Unite sui diritti dei bambini ha sottolineato come le punizioni corporali siano incompatibili con la Convenzione sui diritti dei bambini. Nel 1979, la Svezia è divenuta il primo paese a proibire qualsiasi forma di punizione corporale sui bambini. Da allora almeno altri dieci stati l'hanno vietata, ma le indagini, tuttavia, indicano come la punizione corporale rimanga una pratica legale in almeno 60 Paesi negli istituti di pena per minori e in almeno 65 Paesi nelle scuole e in altre istituzioni. Nelle situazioni in cui tale pratica non è stata decisamente ostacolata da riforme legali e da un processo educativo, i pochi studi di prevalenza esistenti evidenziano come essa rimanga estremamente comune. Anche il valore culturale della mascolinità come legata alla dominanza correla positivamente con la violenza, principalmente con quella contro le donne⁸³. I bambini che vivono in zone con capitale o investimento sociale limitati, ovvero con un basso livello di coesione e di solidarietà, a livello comunitario sembrano presentare un rischio di abuso più elevato e un numero maggiore di problemi psicologici o comportamentali⁸⁴. Altri fattori che possono contribuire all'incidenza del maltrattamento sui minori includono politiche economiche, socio-sanitarie ed educative che danno luogo a standard di vita poveri, a disuguaglianze o instabilità socioeconomiche, anche ruoli sociali che richiedono compiti e funzioni rigidi per gli uomini e per le donne, esistenza di casi di pornografia infantile, pornografia e lavoro minorile. Altre condizioni che influenzano la storia naturale dei casi di maltrattamento infantile sono la mancanza di leggi specifiche di tutela dei minori e di norme e regolamenti che orientino gli interventi di protezione dei bambini e la mancanza di agenzie dedicate che supportino i genitori in momenti di particolare stress o le famiglie in condizioni di multi problematicità. Una condizione particolare che aumenta il rischio di maltrattamento è quella delle società in transizione, in conflitto o post-conflitto: secondo alcuni studi in queste società da un valore medio di 5-9 mila bambini maltrattati l'anno si sale addirittura a 30-40 mila. Le forme di maltrattamento più comuni nel contesto bellico o post bellico sono l'abuso sessuale e il maltrattamento fisico. Lo scenario sociale in cui queste comunità versano prevede la presenza di violenze sessuali (sia come atto di libidine violenta che come atto di guerra deliberato), torture, mutilazioni, violenza assistita (vedere i propri familiari o amici torturati, mutilati, violentati o uccisi), rapimenti, scomparsa di parenti e amici, violenza casuale, bombardamenti, sparatorie e

privazione di cibo, acqua, rifugio e sicurezza. Questo contesto influenza pesantemente il livello di violenza e la facilità del superamento dei tabù all'interno dei singoli nuclei familiari, sia nel periodo bellico che negli anni a seguire, nella fase di ricostruzione, portando ad un incremento fino a 6 volte dei casi di maltrattamento che si registravano prima della guerra. I bambini con una disabilità fisica o mentale, i bambini abbandonati o quelli che sono stati adottati risultano più vulnerabili in questi contesti.

1.4.2. I Fattori Protettivi

Le ricerche che sono state effettuate sui fattori che possono proteggere dal maltrattamento o dai suoi esiti sono molto poche. In generale anche nel caso dei fattori protettivi possiamo individuare tre livelli interdipendenti.

– **I fattori protettivi del bambino.** Il fattore protettivo più importante del bambino è la sua capacità di resilienza, ovvero la capacità che alcuni bambini hanno di resistere alle esperienze negative e di riparare il danno subito, che li porta a essere in grado di crescere e di progredire nello sviluppo, diventando adulti competenti nonostante la loro storia di maltrattamenti. Le caratteristiche individuali che contribuiscono alla capacità di resilienza sono un attaccamento sicuro all'adulto una relazione protettiva con un familiare non maltrattante, l'ottimismo, l'autostima, l'intelligenza, la creatività e l'indipendenza.

– **I fattori protettivi della famiglia.** I maggiori fattori protettivi in famiglia risultano essere: un ambiente familiare supportante, le abilità genitoriali nell'allevamento del bambino, la stabilità delle relazioni familiari, l'occupazione dei genitori, un'abitazione adeguata, la possibilità di accedere ai servizi sociali e sanitari e la presenza di adulti esterni alla famiglia che possono svolgere un ruolo di modelli o mentori⁸⁵. Altri fattori protettivi a livello genitoriale riguardano la capacità di chiedere aiuto, la capacità di assumersi le responsabilità, una buona relazione e solidarietà coniugale, la capacità di riconoscere i bisogni dei figli, l'autostima, la consapevolezza e rielaborazione delle esperienze di abuso e degli attaccamenti incerti vissuti in età infantile.

– **I fattori protettivi della comunità e della società.** Tra i fattori protettivi della comunità di appartenenza si possono citare il benessere della comunità stessa, la sua coesione, la stabilità del vicinato, la possibilità di accesso ai servizi sanitari⁸⁶ e la presenza nel territorio di comunità che supportino i genitori e si occupino di prevenire il maltrattamento. Le reti sociali e i legami di quartiere sono uno strumento di protezione per l'infanzia⁸⁷ ciò vale anche per i bambini con numerosi fattori di rischio, i quali sembrano essere più protetti quando il livello di capitale sociale è elevato. In generale, sono state condotte pochissime ricerche sistematiche sui fattori di protezione.

Le ricerche si concentrano maggiormente sulla resilienza, cioè fattori che diminuiscono l'impatto del maltrattamento sui minori sulla vittima. Fattori che sembrano facilitare la resilienza includono:

- Attaccamento stabile del minore ai membri della famiglia
- Alti livelli di attenzione da parte del padre durante l'infanzia
- Il non avvicinarsi a pari che delinquono o abusano di sostanze
- Una relazione calorosa e di supporto con un genitore inoffensivo
- Assenza di stress derivante da abusi subiti

Inoltre, alcuni studi hanno dimostrato come vivere in una comunità con una forte coesione sociale abbia un effetto di protezione e possa ridurre il rischio di violenza, anche quando altri fattori di rischio sono presenti. Particolari intrecci tra fattori di rischio e fattori protettivi può dare luogo a differenti modalità di intervento⁸⁸:

- Se prevalgono i fattori protettivi su quelli di rischio, l'intervento può limitarsi all'aiuto e sostegno alla famiglia e al bambino
- Se prevalgono i fattori di rischio su quelli protettivi l'intervento dovrebbe orientarsi principalmente:
 - Al monitoraggio del bambino e della famiglia
 - Alla protezione del bambino
 - Al potenziamento delle risorse familiari
- Se i fattori protettivi sono scarsamente rappresentati, è necessario mirare principalmente:
 - Alla protezione del bambino
 - Alla valutazione e potenziamento delle risorse familiari
 - All'intervento prescrittivo, o se necessario, coatto sulla famiglia.

II. CHILD PROTECTION: IL SISTEMA DI TUTELA E PROTEZIONE DEI BAMBINI VITTIME DI MALTRATTAMENTO

A partire dagli anni cinquanta, in tutto il mondo, il maltrattamento a danno di minore ha assunto una notevole rilevanza, e se ne sono delineate le caratteristiche e le metodologie di intervento. L'attuazione degli interventi a tutela dei minori vengono identificate, in un'ottica internazionale, sotto il nome di *Child Protection*. Essa viene infatti definita dall'Unicef come la metodologia per prevenire e rispondere alla violenza, agli abusi e allo sfruttamento nei confronti dei bambini.

Attribuire una data di nascita precisa alla *Child Protection* non è possibile, in generale le comunità umane si sono sempre prese cura dei loro figli. Le prime forme di aiuto erano indirizzate a persone povere, indigenti e a bambini orfani ed erano erogate da associazioni di natura caritatevole e religiosa, ideate e guidate nella maggior parte dei casi dalla Chiesa. La nascita della *Child Protection*, in molti Paesi, è legata ai processi di modernizzazione e industrializzazione quando la solidarietà ha iniziato ad assumere un ruolo professionale e aiutare le persone poteva diventare una vera e propria professione. Sono sorte, così le prime strutture destinate alla cura dei bambini per cercare di contrastare fenomeni come la povertà e lo sfruttamento minorile.

Nel corso degli anni si sono approfonditi i bisogni e le necessità dei bambini, attraverso studi scientifici che hanno permesso di definire l'eziologia e le conseguenze del maltrattamento pensare pertanto, a nuove prassi possibili di trattamento. Sono state inoltre emanate leggi in tutto il mondo in contrasto a questo fenomeno. Si sono sperimentate varie metodologie di cura e trattamento del maltrattamento ai minori, alcune delle quali focalizzavano le azioni di aiuto solo nei confronti dei bambini, altre coinvolgendo la famiglia tramite soluzioni supportive ad essa al fine di aiutare i bambini in stato di bisogno ma anche sensibilizzare le comunità e le famiglie in merito a questa tematica, la quale si presenta anche oggi di rilevanza mondiale.

II.1. Aspetti storici e legislativi della Child Protection a livello internazionale

Dal punto di vista giuridico i pilastri legislativi che hanno segnato i passi verso una cultura dei diritti dei minori in un'ottica mondiale sono tre⁸⁹

- La Dichiarazione di Ginevra sui diritti del bambino, adottata dalla Società delle Nazioni nel 1924, presentava sommariamente alcuni diritti ritenuti fondamentali per lo sviluppo del bambino e chiedeva alle comunità di provvedere all'applicazione di tali diritti. Tale documento, che precede di più di venti anni la "Dichiarazione universale dei diritti dell'uomo", non è però

ancora concepito come strumento atto a valorizzare il bambino in quanto titolare, ma solo in quanto destinatario passivo di diritti. Inoltre, la Dichiarazione non si rivolge agli Stati per stabilirne gli obblighi, ma chiama in causa più genericamente l'umanità intera affinché garantisca protezione ai minori. La stesura della Dichiarazione è dovuta agli eventi drammatici che hanno caratterizzato l'inizio del '900, in particolar modo la Prima Guerra Mondiale. La scomparsa di milioni di persone, il problema delle vedove e degli orfani ponevano in primo piano la questione della salvaguardia delle generazioni future. La Dichiarazione di Ginevra ha avuto un impianto sostanzialmente assistenzialista, teso ad affermare le necessità materiali e affettive dei minori.

- La Dichiarazione dei diritti del fanciullo, adottata dall'Assemblea Generale delle Nazioni Unite nel 1959. La nuova Dichiarazione include una serie di diritti in precedenza non previsti tra i quali il divieto di ammissione al lavoro per i minori che non abbiano raggiunto un'età minima e il divieto di impiego dei bambini in attività produttive che possano nuocere alla sua salute o che ne ostacolino lo sviluppo fisico o mentale. La Dichiarazione del 1959 introduce il concetto che anche il minore, al pari di qualsiasi altro essere umano, sia un soggetto di diritti. Riconosce inoltre il principio di non discriminazione e quello di un'adeguata tutela giuridica del bambino sia prima che dopo la nascita. Ribadisce il divieto di ogni forma di sfruttamento nei confronti dei minori e auspica l'educazione dei bambini alla comprensione, alla pace e alla tolleranza.
- La Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti del fanciullo⁹⁰, adottata dall'Assemblea Generale delle Nazioni nel 1989. Successivamente sono stati adottati anche i suoi protocolli, nel 2000 quelli riguardanti la vendita dei bambini, la prostituzione minorile e il coinvolgimento dei bambini nei conflitti armati. Nel 2011 è stato adottato quello riguardante le comunicazioni individuali e nel 2012 è stata istituita una procedura la quale consente a un minore i cui diritti sono stati violati di ricorrere direttamente al Comitato ONU sui diritti del fanciullo. La CRC è composta da 54 articoli ed ha introdotto cambiamenti significativi riguardanti la cultura dei diritti dei minori come ad esempio considerare i minori come veri soggetti di diritto ed è nota come il trattato delle quattro "P": prevenzione, protezione, promozione e partecipazione⁸⁹. Uno dei principi fondamentali della Convenzione è espresso dall'articolo n. 3 il quale recita: "In tutte le decisioni riguardanti i fanciulli che scaturiscano da istituzioni di assistenza sociale, private o pubbliche, tribunali, autorità amministrative o organi legislativi, l'interesse superiore del fanciullo deve costituire oggetto di primaria considerazione". La Convenzione prevede inoltre la costituzione di un organismo, denominato *Comitato sui diritti del fanciullo*, che ha il compito di controllare lo stato di attuazione della CRC. Essa è stata ratificata dai 192 Paesi facenti parte

delle Nazioni Unite, ad esclusione di USA e Somalia. A livello internazionale sono inoltre da ricordare la Convenzione per la salvaguardia dei diritti dell'uomo e delle libertà fondamentali e le Linee guida per una giustizia a misura di minore.

Nel panorama europeo sono da annoverare le seguenti importanti disposizioni in tema di diritto di famiglia e minori:

- Convenzione europea sull'esercizio dei diritti dei fanciulli del 1996. Firmata a Strasburgo il 25 Gennaio 1996 (ratificata dall'Italia il 1 Novembre 2003 con Legge 77/2003), la Convenzione Europea sull'esercizio dei diritti del minore, ha lo scopo di promuovere, nell'interesse superiore dei minori, i loro diritti, concedere loro diritti azionabili e facilitarne l'esercizio facendo in modo che possano, essi stessi o tramite altre persone od organi, essere informati e autorizzati a partecipare ai procedimenti che li riguardano dinanzi ad un'autorità giudiziaria. Viene riconosciuto il ruolo rilevante dei genitori per la protezione e la promozione dei diritti dei minori.
- Il Trattato di Lisbona entrato in vigore il 1 Dicembre 2009, esso ripartisce le competenze tra Unione e Stati membri e rafforza la tutela dei diritti fondamentali⁸⁹.

Per quanto concerne il panorama nazionale i diritti dei minori sono regolamentati in primis dagli articoli 29 e 30 della Costituzione, la quale sancisce i principi cardine del nostro ordinamento, ovvero il riconoscimento dei diritti della famiglia come società naturale fondata sul matrimonio e il dovere dei genitori a istruire, mantenere ed educare i figli⁸⁹.

A livello legislativo una delle norme principali in materia è la Legge n. 184 del 4 Maggio 1984 intitolata "Disciplina dell'adozione e dell'affidamento". Essa è stata successivamente modificata con la Legge n.149 del 28 Marzo 2001, la quale ha modificato il titolo in "Diritto del minore ad una famiglia". La norma sancisce che il minore ha diritto di crescere ed essere educato nella propria famiglia e nel caso ciò non sia possibile si può far ricorso agli istituti dell'affidamento e dell'adozione, a seguito di interventi di sostegno e di aiuto disposti al fine di mantenere la permanenza del minore nel suo ambiente familiare. L'allontanamento è considerato dal legislatore uno strumento secondario, essendo collegato al fallimento o all'impossibilità di realizzare interventi sul nucleo familiare⁹¹. In Italia la Convenzione internazionale sui diritti del fanciullo è stata ratificata tramite la Legge n. 176 del 1991, essa sancisce il diritto del minore a non essere separato dai suoi genitori, salvo provvedimenti dell'autorità giudiziaria quando la situazione lo rende necessario. La norma inoltre stabilisce che nel caso un minore venga separato da uno o entrambi i genitori, egli ha il diritto di intrattenere rapporti personali e contatti con i genitori, salvo che non si

riveli per lui dannoso⁹¹. La Legge n. 328 dell'8 Novembre 2000 inserisce la tutela della famiglia all'interno del sistema globale e universale di sicurezza sociale. La legge quadro oltre ad affrontare le situazioni di disagio familiare tende a prevenirle, evitando interventi definiti *in cash* (assegni di cura) e *in kind* (sostegno domiciliare) e promuovendo azioni di sostegno nello svolgimento di compiti quotidiani e non⁹¹. La famiglia viene riconosciuta co-risorsa e co-attore del sistema di welfare e non un mero destinatario di interventi d'aiuto, applicando quindi il principio di sussidiarietà orizzontale.

Per quanto concerne la tematica della tutela minorile la norma ne fa riferimento all'articolo 22 dove parla di "interventi di sostegno per minori in situazioni di disagio tramite il sostegno al nucleo familiare di origine e l'inserimento presso famiglie, persone e strutture comunitarie di accoglienza di tipo familiare e per la promozione dei diritti all'infanzia e dell'adolescenza".

Il lavoro con le famiglie con minori è inoltre disciplinato dal Codice Deontologico dell'assistente sociale. Nel Titolo II, *Principi*, emerge che le famiglie siano uno dei soggetti sociali per i quali l'assistente sociale si debba attivare con azioni di sostegno dei singoli componenti della famiglia che contribuiscano alla prevenzione e al fronteggiamento di situazioni di disagio. Nel Titolo IV, *Responsabilità dell'assistente sociale nei confronti della società*, la famiglia è definita risorsa primaria che il professionista sociale deve riconoscere e sostenere, promuovendo iniziative di partecipazione volte a costruire un tessuto sociale accogliente e rispettoso dei diritti di tutti⁹¹.

Di notevole importanza è inoltre la Legge n. 172 del 2012, rubricata *Ratifica ed esecuzione della Convenzione del Consiglio d'Europa per la protezione dei minori contro l'abuso sessuale e lo sfruttamento*, firmata a Lanzarote il 25 Ottobre 2007. Con tale norma si è estesa l'applicabilità della legge anche a soggetti conviventi, non legati al vincolo di parentela o matrimoniale⁸⁹.

Il reato di maltrattamento è inoltre disciplinato dall'Articolo 572 del Codice Penale, rubricato *Maltrattamenti contro familiari e conviventi*, descrivendolo come una serie di atti di vessazione continui tali da cagionare sofferenze, privazioni, umiliazioni le quali costituiscono fonte di disagio e sono incompatibili con normali condizioni di vita⁹².

II.1.1. Inghilterra: patria della Child Protection

La storia dell'assistenza inglese ha origini antiche, sin dal Medioevo infatti, nei paesi europei venivano attuate azioni di aiuto nei confronti di persone povere, inferme, emarginate e diseredate. Gli aiuti provenivano principalmente dalle parrocchie e dagli ordini religiosi, il Cristianesimo aveva infatti permesso il diffondersi di istituzioni di beneficenza che da sempre avevano cercato di contrastare il fenomeno della povertà⁹³. Si inizia a parlare di servizio sociale nei paesi anglosassoni

alla fine dell'Ottocento. L'Inghilterra viveva un periodo di grandi cambiamenti, era in corso un importante processo di industrializzazione e la società capitalista si stava affermando. Contemporaneamente però aumentavano i fenomeni di disuguaglianza e i processi di emarginazione. La solidarietà, in questo periodo, assunse delle caratteristiche diverse rispetto al periodo precedente all'industrializzazione. Essa infatti, grazie al processo di industrializzazione e urbanizzazione, ricopriva un ruolo più professionale. Aiutare le persone in difficoltà non veniva più considerata un'azione a carattere volontario, ma diventava una professione a tutti gli effetti. Nel 1869 nasceva, per volontà dei coniugi Bosanquet, la prima Charity Organization Societies (COS), organizzazione che racchiudeva e convogliava l'azione dei soggetti che offrivano aiuto ai bisogni. Le COS avevano come obiettivo principe combattere la povertà e liberare in modo permanente i "beneficiari dello stato di bisogno",⁹⁴

La povertà, la depravazione e la criminalità venivano considerate una conseguenza dell'inadeguatezza, soprattutto delle madri, ad educare e formare il carattere dei figli. Nasceva così la figura del friendly visitor, il quale collaborava con le COS e aveva il compito di educare le madri ed infondere la cultura del lavoro, in contrasto al fenomeno della povertà. Il "visitatore amichevole" può essere considerato l'antenato dell'assistente sociale e la sua metodologia di intervento utilizzata in quel periodo può essere ricollegata al casework, approccio di intervento sui singoli, divenuto poi base del servizio sociale per molto tempo. L'Inghilterra è stata inoltre la patria della Child Protection, già dal 1800 si cominciava a trattare il tema del maltrattamento e delle condizioni precarie in cui versavano i bambini dell'epoca. Charles Dickens, nei suoi testi, sottolineava infatti la situazione di oppressione e le varie esperienze di abuso provate dai bambini che vivevano in situazioni di estrema povertà.

Inizialmente gli aiuti in contrasto alla povertà e alla situazione indigente dei bambini provenivano da associazioni caritatevoli di natura religiosa. Vennero fondate le Workhouses, istituzioni create per fornire lavoro e assistenza a persone che versavano in situazione di difficoltà.

Nel 1881 venne fondata la London Society for the Prevention on Cruelty to Children (SPCC), essa fu la prima istituzione in grado di intervenire sullo stato di benessere dei bambini e della famiglia cercando di migliorarne le condizioni di vita.

Nel 1889 la SPCC ha cambiato nome in National Society for the Prevention of Cruelty to Children, (NSPCC)⁹⁵. In quest'organizzazione operavano dei professionisti, che avevano il compito di recarsi nelle abitazioni dove vivevano bambini in condizioni di povertà o trattati in modo negligente per fornire consigli, aiuti e assistenza alle famiglie. Valutavano inoltre se vi era la necessità di intervenire legalmente per proteggere i bambini, a seguito della prima legge in contrasto al

maltrattamento infantile emanata nel 1889. L'NSPCC rimase per molti anni l'unica organizzazione in grado di intervenire e contrastare le situazioni di maltrattamento.

Nel 1929 in Inghilterra è avvenuto un cambiamento sostanziale. La tutela e la responsabilità dei bambini, che fino a questo momento faceva capo a organizzazioni caritatevoli e a carattere religioso, venne attribuita allo Stato. Lo Stato, tramite l'azione delle autorità locali, è diventato detentore della tutela e della responsabilità infantile avendo il compito di proteggere i bambini da maltrattamenti e da cure genitoriali inadeguate.

Il Local Government Act, del 1929, ha abolito le workhouse. Nell'immediato dopoguerra, precisamente nel 1948, il Children Act ha istituito nuovi dipartimenti di assistenza sociale, i cui aiuti e servizi erano indirizzati e pensati solo ed esclusivamente per bambini che versavano in situazione di bisogno o che necessitavano di cure. Nel 1963 il potere delle autorità locali è stato aumentato, ed è stata data loro la possibilità di intervenire in modo più autorevole in caso di maltrattamento e trascuratezza.

Il Children Act ha subito modifiche negli anni successivi, nel 1975 infatti sono stati estesi i diritti dei bambini e sono state istituite disposizioni in merito all'affido, all'adozione e ai diritti dei genitori naturali, nelle situazioni di maltrattamento e incuria. In questi anni inoltre, il servizio sociale è diventato un servizio pubblico, a cui tutti potevano liberamente accedere. Dal 1940 al 1960 i servizi deputati al contrasto dell'abuso e del maltrattamento minorile hanno subito molteplici cambiamenti a seguito delle evoluzioni delle disposizioni di welfare. Inizialmente il maltrattamento era visto come una forma di malattia sociale a cui doveva essere attribuita una cura. Successivamente l'assistenza sociale ha capito l'importanza di intervenire sulle famiglie maltrattanti. La professione dell'assistente sociale è diventata quindi una professione vera e propria, capace di rispondere alle situazioni di maltrattamento in maniera competente e autorevole.

Le situazioni di maltrattamento minorile e le famiglie in difficoltà continuavano però ad evolvere e a mutare in situazioni sempre più complesse, era necessaria quindi una nuova normativa che fosse in grado di affrontare tali tematiche. La risposta a tale situazione complicata fu il nuovo Children Act, emanato nel 1989. Per la prima volta venivano usati termini come partecipazione e collaborazione per descrivere la relazione tra lo Stato e la famiglia. Uno dei principi chiave di questa legge è stato quello di promuovere la stabilità del bambino, cercando per il benessere di quest'ultimo, di non allontanarlo dal suo ambiente familiare, quando la situazione lo rendeva possibile.

Con questa norma, gli interventi dello Stato sono diventati obbligatori in situazioni di maltrattamento e cure negligenti e la famiglia non poteva sottrarsi a indagini o interventi da parte

dei servizi. La legge ha inoltre cercato di fornire un servizio proattivo e di supporto per i bambini e le loro famiglie. All'articolo 17 della Legge sopra citata veniva definito il concetto di "bambino in stato di bisogno", era descritto come un soggetto non in grado di assicurarsi assistenza in modo autonomo e che per questa ragione doveva vivere in un ambiente motivante, in grado di sviluppare le sue potenzialità e di rispondere ai suoi bisogni. La Legge includeva anche i bambini che presentavano disabilità. Per la prima volta veniva considerato maltrattamento anche la mancanza di attenzione allo sviluppo sociale e psicologico del bambino, non più solo la mera violenza fisica⁹⁵.

Il Children Act del 1989 ha quindi definito gli standard minimi di benessere, l'importanza di intervenire anticipatamente e di attivare tutte le risorse disponibili dello Stato. Il bambino era messo in primo piano e per la prima volta era visto come un soggetto detentore di diritto.

II.1.2. Stati Uniti d'America: due ideologie a confronto

La Child Protection in America è stata caratterizzata sin dalla nascita da un grande dibattito che vedeva contrapposte due ideologie differenti: la Child Rescue e il Family Support Approach⁹⁶. La prima focalizzava l'attenzione e gli interventi prettamente sul minore ed era guidata dall'obiettivo di allontanarlo dalla famiglia maltrattante. Nella seconda, era data importanza sia al bambino che alla sua famiglia. Venivano infatti attuate azioni per preservare la stabilità del bambino cercando di fornire servizi in supporto alla famiglia.

Nella Child Rescue il maltrattamento del bambino si pensava fosse causato dalla povertà della famiglia e dalla non responsabilità genitoriale, quindi l'azione ritenuta più idonea e salutare per il minore era quella di allontanarlo dalla casa in cui era cresciuto. Questa ideologia ha caratterizzato l'epoca coloniale. Nel Family Support Approach si interveniva sia sul bambino sia sui fattori sociali e comportamentali che potevano incidere sulla famiglia. Questa tipologia di pensiero è arrivata successivamente, agli inizi del ventesimo secolo.

Durante il diciannovesimo secolo, i bambini considerati indigenti erano presi in carico da istituzioni di natura caritatevole o private. Questo periodo vede anche la nascita dei primi brefotrofi, istituti dove venivano allevati bambini abbandonati e illegittimi. Nel 1800 sono sorte inoltre le Almhouse⁹⁶, strutture che fornivano standard minimi di assistenza a bambini orfani o poveri e ad adulti ammalati o considerati dementi. Solitamente, al raggiungimento dei dieci anni di età i bambini venivano inseriti nelle famiglie benestanti come domestici o come apprendisti, lavorando gratuitamente riscattavano le cure ricevute negli anni precedenti.

Nella seconda metà del diciannovesimo secolo le Almhouse sono state profondamente criticate per le condizioni antigieniche e inadatte, in cui vivevano i bambini e per l'alto tasso di mortalità

infantile che caratterizzava queste strutture. A fronte di questa situazione enti privati caritatevoli e religiosi hanno istituito nuove strutture, dedicate solo ed esclusivamente alla cura dei bambini, i denominati Children's Asylum⁹⁶, dove i minori erano protetti da malattie, maltrattamenti e dallo sfruttamento da parte degli adulti.

In numerosi Stati americani sono state emanate leggi che obbligavano il trasferimento dei bambini dalle Almhouse ai Children's Asylum. La cura dei bambini in stato di bisogno era considerata una responsabilità di natura pubblica, per questa ragione era finanziata anche con denaro pubblico, oltre che da istituzioni caritatevoli private. Con l'avvento dell'industrializzazione e dell'urbanizzazione si è sviluppato il fenomeno del vagabondaggio infantile, nel 1853 in contrasto a questo evento è stata istituita la Children's Aid Society. Circa 150,000 bambini orfani sono stati trasferiti in famiglie cristiane che vivevano nelle zone rurali d'America. Ogni famiglia riceveva un dollaro a settimana per ogni bambino preso in carica. Una sorte di precursore dell'odierno affido familiare⁹⁶.

Nel diciottesimo e diciannovesimo secolo ai genitori considerati non adatti o non in grado di fornire le cure adeguate, i figli venivano allontanati. Le famiglie a cui veniva fornito un supporto di tipo economico erano veramente poche, la soluzione maggiormente usata era l'allontanamento. Si tendeva per questo motivo a nascondere queste situazioni, per paura che i figli venissero allontanati. Nel 1875⁹⁷ è stata fondata la New York Society for the Prevention of Cruelty to Children (SPCC), nella quale operavano delle infermiere che, attraverso delle visite domiciliari, controllavano lo stato di benessere dei bambini. A seguire, nel 1877, fu emanata una legge che prevedeva una punizione a chi perpetrava azioni maltrattanti nei confronti dei minori; questa norma ha attribuito valenza legale alla SPCC, attribuendole il compito di identificare e investigare le situazioni considerate a rischio. Esse collaboravano con le corti di giustizia e ad alcune è stato dato il potere di detenere la custodia del bambino durante le indagini investigative.

Negli anni successivi, sono sorte circa trecento SPCC, finanziate sia da fondi pubblici che privati. Le varie Societies for the Prevention of Cruelty to Children operano in modo differente a seconda dello Stato in cui si trovano. Alcune avevano una visione più punitiva nei confronti della famiglia, mentre altre avevano l'obiettivo di assistere e supportare il nucleo in difficoltà.

Nel 1909 si è tenuta alla Casa Bianca la prima conferenza sul tema dei minori, la White House Conference on Children, nella quale fu stabilito che un bambino doveva essere allontanato dalla sua famiglia solo nei casi in cui fosse strettamente necessario, è stata inoltre sottolineata la necessità di fornire risorse e supporti alle famiglie in difficoltà. Il pensiero emergente era quello di fornire aiuti alla famiglia ponendo comunque in primo piano il benessere del bambino.

In questi anni vi è stata inoltre un'importante collaborazione tra la Child Welfare League of America

e l'American Humane Association, le quali hanno iniziato a promuovere, nei casi di momentanea difficoltà in cui un bambino e la sua famiglia si possono trovare, la soluzione dell'affido familiare mantenendo i rapporti con la famiglia originaria⁹⁶. Di fatto si stava dando avvio al cambio di approccio dal Child Rescue al Family Support Approach.

Ma è solo dal 1920 che la visione della Child Protection cambia, passando da una visione meramente punitiva ad un approccio di tipo riabilitativo, grazie all'operato dei servizi sociali. La Child Protection diventa un servizio da erogare, fornito da agenzie governative e non più da istituzioni caritatevoli. La Child Protection cresceva d'importanza, a livello nazionale, nelle contee e nei comuni, tutti erano responsabili del benessere dei bambini.

Nel 1935 viene emanata la Social Security Act, la legge prevedeva che venisse erogato del denaro a favore di famiglie povere e madri sole per potersi prendere cura dei propri bambini senza dover perdere la loro custodia. La norma stabiliva anche che gli Stati dovessero attuare servizi di prevenzione e di protezione al maltrattamento infantile. Purtroppo la legge non ha avuto gli esiti desiderati, gli Stati spesso usavano i fondi stabiliti per pagare l'affido familiare, invece che per fornire servizi in aiuto alla famiglia non garantendo quindi continuità e benessere ai minori⁹⁷.

Nel 1960 si assiste ad un ulteriore passaggio, medici e pediatri iniziano a fornire il loro contributo nella classificazione e nella divulgazione del fenomeno del maltrattamento, dando avvio ad un approccio medico al fenomeno, fino a questo momento inesistente.

Nel 1962, Kempe, pediatra americano, individuò la *Battered Child Syndrome*. La definì come "una condizione clinica dei bambini che, hanno ricevuto seri abusi fisici, causa di lesioni permanenti o morte, attribuibili ad un genitore o entrambi i genitori"⁴.

L'evidenza degli effetti che il maltrattamento aveva sui bambini si poteva, da questo momento, riscontrare dalle analisi mediche dimostranti la gravità delle ingiurie subite dai bambini.

Nel 1974 è stata emanata il Child Abuse Prevention and Treatment Act (CAPTA), che incoraggiava gli Stati membri a varare leggi che disciplinassero le azioni dei professionisti nell'identificare i bambini in stato di bisogno. Questa norma ha inoltre stabilito che i servizi sociali fossero i principali attori nella fase investigativa e che per ogni caso dovessero stilare una relazione che descrivesse in modo accurato il caso.

Il CAPTA ha inoltre istituito il National Center of Abuse and Neglect che ha sviluppato i criteri sulla modalità di ricezione e risposta nei casi di maltrattamento è stato quindi stabilito un sistema nazionale di protezione dei minori che comprende leggi disciplinanti l'abuso fisico, la negligenza, l'abuso sessuale e lo sfruttamento. Sono sorti in questo periodo i primi servizi di protezione dei minori (CPS) ma i fondi emanati dagli Stati membri per sviluppare programmi e interventi di

protezione per i minori, vennero utilizzati per le cure invece che per l'obiettivo iniziale.

Tra il 1976 e il 1993 le segnalazioni di abuso e di trascuratezza sui minori sono aumentate notevolmente, oltre 347%⁹⁶. Le risorse non erano sufficienti in relazione alla quantità di casi che pervenivano ai CPS. Venivano affrontati i casi più gravi di maltrattamento, ed alcuni, pur essendoci prove che dimostrassero situazioni di maltrattamento non venivano presi in considerazione. Negli Anni Settanta molti bambini che versavano in situazioni di difficoltà erano stati collocati in affidamento e si trovavano in una posizione incerta, tra il ritorno a casa e rimanere in affido. È stata emanata in risposta a questo fenomeno, nel 1980, la Adoption Assistance and Child Welfare Act con cui gli Stati si impegnavano a promuovere il ricongiungimento familiare o a trovare soluzioni stabili e permanenti per i minori, cercando di evitare la soluzione dell'affidamento temporaneo. Di nuovo, le riforme non sono state pienamente attuate, sia per i fondi limitati ma anche per la mancanza di preparazione al nuovo ruolo dei professionisti coinvolti nella tutela dei minori. La Child Protection americana ha quindi sempre prediletto come soluzione, se non nella norma nella pratica operativa, l'allontanamento dei bambini dalle loro famiglie, invece che la ricerca di soluzioni a supporto delle famiglie o di prevenzione al fenomeno.

La diatriba che ha caratterizzato la nascita dei servizi sociali americani si è protratta nel corso degli anni e ancora oggi influenza l'operato dei professionisti che operano nei servizi di tutela minori.

II.1.3. Svezia: oltre il pregiudizio

La Child Protection svedese ha origine agli inizi del 1900, quando Ellen Key, attivista svedese, scrisse *The Century of the Child*. Questo libro era indirizzato alla nuova classe media emergente ed era incentrato sul benessere, sullo sviluppo psicologico e sull'educazione dei bambini, tema che in quel periodo stava cominciando ad assumere importanza. Il testo era inoltre una critica allo Stato per la scarsa attenzione che dedicava ai bambini, soprattutto a quelli collocati in affido⁹⁸. Nel 1902 viene emanata una prima legge riguardante i minori, indirizzata però solo ai bambini che avevano un comportamento considerato immorale o a giovani criminali.

La prima legge riguardante la Child Protection arriva nel 1924, con questa norma la custodia dei minori in situazione di rischio veniva attribuita alle autorità locali così come il potere di allontanarli dall'abitazione in cui vivevano, anche contro la volontà dei genitori. L'obiettivo di fondo di questa norma era il benessere dei minori e la loro salvaguardia dai percorsi di criminalità. A quell'epoca la responsabilità del benessere dei minori era affidata a comitati speciali situati nelle comunità locali e non a tribunali con specifiche competenze in tema di minori e famiglie.

Negli Anni Sessanta la situazione economica e politica era diventata più stabile e le figure dedicate

al benessere del bambino aumentavano così come le loro competenze in materia diventavano più specifiche. Furono emanate nuove leggi che disciplinavano le procedure da seguire in caso di situazioni dannose per i bambini. Inoltre non era più presente il pregiudizio per cui, se un bambino cresceva in una famiglia disfunzionale il suo futuro sarebbe stato compromesso. A fronte di tali cambiamenti, nel 1980 la legislazione in materia di maltrattamento e tutela ha compiuto ulteriori passi innovativi. Si è passati da un sistema basato sul controllo ad un sistema di servizi che mirava a soddisfare i bisogni del bambino e della sua famiglia. Il focus dell'intervento rimaneva comunque centrato sul bambino ma si iniziano a valutare anche le necessità dei familiari, e i servizi sociali cominciarono da questo momento ad operare in un'ottica di collaborazione con la famiglia al fine di promuovere il benessere sociale e psicologico del minore.

Quando un bambino mostrava segnali di disagio o atteggiamenti riconducibili a situazioni dannose, i servizi sociali iniziavano a monitorare la situazione e le famiglie. All'epoca la polizia era la principale fonte di conoscenza di queste situazioni.

Nel 1989 la Svezia ha ratificato la Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti del fanciullo e da allora vi è un approccio incentrato principalmente sul bambino e sulle famiglie, che ha influenzato la politica e la legislazione futura.

II.1.4. Finlandia: verso un approccio multidisciplinare

La storia della tutela minorile, in Finlandia, è iniziata nella seconda metà del diciannovesimo secolo quando sono state create le prime istituzioni e ideati i primi progetti volti a migliorare la condizione sociale e sanitaria dei bambini. Nella prima metà di quel secolo gli aiuti alle famiglie erano erogati dallo Stato, ma gli scopi di questi aiuti erano di natura politica. Il processo di modernizzazione aveva causato una disfunzione nella società: si erano venuti a verificare fenomeni di abbandono, trascuratezza e abuso nei confronti dei bambini. Una pratica piuttosto diffusa era la vendita dei bambini da parte di famiglie povere a famiglie di agricoltori, i quali li usavano come braccianti.

La società finlandese, a seguito dell'indipendenza ottenuta, dalla Russia nel 1917⁹⁹, ha sviluppato un forte sentimento nazionalistico e ha idealizzato nuove riforme. La Child Protection, ha ricevuto particolare attenzione, sono sorte le prime teorie pedagogiche e la consapevolezza dei bisogni dei bambini e delle famiglie aumentava sempre di più. In un primo momento gli aiuti alle persone erano forniti dalla Chiesa Luterana, successivamente gli Enti Locali finlandesi hanno assunto un ruolo fondamentale e predominante nella tutela minorile. Il compito dello Stato era sia quello di finanziare gli aiuti erogati dagli Enti Locali, sia di prevenire la delinquenza giovanile e attuare progetti di risocializzazione dei giovani criminali. In tema di Child Protection vi era quindi una

divisione del lavoro, le azioni dello Stato erano mirate a combattere la criminalità giovanile mentre quelle degli Enti Locali erano finalizzate all'aiuto di bambini indigenti e trascurati. Nel 1918, a seguito della Guerra Civile tra socialisti e non socialisti, il numero di bambini orfani e in stato di bisogno è aumentato in modo esponenziale. Lo Stato ha quindi implementato e sviluppato il sistema di affidamento. È stata istituita la Home Mission Society, una scuola deputata alla formazione di professionisti in tema di affidamento minorile. Tra il 1920 e il 1922 sono state istituite due importanti associazioni, la General Mannerheim League for Children e la Families for Homeless Children⁹⁹. La prima aveva come obiettivo la salute fisica del bambino, mentre la seconda era specializzata in tema di affidamento.

Nel 1936 è stata emanata il Child Welfare Act, considerata la prima legge in tema della Child Protection in Finlandia. Tramite questa norma lo Stato ha conferito alle autorità locali il potere di attribuirsi la tutela di un minore se quest'ultimo versava in situazione di difficoltà. La Legge ha inoltre assegnato le competenze ai vari professionisti coinvolti, la Child Protection era di competenza degli assistenti sociali, degli psicologi e degli educatori, mentre della criminalità giovanile se ne occupavano i criminologi, gli psichiatri e le forze dell'ordine.

A seguito dei debiti causati dalla Seconda Guerra Mondiale, anche le donne, tra cui molte erano anche madri, hanno iniziato a lavorare per cercare di far ripartire la crescita economica del Paese. La Child Protection, in questi anni, si orienta verso un approccio family- centred⁹⁹ le cui azioni erano pensate e rivolte alla famiglia.

Dal 1950 è iniziato uno studio più approfondito dei bisogni del bambino sia dal punto di vista medico, che sociale e psicologico, ciò ha portato all'emergere di un approccio multidisciplinare al fenomeno. Parallelamente anche l'approccio della popolazione ai servizi sociali è mutato, accedere ai servizi non era più visto come un fattore etichettante e discriminante.

Nel 1984 viene emanata la nuova Child Welfare Act, che poggia un approccio multidisciplinare alla Child Protection e con l'obiettivo principe di garantire il benessere del bambino, in tutti i suoi aspetti. In essa viene fatto un particolare riferimento al ruolo dell'assistente sociale, attribuendo un ruolo chiave a questa figura nel rapporto tra autorità e famiglia. L'approccio multidisciplinare al fenomeno richiesto dalla Legge, ha portato tutte le professioni legate alla Child Protection a specializzarsi focalizzando la loro attenzione sul benessere del bambino.

II.1.5. Italia: una storia di assistenzialismo

La nascita del sistema assistenzialistico in Italia si può collocare tra gli ultimi decenni del 1800 e la Prima Guerra Mondiale, quindi successivamente agli altri Paesi. Questo ritardo viene attribuito a

vari fattori tra cui il ritardo, rispetto agli altri Paesi, del processo di industrializzazione, l'unificazione politica avvenuta nel 1870 e il ruolo predominante della Chiesa nelle attività di assistenza. Inizialmente la storia assistenziale italiana era caratterizzata unicamente dall'azione della Chiesa, la quale ha fatto sorgere in tutta Italia ospedali e orfanotrofi. L'aiuto era di natura caritatevole e lo Stato era totalmente assente. Si svilupparono nello stesso periodo attività laiche (ad esempio l'Unione Femminile Italiana), di protezione all'infanzia e assistenza alla maternità note come "femminismo pratico e della filantropia politica", viste come anticipazione del Servizio Sociale, ma anche della Medicina di Comunità.

Dopo il 1870 si è affermata l'ideologia della beneficenza legale, la quale consisteva in interventi assistenziali finanziati mediante l'imposizione fiscale, che avrebbero dovuto sostituire l'intervento pubblico a quello della Chiesa¹⁰⁰. In un primo momento la persona che versava in stato di bisogno doveva recarsi presso le istituzioni di beneficenza e solo nel caso in cui quest'ultime non fossero in grado di rispondere ai bisogni della persona, esse indirizzavano la persona alle congregazioni di carità. Successivamente interveniva il Comune e solo infine, quando nessun ente poteva garantire l'assistenza, agiva lo Stato¹⁰⁰. Nel 1862, è stata emanata una legge che imponeva che in ogni comune dovesse essere presente la Congregazione della Carità, ente che aveva il compito di convogliare e indirizzare i beni destinati alle persone meno abbienti.

Una delle prime leggi nel panorama assistenzialistico italiano è stata la Legge n. 6972 del 1890, conosciuta come Legge Crispi, che ha segnato il primo vero passaggio verso la laicizzazione degli enti assistenzialistici. La legge ha introdotto il domicilio di soccorso, stabilendo che il Comune dovesse farsi carico delle persone indigenti. Nel 1923 sono sorte le Istituzioni pubbliche di assistenza e di beneficenza (IPAB), che dovevano possedere le adeguate caratteristiche e i mezzi per fornire assistenza alle persone. La prima parte della storia assistenzialistica italiana non è stata proficua dal punto di vista legislativo. Nel corso del periodo fascista sono sorti numerosi enti per l'assistenza di natura specialistica, indirizzati a precise categorie di persone, oltre a un numero consistente di leggi in materia.

Nel 1925 viene istituita l'Istituzione dell'opera nazionale maternità e infanzia (ONMI) deputata all'assistenza alle madri e ai bambini fino al compimento del diciottesimo anno di età. Quest'istituzione era inoltre impegnata nei ricoveri dei figli considerati illegittimi nei brefotrofi, a contrasto del fenomeno della mortalità infantile ed erogava sussidi alle madri nubili.

Nel 1935 vengono istituiti gli assegni familiari, che si configuravano come una prestazione sia di tipo assistenziale che previdenziale. Nel primo caso gli assegni familiari erano calcolati in base allo stato di bisogno di un nucleo familiare, nel secondo invece l'aiuto era indirizzato alle persone

professionalmente occupate. Il secondo dopoguerra in Italia è stato un periodo particolarmente difficile da affrontare, sia dal punto di vista economico che sociale. L'economia del Paese era uscita distrutta dalla Guerra. La disoccupazione era aumentata notevolmente e si erano sviluppati, di conseguenza, fenomeni di devianza sociale, disgregazione dei nuclei familiari e si era dilagato il fenomeno della prostituzione, anche minorile¹⁰⁰, e i fenomeni di l'istituzionalizzazione dei bambini, spesso maltrattati, primo fra tutti lo "scandalo dei celestini".

È in questo contesto che nascono le prime scuole di servizio sociale, con l'idea di formare delle figure professionali capaci di fronteggiare le emergenze che connotavano il periodo e la vita delle persone.

Nel 1948 entra in vigore la Carta Costituzionale nella quale venivano sanciti e riconosciuti i diritti dei cittadini. Erano inclusi anche i diritti dei minori, in particolare agli articoli 3, 10 e 31. L'articolo 3 stabiliva il principio di uguaglianza formale: tutti i cittadini hanno pari dignità sociale e sono uguali davanti alla legge senza distinzioni di alcun genere. Questo articolo era riferito anche ai minori. Con l'articolo 10, lo Stato si impegnava a conformare l'ordinamento delle leggi internazionalmente riconosciute, incluse anche quelle destinate alla tutela dei minori.

Infine l'articolo 31 che recitava: *"la Repubblica agevola con misure economiche e altre provvidenze la formazione della famiglia e l'adempimento dei compiti relativi, con particolare riguardo alle famiglie numerose. Protegge la maternità, l'infanzia e la gioventù, favorendo gli istituti necessari a tale scopo"*, attribuiva allo Stato il compito specifico di tutelare l'infanzia, favorendo la nascita di istituzioni che rispondessero a questo principio. Nonostante l'impegno costituzionale lo Stato in quegli anni non aveva prodotto norme unitarie e organiche in materia di assistenza familiare e riguardanti i minori¹⁰¹.

Gli Anni Sessanta sono stati per l'Italia un forte periodo di crescita economica ma che non ha portato a cambiamenti nel sistema assistenziale. Il riassetto dell'assistenza pubblica non è avvenuto mediante l'emanazione di una specifica norma, ma attraverso l'istituzione delle Regioni a statuto ordinario. Questo avvenimento ha portato alla nascita di un vasto movimento di riforme in vari settori, in particolare in quello sociale¹⁰⁰.

Gli Anni Settanta sono ricordati come gli anni delle importanti riforme. Nel 1975 con la legge numero 405 del 29 luglio sono stati istituiti i consultori familiari, servizi deputati all'assistenza familiare in cui per la prima volta si vedeva realizzato un approccio multidisciplinare alle problematiche. Questi si diffonderanno velocemente in tutto il Paese: si caratterizzavano come servizi pubblici, che offrivano assistenza sia dal punto di vista medico che psicosociale alle famiglie. I consultori familiari rispondevano alle problematiche riguardanti la maternità consapevole

tramite programmi di educazione alla sessualità, la maternità indesiderata attraverso il processo d'aborto, fornivano poi consulenze e svolgevano azioni di mediazione alle coppie conflittuali e in fase di separazione. Erano inoltre coinvolti nei procedimenti di affido familiare e di adozione¹⁰².

Negli anni successivi i consultori familiari hanno assunto un aspetto più medico che sociale, ma l'obiettivo principe delle prestazioni erogate era comunque la famiglia e i minori. Con il Convegno di Tremezzo (Como), svoltosi il 6 settembre 1946, si definisce formalmente la professione dell'Assistente Sociale a seguito del quale si istituiscono il CEPAS di Roma e la scuola UNSAS.

Con la Legge numero 151 del 19 Maggio 1975 vi è stata un'importante riforma in tema di diritto di famiglia, è stata sancita infatti la parità tra i coniugi rispetto alla patria potestà sui figli, è stata riconosciuta una maggiore importanza al ruolo della donna e vi è stato un rafforzamento della posizione giuridica dei figli, in particolar modo per quelli nati fuori dal matrimonio.

Con il D.P.R numero 616 del 1977 sono state trasferite varie funzioni amministrative alle Regioni, alle Province e ai Comuni. Da questo momento la comunità locale considerava prioritario il tema della tutela e di conseguenza ha sviluppato adeguate politiche di sostegno del processo evolutivo e di aiuto al superamento di condizioni di disagio e di difficoltà delle persone. Viene quindi attribuito all'ente territoriale la funzione assistenziale, essendo realmente vicino alle persone e in grado quindi di decifrare bisogni e difficoltà. In questi anni è stata inserita la figura dell'assistente sociale nei servizi erogati e gestiti dal Comune¹⁰³.

Nel 1978 con la Legge numero 833 viene istituito il Servizio Sanitario Nazionale a cui potevano accedere tutti i cittadini. Il SSN ha inoltre garantito assistenza medica a tutti i bambini, tramite pediatri e altri professionisti appartenenti al pubblico settore¹⁰².

In Italia si è iniziato a trattare il tema del maltrattamento infantile e della Child Protection agli inizi degli Anni Ottanta. In questo periodo sono sorti i primi importanti centri specialistici con la finalità di fermare questo fenomeno, "dichiarando di voler contrastare e superare il silenzio che isola la famiglia nella violenza"¹⁰².

Si è iniziata ad affrontare la tematica del maltrattamento infantile in modo scientifico, indagandone le cause e le conseguenze. Nel 1984 nasce a Milano il primo Centro del Bambino Maltrattato. Uno dei principi cardini di questo ente era che "anche una famiglia non in grado di chiedere aiuto può, e ha diritto, di ricevere una cura ed essere aiutata a uscire da una condizione di sofferenza"¹⁰². Nello stesso anno è stata emanata la Legge numero 184 del 4 Maggio, intitolata "Disciplina dell'adozione e dell'affidamento". Essa sanciva la necessità del minore di crescere ed essere educato nell'ambito della propria famiglia. Lo Stato, le Regioni e gli Enti Locali dovevano quindi ideare e programmare interventi, indirizzati ai nuclei familiari a rischio, al fine di prevenire l'abbandono e di consentire al

minore di essere educato nell'ambito della propria famiglia. La norma disponeva inoltre le condizioni dell'affidamento familiare all'art.4 e dell'adozione all'art.6¹⁰³. Negli Anni Novanta nascono le ULSS (le odierne ASL) in cui venivano raccolte le segnalazioni riguardanti i casi di maltrattamento infantile, vi era la cura del rapporto con l'autorità giudiziaria, l'accertamento e la protezione fisica e psicologica del minore¹⁰².

Nel 1993 nasce il CISMAI (Coordinamento Italiano dei Servizi contro il Maltrattamento e l'Abuso dell'Infanzia), un'associazione con caratteristiche di pluridisciplinarietà e di riflessione teorica in merito al tema della violenza e del maltrattamento infantile.

Nel 1997 sono state emanate due importanti leggi in tema di infanzia, la Legge n. 285 intitolata "Disposizioni per la promozione di diritti ed opportunità per l'infanzia e l'adolescenza" e la Legge n. 451, "Istituzione della Commissione parlamentare per l'infanzia e dell'Osservatorio nazionale per l'infanzia"¹⁰³. La prima norma ha istituito un fondo nazionale per la promozione dei diritti per l'infanzia e l'adolescenza da ripartire tra Regioni e Province con lo scopo di realizzare servizi di preparazione e sostegno alla relazione genitori-figli e di contrasto alla povertà e alla violenza. La seconda ha istituito una serie di importanti organi istituzionali al fine di realizzare una penetrante ed efficace politica a favore dell'infanzia.

Con questa legge sono stati istituiti:

- Un Osservatorio nazionale per l'infanzia,
- Una Commissione parlamentare per l'infanzia,
- Un Centro di documentazione e analisi.

A livello locale vengono emanate linee guida, si attivano processi di riorganizzazione dei servizi presi, ancora oggi, come punto di riferimento per la tematica del maltrattamento infantile.

II.2. Gli interventi di tutela nei casi di maltrattamento nel panorama internazionale

Dopo aver approfondito gli aspetti storici e legislativi inerenti la Child Protection i prossimi paragrafi tendono ad entrare nel dettaglio delle metodologie di intervento e delle azioni di protezione per la tutela dei bambini vittime di maltrattamento. Come agiscono quindi questi stati? Come si concretizza la tutela dei minori a livello internazionale, europeo e infine italiano? Come agiscono i professionisti e in particolare l'assistente sociale, che possiede un ruolo cardine nell'attuazione delle azioni cardine?

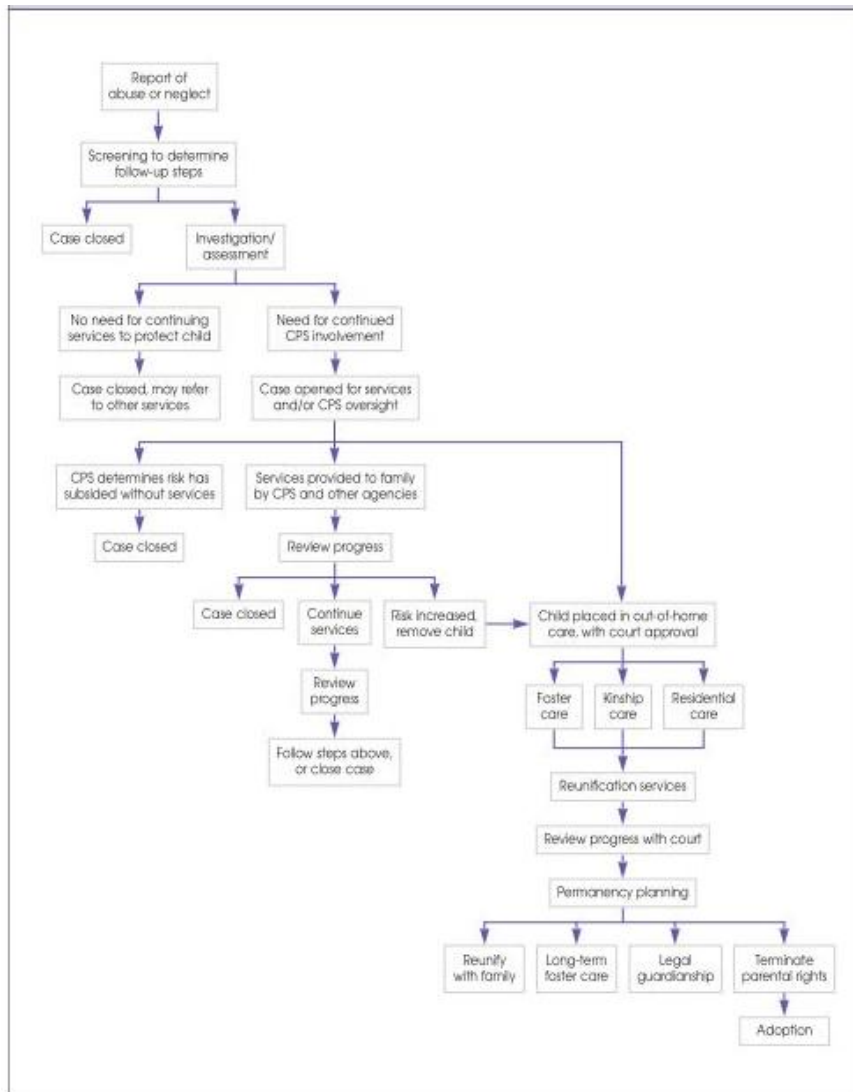
II.2.1. Il sistema americano

In America, i servizi pubblici deputati alla protezione dei minori e al fronteggiamento di situazioni familiari considerate a rischio, prendono il nome di Child Protective Services (CPS). Sono servizi attivabili a fronte di situazioni, possibili o certe, di maltrattamento e trascuratezza in cui un bambino può essere coinvolto. Essi, dopo aver ricevuto l'informazione di un possibile caso di maltrattamento, valutano e investigano con lo scopo di definire se si tratta effettivamente di una situazione a rischio⁹⁶. Sorgono tra gli Anni Sessanta e Settanta e sin da subito si è potuto constatare il notevole aumento delle segnalazioni ricevute dai servizi di tutela, nel 1967 i casi di maltrattamento rilevati sono stati 10.000 fino ad arrivare a tre milioni nel 1990. Ogni bambino ha il diritto di vivere e crescere nella propria famiglia, un ambiente dove poter ricevere cure adeguate e che non dovrebbe contemplare situazioni di maltrattamento e trascuratezza. I genitori sono i soggetti responsabili della salute psicologica e fisica dei bambini. I servizi di protezione dovrebbero intervenire solo nei casi in cui i genitori falliscano nel loro compito di cura e protezione. Le famiglie che accedono ai CPS sono diverse in termini di struttura, cultura, etnia, religione, condizione economica, credenze e valori, e i professionisti che operano all'interno di questi servizi devono essere sensibili e rispettosi di queste differenze.

Il percorso di protezione e tutela minori americano (figura 7) è scandito da varie fasi e in esse collaborano diverse figure professionali⁹⁶. Il caso può arrivare all'attenzione dei servizi di protezione all'infanzia mediante segnalazioni da parte di soggetti privati, servizi ospedalieri, Tribunali e forze dell'ordine¹⁰⁴. Nella fase iniziale del procedimento vi è una stretta collaborazione tra i CPS e le forze dell'ordine, che insieme decidono se il caso necessita di segnalazione al Tribunale o se possa essere considerato archiviabile. Nel caso in cui la situazione richieda un proseguo dell'intervento, il Tribunale viene informato circa l'accaduto ed entro 72 ore la famiglia dev'essere sentita dall'assistente sociale. Tramite il colloquio vi è un approfondimento della situazione e in questa sede vengono decise le azioni da intraprendere. Gli esiti possono essere diversi: si può procedere con un allontanamento urgente del minore collocandolo in ambienti extrafamiliari o da parenti, vi può essere l'allontanamento immediato del soggetto attore di maltrattamento o nei casi meno gravi vengono pensati e attuati programmi a sostegno del nucleo familiare. Successivamente il Tribunale, informato degli esiti dei colloqui con i genitori dai servizi, in un tempo massimo che varia da 60 a 90 giorni decreta se vi sia una reale situazione di pericolo per il minore. Il Tribunale in questo lasso di tempo decide inoltre se il caso può essere ritenuto archiviabile, o in caso contrario stabilisce a chi affidare la custodia del minore, se alla famiglia, ai parenti più stretti o in ambienti extra familiari. Nelle situazioni più gravi e irrecuperabili il Tribunale

opta per l'adozione. Nel caso di soluzioni come l'affido e l'adozione è il servizio sociale competente a decidere dove collocare il minore, e il collocamento viene attuato in collaborazione con le forze dell'ordine in caso di necessità.

Figura 7. Percorso di protezione e tutela americano.



Il collocamento del minore fuori dall'ambiente familiare, in caso di maltrattamento, è un intervento frequentemente praticato in molti Stati americani. Esso provvede a fornire una cura temporanea, supervisione e supporto al minore per cui la permanenza a casa risulta dannosa¹⁰⁵. Come già enunciato in precedenza, il collocamento e la relativa custodia del minore possono essere disposti in strutture apposite o il minore può essere dato in custodia ai parenti. Quest'ultima era una soluzione molto praticata negli Anni Novanta, da una ricerca quando nel 31% dei casi il minore era affidato ai parenti¹⁰⁶.

Recentemente la Federal Legislation ha espresso la necessità di attuare pratiche al fine di ridurre i tempi di affido per accelerare la riunificazione con i genitori o per facilitare le adozioni quando il rientro a casa non è possibile. I bambini necessitano di maggior stabilità, si cerca quindi di accelerare la cessazione dei diritti dei genitori biologici, quando necessario, di fornire supporto ai genitori adottivi e aumentare le risorse per quest'ultimi. Uno studio americano rivela che dal 2000 al 2010 il numero di minori collocati in affidamento è nettamente diminuito, da 811.855 a 662.540¹⁰⁷. De Roma e collaboratori¹⁰⁸, in riferimento ai servizi di tutela e protezione americani, espongono la situazione lavorativa precaria in cui si trovano ad operare i professionisti dei CPS. Essi, generalmente, lavorano in un contesto caratterizzato da richieste multiple e risorse limitate. Gli operatori sociali tendono quindi ad essere sovraccaricati, e ciò porta ad una riduzione del tempo che essi possono dedicare alla valutazione di ogni singolo caso, portando talvolta i professionisti ad agire secondo tendenze personali in assenza di informazioni adeguate rispetto al caso.

II.2.2. Il sistema inglese

In territorio britannico la Child Protection è considerata un'area operativa molto complessa per gli assistenti sociali e i professionisti in essa coinvolti¹⁰⁹. Qui la Child Protection è gestita a livello pubblico, in collaborazione con servizi di natura privatistica. La cura e la tutela minorile è affidata ai Local Authority Departments (LAD), a livello pubblico, e alla National Society for the Prevention of Cruelty to Children (NSPCC), a livello privato¹¹⁰.

All'interno dei dipartimenti locali è inserita la Local Safeguarding Children Board, un nucleo operativo composto da varie figure professionali adeguatamente formate, tra cui medici, assistenti sociali, educatori e forze dell'ordine, che hanno il compito di proteggere i bambini da situazioni per loro pregiudizievoli, assicurandogli un ambiente di crescita consono e decidendo in merito al loro benessere. Vi è un approccio multidisciplinare al fenomeno del maltrattamento e una forte collaborazione tra i professionisti. Nel 2000 la morte di Victoria Climbiè^a, ha sconvolto l'Inghilterra tanto che i legislatori hanno riformulato le leggi riguardanti la Child Protection, hanno inoltre introdotto nuovi programmi di prevenzione e di intervento atti a prevenire e contrastare i fenomeni di maltrattamento¹¹⁰. Nel 2003 è stato emanato dal Governo il programma Every Child Matters¹¹, nel quale viene richiesto ai professionisti coinvolti nella tutela minori una maggiore collaborazione e condivisione delle informazioni riguardanti i minori a rischio e al fine di stabilire un programma

^a Victoria Climbiè era una bambina di origine africana uccisa nel 2000 dalla zia e dal compagno, suo convivente. La situazione di Victoria era nota ai servizi sociali, ma ciò non è bastato ad evitarle la morte. I vari professionisti, inclusi gli assistenti sociali, hanno fallito nell'interpretare gli innumerevoli segni dimostranti il bisogno di un intervento di tutela immediato.

d'azione comune. Nel percorso di protezione e tutela minori viene richiesto di individuare un responsabile del progetto, a cui gli altri professionisti devono far riferimento. Nel 2004 è stata emanata la Children Act, in modifica alla precedente legge del 1989, in cui la Child Protection viene definita come la protezione dei bambini dal maltrattamento, viene inoltre richiesto ai professionisti di assicurare ai minori un ambiente idoneo dove crescere nel caso in cui i genitori siano inadempienti. La Legge ribadisce la necessità di collaborazione e cooperazione tra tutti i servizi responsabili della tutela minorile, sia privati che non. In Inghilterra il percorso di tutela e protezione è scandito da varie fasi e da programmi in prevenzione e in contrasto al fenomeno del maltrattamento. Le fasi del percorso di protezione e tutela è costituito principalmente da quattro fasi, denominate Assessment, Planning, Intervention e Reviewing. Un caso di sospetto o accertato maltrattamento può essere posto all'attenzione dei dipartimenti locali tramite una segnalazione da parte del personale medico, le forze dell'ordine, l'autorità giudiziaria, dalla scuola e da tutti quei soggetti che entrano in contatto con i minori. Nella fase iniziale vengono analizzati, da parte dell'assistente sociale del dipartimento locale afferente al caso, i bisogni e il contesto familiare - abitativo in cui un minore è inserito. Le necessità del bambino a cui i genitori devono far fronte, sono di diversa natura. Si possono delineare bisogni di natura psico-sociale, economica, abitativa e medica (figura 8). In questa fase del procedimento è fondamentale il contatto e il confronto dell'assistente sociale con i genitori. Tramite i colloqui il professionista indaga come e in che misura i genitori provvedano al benessere del figlio, viene analizzato il rapporto che intercorre tra genitore e figlio, la loro abilità a contrastare ed affrontare difficoltà familiari.

Figura 8. I bisogni del minore.



Vengono delineate inoltre le figure principali di riferimento per il minore. Un elemento fondamentale da carpire in questa fase del percorso è la volontà, o meno, dei genitori ad accettare l'aiuto. Il colloquio è ritenuto uno strumento fondamentale in questa fase di raccolta delle informazioni, ma non è sufficiente. Esso va integrato con le visite domiciliari¹¹¹, utili al fine di osservare in che ambiente familiare il minore è inserito e come i genitori interagiscono con lui. Ferguson, in uno studio condotto nel 2009, descrive che gli assistenti sociali trascorrono tra il 60% e l'80% del loro tempo in ufficio, lasciando poco tempo per questo fondamentale strumento.

Alla fase iniziale della raccolta informazioni segue un incontro multidisciplinare, denominato Strategy Discussion Meeting¹¹² in cui vari professionisti, tra cui medici, assistenti sociali, forze dell'ordine, insegnanti ed educatori si riuniscono con l'obiettivo di elaborare in modo congiunto un programma da seguire. La tempestività degli interventi nella Child Protection è un elemento fondamentale. La normativa britannica prevede che non appena un professionista riceve la notizia di un bambino maltrattato debba immediatamente comunicarlo ai colleghi. La fase di raccolta delle informazioni può durare al massimo quarantacinque giorni. Nel caso sia necessario un allontanamento immediato del minore, esso viene eseguito in un giorno, tramite un'azione congiunta tra NSPCC, assistenti sociali e forze dell'ordine¹¹³.

A seguito dello Strategy Discussion Meeting possono essere intrapresi vari percorsi, che possono prendere forma in affidi extrafamiliari o in attuazioni di programmi specifici e adatti al caso. In Inghilterra gli affidi possono essere di tre tipologie¹¹⁴:

- Affido a breve termine: adatto a situazioni di difficoltà temporanea, quali ad esempio conflittualità di coppia. Solitamente la durata è di qualche settimana;
- Affido a medio-lungo termine: adatti a minori che stanno attendendo il procedimento di adottabilità e usato come trampolino di lancio per la vita indipendente per adolescenti che stanno per raggiungere la maggiore età;
- Affido speciale: adatto a minori con bisogni specifici di assistenza.

L'assistente sociale ha il compito fondamentale di decidere qual è la famiglia affidataria idonea al minore, la decisione viene poi approvata dai Family Courts¹¹⁵, i Tribunali per le famiglie inglesi. Agli assistenti sociali spetta inoltre il compito di programmare incontri in preparazione e di supervisione per le famiglie affidatarie.

Vengono indicati da Davis & Ward¹¹⁶ i principali programmi in prevenzione e in contrasto al maltrattamento, alcuni dedicati ai genitori, altri ai bambini e alcuni ad entrambi:

- Parents Under Pressure (PUP) and Relational Psychotherapy: incontri riservati a genitori che

fanno uso di sostanze;

- Post Shelter Advocacy Programme: incontri dedicati alle donne vittime di violenza domestica;
- Enhanced Triple P – Positive Parenting Programme: programmi dedicati a famiglie che provengono da contesti sociali poveri, esso ha funzione di prevenzione al maltrattamento;
- Infant-Parent Psychotherapy: incontri dedicati alle neo madri, le quali presentano nella loro storia familiare passati episodi di violenza e maltrattamento;
- Interaction Guidance: interventi domiciliari atti a migliorare la relazione genitori-figli, soprattutto nella prima fase di vita del minore;
- Peer-led social skills training: interventi psicologici per bambini che hanno subito abusi e maltrattamenti, i quali a scuola mostrano segnali di disagio ed esclusione;
- Multi-treatment Foster Care for Pre-schoolers: preparazione psicologica per i bambini che non potranno più rientrare a casa, a causa dei comportamenti fortemente lesivi dei genitori.

II.2.3. Il sistema di protezione dei minori in Finlandia

In Finlandia si predilige definire la Child Protection con il termine Family Service System, alla base di questa ideologia vi è l'idea che le cause della problematica emersa debbano essere individuate all'interno del nucleo familiare¹¹⁰. A fronte di ciò il focus centrale dei sistemi di welfare finlandesi è fornire un servizio di supporto alla relazione genitori-figli. La politica sociale finlandese mira a sostenere le famiglie, ed è costruita su principi universali atti a supportare tutte le famiglie tramite interventi e programmi di supporto specifici¹¹⁷. Pösö¹¹⁸ (1997), sostiene che in Finlandia, come in altri Stati nordici, la prevenzione e le azioni di supporto alle famiglie e ai bambini siano prioritarie, i servizi di tutela non devono avere la funzione di controllo, ma di sostegno. La tutela dei minori in Finlandia è disciplinata dalla Child Welfare Act del 2007, i genitori sono i principali responsabili della salute e del benessere psico-fisico dei figli. La normativa obbliga tutti gli operatori, che per motivi professionali o medici vengono a contatto con i minori, a denunciare situazioni di sospetto maltrattamento alle autorità competenti. Anche le persone che non sono inserite in istituzioni pubbliche possono segnalare situazioni di rischio (Figura 9).

Figura 9: Notifiche 2009

Person who made a notification	Number of notifications	%
Private total	7638	26 %
Family member	3648	12 %
Relative, friend, neighbour, another private person	3990	14 %
Professionals total	20596	71 %
Social professionals	3017	10 %
Health care	3705	13 %
Police	8360	29 %
School	2628	9 %
Other authority	2886	10 %
Unknown person	890	3 %
Total	29124	100%

Dalla figura 9¹¹⁰ emerge come nel 2009 le segnalazioni ai servizi di tutela minori finlandesi siano state effettuate nel 14% dei casi dagli amici e parenti per quanto concerne i soggetti non istituzionali, mentre nel 29% dei casi sono state eseguite dalla Polizia, la percentuale più alta tra le figure con una carica istituzionale.

La normativa disciplinante la Child Protection è suddivisa in due parti: la prima è dedicata agli interventi in contrasto al fenomeno del maltrattamento con azioni quali pianificazione di progetti, interventi di emergenza, soluzioni d'affido. La seconda parte disciplina le azioni di prevenzione.

La Child Protection è gestita a livello comunale, dove la principale figura di riferimento è l'assistente sociale. L'allontanamento del minore dalla famiglia viene disposto nel momento in cui non via sia nessun'altra alternativa e venga considerata la soluzione più adatta per il benessere del bambino. Il provvedimento di allontanamento è disposto da un assistente sociale specializzata in materia, a seguito di un colloquio con i genitori biologici atto ad ottenere il consenso. Nel caso in cui non venga fornito il consenso, l'assistente sociale interpella il Tribunale. L'allontanamento viene considerato una soluzione temporanea, che deve terminare il prima possibile.

In Finlandia, come espresso in precedenza, si prediligono la collaborazione e il coinvolgimento della famiglia, che trovano riscontro nei seguenti progetti¹¹⁰:

- Family Work: consiste in un aiuto quotidiano, fornito da educatori, nella gestione familiare e nella relazione genitori-figli;
- Family Group Conference: nato in Nuova Zelanda viene oggi utilizzato in alcuni paesi

europei un programma che ha lo scopo di coinvolgere i genitori e i familiari nelle decisioni riguardanti il minore. Il coinvolgimento della famiglia nei processi decisionali porta ad una migliore comprensione della situazione e pone sullo stesso piano professionisti e utenti¹¹⁹. Il programma si compone di cinque fasi: attivazione, preparazione, riunione di famiglia, implementazione e monitoraggio (figura 10). Le varie fasi sono supervisionate da un facilitator, una persona formata atta a mediare e supervisionare gli incontri. Il modello Family Group Conference si sta espandendo anche nella realtà italiana, si tratta di: “un processo di decision making orientato a valorizzare la capacità della famiglia di affrontare i problemi che incontra nel corso della propria vita, in particolare nella cura e nell'accudimento dei propri membri più piccoli, attraverso l'autonoma presa di decisioni circa le possibili soluzioni da intraprendere per fare fronte a situazioni di crisi e difficoltà”;

Figura 10. Schema Family Group Conference



- Family Counselling Office: è composto da un'equipe multidisciplinare composta da psicologi, medici e assistenti sociali, che aiutano ad affrontare situazioni familiari come il divorzio, la perdita di un figlio e la violenza domestica;
- Foster Parent Training: è un corso dedicato alle persone che desiderano diventare genitori affidatari, vengono insegnate loro le modalità di interazione sia con il minore che con i genitori biologici.

Ogni anno vengono aggiornati i dati del National Institute for Health and Welfare dai Comuni, per quantificare gli interventi e vedere il numero di minori entrati nel circuito di protezione e tutela¹¹⁰.

II.2.4. La tutela dei minori in Svezia

Nel panorama svedese, la Child Protection è caratterizzata da un approccio simile a quello della realtà finlandese, che viene definito con il termine Family Service Orientation¹¹⁰. Alla base di questa metodologia operativa vi è la volontà, da parte dei servizi coinvolti nella tutela minori, di fornire supporto e programmi ideati per il minore e la sua famiglia. La Svezia è suddivisa in 290 Comuni¹²⁰, ciascuno di questi è legalmente e finanziariamente obbligato a fornire servizi e supporto ai soggetti che versano in situazione di difficoltà. Sono infatti i professionisti, in particolar modo gli assistenti sociali che operano all'interno di questi comuni, a decretare se un minore o un nucleo familiare si trovi in stato di bisogno. La legge disciplinante la Child Protection svedese è la Social Service Act, che regola e disciplina le azioni dei professionisti. Essa disciplina inoltre quali soggetti siano obbligati a denunciare ogni caso di maltrattamento o sospetto maltrattamento alle autorità competenti, vengono indicati come responsabili del benessere dei bambini tutti quei soggetti che per motivi lavorativi, medici e sociali entrano in contatto con loro. La normativa incoraggia anche le persone comuni a denunciare le situazioni di bambini in stato di bisogno, la differenza è che nel primo caso i professionisti hanno l'obbligo di segnalare, nel secondo caso no. Da una ricerca emerge che le forze dell'ordine e il personale scolastico siano i soggetti istituzionali che maggiormente segnalano ai servizi situazione di rischio dei minori¹²⁰. Nel 2013, in Svezia, è stato condotto uno studio¹²¹ nel quale è stato analizzato sia il rapporto tra i medici di medicina generale e i servizi di tutela minori, sia i fattori che influenzano la decisione dei medici a trasmettere la notizia in caso di sospetto maltrattamento a danno di minore. Dai 77 questionari ricevuti emerge come nella maggior parte dei casi i medici, durante la loro formazione, siano venuti a contatto con la tematica analizzata e come nella decisione di trasmissione ai servizi della segnalazione dichiarano di essere stati guidati da Linee Guida fornite dall'ente in cui erano inseriti. In 13 casi i medici dichiarano di non aver trovato delle Linee Guida. Lo studio rivela una continua necessità di formazione riguardante la tematica in oggetto e che la comunicazione tra servizi di tutela e professionisti in campo sanitario debba essere implementata ulteriormente.

Il percorso di tutela e protezione di un minore da parte dei servizi inizia con l'assessment, in cui vengono indagate le motivazioni per cui il caso è arrivato all'attenzione dei servizi di tutela. Vengono condotti dei colloqui di anamnesi con i genitori, e i servizi sono autorizzati a richiedere informazioni circa il nucleo familiare ad altri professionisti, anche senza il consenso. Il processo iniziale di raccolta informazioni deve avere una durata di massimo quattro mesi¹¹⁰. Nei servizi di tutela minori svedesi è interessante evidenziare la presenza della figura del Contact Person/ Family. Essa svolge una funzione educativa e viene solitamente inserita nelle famiglie che presentano delle

difficoltà nel gestire l'arrivo di un neonato. Fornisce azioni di supporto e controllo fino al compimento del terzo anno di età del bambino.

A seguito della valutazione iniziale, condotta dall'assistente sociale, possono essere intrapresi vari percorsi di aiuto o vengono ipotizzati vari programmi. Nei casi in cui sia necessario l'allontanamento del minore dall'ambiente familiare, il bambino viene solitamente collocato in una famiglia affidataria. Essa viene considerata una soluzione temporanea e vi deve essere il consenso da parte dei genitori biologici. L'obiettivo di tali provvedimenti è garantire stabilità al minore e i rapporti con i genitori biologici devono essere mantenuti. Il consenso non è necessario nelle situazioni in cui vengano perpetuate azioni di maltrattamento a danni del minore o quando i genitori assumono sostanze stupefacenti¹¹⁰. In Svezia vi è inoltre una particolare forma di collocamento denominata Homes for Special Supervision¹¹⁰, in cui vengono collocati i minori dai dodici anni che presentano problematiche psicologiche e di difficile gestione in ambiente casalingo. Le azioni da intraprendere sono decise dagli assistenti sociali, ma ogni decisione deve essere approvata dal Tribunale.

Il sistema di welfare svedese prevede inoltre un numero consistente di programmi in aiuto e in supporto al minore e alla sua famiglia, in accordo con la metodologia di approccio presente nei Paesi nordici.

Kekkonen e collaboratori¹²² indicano una serie di programmi e servizi specializzati che hanno come obiettivo principe il supporto del nucleo familiare. I principali sono:

- Family Centre: si tratta di centri specializzati dove opera un'equipe multidisciplinare, composta da medici, educatori, assistenti sociali e psicologi. Bambini e genitori possono accedere a queste strutture per alcune ore alla settimana e al loro interno si realizzano degli scambi relazionali sia tra genitori che tra bambini, supervisionati da professionisti;
- Parental Support Partnership: si tratta di corsi indirizzati a genitori di minori dai 0 ai 17 anni che presentano difficoltà nella gestione del minore, condotti da operatori specializzati nella tematica;
- Interacting Parental Support: si tratta di una rete di supporto tra i vari Comuni da parte dei servizi coinvolti nella tutela.

In Svezia viene data molta importanza alla prevenzione dei fenomeni di possibile maltrattamento, vi è infatti un importante programma largamente utilizzato, che negli anni ha riscosso molto successo. Esso viene indicato con il nome di Swedish Leksand Model¹²² ed è indirizzato ai futuri genitori. Consiste in una serie di incontri, sia prima che in seguito alla nascita del bambino, in cui i genitori hanno la possibilità di incontrare altri genitori e con l'aiuto dei professionisti vengono affrontate le problematiche che possono scaturire dalla nascita di un bambino è inoltre un'ottima occasione per i

genitori di conoscere i servizi che possono essere attivati in caso di bisogno. In questi incontri viene data particolare attenzione anche alla figura paterna. Agli incontri sono invitati anche loro e grazie alla figura del Dad's Mentor, vengono affrontate le problematiche in cui i padri possono essere coinvolti con l'arrivo del nascituro. Solitamente la durata di questo programma è di un anno, ma le ricerche dimostrano che alcuni gruppi di genitori si sono continuati a frequentare anche fino a dieci anni¹²².

II.2.5. Altre esperienze internazionali

Rispetto agli interventi predisposti dai servizi competenti a tutela del minore vittima di maltrattamento intrafamiliare, a livello internazionale si evidenziano alcuni progetti interessanti, che hanno come obiettivo primario la tutela dei minori ma anche il sostegno alle famiglie e il miglioramento della qualità degli interventi.

In Belgio, un esperimento importante è quello orientato al miglioramento degli interventi precoci per famiglie a rischio di gravi problemi genitoriali¹²³. Tale obiettivo viene predisposto a supporto dei professionisti che si occupano di trattare le situazioni di maltrattamento intrafamiliare. Essi hanno il compito di conoscere e riconoscere i segnali di rischio, spesso sottili o mascherati e interpretare ciò che osservano al fine di valutare l'entità del rischio e agire di conseguenza. La maggior parte degli errori in cui può inciampare, sembrano essere provocati dal fatto di basarsi troppo sull'intuizione, sull'utilizzo di informazioni frammentate al fine di interpretare la gravità di una situazione e di fare del sospetto un punto di arrivo, anziché un punto di partenza per azioni successive. Inoltre, sembra che in questi casi sia spesso carente la condivisione delle informazioni tra gli operatori, come è frequente che si cerchi di scaricare i casi su altri Servizi. Per questi motivi, in Belgio è stato adottato uno strumento per il sostegno/supporto alla presa di decisioni degli operatori quando si presenta un sospetto di maltrattamento. Per la sua costruzione sono stati considerati i risultati della letteratura scientifica sui fattori di rischio di abuso e trascuratezza dei bambini, gli strumenti di screening esistenti, gli errori nel processo decisionale nonché i risultati focus-group con gli operatori che lavoravano in diverse aree dei servizi di assistenza ai bambini e le famiglie. Lo strumento comprende 25 segnali di rischio che dovrebbero essere utilizzati nella valutazione. Tale strumento non è inteso come una checklist, né come mezzo per fare screening. Esso consente semplicemente di calcolare un punteggio di rischio. Lo strumento, ancora in via di sperimentazione, potrebbe risultare importante fonte di supporto per l'operatore singolo ma anche per gli operatori che lavorano in équipe per rafforzare il successo degli interventi con famiglie multiproblematiche. L'intento è dunque quello di supportare questi nuclei e i genitori

maltrattanti e orientarli al recupero delle capacità genitoriali. Questo è lo scopo di uno studio norvegese che mira proprio alla valutazione dei servizi di sostegno alla genitorialità in un'ottica di prevenzione degli allontanamenti dei minori dai nuclei familiari d'origine. Allontanare un bambino dalla sua famiglia è un'azione molto forte che contrasta con i punti di vista fondamentali riguardanti il rapporto tra bambino e genitori. Il Child Welfare Research Unit di Bergen ha così sviluppato un modello di valutazione dei servizi di sostegno alla famiglia, elaborato in collaborazione con gli operatori di un nuovo Centro per le Famiglie. La maggior parte delle famiglie arrivate all'attenzione del. La maggior parte delle famiglie arrivate all'attenzione dello studio, risulta essere socialmente svantaggiata, il 70% dei genitori ha problemi di disoccupazione, il 55% è costituito da famiglie monogenitoriali che avevano alle spalle 4 anni, in media, di precedente coinvolgimento nei servizi per l'infanzia. Nonostante i problemi globali delle famiglie, gli sforzi del Centro per le Famiglie si sono concentrati sul rapporto genitore-figlio. L'attività principale utilizzata dai terapisti è stata attuata con incontri con i genitori (in prevalenza madri), per la maggior parte nelle loro abitazioni. Il miglioramento dei bambini è stato considerato soddisfacente da parte dei genitori, degli assistenti sociali e dei funzionari dei servizi, nonostante i bambini e le famiglie avessero ancora bisogno di un ulteriore sostegno da parte dei servizi sanitari e sociali.

Lo studio ha mostrato la necessità di strumenti coerenti con il contesto locale e di strumenti standardizzati che permettano di raggiungere una conoscenza valida sui contenuti e gli esiti di servizi progettati per rispondere ai bisogni delle famiglie con problemi complessi. In Portogallo, l'affidamento è ancora la principale risposta per bambini a rischio allontanati dalle loro famiglie dal Tribunale. A causa del lento e non sempre efficace processo per l'annullamento della potestà genitoriale e l'adozione del bambino, l'allontanamento è più frequentemente associato a lunghi periodi di inserimento in affidamento. Al fine di valutare la base di efficacia dell'intervento con i bambini in difficoltà e a rischio si ritiene necessario valutare adeguatamente il bambino prima dell'intervento e al momento dell'inserimento in affidamento. I risultati mostrano che i bambini che sono stati allontanati dalla famiglia, sono per la maggior parte prematuri o pesavano molto poco al momento della nascita e hanno genitori tossicodipendenti. Lo studio sottolinea quindi l'importanza di sviluppare programmi di intervento precoce che possano prevenire gli effetti negativi delle gravidanze a rischio e dei contesti familiari di rischio sui bambini piccoli.

In Canada, per le famiglie che trascurano gravemente i figli, si rende necessaria l'attivazione di un progetto specifico, il cosiddetto Family Project in Canada. In questo paese si rende necessaria l'attivazione di un progetto specifico per le famiglie che trascurano gravemente i figli. Gli studi infatti indicano che i Servizi, possono generare cambiamenti positivi in queste famiglie¹²⁴.

Alle famiglie, vengono somministrati questionari sul funzionamento familiare, sul supporto sociale, sui problemi della persona e della famiglia e sulla depressione. I genitori rispondono al Family Assessment Device¹²⁵ e gli assistenti sociali compilano il McMaster Clinical Rating Scale¹²⁶. I risultati ottenuti dimostrano che alcune famiglie hanno mostrato miglioramenti nel loro funzionamento mentre per altre non è stato riscontrato alcun cambiamento. In altre ancora, si è riscontrata una persistenza dei problemi. Il dibattito sulle procedure di allontanamento dalle famiglie dei bambini trascurati è ancora aperto. Ci si chiede infatti, se le famiglie trascuranti possano essere rieducate e supportate nel recupero delle capacità di individuazione dei bisogni dei figli o se forse per la tutela di questi bambini sia necessario intervenire drasticamente, anche se il collocamento del minore all'esterno della famiglia è negli orientamenti attuali risposta solamente residuale.

In Israele ad esempio, la procedura di allontanamento dalla famiglia fino all'ultimo decennio, risulta la risposta predominante al maltrattamento dei bambini e alle relazioni disturbate genitore-figlio. Negli ultimi anni però si inizia a prendere in considerazione l'importanza del recupero delle capacità genitoriali anche dei genitori maltrattanti al fine del mantenimento del minore in famiglia. A questo scopo è stato introdotto un servizio innovativo per i bambini a rischio di maltrattamento: il Centro Genitori-Figli. L'obiettivo di questo Servizio è quello di migliorare il benessere dei bambini, le relazioni genitori-figli e le capacità genitoriali. I Centri sono seguiti da un gruppo di lavoro multidisciplinare e sono collegati ai Servizi Sociali degli Enti locali. L'approccio utilizzato è quello di lavorare con il bambino nel contesto familiare, focalizzandosi sui punti di forza della famiglia, coinvolgendo gli utenti nella definizione del loro piano di trattamento e collaborando con i servizi territoriali e il sistema scolastico per rispondere ai bisogni dei bambini. Il trattamento è limitato a un anno e mezzo, dopo il quale viene definito, un piano di monitoraggio per ogni famiglia. Lo studio ha analizzato un campione di 140 famiglie, distribuite in 9 Centri, e un gruppo di confronto di 150 famiglie seguite dai servizi sociali che non utilizzavano il Centro. Gli esiti sono stati misurati confrontando i punteggi delle varie scale prima e dopo il trattamento nel Centro con i punteggi delle due misurazioni del gruppo di confronto. Di fatto quasi tutti gli utenti (98%) sono rimasti soddisfatti dall'intervento attuato. I bambini che ricevono interventi in questi Centri hanno mostrato miglioramenti statisticamente significativi in due aree: la percentuale di bambini con almeno un problema in area scolastica è diminuita dal 61% al 43% e quella di bambini con almeno un comportamento antisociale è diminuita dal 46% al 34%. La valutazione ha mostrato che i bambini e i genitori in difficoltà necessitano di essere aiutati dai servizi assistenziali e orientati al recupero di una sana relazione.

II.3. Gli interventi di tutela nei casi di maltrattamento in Italia

Dall'analisi della Child Protection internazionale e nazionale sono emerse alcune differenze riguardanti soprattutto l'approccio metodologico ad essa. Sembra infatti che a livello internazionale i tempi entro cui operare siano maggiormente scanditi rispetto al panorama italiano. Nei Paesi esteri vi è inoltre un ampio utilizzo di programmi specifici in contrasto, ma specialmente in prevenzione, al maltrattamento minorile. In Italia si tende ad agire prevalentemente in contrasto al maltrattamento, i programmi di prevenzione risultano essere un numero nettamente inferiore rispetto a quello dei Paesi esteri. Uno strumento, di cui l'Italia ancora non dispone, è il sistema nazionale di raccolta dati in riferimento al maltrattamento, sistema che, ove esiste, aiuta a comprendere la reale entità del fenomeno.

In Italia la responsabilità degli interventi di protezione e cura dei minori spetta al Comune di residenza del bambino. Esso può esercitare direttamente tale funzione o, a seconda della normativa regionale, tramite un altro ente (ad esempio l'ASL) ¹²⁷. Il percorso di protezione e tutela minorile è un percorso tortuoso, che richiede il coinvolgimento di varie figure professionali in campo medico, psicologico, giudiziario e sociale.

Secondo le *Linee guida per i servizi sociali e socio-sanitari* stilate nel 2008 della Regione Veneto, può essere sintetizzato in quattro fasi principali: informazione ai servizi, stima dell'informazione da parte dei servizi, interventi di cura e vigilanza (figura 11). Purtroppo, l'Italia, a differenza di molte esperienze internazionali, non si è dotata di un children act a livello nazionale, se si esclude la legge 285 del 1997.

Figura 11. Il percorso di protezione e tutela del minore



L'informazione ai servizi è la fase che segna l'inizio del percorso di protezione e tutela ed è relativa alla conoscenza da parte dell'assistente sociale di una possibile situazione di rischio o pregiudizio in cui il minore si potrebbe trovare. La normativa in materia attribuisce a tutti i cittadini, con

particolare riferimento ai professionisti che operano con l'infanzia, la responsabilità di rilevare e segnalare le situazioni di disagio e sofferenza in cui un bambino può trovarsi. L'assistente sociale può venire a conoscenza di situazioni di rischio o di pregiudizio di un minore attraverso vari canali¹²⁷. La scuola rappresenta uno degli osservatori principali delle condizioni di malessere di un minore, è quindi importante che i docenti e il personale degli istituti scolastici imparino a cogliere i segnali di disagio del minore.

Vi possono essere indicatori di disagio più o meno semplici da rilevare. Gli indicatori di trascuratezza, maltrattamento e abuso sono più facilmente identificabili vista la loro evidenza. Si tratta infatti di sintomi visibili come ad esempio contusioni, lesioni, segni di traumi o segnali di grave trascuratezza. Altri indicatori sono di difficile interpretazione perché non possono essere collegati con certezza a situazioni di maltrattamento. Sono, ad esempio, segnali di disagio emotivo, igiene approssimativa e ritardi sistematici nell'arrivo a scuola.

La segnalazione di una situazione a rischio o di possibile pregiudizio può inoltre provenire anche da altri servizi sociali, socio-educativi, da servizi sanitari (ospedale) e dalle forze dell'ordine. Infine anche familiari, vicini di casa o la famiglia stessa possono riportare fatti o preoccupazioni rispetto ad una situazione di disagio di un bambino¹²⁷.

Il nostro ordinamento distingue due categorie di soggetti: i soggetti privati e i soggetti incaricati di un pubblico servizio⁹¹. I primi, a fronte di una situazione di sofferenza di un minore, possono scegliere liberamente se segnalare o denunciare la questione all'autorità giudiziaria. Gli incaricati di un pubblico servizio hanno invece l'obbligo giuridico di segnalare o denunciare la situazione all'autorità giudiziaria. Lo stabilisce la Legge 184/83, la quale all' articolo 9 decreta che: "Chiunque ha facoltà di segnalare alla autorità pubblica situazioni di abbandono di minori di età. I pubblici ufficiali, gli incaricati di un pubblico servizio, gli esercenti un servizio di pubblica necessità, debbono riferire al più presto al tribunale per i minorenni sulle condizioni di ogni minore in situazione di abbandono di cui vengono a conoscenza in ragione del proprio ufficio".

II.3.1. La stima dell'informazione da parte dei servizi

La fase successiva del percorso di protezione e tutela del minore è caratterizzata dalla stima dell'informazione ricevuta da parte dei servizi sociali. In base alle informazioni e da quanto emerge dalle segnalazioni, l'assistente sociale effettua una valutazione preliminare che può avere diversi esiti¹²⁸. Questa fase del lavoro dell'assistente sociale rappresenta uno dei punti principali e cruciali del percorso di presa in carico del minore. La valutazione si svolge analizzando il contesto sociale in cui vive il minore, chiamando in causa i genitori e i parenti entro il quarto grado. È necessario

che il servizio acquisisca il consenso dei genitori (o del tutore), salvo nelle situazioni in cui si prospetti un reato¹²⁸.

La valutazione preliminare consiste nella raccolta e nell'analisi delle informazioni riguardanti il minore e il suo contesto familiare, per l'assistente sociale è utile prendere in considerazione ed analizzare tre principali categorie di contenuti: *l'assessment dei bisogni, l'assessment della motivazione e l'assessment delle condizioni di rischio e pregiudizio*¹²⁷. È fondamentale capire come e quanto vengono soddisfatti i bisogni del bambino, che comprendono sia la salute fisica e psicologica, ma anche la necessità di essere istruito e di vivere in un contesto adatto e consono a sviluppare tutte le sue capacità e potenzialità. Per assessment della motivazione si intende la necessità di individuare quale soggetto significativo per il minore potrebbe essere disponibile a collaborare ad un eventuale progetto atto a sopperire il disagio del bambino. Con il termine pregiudizio si intende una condizione particolare e grave di disagio che può sfociare (rischio di pregiudizio) o è già sfociata (pregiudizio) in un danno effettivo alla salute psico-fisica del minore¹²⁷. Sono condizioni che devono essere rilevate e riconosciute nel più breve tempo possibile, a lungo andare possono altrimenti creare danni irreparabili, talvolta possono portare alla morte. È importante quindi tenere in considerazione tutti questi aspetti in modo simultaneo.

L'assistente sociale possiede varie fonti e numerosi strumenti da cui poter ricavare le informazioni necessarie per una corretta valutazione preliminare. La cartella sociale, o socio-assistenziale, è il principale strumento informativo e il primo da cui poter ricavare informazioni se il nucleo è già noto al servizio. Se sistematicamente compilata, la cartella sociale, rappresenta uno strumento di conoscenza e di monitoraggio in tempo reale dell'evolversi dei bisogni del minore e della sua famiglia¹⁰¹. Un'altra fonte fondamentale è costituita dai colloqui sia con i genitori che con il minore. Il primo colloquio solitamente viene svolto senza la presenza del minore, ed è finalizzato alla spiegazione della problematica emersa e delle azioni che devono essere intraprese. In esso viene analizzata la problematica comparsa, la disponibilità alla collaborazione e l'eventuale rete familiare e sociale che si può attivare. Successivamente vengono programmate una o più visite domiciliari tramite le quali l'assistente sociale ha la possibilità di osservare l'ambiente domestico in cui il minore è inserito. Dalla visita domiciliare si può inoltre dedurre come i genitori tengano conto dei bisogni del bambino ed è inoltre un'occasione per incontrare quest'ultimo. Di fondamentale rilevanza sono inoltre i contatti con gli insegnanti, con altri operatori sociali e sanitari, ad esempio il pediatra, e un'altra possibile fonte di informazione sono le persone con cui il minore e la sua famiglia hanno contatti continuativi.

Questa prima valutazione preliminare, come affermato in precedenza può avere esiti diversi. Si può infatti constatare che la situazione rilevata non costituisca una condizione di rischio, nel caso venga fornito il consenso da parte dei genitori si avvia l'azione di aiuto eventualmente necessaria. Nel caso in cui ci si trovi di fronte ad un caso considerato a rischio l'assistente sociale può constatare che vi è la necessità di procedere con la segnalazione al Tribunale per i Minorenni^b che ha competenze in materia civile, penale e amministrativa¹⁰³. Le competenze in materia civile minorile e familiare sono suddivise tra diverse autorità giudiziarie: il tribunale per i minorenni (giudice minorile), il tribunale ordinario e il giudice tutelare in materia di tutela. Il Tribunale per i minorenni è un organo collegiale, è composto da un Magistrato in corte d'appello, da un Magistrato di Tribunale e da due esperti, un uomo e una donna, i quali devono possedere i requisiti stabiliti dalla legge, ai quali è conferito il titolo di giudice onorario del Tribunale per i minorenni. Questi due giudici devono essere "benemeriti dell'assistenza, scelti tra cultori di biologia, psichiatria, di antropologia criminale, di pedagogia e di psicologia"¹⁰³. Il Tribunale per i minorenni ha inoltre competenza territoriale e solitamente essa coincide con la Regione in cui è collocato.

In questa sede verranno citate le principali competenze del Tribunale per i minorenni, nelle quali è possibile il coinvolgimento dei servizi sociali⁸⁹:

- Il controllo della responsabilità genitoriale (art. 333 c.c.);
- La decadenza della responsabilità genitoriale (art. 330 c);
- Le procedure per dichiarare l'adottabilità;
- Le adozioni nazionali e internazionali;
- L'autorizzazione ad avere informazioni sulle proprie origini da parte dei minori adottati;
- Le proroghe dell'affidamento consensuale;
- L'autorizzazione al matrimonio del minorenni;
- L'interdizione e l'inabilitazione nell'ultimo anno della minore età;
- L'autorizzazione per i genitori stranieri a permanere in Italia a seguito del minorenni;
- Le procedure per il rimpatrio dei minori sottratti.

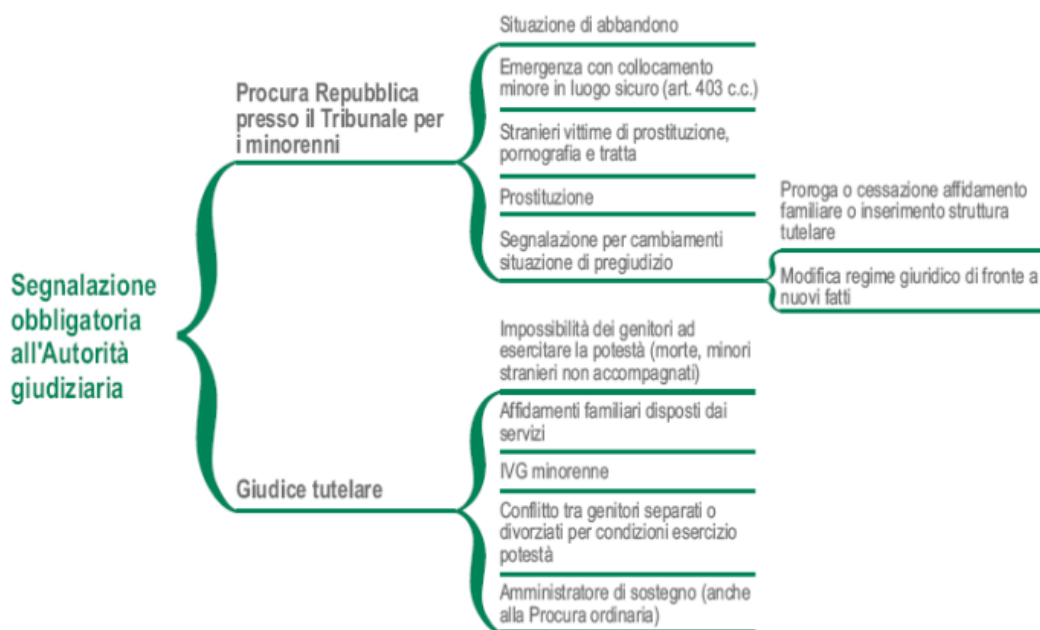
II.3.2. La Segnalazione

La segnalazione rappresenta il momento cruciale e fondamentale del percorso di tutela minori (Figura 12). Attraverso la segnalazione, il servizio porta a conoscenza dell'autorità giudiziaria, una

^b Il Tribunale per i Minorenni nasce con il r.d.l. 20 luglio 1934, n. 1404, rubricato Istituzione e funzionamento del tribunale per i minorenni.

situazione di pregiudizio, ossia quando la responsabilità genitoriale è esercitata in maniera non consona o non è esercitata affatto⁸⁹.

Figura 12. Segnalazione obbligatoria all'Autorità giudiziaria



L'ordinamento italiano prevede dei casi nei quali la segnalazione alla Procura presso il Tribunale per i minorenni è obbligatoria. Le situazioni sono le seguenti¹²⁷:

- Stato di abbandono di un minore. Ciò si verifica quando un minore è privo di assistenza morale e materiale da parte dei genitori o dei parenti tenuti a provvedervi, solo nel caso in cui la mancanza di assistenza non sia dovuta da cause di forza maggiore;
- Allontanamento in via d'emergenza e collocamento in luogo sicuro di un minore moralmente o materialmente abbandonato, o cresciuto in luoghi insalubri o pericolosi da persone incapace di provvedere alla sua cura ed educazione, in attesa di provvedere in via definitiva alla sua protezione. È disciplinato dall'art. 403 c.c. che verrà successivamente approfondito;
- Minorenne che si prostituisce;
- Proroga di un affidamento familiare o di un collocamento in comunità oltre il termine stabilito, o conclusione anticipata dell'accoglienza;
- Minore di età straniero privo di assistenza in Italia e vittima di reati di prostituzione e di pornografia minorile o di tratta e commercio.

La segnalazione non è obbligatoria ma comunque opportuna in tutte quelle situazioni in cui vi è un pregiudizio, attuale o potenziale, a carico di un minore. La segnalazione risulta opportuna quando si è di fronte ad una diagnosi di rilevante alterazione dei rapporti familiari e una prognosi negativa sulle capacità evolutive della famiglia. È inoltre opportuna quando vi è un rifiuto immotivato o una immotivata vanificazione degli interventi diagnostici, di cura e di sostegno del minore d'età e della sua famiglia.

Vi sono altre situazioni particolari che molto spesso sono segnalate alla Procura presso il Tribunale per i minorenni ma che andrebbero poste all'attenzione del Giudice Tutelare e sono le seguenti⁸⁹:

- Decesso o impedimento di altra natura di entrambi i genitori ad esercitare i compiti genitoriali;
- Affidamento familiare consensuale;
- Interruzione volontaria di gravidanza da parte della minorenne, quando i genitori non esprimono il consenso a tale atto.

La denuncia differisce dalla segnalazione perché viene effettuata nel momento in cui il Servizio acquisisce una *notitia criminis*, ossia quando riceve informazioni circa la possibile commissione di un reato compiuto a danni di un minore⁹¹. Si tratta di un atto obbligatorio che ha conseguenze penali in caso di omissione o ritardo della sua trasmissione, esso è disciplinato all'articolo 331 del Codice di procedura penale. La denuncia va inoltrata alla Procura della Repubblica presso il Tribunale Ordinario se l'indiziato è maggiorenne e alla Procura della Repubblica per i minorenni nell'ipotesi in cui sia minorenne.

La legge n. 172 del 1 Ottobre 2012, rubricata *Ratifica ed esecuzione della Convenzione del Consiglio d'Europa per la protezione dei minori contro lo sfruttamento e l'abuso sessuale fatta a Lanzarote il 25 Ottobre 2007*, ha introdotto delle modifiche al Codice Penale in materia di Diritto di Famiglia e prescrive come reati a danno di minore le seguenti azioni:

- Maltrattamenti contro familiari e conviventi (art. 572 c.p.);
- Pornografia minorile (art. 600 ter c.p.);
- Prostituzione minorile (art. 600 bis e ter c.p.);
- Violenza sessuale (art. 609 bis c.p.);
- Violenza sessuale di gruppo (art. 609 opties c.p.);
- Adescamento di minorenni (art. 609 undecies c.p.);
- Corruzione di minorenne (art. 609 quinquies c.p.).

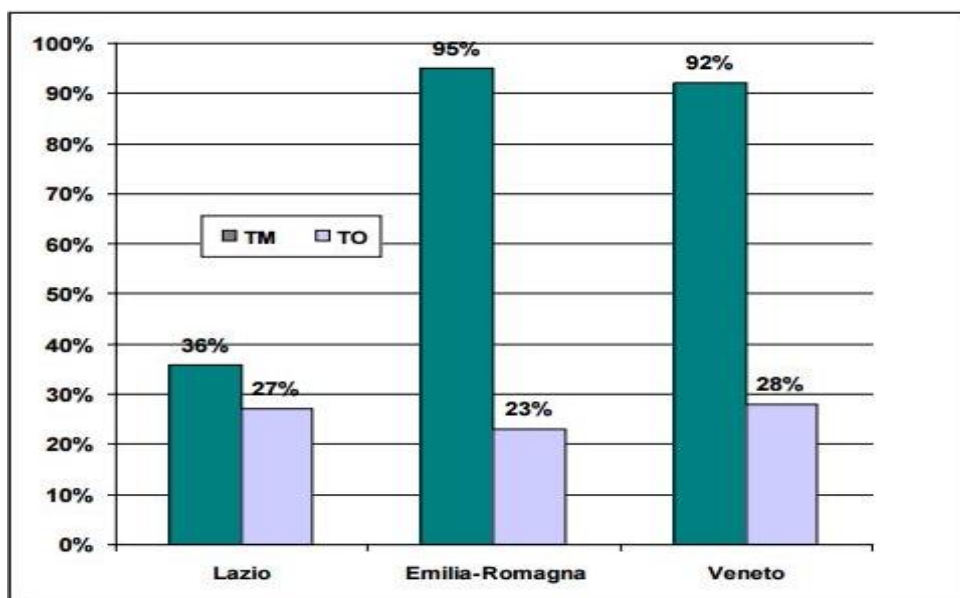
In seguito alla segnalazione inviata dai servizi sociali al Tribunale l'autorità giudiziaria richiede al servizio segnalante un'indagine psico-sociale, la quale consiste in una raccolta di informazioni e un approfondimento in merito alle condizioni di vita del minore e del nucleo familiare. È finalizzata a valutare gli elementi di rischio o di danno per lo sviluppo psicofisico del bambino e a delineare al Giudice un possibile progetto di intervento atto ad individuare adeguate misure di protezione¹²⁷. L'indagine psico-sociale può essere richiesta ai servizi sociali dal Tribunale per i minorenni (o dalla Procura presso il Tribunale per i minorenni) nel caso di procedimenti civili, amministrativi e penali. Dal Tribunale ordinario e dal Giudice Tutelare per stabilire e monitorare l'affidamento dei figli nei casi di conflittualità coniugale, separazione o divorzio. L'indagine psico-sociale prevede colloqui, visite domiciliari e riunioni d'equipe multiprofessionali. L'assistente sociale ha il dovere di informare la famiglia in merito al percorso d'indagine. Le informazioni raccolte vengono infine trasmesse all'autorità giudiziaria tramite una relazione scritta, nella quale devono essere riportati gli interventi assistenziali eventualmente attuati per la famiglia, le problematiche connesse al minore e le proposte di intervento che coinvolgono le persone che appaiono interessate al benessere del minore¹²⁷.

Nel caso in cui il Tribunale per minorenni decida di intervenire, esso emette un decreto nel quale vengono stabiliti dei provvedimenti necessari che il servizio sociale deve attuare. Il Tribunale per i minorenni può disporre di tre principali tipologie di misure¹²⁷:

- *Limitazioni della responsabilità genitoriale.* Il Tribunale per i minorenni può adottare misure limitative delle potestà, disciplinate all'articolo 333 c.c., quando la condotta di uno o entrambi i genitori appare pregiudizievole nei confronti del figlio. La responsabilità genitoriale può inoltre essere limitata tramite il provvedimento di affido al servizio sociale. I genitori sono tenuti a concordare con il servizio sociale affidatario le scelte educative e sono tenuti a seguire le indicazioni di quest'ultimo in merito all'organizzazione della vita familiare e dei comportamenti nei confronti del minore. L'affidamento ai servizi sociali può essere disposto con o senza l'allontanamento del minore. In una ricerca¹²⁹, svolta per approfondire la tematica dell'affidamento del minore ai servizi sociali, sono stati analizzati quaranta decreti emessi dal Tribunale per i minorenni di Venezia in un periodo di tempo di quattro anni: dal 1998 al 2001. È emerso che nel 63% dei casi il Tribunale ha disposto che il minore, affidato ai servizi sociali, continuasse a vivere nel proprio nucleo familiare. Nel 33% dei casi è stato ordinato il collocamento del minore in struttura protetta e nel restante 2% il Tribunale ha disposto con l'affidamento ai servizi sociali la revoca dell'allontanamento. Nel 2014 i Garanti dell'infanzia e dell'adolescenza dell'Emilia

Romagna, del Lazio e del Veneto hanno scelto di realizzare, in collaborazione con l'Università di Padova, un'indagine sulla pratica dell'affido ai servizi sociali, da cui emerge come la pratica venga ritenuta un provvedimento adeguato e largamente praticato dal Tribunale per i minorenni, soprattutto nella Regione Veneto nel 92% dei casi ed in Emilia Romagna nel 95% (Figura 13).

Figura 13. Livello di utilizzo da parte del TM e del TO



Nei casi di affidamento al servizio sociale il servizio affidatario è tenuto ad aggiornare il Tribunale periodicamente, tramite relazioni scritte e svolgere azioni di vigilanza nel caso in cui il minore rimanga presso la sua abitazione;

- *La decadenza della responsabilità genitoriale.* Disciplinata all'articolo 330 c.c. prevede che il genitore perda tutti i diritti nei confronti del figlio ma non i doveri. Anche questo provvedimento può essere disposto con o senza allontanamento e i rapporti tra genitori e figli vengono regolamentati dal Tribunale nel caso in cui il minore venga allontanato. Nei casi più gravi il Tribunale, oltre alla decadenza, dispone l'interruzione totale o parziale dei contatti tra genitori e figli.
- *Dichiarazione dello stato di adottabilità.* Viene attuata nei casi in cui il minore risulti privo di cure materiali e morali e i genitori e i parenti non siano in grado di provvedervi.

Da una ricerca italiana¹³⁰ emerge che, nel 2006, i minori iscritti nel registro per l'accertamento dello stato di abbandono erano 552, suddivisi tra undici città italiane. In 192 casi è stato dichiarato lo stato di adottabilità ai quali sono seguite 186 sentenze di adozione nazionale. In 366 casi non è stata

emessa sentenza di stato di adottabilità (Figura 14). Si può quindi affermare che su 10 minori, 3 vengono adottati, 1 viene affidato e per 6 non ci sono gli elementi adeguati per procedere con la sentenza di adottabilità.

Figura 14. Minorenni iscritti nel registro per l'accertamento dello stato di abbandono 2006

Tribunali per i minorenni	Minori iscritti nel registro per l'accertamento dello stato di abbandono	dei minori iscritti, minori <u>con</u> dichiarazione di <u>adottabilità</u>	dei minori dichiarati adottabili, minori iscritti con successiva sentenza di <u>adozione nazionale</u>	dei minori iscritti, minori <u>senza</u> successiva sentenza di adozione nazionale
Ancona	212	7	7	205
Bari	130	11	10	120
Campobasso	3	0	0	3
Catanzaro	26	8	5	21
Firenze	24	23	21	3
Genova	14	12	12	2
Messina	6	3	3	3
Milano	74	69	69	5
Palermo	16	13	13	3
Torino	40	39	39	1
Trieste	7	7	7	0
Totale	552	192	186	366

Il nostro ordinamento prevede due tipologie di adozioni: nazionale e internazionale. Nel primo caso si intende l'adozione di un minore di nazionalità italiana, nel secondo caso si intende l'adozione da parte di persone residenti in Italia, anche di cittadinanza straniera, di un minore il cui stato di adottabilità è stato stabilito da un Paese estero⁸⁹. Dal 2004 al 2015, in quasi tutti i Paesi, è possibile constatare inoltre, come il numero delle adozioni internazionali sia notevolmente diminuito (figura 15).

Figura 15. Adozioni internazionali

Paese\ Anno	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015*	Variazione 2015 su 2014
Stati Uniti	22.884	22.739	20.679	19.613	17.438	12.753	12.149	9.320	8.668	7.094	6.441	5.648	-12,3%
Italia	3.402	2.874	3.188	3.420	3.977	3.964	4.130	4.022	3.106	2.825	2.206	2.216	+0,45%
Spagna	5.541	5.423	4.472	3.648	3.156	3.006	2.891	2.573	1.669	1.191	824	np	
Francia	4.079	4.136	3.977	3.162	3.270	3.017	3.508	2.003	1.569	1.343	1.069	815	-23,8%
Canada	1.949	1.858	1.568	1.715	1.614	1.695	1.660	1.516	1.162	1.243	905	np	
Germania	749	721	662	783	718	606	524	624	452	289	227	np	
Paesi Bassi	1.307	1.185	816	782	767	682	705	528	488	401	354	np	
Svezia	1.109	1.083	879	800	793	912	729	630	466	341	345	np	
Danimarca	528	586	450	426	395	496	419	338	219	176	124	np	
Svizzera	567	389	410	394	367	349	388	367	314	280	226	np	

II.3.4. Provvedimenti urgenti di tutela: ex articolo 403 c.c.

L'articolo 403 c.c. rubricato *Intervento della pubblica autorità a favore dei minori* prevede: "Quando il minore è moralmente o materialmente abbandonato o è allevato in locali insalubri o pericolosi, oppure da persone per negligenza, immoralità, ignoranza o per altri motivi incapaci di provvedere all'educazione di lui, la pubblica autorità, a mezzo degli organi di protezione dell'infanzia, lo colloca in luogo sicuro, sino a quando si possa provvedere in modo definitivo alla sua protezione"⁹². A fronte di tali situazioni la pubblica autorità, ovvero i soggetti che rivestono la qualifica di pubblico ufficiale, hanno l'obbligo di intervenire a tutela del minore collocandolo in luogo sicuro, allontanandolo se necessario dalla sua famiglia o dalle persone con cui vive. L'intervento ex articolo 403 c.c. deve essere formalizzato in un provvedimento descrivente lo stato di abbandono e pericolo del minore e le modalità di allontanamento attuate. Successivamente al collocamento in luogo sicuro del minore, la pubblica autorità ha l'obbligo di informare il pubblico ministero minorile, il quale trasmetterà gli atti al Tribunale per i minorenni. La norma non prevede termini entro cui intervenire, ma solitamente si attende il decreto del Tribunale per i minorenni entro quindici giorni⁸⁹. In alcuni casi il provvedimento d'urgenza ex art. 403 c.c. viene attuato anche nei casi di allontanamento e collocamento del minore in comunità con un genitore. In questo caso specifico non sussiste lo stato di abbandono disciplinato dall'articolo. Va però precisato, che nel caso in cui venga attuato in casi di maltrattamento in famiglia, questa risulta essere una situazione di abbandono morale e quindi una condizione prevista e disciplinata dall'articolo 403 c.c. La normativa in materia però, non prevede e non disciplina la situazione in cui l'allontanamento e il collocamento del minore con un genitore venga disposto a seguito di una richiesta da parte di quest'ultimo⁸⁹. Da una ricerca condotta dal Ministero del lavoro e delle politiche sociali nel 2010

risulta che un bambino su quattro è stato collocato in struttura o presso una famiglia affidataria a seguito dell'adozione del provvedimento d'urgenza ex art. 403 c.c. Dalla figura 16 è possibile notare che il ricorso a questo tipo di strumento è particolarmente frequente nelle regioni del Sud Italia, soprattutto nelle regioni della Basilicata e Campania.

Figura 16. Allontanamento disposto dall'art. 403 c.c.

Regione	Sì, misura da convalidare o convalidata	No	Totale
Piemonte	17	83	100
Valle d'Aosta	13	87	100
Lombardia	18	82	100
Bolzano	13	87	100
Trento	21	79	100
Veneto	21	79	100
Friuli Venezia Giulia	20	80	100
Liguria	21	79	100
Emilia-Romagna	25	75	100
Toscana	14	86	100
Marche	35	65	100
Umbria	29	71	100
Lazio	27	73	100
Abruzzo	29	71	100
Molise	14	86	100
Campania	47	53	100
Puglia	33	67	100
Basilicata	57	43	100
Calabria	38	62	100
Sicilia	30	70	100
Sardegna	29	71	100
Italia	26	74	100

II.3.5. Interventi di cura

Come precedentemente analizzato, le prime due fasi del percorso di presa in carico sono dedicate al riconoscimento da parte dei Servizi sociali di possibili situazioni di rischio o pregiudizio in cui un minore può versare e all'attuazione di interventi urgenti di tutela. La terza fase è costituita dalla definizione di progetti assistenziali a sostegno del minore in difficoltà e della sua famiglia. Emerge in questo frangente la necessità di una collaborazione e cooperazione tra Servizi, che può essere esplicata tramite il lavoro d'equipe multidisciplinare e il lavoro di rete. Raineri¹²⁷, trattando il tema dell'approccio di rete, ne indica alcuni aspetti positivi. Esso infatti valorizza il sapere esperienziale dei professionisti, è utile per cogliere spunti di miglioramento ed è un ottimo strumento per imparare a collaborare in vista di un obiettivo comune.

Bertotti¹⁰², in riferimento al progetto di assistenza, ne indica gli elementi e i passaggi fondamentali:

- Indicazione dei risultati attesi e definizione degli obiettivi. In merito a quest'ultimi essi devono essere gradualmente e ragionevoli, in modo che i soggetti a cui il progetto è indirizzato riescano a raggiungerli più semplicemente;
- L'indicazione delle principali attività e strategie che si intendono adottare per conseguire gli obiettivi prefigurati. In questa fase è fondamentale inoltre l'identificazione degli attori e dei soggetti coinvolti nella realizzazione degli interventi. È inoltre importante stabilire le modalità di coinvolgimento della famiglia;
- Le risorse. L'assistente sociale ha un ruolo fondamentale nel riconoscimento delle risorse esistenti e dei sistemi per la loro attivazione;
- La definizione dei tempi, che devono essere compatibili sia con gli interventi previsti che con quelli del bambino;
- Le modalità di verifica e monitoraggio.

Nel caso specifico in cui il progetto di intervento presuma l'affidamento familiare o l'inserimento in una comunità educativa, viene predisposto un progetto educativo individuale - PEI¹²⁷. Nel primo caso il progetto viene redatto dall'assistente sociale in collaborazione con la famiglia affidataria, mentre nel secondo viene elaborato dagli educatori della comunità e dall'assistente sociale. L'obiettivo finale di questa tipologia di progetto è il rientro del minore in famiglia o l'uscita dalla comunità educativa.

II.3.6 La vigilanza

Il quarto e ultimo passaggio del percorso di protezione e tutela del minore è caratterizzato dalla vigilanza. Essa ha lo scopo di verificare che l'inserimento del minore in comunità o in una famiglia affidataria non costituisca un elemento di pregiudizio per il suo futuro. Il servizio titolare del caso ha inoltre il compito di monitorare l'andamento del progetto educativo individuale¹²⁷. La vigilanza coinvolge più soggetti istituzionali ai quali sono affidati compiti diversi¹²⁷. Al Procuratore della Repubblica presso il Tribunale per i minorenni spetta la funzione ispettiva per verificare se sussistano casi di minori, inseriti nelle comunità, in stato di abbandono per dichiararne lo stato di adottabilità. Al Tribunale per i minorenni spetta la vigilanza sui bambini in affidamento familiare per cui ha emesso un decreto. Al Giudice tutelare è attribuita la vigilanza, per i primi due anni, sui bambini in affidamento familiare consensuale. Infine ai servizi territoriali spettano le attività di vigilanza sulla condizione dei bambini affidati e delle famiglie affidatarie.

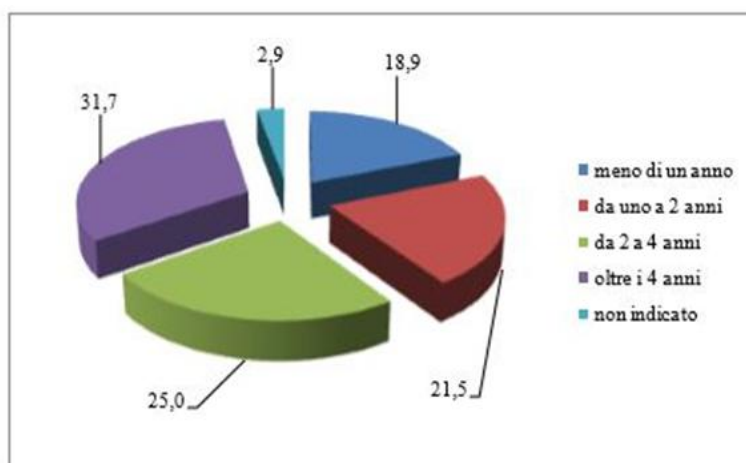
L'istituto dell'affidamento familiare è disciplinato dalla Legge 184/83, modificata successivamente con la Legge 149/01. I presupposti imprescindibili per disporre l'allontanamento e l'affidamento a terzi sono⁸⁹:

- L'inidoneità del nucleo familiare d'origine a garantire adeguatamente i bisogni di crescita del minore;
- La temporaneità delle difficoltà e una conseguente valutazione della recuperabilità;
- Il fallimento o l'impossibilità di interventi di aiuto e supporto al nucleo che consentano al minore un'adeguata tutela permanendo nella propria famiglia.

La caratteristica principale di questo istituto è la temporaneità, la legge infatti presuppone che le carenze genitoriali debbano essere considerate superabili, il tempo di durata stabilito è di ventiquattro mesi. L'articolo 2 della legge sopra citata indica come possibili persone affidatarie le famiglie, una persona singola o una comunità di tipo familiare. Moro¹⁰³, in merito all'istituto dell'affidamento familiare, ne indica due diverse tipologie: consensuale e giudiziale. Nel primo caso è disposto dal servizio sociale locale previo accordo con i genitori. Il servizio ha il compito di predisporre il progetto di affidamento e relaziona semestralmente al giudice tutelare circa l'andamento del programma di assistenza. Diversamente l'affidamento familiare giudiziale è stabilito dal Tribunale per i minorenni in assenza del consenso familiare. Al servizio sociale spetta comunque il compito di reperire il soggetto affidatario più idoneo. In entrambe le tipologie di affidamento familiare la vigilanza spetta al servizio sociale locale.

In una ricerca del 2012 condotta dal Ministero del lavoro e delle politiche sociali emerge che, in Italia, la durata media di un affidamento familiare è di quattro anni (Figura 17).

Figura17. Durata permanenza del minore in affido



Per i minori e le famiglie che versano in situazioni di difficoltà possono essere disposti ulteriori interventi a carattere domiciliare, residenziale e semiresidenziale che possono essere attivati per sopperire alle difficoltà. Possono essere disposti dall'ente locale nelle situazioni in cui vi sia il consenso dei genitori o richiesti dall'autorità giudiziaria in caso di negazione del consenso¹²⁷. Il Servizio di Assistenza Educativa Domiciliare è un intervento che può essere richiesto dalla famiglia o può essere suggerito dal professionista in caso di situazioni di difficoltà. Solitamente si tratta di un intervento idealizzato e progettato da un'equipe multidisciplinare composta da assistenti sociali, psicologi e neuropsichiatri. Consiste nella presenza a domicilio di un educatore impegnato in azioni di ascolto, di aiuto nella gestione del minore fornendo un supporto quotidiano alla famiglia. Anche i servizi per il diritto di visita e di relazione, disposti dal Giudice, servono a garantire continuità dei rapporti tra genitori e figli. Questo tipo di intervento, denominato Spazio Neutro, avviene in presenza di un educatore il quale monitora e media l'incontro. È uno strumento di protezione nei confronti del minore. Gli interventi di tipo semiresidenziale vengono attuati tramite l'inserimento diurno del minore in strutture, simili ad abitazioni, dove vengono realizzati programmi educativi individualizzati per il minore. La presenza dei minori in struttura è pomeridiana, il collocamento fuori dalla famiglia d'origine per questi tipi di interventi non è necessario. Diversamente, il collocamento in comunità di tipo residenziale incide pesantemente nella quotidianità del minore e della famiglia, i minori vi risiedono in modo stabile. Esistono diverse tipologie di strutture di accoglienza¹²⁷:

- *Comunità terapeutica per minori*. Struttura residenziale per minori affetti da gravi disturbi comportamentali, dovuti a patologie psichiatriche. Il servizio responsabile di questa tipologia di interventi è la neuropsichiatria infantile;
- *Comunità mamma-bambino*. Sono strutture che accolgono gestanti, minorenni e maggiorenni, e mamme con i propri figli che necessitano di essere sostenute nelle funzioni educative e di accudimento;
- *Comunità di accoglienza*. Ospitano minori di età compresa tra i sei e i diciotto anni, e la presenza di un'equipe educativa è garantita per tutti in giorni dell'anno e tutto il giorno;
- *Comunità di prima accoglienza*. Risponde alla necessità di realizzare un allontanamento dalla famiglia in situazione d'urgenza;
- *Casa-famiglia*. Si caratterizza per un'organizzazione di vita di tipo familiare centrata su un nucleo di adulti residenti e conviventi;

- *Gruppo-appartamento*. È un alloggio dove vivono ragazzi dai sedici ai ventiquattro anni che generalmente provengono da percorsi di affido familiare, è un trampolino di lancio alla vita in autonomia.

Dalla figura 18 è possibile notare che il numero dei minori inseriti in comunità (4.721) è maggiore a quello dei minori in affidamento familiare (2.521). Tale differenza è dovuta, non ad uno scarso ricorso all'affidamento familiare, ma alla diversa concentrazione di servizi residenziali nelle città italiane¹³¹. I minori in situazioni di abbandono, ovvero privi di assistenza morale e materiale da parte dei genitori o dei parenti tenuti a provvedervi, vengono dichiarati in stato di adottabilità. Attraverso quest'istituto i rapporti tra il minore e la famiglia d'origine sono completamente recisi ed è garantito al minore un nucleo familiare stabile e collaudato, simile a quello che avrebbe dovuto avere. La legge 184/ 83 disciplinante quest'istituto attribuisce al minore uno status giuridico stabile e definitivo di figlio a tutti gli effetti del nucleo familiare in cui è inserito¹⁰³.

Figura 18. Minori collocati in affidamento familiare o nei servizi residenziali 2012

Città riservatarie	Bambini e adolescenti in affidamento familiare	Bambini e adolescenti accolti nei servizi residenziali	Totale	Bambini e adolescenti in affidamento familiare per 1.000 residenti di 0-17 anni	Bambini e adolescenti accolti nei servizi residenziali per 1.000 residenti di 0-17 anni	Bambini e adolescenti fuori famiglia per 1.000 residenti di 0-17 anni	Bambini in affidamento familiare ogni bambino accolto nei servizi residenziali
Totale	2.521	4.721	7.242	1,7	3,2	4,9	0,5

II. BIBLIOGRAFIA

-
- 1 Miller-Perrin CL, Perrin RD. *Child Maltreatment: An Introduction*. Los Angeles: Sage, 2013.
- 2 www.cwla.org
- 3 Caffey J. Multiple fractures in the long bones of infants suffering from chronic subdural
hematoma. *Am J Roentgenol Radium Ther.* 1946;56(2):163-73.
- 4 Kempe CH, Silverman FN, Steele BF, Droegemueller W, Silver HK. The battered child
syndrome. *JAMA.* 1962;181:17-24.
- 5 Myers JEB. *A short history a child protection in America*. Los Angeles: Sage, 2011.
- 6 WHO & ISPCAN. *Prevenire il maltrattamento sui minori. Indicazioni operative e strumenti
di analisi*, 2009.
- 7 Pincock S. Paulo Sérgio Pinheiro: giving a voice to children. *Lancet.* 2009;373(9657):21.
- 8 Pinheiro PS. *I diritti dei bambini*. Rapporto Onu sulla violenza contro i bambini, 2006.
- 9 WHO. *Global Status Report on Violence Prevention 2014*. Geneva: WHO, 2015.
- 10 UK Statistics Authority. *Assessment of compliance with the code of practice for official
statistics: statistics on crime in England and Wales*, 2014.
- 11 Every Child Matters Education Fund. *We can do better*. Washington DC, 2012.
www.everychildmatters.org.
- 12 Coalition Military Fatalities By Year and Month – Operation Enduring Freedom and Coalition
Military Fatalities By Year – *Operation Iraq Freedom*. icasualties.org.
- 13 U.S. Department of Health & Human Services, Administration for Children and Families,
Administration on Children, Youth and Families, Children's Bureau. Child maltreatment
2014. 2016. Available from [http://www.acf.hhs.gov/programs/cb/research-data-
technology/statistics-research/child-maltreatment](http://www.acf.hhs.gov/programs/cb/research-data-technology/statistics-research/child-maltreatment).
- 14 Sedlak AJ, Basena M. Online Access to the Fourth National Incidence Study of Child Abuse
and Neglect. Rockville, MD. Westat, 2014. Available: <http://www.nis4.org>.
- 15 Public Health Agency of Canada. *Canadian Incidence Study of Reported Child Abuse and
Neglect – 2008*. Ottawa, 2010.
- 16 Gilbert R, Widom CS, Browne K, Fergusson D, Webb E, Janson S. Burden and consequences
of child maltreatment in high-income countries. *Lancet.* 2009;373:68–81.
- 17 WHO. *Report of the Consultation on Child Abuse Prevention*, Geneva, 1999.
- 18 *IV Seminario Criminologico-Consiglio d'Europa*, Strasburgo, 1978.

-
- 19 SINPIA. *Linee Guida in tema di abuso sui minori*, 2007.
- 20 Montecchi F. *Dal bambino minaccioso al bambino minacciato*. Milano: Franco Angeli, 2011.
- 21 Feldman KW. *Evaluation of physical abuse*. In: Helfer E, Kempe RS, Krugman D. The battered child. Chicago: The University of Chicago Press, 1997.
- 22 Facchin P. Le diagnosi di maltrattamento. *Quaderni del Centro Nazionale di Documentazione ed Analisi sull'Infanzia e l'Adolescenza*, 1998;1:73-83.
- 23 Kellogg ND; American Academy of Pediatrics Committee on Child Abuse and Neglect. Evaluation of suspected child physical abuse. *Pediatrics*. 2007;119(6):1232-41.
- 24 Kleinman PK, Marks SC Jr, Richmond JM, Blackbourne BD. Inflicted skeletal injury: a postmortem radiologic-histopathologic study in 31 infants. *AJR Am J Roentgenol*. 1995;165(3):647-50
- 25 Barlow KM, Minns RA. Annual incidence of shaken impact syndrome in young children. *Lancet*. 2000;356(9241):1571-2.
- 26 Scribano P, Seidl T, Pinto-Martin JA. Pediatric injury resulting from family violence. *Pediatrics*. 1998;248-251.
- 27 The Ophthalmology Child Abuse Working Party. Child abuse and the eye. *Eye*, 1999;13(Pt1):3-10.
- 28 Oehmichen M, Schleiss D, Pedal I, Saternus KS, Gerling I, Meissner C. Shaken baby syndrome: re-examination of diffuse axonal injury as cause of death. *Acta Neuropathol*. 2008;116(3):317-29.
- 29 Gershater-Molko RM, Lutzker JR, Sherman JA. Assessing child neglect. *Aggression violent behaviour*. 2003;563-585.
- 30 Zuravin SJ. *Child neglect: a review of definitions and measurement research*. In Dubowitz H. Neglected children: Research, practice and policy. Thousand Oaks CA: Sage, 1999.
- 31 Cawson P, Wattam C, Brooker S, Kelly G. *Child maltreatment in the United Kingdom: a study of the prevalence of child abuse and neglect*. London: NSPCC, 2000.
- 32 Stevenson O. *Neglected children: issues and dilemmas*. Oxford: Blackwell Science, 1998.
- 33 National Clearinghouse on Child Abuse and Neglect Information. *Acts of omission: an overview of child neglect*. Washington, 2001.
- 34 Hobbs CJ, Wynne JM. Neglect of neglect. *Curr Paediatrics*. 2002;12(2):144-150.
- 35 Berry M, Charlson R, Dawson K. Promising practices in understanding and treating child neglect. *Child and Family Social Work*. 2003;13-24.

-
- 36 Kurtz PD, Gaudin JM, Howing PT, Wodarski JS. The consequences of physical abuse and neglect on the school age child: mediating factors. *Children and Youth Services Review.*, 1993;85-104.
- 37 Montecchi F. *Abuso sui bambini: l'intervento a scuola*. Milano: Franco Angeli, 2002.
- 38 Finkelhor D. Current Information on the scope and nature of child sexual abuse. *Future Child*. 1994;2.
- 39 Sabatello U, Di Cori R. *L'abuso sessuale infantile: problematiche cliniche e modelli di intervento*. Milano: Franco Angeli, 2001.
- 40 Jones F, Morris M. Working with child sexual abuse: A systematic perspective on whether children need to tell their therapists details of the abuse for healing to take place. *Journal of Family Therapy.*, 2007;222-237.
- 41 LaFontaine J. *Child sexual abuse*. Cambridge: Polity Press, 1990.
- 42 Malacrea M. L'abuso sessuale all'infanzia. *Prospettive sociali e sanitarie*. 2000;10-15.
- 43 Schwartz MF, Cohn L. Sexual abuse and eating disorders. *Brunner-Routledge*. 1996;17(2):187-196.
- 44 Cesa Bianchi M, Scabini E. *La violenza sui bambini*. Milano: Franco Angeli, 1991.
- 45 Glaser D. Emotional abuse and neglect, psychological maltreatment: a conceptual framework. *Child Abuse & Neglect*. 2002;697-714.
- 46 Straus MA, Field CJ. Psychological aggression by American parents: National data on prevalence, chronicity, and severity. *Journal of Marriage and Family*. 2003;795-808.
- 47 O'Hagan KP. Emotional and psychological abuse: Problems of definition. *Child Abuse Negl*. 1995;449-461.
- 48 Di Blasio P. *Psicologia del bambino maltrattato*. Bologna: Il Mulino, 2000.
- 49 Verrocchio MC, Miragoli S. *Maltrattamento e abuso all'infanzia: fattori di rischio e fattori di protezione*. In De Risio A, Miletto R. *Complice il silenzio*. Roma: Alpes Italia Editore, 2013.
- 50 Coates AA, Messman-Moore TL. A structural model of mechanisms predicting depressive symptoms in women following childhood psychological maltreatment. *Child Abuse Negl*. 2014;38(1):103-13.
- 51 Evans SE, Steel AL, Di Lillo D. Child maltreatment severity and adult trauma symptoms: does perceived social support play a buffering role?. *Child Abuse Negl*. 2013;934-943.
- 52 Asher R. Munchausen's syndrome. *Lancet*. 1951;339.
- 53 Meadow SR. Munchausen syndrome by proxy: the hinterland of child abuse. *Lancet*.

1977;343-357.

- 54 Wolock I, Horowitz B. Child maltreatment as a social problem: the neglect of neglect. *Am J Orthopsychiat*. 1984;531.
- 55 CISMAI. Documenti sui requisiti minimi degli interventi nei casi di violenza assistita da maltrattamento sulle madri. *Maltrattamento e abuso all'infanzia*, 2006.
- 56 Luberti R, Pedrocco MT. *La violenza assistita intrafamiliare*. FrancoAngeli, 2005.
- 57 Buka S, Stichick T, Birdthistle I, Earls F. Youth exposure to violence: Prevalence, risks and consequences. *American Journal of Orthopsychiatry*. 2001;298-310.
- 58 Bagnara P. *Violenza familiare: prevenzione e trattamento. Le professioni nel sociale*. Franco Angeli, pag. 36.
- 59 <http://www.altrodiritto.unifi.it/minori/kolb/nav.htm?cap1.htm>.
- 60 T. Bandini, M.I. Marugo, G.B. Traverso. Il controllo formale ed informale dei comportamenti violenti in ambito familiare: il problema della donna maltrattata. *Rassegna di Criminologia*. 1983, vol. XIV.
- 61 Radolph KA, Fraser MW, Orthner DK. Educational resilience among youth at risk. *Subst Use Misuse*. 2004;39(5):747-67
- 62 United Nations. *The Convention on the Rights of the Child*, New York, 1996
- 63 Paavilainen E, Astedt-Kurki P. Functioning of child maltreating families: lack of resources for caring within the family. *Scand J Caring Sci*. 2003;17(2):139-47.
- 64 Di Blasio P. *Tra Rischio e Protezione: la valutazione delle competenze parentali*. Edizioni Unicopoli, Milano, 2005.
- 65 Djeddah C, Facchin P, Ranzato C, Romer C. Child abuse: current problems and key public health challenges. *Soc Sci Med*. 2000;51(6):905-15.
- 66 American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Fourth Edition (DSM-IV), 1994.
- 67 Lindell C, Svedin CG. Physical child abuse in Sweden: a study of police reports between 1986 and 1996. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2001;36(3):150-7.
- 68 WHO & ISPCAN, *Preventing Child Maltreatment: a Guide to Taking Action and Generative Evidence*, 2006.
- 69 Stier DM, Leventhal JM, Berg AT, Johnson L, Mezger J. Are children born to young mothers at increased risk of maltreatment? *Pediatrics*. 1993;91(3):642-8.
- 70 Altemeier WA 3rd, O'Connor S, Vietze PM, Sandler HM, Sherrod KB. Antecedents of child

abuse. *J Pediatr*. 1982;100(5):823-9.

- ⁷¹ Frías-Armenta M, McCloskey LA. Determinants of harsh parenting in Mexico. *J Abnorm Child Psychol*. 1998;26(2):129-39.
- ⁷² National Research Council. *Understanding child abuse and neglect*. National Academy of Sciences Press. Washington DC, 1993.
- ⁷³ Hunter WM, Jain D, Sadowski LS, Sanhueza AI. Risk factors for severe child discipline practices in rural India. *J Pediatr Psychol*. 2000;25(6):435-47.
- ⁷⁴ Klevens J, Bayón MC, Sierra M. Risk factors and context of men who physically abuse in Bogotá, Colombia. *Child Abuse Negl*. 2000;24(3):323-32.
- ⁷⁵ Tyler R, Howard J, Espinosa M, Doakes SS. Placement with substance-abusing mothers vs. placement with other relatives: infant outcomes. *Child Abuse Negl*. 1997;21(4):337-49.
- ⁷⁶ Ertem IO, Leventhal JM, Dobbs S. Intergenerational continuity of child physical abuse: how good is the evidence? *Lancet*. 2000;356(9232):814-9.
- ⁷⁷ Kaufman J, Zigler E. Do abused children become abusive parents? *Am J Orthopsychiatry*. 1987;57(2):186-92.
- ⁷⁸ Zuravin SJ. Severity of maternal depression and three types of mother-to-child aggression. *Am J Orthopsychiatry*. 1989;59(3):377-89.
- ⁷⁹ Ammaniti M. *Manuale di psicopatologia dell'infanzia*. Raffaello Cortina, 2006.
- ⁸⁰ Altimier L. Shaken baby syndrome. *J Perinat Neonatal Nurs*. 2008;22(1):68-76.
- ⁸¹ Pounder DJ. Shaken adult syndrome. *Am J Forensic Med Pathol*. 1997;18(4):321-4.
- ⁸² Merrill LL, Hervig LK, Milner JS. Childhood parenting experiences, intimate partner conflict resolution, and adult risk for child physical abuse. *Child Abuse Negl*. 1996;20(11):1049-65.
- ⁸³ WHO/FIGO. *Elimination of violence against women: in search of solutions*. WHO/FIGO Pre-congress Workshop 30-31 July, 1997. Geneva, 1999, WHO/HSC/PVI/99.2.
- ⁸⁴ Runyan DK, Hunter WM, Socolar RR, Amaya-Jackson L, English D, Landsverk J, Dubowitz H, Browne DH, Bangdiwala SI, Mathew RM. Children who prosper in unfavorable environments: the relationship to social capital. *Pediatrics*. 1998;101(1 Pt 1):12-8.
- ⁸⁵ Bandini T, Marugo MI, Traverso GB. Il controllo formale ed informale dei comportamenti violenti in ambito familiare: il problema della donna maltrattata. *Rassegna di Criminologia*. 1983, vol. XIV.
- ⁸⁶ Radolph KA, Fraser MW, Orthner DK. Educational resilience among youth at risk. *Subst Use Misuse*. 2004;39(5):747-67.

-
- 87 Korbin JE, Coulton CJ, Lindstrom-Ufuti H, Spilsbury J. Neighborhood views on the definition and etiology of child maltreatment. *Child Abuse Negl.* 2000;24(12):1509-27.
- 88 Di Blasio P, Acquistapace V. *La Prevenzione della Violenza all'Infanzia tra Fattori di Rischio e Fattori Protettivi*. Istituto degli Innocenti di Firenze, 2004.
- 89 Cascone C, Ardesi S, Gioncada M. *Diritto di famiglia e minorile per operatori sociali e sanitari*. Cedam, 2014.
- 90 United Nations. *The Convention on the Rights of the Child*. New York, 1996.
- 91 Ardesi S, Filippini S. *Il Servizio Sociale e le famiglie con minori. Prospettive giuridiche e metodologiche*. Carrocifaber, 2013.
- 92 Bartolini F, Alibrandi L, Corso P. *Quattro codici*. La Tribuna, 2014.
- 93 Bartolomei A, Passera A, *L'assistente sociale. Manuale di servizio sociale professionale*. Roma: Edizioni CieRre, 2010.
- 94 Fargion S. *Il Servizio Sociale*. Laterza, 2009.
- 95 Dixon J, Welbourne P (Eds). *Child Protection and Child Welfare: A Global Appraisal of Cultures, Policy and Practice*. London and Philadelphia: Jessica Kingsley publishers, 2013.
- 96 Schene P. Past, Present, and Future Roles of Child Protective Services. *Future Child*, 1998;8:23-38.
- 97 Myers J. *A history of child protection in America*. Xlibris, 2004.
- 98 Hansen E, Højerb I, Sjöblomc Y, Storød J. Out of home care in Norway and Sweden - similar and different. *Psychosocial Intervention.*, 2013; 22:193-202.
- 99 Hämäläinen J, Littlechild B, Chytil O, Šramatá M, Jovelín E. *Evolution of Child Protection and Child Welfare Policies in Selected European Countries*. Ostrava: ERIS with Albert Publisher, 2012.
- 100 Pieroni G, Dal Pra Ponticelli M. *Introduzione al servizio sociale. Storia, principi, deontologia*. Roma: Carrocci editore, 2005.
- 101 Bartolomei A, Passera A. *L'assistente sociale. Manuale di servizio sociale professionale*. Roma: Edizioni CieRre, 2010.
- 102 Bertotti T. *Bambini e famiglie in difficoltà*. Roma: Carocci Faber, 2012.
- 103 Moro A. *Manuale di diritto di famiglia*. Bologna: Zanichelli, 2008.
- 104 Steen JA, Duran L. Entryway into the child protection system: the impacts of child maltreatment reporting policies and reporting system structures. *Child Abuse Negl.* 2014;38(5):868-74.

-
- ¹⁰⁵ Berrick J. When Children Cannot Remain Home: Foster Family Care and Kinship Care. *Future Child.*, 1998;8: 72-84.
- ¹⁰⁶ Kusserow R. *Using relatives for foster care*. Washington, DC: U.S. Department of Health and Human Services, Office of the Inspector General, 1992.
- ¹⁰⁷ Conn AM, Szilagyi MA, Franke TM, Albertin CS, Blumkin AK, Szilagyi PG. Trends in child protection and out-of-home care. *Pediatrics.*, 2013;132(4):712-9.
- ¹⁰⁸ De Roma V, Kessler M, McDaniel R, Soto C. Important risk factors in home-removal decisions: social caseworkers perceptions. *Child Adolesc Soc Work J.*, 2006;23:263-277.
- ¹⁰⁹ Tanner K, Turney D. What do we know about child neglect? A critical review of the literature and its application to social work practice. *Child Fam Soc Work.*, 2002;8(1):25- 33.
- ¹¹⁰ Nett J, Spratt T. *Child Protection Systems: An international comparison of “good practice examples” of five countries (Australia, Germany, Finland, Sweden, United Kingdom) with recommendations for Switzerland*. Fonds Suisse pour des projets de protection de l’enfance, 2012.
- ¹¹¹ Ferguson H. Performing child protection: home visiting, movement and the struggle to reach the abused child. *Child Fam Soc Work.*, 2009;14(4):471- 480.
- ¹¹² Department of Health & Department for Education and Employment. *Framework for the Assessment of Children in Need and their Families*. London: The Stationery Office, 2000.
- ¹¹³ HM Government. *Working together to Safeguard Children*. London: The Stationery Office, 2003.
- ¹¹⁴ Department for Education. *Putting children first*. London: Crown, 2016.
- ¹¹⁵ Gilbert R, Kemp A, Thoburn J, Sidebotham P, Radford L, Glaser D, Macmillan HL. Recognising and responding to child maltreatment. *Lancet.*, 2009;373(9658):167-80.
- ¹¹⁶ Davies C, Ward H. *Safeguarding Children Across Services*. London: Jessica Kingsley Publishers, 2012.
- ¹¹⁷ Vornanen R, Pölkki P, Pohjanpalo H, Miettinen J. The possibilities for effective child protection – The Finnish research perspective. *ERIS web journal.*, 2011;1:13-33.
- ¹¹⁸ Pösö T. *Finland: Child Abuse as a Family Problem. International Perspectives and Trends*. New York: Oxford University Press, 1997.
- ¹¹⁹ Healy K, Darlington Y, Yellowlees J. Family participation in child protection practice: an observational study of family meetings. *Child Fam Soc Work.*, 2012;17:1-12.
- ¹²⁰ Backe-Hansen E, Højer I, Sjöblom Y, Storø J. Out of home care in Norway and Sweden –

Similar and different. *Psychosocial Intervention.*, 2013;XXII(3):193- 202.

- ¹²¹ Talsma M, Bengtsson Boström K, Östberg AL. Facing suspected child abuse--what keeps Swedish general practitioners from reporting to child protective services? *Scand J Prim Health Care.*, 2015;33(1):21-6.
- ¹²² Kekkonen M, Montonen M, Viitala R. *Family centre in Nordic countries- a meeting point for children and families*. Copenhagen: Nordon, 2012.
- ¹²³ Canali C, Vecchiato T. *Rischio per l'infanzia e soluzioni per contrastarlo*. Quaderni della Ricerca Sociale., 2011; n 12.
- ¹²⁴ Dufour S, Chamberland C. The effectiveness of selected interventions for previous maltreatment: enhancing the well-being of children who live at home. *Child Fam Soc Work.*, 2004;9(1):39-56.
- ¹²⁵ Epstein NB, Baldwin LW, Bishop DS. The McMaster family assessment device. *JMFT.*, 1983;9(2):171-180.
- ¹²⁶ Miller IW, Kabacoff RI, Epstein NB, Bishop DS, Keitner GI, Baldwin LM, van der Spuy HI. The development of a clinical rating scale for the McMaster model of family functioning. *Fam Process.*, 1994;33(1):53-69.
- ¹²⁷ Raineri M. *Linee guida e procedure di servizio sociale*. Trento: Erikson, 2013.
- ¹²⁸ Regione Veneto. *Linee guida per i servizi sociali e sociosanitari*. 2008.
- ¹²⁹ Biancon E. La tutela de diritti dei minori attraverso l'affidamento al servizio sociale. *Minori e Giustizia.*, 2006;1:242-250.
- ¹³⁰ Bianchi D, Moretti E, Ricciotti R, Rosnati R. *Bambini e adolescenti nell'adozione nazionale*. Firenze: Istituto degli Innocenti, 2015.
- ¹³¹ Ministero del lavoro e delle politiche sociali. *Affidamenti familiari e collocamenti in comunità al 31.12.2012*. Quaderni della Ricerca Sociale., 2014; n 31.

III. RAZIONALE E OBIETTIVI DEL PROGETTO DI TESI

Stante quanto sino a qui premesso, cosa significa all'atto pratico agire progetti e percorsi di tutela che siano efficaci e utili nel prevenire e contrastare il fenomeno del maltrattamento? Cosa è possibile fare e cosa non è possibile fare in termini di prevenzione, di presa in carico e poi di protezione e tutela dei bambini maltrattati?

Dall'analisi dei sistemi di tutela internazionale condotta fino a questo momento emerge una notevole differenza metodologica riguardante le azioni che i servizi e i professionisti coinvolti nel campo della tutela dei minori intraprendono. In America e in Inghilterra, ad esempio, si predilige un approccio centrato sul bambino e sui suoi bisogni e gli interventi sono orientati alla prevenzione secondaria, in particolare attraverso progetti di screening alla nascita, in grado di identificare i fattori di rischio all'interno dei nuclei familiari, e quindi i profili di rischio al fine di immettere le famiglie multiproblematiche e cosiddette "vulnerabili" in sistemi di controllo e di precoce protezione dei minori. Essi sono dunque orientati a valutare e investigare allo scopo di definire l'entità del rischio in cui versa il minore¹. Anche In Inghilterra esistono² importati programmi centrati sulla prevenzione del maltrattamento diretti a nuclei familiari in condizione di multiproblematicità e fragilità, quali ad esempio il Parents Under Pressure (PUP) and Relational Psychotherapy, ovvero incontri riservati a genitori che fanno uso di sostanze o il Enhanced Triple P-Positive Parenting Programme, programmi dedicati a famiglie che provengono da contesti sociali poveri e che hanno la funzione di prevenzione al maltrattamento.

Un altro approccio alla tutela dei minori è quello di lavorare sulla promozione delle buone relazioni, del rapporto della diade madre bambino, della tutela della gravidanza, del coping precoce. Tale approccio si basa sulla evidenza che accanto ai fattori di rischio esistono fattori di protezione e risorse potenziali sia individuali che familiari che al bisogno possono essere sostenute, potenziate e rese totalmente espresse. Tale lavoro, che segue appunto la logica della promozione della salute, inizia alla nascita, facilitando e accompagnando il processo di coping, ma continua lungo tutto il percorso di vita del bambino e della famiglia. Non è quindi utile agire secondo una logica trasversale, di verifica in un dato tempo (evento nascita) delle condizioni, come se fossero congelate nel tempo, ma è necessario utilizzare un approccio dinamico, non di selezione a priori delle famiglie che introdurrebbe un ulteriore fattore di emarginazione e conseguentemente di rischio ma che supporti ogni famiglia, naturalmente con azioni graduate da un poco o un molto a seconda del bisogno rilevato. In base a questa ideologia si possono fare e si valutano pertanto come efficaci azioni di promozione indirizzate a tutta la popolazione poiché l'individuazione di gruppi di rischio e

l'inserimento in progetti dedicati diviene esso stesso fattore di rischio che può facilitare condizioni di maltrattamento. Questo è l'approccio di scuola francese, ma anche italiano, con ad esempio il progetto "Benvenuto Bimbo" che prevede un'attività di supporto a tutte le neo madri alla dimissione dall'ospedale, alcune visite domiciliari da parte di personale sanitario dedicato, ma anche quello finlandese che preferisce definire la Child Protection con il termine *Family Service System*. Alla base di questa ideologia vi è l'idea che le cause della problematica emersa debbano essere individuate all'interno del nucleo familiare³ nel momento in cui si presentano. La politica sociale finlandese ritiene che le azioni e gli interventi di sostegno e supporto alle famiglie e ai bambini siano prioritarie⁴. I servizi di tutela minori in questa prospettiva intervengono con azioni di sostegno alla famiglia, di affiancamento e riabilitazione e non possiedono alcuna funzione di controllo. In Svezia un esempio importante di programma largamente utilizzato (che negli anni ha riscosso molto successo), il Swedish Leksand Model⁵ è indirizzato ai futuri genitori che hanno la possibilità di incontrare altri genitori e con l'aiuto dei professionisti affrontate le problematiche che possono scaturire dalla nascita di un bambino.

Esistono poi delle campagne di prevenzione primaria indirizzate a tutta la popolazione per sensibilizzare l'opinione pubblica sul problema della tutela del minore vittima di maltrattamento e interventi di prevenzione fatti in funzione della diffusione di informazione e conoscenze specifiche, come ad esempio le campagne di prevenzione dello scuotimento come "*Please don't shake your baby*".

Dall'analisi della letteratura della letteratura internazionale sulla Child Protection precedentemente illustrata sono emerse differenze di approccio metodologico ma anche differenze di applicazioni e interventi realmente implementati nella realtà dei Paesi. Mentre a livello internazionale, dove i programmi di prevenzione accompagnano in modo spesso rilevante quelli di contrasto al maltrattamento. In Italia si rileva una tendenza a privilegiare l'attuazione di programmi di contrasto al maltrattamento, mentre quelli di prevenzione risultano nettamente più episodici e poveri rispetto ad altre situazioni internazionali. Il principale obiettivo perseguito nel nostro Paese infatti, sembra essere quello di riconoscere i casi di maltrattamento e attivare azioni di tutela supportate dall'azione dell'Autorità Giudiziaria sia civile che penale. Risultano invece più limitate le azioni organizzate di attuazione e verifica delle diagnosi e delle prese in carico globale dei bambini e dei loro nuclei familiari e ancora più scarse le azioni di prevenzione.

L'azione di protezione fine a se stessa però, separata da una azione di diagnosi più precoce possibile ma soprattutto di un'adeguata presa in carico della famiglia e del bambino con adeguati trattamenti e cure mediche, si è rivelata abbastanza fallimentare. Queste conseguenze si vedono molto

chiaramente nei soggetti che vanno incontro ad adozione internazionale, in genere bambini che sono stati vittime di gravi maltrattamenti e di violenze, e che poi in età adolescenziale presentano problemi molto gravi con passaggi all'atto, suicidi e patologie psichiatriche gravi. Non sembra dunque sufficiente modificare solo il contesto di vita del minore poiché, in assenza di una buona presa in carico e di buoni interventi di cura, gli esiti delle esperienze maltrattanti e abusanti continuano a persistere e a manifestarsi anche dopo che il bambino sia messo in una condizione protetta. È fondamentale tenere presente infatti, che lo stress del maltrattamento, il danno psichico, il danno fisico che rimangono nel tempo non trattati portano a conseguenze a lungo termine molto gravi. Non basta quindi modificare l'ambiente esterno senza un intervento adeguato di cura e trattamento. Questo lo ricaviamo non solo dall'esperienza sui casi, ma anche da quello che ci dicono la biologia, la neurobiologia ed il neurosviluppo. I bambini, gli adolescenti e gli adulti maltrattati presentano infatti alterazioni croniche in termini organici con modificazioni permanenti della struttura cerebrale neuronale e cerebrale. Essa risulta compromessa in particolar modo per quanto attiene la formazione ed l'efficienza dei tratti cerebrali, cioè delle connessioni tra parti del cervello e in particolar modo tra le strutture più profonde, quali l'area rolandica, limbica, l'amigdala, l'ipotalamo e quelle filologicamente più nuove quali gli emisferi e la corteccia prefrontale. Queste compromissioni anatomiche si associano a compromissioni metaboliche che interessano tutti e tre i grandi neurotrasmettitori, serotonina, noradrenalina e dopamina, e le funzioni governate dall'ipotalamo, quelle di stimolo e controllo dell'equilibrio endocrino e dell'asse cortico-surrenali. Questi elementi costituiscono la base organica sulla quale si organizzano e manifestano conseguenze a lungo termine del maltrattamento e dell'abuso sessuale. Innanzitutto, l'interessamento dell'asse noradrenergico e dell'asse ipotalamo ipofisario che controlla l'attività di formazione dei corticosteroidi del surrene e di secrezione somatica dell'adrenalina, giustificano il perché si manifesti uno stato di stress cronico che permane anche dopo molti anni il maltrattamento e che è la base di conseguenze quali l'iperattività, i disturbi del sonno, l'ansia, l'obesità, l'ipertensione ecc. L'alterazione della struttura dell'area limbica e rolandica dell'amigdala e lo squilibrio del metabolismo della serotonina giustificano un'altra serie di conseguenze a lungo termine note perché frequentemente presenti nei soggetti che hanno una storia di maltrattamento, come i disturbi della memoria, dell'apprendimento, disturbi delle condotte, come l'iperattività fino alla ADHD, ma anche una sregolazione emotiva e del tono dell'umore con depressione, ansia fino a crisi di panico e in generale difficoltà di entrare in empatia e condurre equilibrate relazioni con gli altri. Molti di questi elementi, in particolare gli aspetti legati ai danni della memoria e della emotività sono comuni nel disturbo da stress post traumatico.

In uno studio a lungo termine su giovani adulti che durante l'infanzia avevano subito maltrattamenti è risultato che per circa l'80% di loro era possibile effettuare una diagnosi di disturbo psichiatrico già all'età di 21 anni, tra cui depressione, ansia, disordini alimentari e tentativi di suicidio⁶. Uno studio longitudinale di coorte condotto a Christchurch, in Nuova Zelanda ha osservato importanti associazioni tra abuso sessuale nell'infanzia e conseguenti problemi di salute mentale quali depressione, ansia nonché pensieri e comportamenti orientati al suicidio⁷. Per quanto riguarda le conseguenze comportamentali, alcuni bambini vittime di maltrattamento sviluppano in adolescenza vari tipi di difficoltà come delinquenza, comportamenti antisociali, gravidanze indesiderate, uso di droghe⁸, violenza e, in età adulta, comportamenti maltrattanti verso i propri figli. Da alcune stime risulta infatti che circa un terzo dei bambini vittime di maltrattamento maltratterà i propri figli⁹. Tutti gli elementi derivanti dalle ricerche bio-cliniche degli ultimi trent'anni stanno portando alla luce una mole impressionante di dati che evidenziano il nesso inscindibile tra esposizione al maltrattamento e l'età precoce del bambino e tra il danno organico conseguente e successivo danno psichico delle condotte e dei comportamenti sociali. Si viene cioè a delineare una globalità di meccanismi espositivi e maltrattanti, che determinano conseguenze globali e interessanti tutti gli assi di sviluppo e di esistenza della persona, segnando l'impossibilità di demarcare ciò che sia organico, da ciò che sia psichico e psicologico e poi sociale. Da questo punto di vista le conseguenze del maltrattamento riportano immediatamente nella loro globalità la definizione, anch'essa globale di salute. Infatti, l'OMS negli anni '90 ha definito per la prima volta il maltrattamento e la violenza come un problema di salute, il cui contrasto è obiettivo primario di salute pubblica mondiale. Questa definizione ha assunto un ruolo talmente rilevante da poter essere considerata come una pietra miliare nell'approccio clinico e culturale al maltrattamento e in generale alla violenza. La centralità della salute nelle sue componenti globali non esclude le dimensioni culturali, giuridiche, antropologiche e sociali dei fenomeni ma anzi ne fornisce un significato e un vigore nuovo riconoscendo un aspetto unico e comune a tutte queste dimensioni che da un lato ne definisce la cifra universale ed essenziale, e quindi la salute e la sopravvivenza dell'individuo e della comunità, dall'altro permette di creare un'area apparentemente più neutra, appunto quella della salute, ove poter lavorare in Paesi con culture, con legislazioni e con sottogruppi estremamente diversi per valori di riferimento, ruolo riconosciuto ai minori e livelli di accettabilità dei fenomeni della violenza e del maltrattamento.

Se l'evoluzione teorica ha assunto una direzione chiara e relativamente coerente, non altrettanto si può dire della sua concreta realizzazione. Quanto le azioni che si mettono in essere in relazione al problema del maltrattamento sono coerenti con questo approccio teorico? Quanto esso può essere

utile nell'azione giornaliera dei professionisti che si occupano della sfera sociale? quanto è vicina o viceversa lontana dall'organizzazione e dall'approccio tenuto dai servizi sociali?

Queste domande richiedono risposte complesse, multiple, differentemente organizzate dei diversi e numerosi ambiti in cui si articola il maltrattamento ai minori.

L'obiettivo generale del percorso di dottorato che ha portato alla stesura della presente tesi è stato quello di esaminare alcuni aspetti contenuti nel generale quesito sopra esposto. In particolare abbiamo voluto verificare per alcuni temi specifici utilizzati come esempio, se nella nostra organizzazione dei servizi sociosanitari sia possibile implementare precocemente azioni di prevenzione del maltrattamento, se sia possibile riorientare le azioni dei servizi di tutela e accompagnamento delle famiglie in difficoltà, e se queste possibilità siano percepite e attuate nel lavoro quotidiano degli assistenti sociali. Per dare anche parziale risposta a queste domande abbiamo selezionato due condizioni specifiche di maltrattamento. Una da tempo nota come la Sindrome del Bambino Scosso, e un'altra di nuova emergenza come il Chemical Abuse. Seguendo una prospettiva che viene dal lavoro quotidiano dei servizi sociali ci si è chiesto cosa sia possibile fare nelle famiglie nuove, cioè non conosciute e non prese in carico e cosa fare invece nelle famiglie ben note e già prese in carico. Sono state pertanto messe in connessione queste due dimensioni di intendere il problema e sono stati disegnati tre diversi studi che verranno presentati in sequenza e che risponderanno ai seguenti obiettivi specifici:

1. Verificare se esistano e quali siano le condizioni precoci di rischio riscontrabili già alla nascita che selezionino le coppie con maggiore probabilità di scuotere il proprio figlio. Verificare se l'indagine sociale possa essere strumento sufficiente per la selezione di questi casi a rischio e verificare se le azioni di tutela messe in atto per questi nuclei familiari siano state efficaci o meno;
2. Studiare una condizione di maltrattamento nuova, almeno per quanto riguarda la sua conoscenza e percezione, il Chemical Abuse, e legare le azioni e la valutazione delle famiglie con problemi di tossicodipendenza alla presenza di questo tipo di maltrattamento nei bambini;
3. Indagare la percezione del maltrattamento negli assistenti sociali e definire cosa essi sanno e come agiscano.

III. Bibliografia

- ¹ Schene P. Past, Present, and Future Roles of Child Protective Services. *The Future of Children*, 1998, vol. 8, pp. 23-38.
- ² Davies C. & Ward H. *Safeguarding Children Across Services*. London, Jessica Kingsley Publishers
- ³ Nett J, Spratt T. *Child Protection Systems: An international comparison of “good practice examples” of five countries (Australia, Germany, Finland, Sweden, United Kingdom) with recommendations for Switzerland*. Fonds Suisse pour des projets de protection de l'enfance, 2012.
- ⁴ Pösö T. *Child Abuse as a Family Problem. International Perspectives and Trends*. New York Oxford University Press. Finland, 1997.
- ⁵ Kekkonen M, Montonen M, Viitala R. *Family centre in Nordic countries- a meeting point for children and families*. Copenhagen, 2012.
- ⁶ Silverman AB, Reinherz HZ, Giaconia RM. The long-term sequelae of child and adolescent abuse: a longitudinal community study. *Child Abuse Negl.* 1996;20(8):709-23.
- ⁷ Fergusson DM, Horwood LJ, Lynskey MT. Childhood sexual abuse and psychiatric disorder in young adulthood: II. Psychiatric outcomes of childhood sexual abuse. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 1996;35(10):1365-74.
- ⁸ Hussey JM, Chang JJ, Kotch JB. Child maltreatment in the United States: prevalence, risk factors, and adolescent health consequences. *Pediatrics.* 2006;118(3):933-42.
- ⁹ Prevent Child Abuse New York, Causes and Consequences: the Urgent Need to Prevent Child Abuse, Online: www.pca-ny.org/causes.pdf.

IV. STUDIO 1: “QUANDO LA FAMIGLIA È SCONOSCIUTA”: NUOVE NASCITE E VULNERABILITÀ DELLA FAMIGLIA: IL CASO DELLA SINDROME DEL BAMBINO SCOSSO

IV.1. Introduzione

La Shaken Baby Syndrome (Sindrome del Bambino Scosso-SBS) è la più comune causa di morte o di gravi complicanze neurologiche risultanti da un maltrattamento su bambini di età compresa tra un mese ad un anno di vita ^{1 2}.

Si tratta di una grave forma di maltrattamento fisico, che consiste in un violento scuotimento del lattante o del bambino piccolo, comportando una serie di sintomi e sequele che dipendono dall'intensità e dalla durata dell'azione, spesso talmente gravi da mettere a rischio la sopravvivenza stessa del bambino, fino alla sua morte. Il violento scuotimento del capo del lattante provoca gravi lesioni al sistema nervoso centrale, causate da un danno meccanico, correlato alle brusche accelerazioni e decelerazioni cui viene sottoposto l'encefalo, e da un danno metabolico, derivante dal coinvolgimento dei centri bulbari del respiro e del battito che regolano frequenza respiratoria e cardiaca. Di tutte le vittime di SBS, circa un terzo non avrà conseguenze a lungo termine, un terzo soffrirà di disturbi cognitivi, neurologici, visivi e fisici severi ed il rimanente terzo non sopravvivrà a causa delle lesioni procurate^{3 4 5 6}. Il bambino vittima di SBS, nella maggior parte dei casi sopravvissuti riporterà a distanza danni importanti a livello visivo e neurologico, che richiederanno un supporto sostanziale in termini di assistenza e presa in carico a lungo termine.

L'incidenza della SBS è sconosciuta e risulta fortemente sottostimata, poiché i casi clinicamente meno gravi o scarsamente sintomatologici possono o non giungere alle cure ospedaliere oppure non essere riconosciuti dai medici e quindi non diagnosticati⁷. In ogni caso, i dati disponibili in letteratura disegnano un quadro allarmante per frequenza, affermando che circa 1.000-1.500 neonati ne siano vittime di SBS ogni anno^{8 9 10 11 12}, con una mortalità intorno al 30%¹³. In Italia, non sono rintracciabili studi che offrono dati sul tasso di incidenza della sindrome. Ad oggi, gli unici a disposizione, riguardano uno studio effettuato tra l'anno 2001 e il 2004 nel Veneto. Da questo risulta una stima di incidenza della SBS di 30 casi ogni 100,000 nati vivi residenti (dati non pubblicati). Nella letteratura più recente la SBS è stata inserita in un quadro di patologia più generale definita come *Abusive Head Trauma* (AHT) e quindi riferita al capitolo ancora più grande delle lesioni craniche traumatiche. I traumi cranici infatti rappresentano la causa principale di morte

da maltrattamento e secondo alcuni ricercatori l'80% delle morti da trauma cranico nei bambini al di sotto dei 2 anni di età sono il risultato di un trauma non accidentale^{14 15 16}.

Tenendo conto della gravità di tale forma di maltrattamento, riteniamo che essa necessiti di una consapevole e urgente presa di coscienza da parte delle Istituzioni e dei professionisti che si occupano di tutelare il minore. È infatti necessario attivare urgentemente piani di prevenzione e interventi efficaci che ne contrastino l'insorgere.

A fronte di tale considerazione, risulta rilevante studiare i nuclei familiari con bambini vittime di SBS. Benché il focus della maggior parte della letteratura riguardante la SBS si sia concentrato principalmente sui meccanismi di lesione e danno, e sulle sequele della sindrome, si ritrovano a livello internazionale anche studi riguardanti i fattori di rischio che espongono il bambino ad una maggiore probabilità di divenire vittima di SBS. Tali fattori riguardano alcune caratteristiche del bambino, del perpetratore e del contesto sociale e comunitario del nucleo familiare di appartenenza. Le conoscenze derivanti a questi studi sono essenziali per disegnare interventi di prevenzione della SBS e soprattutto agire con le famiglie che si trovano in situazioni più critiche al fine di prevenire gli eventi stressanti e ridurre la probabilità che si verifichi uno scuotimento. Rispetto al bambino, tra i fattori più spesso riportati in letteratura vi è il suo pianto, spesso inconsolabile che crea dei sentimenti di frustrazione, colpa, inadeguatezza e rabbia nei genitori o nelle persone accudenti il bambino¹⁷, ma anche l'età e il sesso: le vittime di SBS infatti, sono bambini nella grande maggioranza dei casi di età inferiore ad 1 anno, in particolare inferiore ai 6 mesi, e tra questi, sono più colpiti i bambini maschi. Altri fattori descritti in letteratura sono il basso peso alla nascita, la nascita pre-termine e la presenza di una patologia organica o di una disabilità già dalla nascita. Questi ultimi 3 fattori di rischio possono rendere il bambino più difficile da gestire o diverso dal "bambino sognato" e quindi meno tollerato nei bisogni e nell'accudimento. Razza ed etnia non sono considerati fattori di rischio¹⁸. In uno studio più recente, alcuni Autori individuano un ulteriore fattore di rischio: l'ansia da separazione che pure è una tappa fisiologica nello sviluppo psicologico del bambino^{19 20}.

Per quanto riguarda il perpetratore del maltrattamento, nei casi in cui ha ammesso di avere usato lo scuotimento, lo ha descritto come una tecnica per arrestare il pianto del bambino²¹. In Brasile, il 10% delle madri con figli di età inferiore ai due anni intervistate in uno studio condotto in Embu, nello stato di San Paulo, ha ammesso di aver scosso i loro figli, nell'ultimo anno²². Il genitore che agisce lo scuotimento, ha in genere una scarsa tolleranza alla frustrazione, una immaturità affettiva oppure una scarsa esperienza nei confronti della gestione del lattante. Altri fattori di rischio indicati in letteratura sono la giovane età del caregiver, in particolare madri di età inferiore ai 18 anni e con

un basso livello di scolarizzazione, la struttura monoparentale del nucleo familiare, la presenza di patologie psichiche, soprattutto ansia e/o depressione, abuso di droga o di farmaci ed infine deficit intellettivi. Anche la gelosia della relazione tra il bambino e altre figure che di lui si prendono cura viene considerato un fattore di rischio. Per quanto riguarda il contesto familiare e sociale i fattori di rischio individuati dagli Autori comprendono l'isolamento ed uno scarso supporto sociale del nucleo familiare, la presenza di problematiche di coppia, una condizione, anche transitoria, di difficoltà economiche (ad esempio la perdita improvvisa del lavoro) e la presenza di eventi stressanti (ad esempio le calamità naturali), la difficoltà di accesso alle strutture medico-sanitarie territoriali e la difficoltà nella gestazione.

In ambito nazionale, non esistono ricerche significative in merito agli interventi specifici che tutelano il minore vittima di trauma cranico non accidentale. Studi interessanti sono stati individuati a livello internazionale. Uno studio svolto nel Maine²³ si pone come obiettivo finale quello di migliorare le risposte professionali e assistenziali a tutela dei minori vittime di Abusive Head Trauma. Da esso emerge che solo un terzo dei casi in cui si è verificato il maltrattamento era stata svolta precedentemente ad esso un benché minima valutazione del rischio da parte dei servizi di tutela. Per estendere la quota delle famiglie valutate prima che gli eventi accadano e quindi eventualmente sottoposte ad azioni di prevenzione, supporto e tutela. Dipartimento dei servizi del Maine ha prodotto una specifica procedura di valutazione del rischio di AHT. Questa esperienza ha evidenziato come la valutazione del rischio di maltrattamento sia procedura indispensabile e nonostante ciò venga o realizzata in modo incompleto o addirittura tralasciata da parte dei servizi di protezione del bambino. La conclusione degli Autori è che la valutazione precoce del rischio dovrebbe essere uno degli elementi fondamentale dell'approccio al maltrattamento e che essa gioca un ruolo essenziale sulla più generale tutela del bambino.

In tema di tutela dei minori vittime di AHT, risale al 2003 ad opera del Dipartimento per la salute del bambino del Galles²⁴, uno studio che mira ad individuare quali possano essere i fattori che influenzano il trattamento di bambini piccoli con emorragia subdurale e la segnalazione alle agenzie di protezione del bambino. I dati sono stati raccolti da medici, servizi sociali, polizia e autorità giudiziaria, sono stati considerati i casi dal momento dell'accesso in ospedale e per i quali si è proceduto ad un invio del caso alla polizia e ai servizi di assistenza sociale. I risultati mostrano che i bambini che sono più a rischio di tali lesioni sono in genere molto piccoli, di età compresa tra 3 e 5 mesi. Essi risultano provenire nella maggior parte dei casi da famiglie svantaggiate in cui la coppia genitoriale è instabile e debole o dove il sostegno sociale è limitato. Lo studio voleva illustrare l'ipotesi secondo cui la decisione del pediatra di segnalazione del maltrattamento alla polizia o ai

servizi di tutela, potrebbe, in qualche misura, essere influenzato da fattori non prettamente clinici come le condizioni socio-economiche della famiglia e le caratteristiche demografiche. C'è un'urgente necessità di migliorare la formazione dei medici nell'identificazione di lesioni craniche non accidentali alla testa ma anche un urgente bisogno di migliorare la collaborazione multidisciplinare tra pediatri, assistenti sociali e gli organi di polizia.

Attualmente non esistono in Italia riferimenti, neppure aneddotici, che descrivano le prassi operative specifiche per casi di trauma cranico non accidentale o Shaken Baby Syndrome.

IV.2. Obiettivi dello studio

Il presente lavoro si propone di studiare le caratteristiche delle famiglie con bambini affetti da SBS e al fine di individuare i fattori di rischio del bambino della sua famiglia capaci di indirizzare su casi selezionati l'azione dei servizi sociali.

Altro obiettivo del lavoro è stato quello di verificare in questi casi se il tipo di azioni messe in atto fosse orientato dagli elementi di rischio e di patologia rilevati oppure fosse dipendente dalla fonte che decideva gli interventi o da altri elementi diversi.

IV.3. Materiali e Metodi

Sono stati arruolati nello studio 30 casi di bambini diagnosticati come affetti da SBS. Si tratta dell'intera casistica seguita presso il Centro Regionale per la Diagnostica del Bambino Maltrattato del Dipartimento di Pediatria dell'ospedale di Padova a partire dal 1° gennaio 2004 fino al 31 gennaio 2014.

IV.3.1 Fonti dei dati

Per il presente lavoro sono stati utilizzate diverse fonti, alcune derivanti da registri e flussi informativi correnti, altre da documentazione clinica

- CEDAP. Il Certificato di Assistenza al Parto è uno strumento, attivato in Italia a partire dal 2002²⁵
²⁶, che permette di monitorare tutti i parti, sia che avvengano in un ospedale pubblico o privato, sia a domicilio, indipendentemente dalle condizioni della donna (ad es. clandestinità) e al riconoscimento o meno del nato. Esso contiene, una serie di informazioni suddivise in sei sezioni. La sezione generale contiene *dati in cui avviene l'evento di nascita* (regione, Istituto/azienda ospedaliera, Azienda USL, comune di evento); la sezione A, riguarda le *informazioni socio-demografiche sui genitori* (data di nascita, cittadinanza, comune di nascita, comune di residenza, regione e Azienda

ULSS di residenza, titolo di studio, condizione, stato civile, precedenti concepimenti e consanguineità tra i genitori); la sezione B contiene le informazioni sulla gravidanza (numero di visite di controllo, ecografie, indagini perinatali, tipo di decorso, difetto di accrescimento fetale, concepimento con tecniche di procreazione medico-assistita, età gestazionale); la sezione C le informazioni sul parto e sul neonato (luogo, modalità del travaglio, tipo di induzione, presentazione del nato, modalità del parto, data e ora del parto, genere del parto, personale sanitario, peso e lunghezza del neonato, sesso, tipo di genitali esterni, circonferenza cranica, vitalità, punteggio Apgar, necessità di rianimazione, presenza di malformazioni); la sezione D le informazioni sulle cause di nati mortalità (compilata dal medico curante nel caso in cui sia nato morto); e l'ultima sezione E che riporta le informazioni sulla presenza di malformazioni.

- SDO. La scheda di dimissione ospedaliera (SDO) è un modello per la rilevazione di un set predeterminato di dati relativi a ciascun dimesso dagli istituti di ricovero. Essa consente di disporre, di un flusso informativo relativo alla tipologia di assistenza erogata in tutti gli istituti ospedalieri sul territorio nazionale, quale supporto ai processi di valutazione, programmazione, gestione e controllo dell'attività ospedaliera, nonché quale rilevazione sistematica di carattere epidemiologico²⁷. La scheda di dimissione ospedaliera rappresenta pertanto uno strumento ordinario per la raccolta delle informazioni relative ad ogni paziente dimesso dagli istituti di ricovero in tutto il territorio nazionale e costituisce parte integrante della cartella clinica.
- Fonti cliniche
 - Cartella clinica di ricovero e di day-hospital dei casi. Sono state raccolte e analizzate tutte le cartelle cliniche dei casi dal momento del loro primo arrivo in ospedale e per tutto il follow-up compresa la progettazione e realizzazione del progetto assistenziale riabilitativo in collaborazione con i servizi sociali territoriali e quasi costantemente con l'autorità giudiziaria.
 - Interviste semi strutturate telefoniche agli assistenti sociali che hanno avuto il carico dei casi. I contenuti dell'intervista hanno riguardato tutte le azioni di tutela messe in atto autonomamente o in relazione ai dispositivi emessi dal Tribunale per i Minorenni. Oltre alla filiera dei provvedimenti e interventi intrapresi si sono raccolte anche informazioni sulla situazione attuale del minore e del suo nucleo familiare d'origine o eventualmente di affidamento e adozione.

IV.3.2 Metodi

Disegno sperimentale: Studio caso controllo appaiato per asl di residenza

Per valutare la presenza di fattori di rischio evidenziabili già alla nascita nei soggetti che sono andati

incontro a SBS rispetto a controlli in cui tale evento non si sia verificato, è stato disegnato uno **studio caso-controllo secondo Breslow**, appaiando ciascuno dei 30 casi di SBS con due controlli sani, per sesso, età del bambino e ULSS di residenza.

Per ogni caso di SBS, e per i due controlli appaiati, si sono identificati i relativi Certificati di Assistenza al Parto (Cedap).

Per i pazienti per cui non è stato possibile risalire al Cedap poiché nati in un ospedale fuori dalla regione Veneto, si è proceduto acquisendo le informazioni necessarie a partire dalle cartelle cliniche e di ricovero ospedaliero e quindi dalle relative schede di dimissione (SDO).

Le informazioni che, in alcuni casi non sono state ritrovate né nel CEDAP, né nelle SDO, sono state ricavate dalle cartelle cliniche e di ricovero in archivio presso il Centro Regionale per la Diagnostica del Bambino Maltrattato.

In 3 pazienti tutte le fonti utilizzate, Cedap, SDO e cartelle cliniche sono risultate talmente incomplete o mancanti da non permettere la raccolta di informazioni essenziali e quindi la permanenza dei casi nello studio. Si tratta di tre maschi. Due di nazionalità italiana e uno marocchina, la cui mancanza di informazione era dovuta per un caso alla nascita prima dell'anno 2000, quindi prima dell'inizio delle rilevazioni CEDAP, in un secondo caso alla nascita al di fuori della Regione Veneto e in terzo caso a causa del sequestro della documentazione da parte dell'Autorità giudiziaria per indagini tuttora in corso.

In conclusione, sono stati esaminati 27 bambini, e a partire dai Cedap sono stati selezionati due controlli per ogni caso (54 controlli in totale). Per i casi e i controlli così individuati si sono ricostruite, mediante record linkage con le SDO, le informazioni relative al ricovero di nascita, quali i giorni di degenza, i reparti di ricovero e dimissione, eventuali patologie presenti alla nascita.

IV.3.3 Analisi statistiche

Per l'analisi statistica si è utilizzato il package SAS versione 9.1.3 (SAS Institute Inc., Cary, NC, USA).

Analisi descrittiva

Sono state condotte analisi descrittive univariate sulle singole variabili e bivariate confrontando i casi ai controlli in relazione alle seguenti informazioni: variabili socio-demografiche dei genitori (età, stato civile, occupazione), informazioni sulle visite in gravidanza, sugli esiti delle precedenti gravidanze, differenza d'età con eventuali fratelli maggiori, outcome neonatali (prematurità, ipodistrofia, ricovero alla nascita in reparti intensivi).

L'analisi descrittiva ha permesso di individuare le variabili da inserire nel modello di analisi

statistica multivariata.

Analisi di regressione logistica

Dopo l'analisi descrittiva si sono condotte analisi multivariate. L'analisi multivariata è stata sviluppata mediante il metodo della regressione logistica condizionata secondo Breslow, con metodo stepwise²⁸.

In generale, lo scopo dell'analisi di regressione logistica è trovare il modello più adeguato e con minor numero di variabili possibili, ma anche biologicamente ragionevole, per descrivere la relazione tra una variabile dipendente (*outcome*) binaria o dicotomica e un set di variabili indipendenti (predittori o esplicative). L'analisi multivariata consente di aggiustare statisticamente l'effetto stimato di ogni variabile rispetto alle altre variabili incluse nel modello.

Il modello di riferimento della regressione logistica è il seguente:

$$y = \frac{e^{x\beta}}{1 + e^{x\beta}}$$

dove:

- y è il fenomeno dicotomico in analisi (nel nostro caso nato con SBS e nato senza SBS),
- $x = (x_1, \dots, x_p)$ è l'insieme delle p variabili esplicative di y e possono essere categoriali o continue.
- $\beta = (\beta_1, \dots, \beta_p)$ è l'insieme dei parametri che devono essere stimati dal modello e che definiscono l'entità della relazione fra y e x .

Nel modello di regressione logistica il metodo di stima dei parametri è noto come metodo della massima verosimiglianza. In generale, questo metodo produce, per i parametri ignoti, valori che massimizzano la probabilità di ottenere l'insieme dei dati osservati. Per applicare tale metodo si deve dapprima costruire una funzione, chiamata funzione di verosimiglianza definita come la probabilità di osservare una data realizzazione campionaria, condizionata ai valori assunti dai coefficienti oggetto di stima. Gli stimatori di massima verosimiglianza dei parametri sono scelti in modo da massimizzare questa funzione.

Attraverso l'analisi di regressione logistica è possibile ottenere gli *Odds Ratio* (OR) che rappresentano una misura di associazione ampiamente utilizzata in epidemiologia poiché approssima quanto è più probabile per un *outcome* essere presente fra i soggetti con una data caratteristica ($x=1$) rispetto a quelli che non la presentano ($x=0$). Questa interpretazione per l'OR deriva dal fatto che, quando si studiano eventi rari, tale misura approssima una quantità nota come Rischio Relativo (RR).

Analisi di regressione Logistica negli studi caso-controllo

Nel disegno Caso-controllo con appaiamento i soggetti vengono stratificati sulla base di variabili che si presumono associate con l'outcome. All'interno di ogni strato viene scelto un campione di casi ($y = 1$) e uno di controlli ($y = 0$). Il numero di casi e controlli non deve necessariamente essere costante tra gli strati, ad esempio nello studio caso controllo 1:2, ciascun caso è appaiato a due controlli.

Nelle analisi multivariate è possibile trattare le variabili di stratificazione includendole nel modello, ma questo approccio funziona adeguatamente solo se il numero di soggetti in ogni strato è ampio, in caso contrario è possibile utilizzare la regressione logistica condizionata nella quale la verosimiglianza condizionata per il k -esimo strato è ottenuta come la probabilità del verificarsi della configurazione di casi e controlli dello strato, condizionata al numero n_{1k} e n_{0k} di casi e controlli.

L'analisi di regressione logistica condizionata è stata applicata per descrivere i principali predittori della sindrome SBS. La variabile dipendente assume valore 1 per i nati con SBS e valore 0 per i controlli, mentre i predittori (sexo del bambino, nazionalità italiana o straniera, età madre inferiore o superiore a 25 anni, nato prematuro o a termine, differenza di età col fratello maggiore superiore o inferiore ai 3 anni), sono stati selezionati nel modello mediante il processo di selezione *stepwise* (scegliendo 0,20 come *p-value* per entrare nel modello e 0,15 come *p-value* per rimanere nel modello). Questo processo di selezione, procedendo a passi successivi, inserisce una alla volta nel modello le variabili maggiormente significative.

Per l'analisi di regressione logistica vengono riportati i coefficienti, lo *standard error* e gli *odds ratio* (ORs) aggiustati con i corrispondenti intervalli di confidenza al 95% (CIs).

Studio di coorte

Successivamente è stato attuato uno studio di coorte che ha usato un approccio multifonte raccogliendo informazione circa l'evoluzione dei trenta casi a partire sia dalla documentazione clinica ospedaliera e territoriale della rete dei servizi sanitari che hanno seguito i casi, sia dalle interviste telefoniche condotte con le assistenti sociali che di volta in volta hanno avuto la responsabilità dei casi. Questa seconda fonte è stata direttamente collegata con i dispositivi e i diversi decreti emessi dal Tribunale per i Minorenni sugli stessi casi.

IV.4. Risultati

IV.4.1. Caratteristiche del bambino

Per quanto riguarda il bambino, risulta che i pazienti affetti da SBS, sono in prevalenza di sesso maschile (63%) e di nazionalità straniera. Infatti il 41% dei bambini con SBS, ha madre nata all'estero rispetto al 22% degli altri nati.

Il 41% di bambini affetti da SBS è nato prima del termine della gravidanza rispetto all'11% degli altri nati. Dai dati quindi, risulta un'associazione statisticamente significativa tra prematurità e SBS ($\chi^2=9.25$ $p=0.0024$). Dei casi di bambini affetti dalla sindrome che sono prematuri, 3 sono nati prima della trentaduesima settimana di età gestazionale, mentre 6 dopo la trentacinquesima.

Dalle schede di dimissione ospedaliera, emerge che alla nascita, i bambini con SBS, sono rimasti ricoverati 3 giorni in più rispetto agli altri nati, (7,6 gg vs 4,5 gg). In particolare, un quarto dei bambini con SBS, rimane ricoverato per più di 10 giorni.

Inoltre, un terzo dei casi con SBS è stato trasferito alla nascita in reparti ospedalieri intensivi, rispetto al 7,8% dei controlli.

IV.4.2. Caratteristiche dei genitori

Rispetto allo stato civile dei genitori non si evidenziano differenze significative tra il gruppo dei casi e quello dei controlli (63% vs 64%). Rilevanti differenze tra i due gruppi non si riscontrano anche nella percentuale di madri primipare (50% vs 51%), mentre si evidenzia che il 30% dei bambini affetti da SBS ha un fratello/sorella, con una differenza di età inferiore a 3 anni. Per quanto riguarda gli esiti negativi di gravidanze precedenti (aborti IVG, nati morti), la differenza tra le madri di bambini con SBS e le altre madri risulta minima. Una madre su tre (34%) dei bambini affetti da SBS ha aspettato più di dieci settimane dal concepimento prima di effettuare la prima visita di controllo, contro il 19% delle madri dei controlli selezionati.

Emerge poi, un'associazione statisticamente significativa tra SBS e occupazione della madre ($\chi^2=5.12$ $p=0.0236$): più della metà delle madri dei bambini con SBS non lavora.

Un dato evidenzia un'alta percentuale (59% vs 32%) per i bambini affetti da SBS, di genitori con una differenza di età superiore a 4 anni. Inoltre, le madri di questi bambini sono molto più giovani rispetto alle altre madri, infatti in un terzo dei casi hanno dato alla luce il loro bambino prima dei 25 anni di età.

Differenza di età tra i genitori superiore ai 4 anni e età materna inferiore ai 25 anni risultano

statisticamente associate alla sindrome SBS (rispettivamente $\chi^2=5.06$ $p=0.0246$; $\chi^2=$ $p=7.87$ $p=0.0195$). (Tabella 1)

Tabella 1. Risultati dello studio di analisi univariata e bivariata

Variabili	CASI (N=27)		CONTROLLI (N=54)	
	N	%	N	%
Sesso				
maschi	17	73,9	27	54,0
femmine	10	43,5	27	54,0
Nazionalità				
Italiana	16	59,3	42	77,8
Straniera	11	40,7	12	22,2
Prematurità*				
19-36	11	40,7	6	11,3
37+	16	59,3	47	88,7
Madri primipare				
yes	14	51,9	27	50,9
no	13	48,1	26	49,1
missing = 1				
Età della madre *				
>24	9	33,3	5	9,3
25-30	7	25,9	14	25,9
<30	11	40,7	35	64,8
Differenza di età tra i genitori §				
<=4	11	40,7	33	67,3
>4	16	59,3	16	32,7
Dato mancante: 5				
Ricovero in TIPED alla nascita				
yes	8	33,3	4	7,8
no	16	66,7	47	92,2
Dato mancante = 6				
Distanza dall'ultimo parto				
primipara	14	51,9	27	51,9
<3 anni	8	29,6	9	17,3
>= 3 anni	5	18,5	16	30,8
Dato mancante = 2				
Aborti precedenti				
SI	6	22,2	12	22,6
No	21	77,8	41	77,4
Dato mancante = 1				
PMA				
yes	1	4,8	0	0,0
no	20	95,2	53	100,0
Dato mancante = 7				
Stato civile				
Nubile/altro	10	37,0	19	35,2
coniugata	17	63,0	35	64,8
Occupazione della madre §				

occupata	12	44,4	38	70,4
Non occupata/casalinga	15	55,6	16	29,6
Settimana della prima visita				
Prima di 10 settimane	14	66,7	41	80,4
Dopo 10 settimane	7	33,3	10	19,6
Dato mancante = 9				

test: X^2 with statistical significance:

* $p < 0,01$

§ $p < 0,05$

Dall'analisi di regressione multivariata, è possibile affermare che i fattori predittivi significativi di diagnosi di Shaken Baby Syndrome sono la prematurità del bambino (OR=5,132; $p=0.0024$) un'età della madre al parto inferiore a 25 anni (OR: 6,405; $p=0.0195$) In particolare, i nati prematuri, hanno una probabilità di divenire vittima di SBS cinque volte maggiore rispetto ai nati a termine e le madri con età inferiore a 25 anni, hanno una probabilità sei volte maggiore di avere figli che potranno subire questa forma di maltrattamento. (Tabella 2)

Tabella 2. Risultati dell'analisi di regressione logistica condizionata con metodo stepwise (p-value per entrare nel modello=0.20 e p-value per restare=0,15)*

Parametri	EVALUATION	p	OR	95% CI	
Età della madre casi <25 vs gruppo di controllo 25+	1,8571	0.0416	6,405	1,073	38,224
Prematurità casi vs gruppo di controllo	1,6354	0.0213	5,132	1,275	20,649

*Variabili incluse nell'analisi: sesso, nazionalità, età della madre, prematurità <37 sg, avere avuto un parto entro 3 anni dal precedente.

Inoltre, nelle famiglie dei bambini affetti da SBS, le problematiche più rilevanti ritrovate riguardano la presenza di dipendenze, anche per entrambi i genitori riscontrate nel 17% dei casi (Tabella 3) e tratti di psicopatologia nel 48% (Tabella 4) di cui quasi la metà con patologie psichiatriche diagnosticate.

Tabella 3. Dipendenze

Dipendenza	chi	cosa	N	%
Si			5	17
	padre	Cannabis	1	3
		gioco d'azzardo	1	3
		Sostanze	1	3
	madre/padre	Cocaina	1	3
		Eroina	1	3

no			20	69
dato mancante			4	14
Totale			29	100

Tabella 4. Tratti di psicopatologia

Tratti di psicopatologia	Chi	N	%
sì		14	48
	Madre	2	7
	Padre	4	14
	madre/padre	8	28
no		6	21
dato mancante		9	31
Totale		29	100

Gli interventi di tutela (Tabella 5)

Per i casi di SBS analizzati, si nota che la segnalazione all'Autorità Giudiziaria, viene inoltrata quasi sempre alla Procura Minorile e a quella Ordinaria dall'ospedale, nel 72% dei casi entro i primi 30 giorni e la risposta avviene solo per il 30% dei casi entro i primi 20 giorni ma per il 14% a distanza di due di mesi ed anche oltre dilatando il tempo di ricovero del bambino in ospedale. Rispetto all'intervento dei servizi, la prima discussione del caso tra i servizi in UVDM avviene molto di rado entro i primi 40 giorni e più spesso tra i 40 e gli 80 giorni o oltre.

Il primo dispositivo del Tribunale dispone l'allontanamento del bambino dall'abitazione con o senza un genitore per il 72% dei casi che viene per la maggior parte collocato in comunità mamma bambino, molto più raramente viene allontanato da solo e inserito in una comunità per minori o collocato in famiglia affidataria. Solo una piccola parte rientra a casa ma anche in questi provvedimenti, quasi sempre il TM dispone un provvedimento sulla potestà genitoriale che viene generalmente sospesa.

Attualmente, la condizione di tutela di questi bambini dimostra che un allontanamento definitivo dal nucleo di origine viene disposto per il 31% dei minori. La percentuale sale al 41% per i bambini che oggi sono collocati o sono rientrati presso la famiglia d'origine con un reintegro della potestà genitoriale e che dimostra la completa riabilitazione di queste famiglie. In una quota non trascurabile dei casi avviene il rientro presso la famiglia d'origine ma con una limitazione della potestà dei genitori.

I tempi che intercorrono tra il momento della diagnosi e la fine del percorso assistenziale di tutela dimostrano che in Italia, i servizi e le istituzioni arrivano ad una conclusione del caso che permette l'uscita di questi nuclei familiari dal circuito assistenziale per il 18% entro un anno, per il 28% in un arco di tempo compreso tra 1 e 5 anni e il 10% da 5 a sette anni, e per il 7% dei casi sono a tutt'oggi

attivi interventi di cura e riabilitazione di queste famiglie.

Tabella 5. Gli interventi di tutela

	SI N (%)	NO N (%)
Segnalazione alla Procura Ordinaria	25 (86)	4 (14)
Segnalazione alla Procura Minorile	27 (93)	2 (7)
Allontanamento	21 (72)	8 (28)
<i>Comunità per minori</i>	4	
<i>Comunità mamma-bambino</i>	10	
<i>affidamento eterofamiliare</i>	4	
<i>affido alla famiglia di origine con ADI</i>		3
<i>affido alla famiglia di origine senza ADI</i>		5
<i>non noto</i>	3	
Affido al Servizio Sociale	22 (76)	7 (24)
<i>Comune di residenza</i>	10	4
<i>ULSS di residenza</i>	12	3
Potestà genitoriale intaccata	24 (83)	5 (17)
<i>Sospensione</i>	18	
<i>Decadenza</i>	1	
<i>Affievolimento</i>	5	
<i>Nessuno</i>		5
Tutore	16 (55)	
Curatore	2 (7)	
Provvedimento attuale		
<i>Adozione</i>	5	
<i>Affidamento ai nonni/papà decadenza/mamma affievolimento</i>	1	
<i>Affido nonni materni/Padre decaduto/Mamma sospesa</i>	1	
<i>Famiglia affidataria sine die/Potestà Sospesa (M)/Potestà decaduta (P)</i>	1	
<i>Famiglia affidataria/potestà sospesa/tutore</i>	1	
<i>Famiglia origine/potestà integra</i>		
<i>Famiglia origine con sospensione/affido SS/Tutore legale</i>	9	
<i>Famiglia origine/affido SS/Padre sospeso/Madre integra</i>	3	
<i>Famiglia origine/potestà integra/Affidamento SS</i>	1	
<i>Famiglia origine/potestà sospesa/Affidamento SS</i>	3	
<i>Comunità mamma-bambino</i>	1	
<i>Perso al follow-up</i>	2	
	1	

IV.5. Discussione e Conclusioni

La Shaken Baby Syndrome rappresenta una forma di maltrattamento che comporta conseguenze molto gravi.

La casistica utilizzata è di gran lunga la più consistente in Italia e fornisce la possibilità di comprendere il profilo particolare di questo tipo di famiglie. Dallo studio, vengono confermati alcuni fattori di rischio, descritti anche in letteratura come favorenti il trauma cranico abusivo^{29 30}. Per quanto riguarda il bambino, si evidenzia la prematurità, che aumenta di 5 volte la probabilità che insorga una dinamica maltrattante di scuotimento. I bambini prematuri sono spesso più impegnativi di quelli nati a termine, necessitano di cure maggiori e piangono di più. Per questi motivi, che li rendono più richiestivi di attenzione e presenza del caregiver è facile che si verifichino sentimenti di frustrazione e stress per il genitore bambino. La più frequente causa di frustrazione è, come riportato in letteratura, il pianto continuo e non consolabile del bambino che il caregiver non riesce a interpretare, calmare o a tollerare e al quale risponde in maniera pulsiva mettendo in atto un movimento di scuotimento, che può avere durata variabile, ma che richiede grande energia cinetica. Anche il sesso maschile, seppur privo di un'associazione statisticamente significativa viene confermato come fattore rilevante, con una prevalenza del 63%. Si evidenzia poi una maggiore ospedalizzazione alla nascita dei bambini affetti da SBS, che in media rimangono ricoverati 3 giorni in più rispetto agli altri nati. Il dato sembra poter essere in parte ricondotto alla prematurità che spesso richiede cure più lunghe dopo la nascita ed un monitoraggio costante delle funzioni vitali del bambino durante i primi giorni di vita. Per quanto riguarda le famiglie con bambini affetti a SBS, quello che emerge in modo molto significativo è la giovane età materna, che aumenta di 6 volte il rischio di scuotimento. Questo dato viene riportato in numerosi studi ritrovati in letteratura. Le madri molto giovani, che si ritrovano ad affrontare la prima gravidanza e che per la prima volta diventano genitori, sono spesso impreparate nella gestione di un neonato e difficilmente sanno interpretare e rispondere adeguatamente alle sue richieste. Un altro elemento che caratterizza le madri nella nostra casistica è la disoccupazione. Tale caratteristica, potrebbe essere legata ad una condizione di difficoltà economica che aumenta lo stress e la frustrazione del genitore ma anche ad una sua maggior permanenza in casa con il figlio e ad un aumento del tempo che genitore e figlio trascorrono insieme. La difficoltà economica e l'isolamento sociale del nucleo familiare sono fattori cruciali poiché rappresentano un fenomeno crescente nell'attuale struttura sociale-italiana con famiglia nucleare scollegata e spesso lontana dalla famiglia allargata e dalla famiglia di origine, come nel caso delle famiglie migranti (che rappresentano il 30% delle famiglie con nuovi nati in

Veneto) e nel periodo attuale di gravissima crisi economica. Anche i controlli per la gravidanza (ecografia e diagnosi prenatale) eseguiti tardivamente e solo dopo aver scoperto dello stato di gravidanza emergono come risultato rilevante. Infatti, le madri si sono sottoposte a tali controlli nella maggior parte dei casi più di due mesi dopo, come se il bambino non fosse stato cercato e la gravidanza fosse stata una scelta poco consapevole o elaborata. Un'altra caratteristica riguarda una differenza di età elevata tra i genitori. Le madri dei pazienti studiati sono quindi molto giovani e i padri molto più adulti. Altro importante fattore associato alla sindrome è la presenza di altri bambini nel nucleo familiare poco distanziati dal caso di scuotimento, in genere meno di 3 anni e in genere più di 2 bambini nel nucleo. Le famiglie dei casi di SBS non sembrano invece significativamente diverse rispetto alle altre famiglie dei controlli studiati rispetto al livello di scolarizzazione, come invece riportato in letteratura, e per lo stato civile.

In conclusione, sono due i fattori che emergono e vengono confermati in maniera schiacciante dal nostro studio: la prematurità del bambino e la giovane età materna.

Nello studio longitudinale, oltre a questi fattori, particolare peso sembrano avere le caratteristiche di base dei genitori, quali la presenza di dipendenza da sostanze, di psicopatologie franche. Tali fattori si ritrovano in letteratura, anche se nel nostro studio ciò che esercita una maggiore influenza è la prematurità del bambino e la giovane età materna. Riflettendo sui risultati raccolti, è possibile osservare come non esistano fattori di rischio isolati che lascino presumere che alcune famiglie siano più a rischio di altre, ma che i fattori siano tra loro interdipendenti e che si influenzino a vicenda. Sembra impossibile disegnare un identikit del genitore che scuote ed è necessario entrare più a fondo nelle dinamiche familiari e nella storia dei genitori, tenendo costantemente presente che il trattamento di queste famiglie, l'esistenza dei fattori di rischio e l'individuazione di famiglie a rischio non implica come certa conseguenza l'insorgenza della patologia attesa e non mira alla stigmatizzazione delle famiglie vulnerabili, ma, è però necessaria per la pianificazione di strategie di prevenzione primaria del maltrattamento.

In conclusione, gli interventi idonei di prevenzione della Sindrome del Bambino Scosso dovrebbero essere predisposti tenendo conto delle caratteristiche dei genitori, spesso se lo diventano per la prima volta e della condizione culturale e socio-economica in cui il nucleo è inserito, poiché alcuni nuclei e alcuni genitori necessitano di un supporto esterno che li aiuti a diventare buoni genitori e li affianchi nei momenti critici che possono verificarsi in concomitanza dell'arrivo di un figlio ed in particolare nei primi mesi di vita in cui spesso si rivela più impegnativo. Tra le principali attività di prevenzione potrebbe rivelarsi l'identificazione perinatale e continua dei bambini e delle famiglie a rischio, che vanno supportate, incentrando sulla comunità e la famiglia l'intera rete di assistenza e di

sostegno, mediante un programma di azioni che favorisca ad esempio le visite a domicilio e mediante una informazione chiara circa la disponibilità, nella sua più ampia accezione, dei servizi dedicati al supporto familiare, in particolare per le famiglie socialmente isolate e in condizioni socio-economiche critiche, madri giovani e molto più giovani dei padri, disoccupate e che partoriscono prematuramente. Un elemento rilevante emerso dal presente lavoro di tesi è che anche il tipo di interventi di tutela che può influenzare la prognosi di questi bambini e di queste famiglie. Primo tra tutti, la latenza delle azioni cardine, quali la segnalazione, il primo Decreto del Tribunale per i Minorenni, e la prima UVMD che spesso hanno tempi di latenza talvolta anche di alcuni mesi e che contribuiscono a depauperare le risorse già scarse della famiglia, dall'altro le attitudini della rete dei servizi sociali e socio-sanitari territoriali, che presentano una asimmetria tra ciò che viene proposto e ciò di cui il bambino ha bisogno. Questa difficoltà rallenta tutti i passaggi dal sospetto diagnostico, alla diagnosi, alla definizione del progetto terapeutico, alla presa in carico ed alla risoluzione più adatta del caso. I tempi sono quindi lunghi, difficili caratterizzati da interventi quantitativi massicci e che sembrano non far presagire che alcuni nuclei familiari siano realisticamente recuperabili in tempi che siano a misura del bambino.

Risulta di fondamentale importanza la fusione, la simmetria e la coerenza tra l'approccio medico, con quello di tutela e di supporto della famiglia, che non possono non tener conto costantemente del dato di realtà delle lesioni anche se non si vedono e non si immaginano. I risultati ottenuti dalla ricerca potrebbero essere utilizzati dunque, come fonte di supporto per i professionisti, per i servizi, ma in generale per tutte le istituzioni che si occupano di tutelare l'infanzia, al fine di individuare strategie di trattamento e di prevenzione che possano risultare efficaci contro questa poco trattata e conosciuta forma di maltrattamento come la Sindrome del Bambino Scosso, a fronte delle gravi o gravissime conseguenze che ne derivano sul bambino e che compromettono la sua crescita.

IV. Bibliografia

-
- ¹ Lind K, Laurent-Vannier A, Toure H, Brugel DG, Chevignard M. Outcome after a shaken baby syndrome. *Arch Pediatr*. 2013;20(4):446-8.
 - ² Theodore AD, Chang JJ, Runyan DK, Hunter WM, Bangdiwala SI, Agans R. Epidemiologic features of the physical and sexual maltreatment of children in the Carolinas. *Pediatrics*. 2005;115(3):e331-7.
 - ³ Keenan HT, Nocera M, Bratton SL. Frequency of intracranial pressure monitoring in infants and young toddlers with traumatic brain injury. *Pediatr Crit Care Med*. 2005;6(5):537-41.
 - ⁴ Keenan HT, Runyan DK, Marshall SW, Nocera MA, Merten DF. A population-based comparison of clinical and outcome characteristics of young children with serious inflicted and non-inflicted traumatic brain injury. *Pediatrics*. 2004;114(3):633-9.
 - ⁵ Keenan HT, Runyan DK, Marshall SW, Nocera MA, Merten DF, Sinal SH. A population-based study of inflicted traumatic brain injury in young children. *JAMA*. 2003;290(5):621-6.
 - ⁶ Keenan HT, Brundage SI, Thompson DC, Maier RV, Rivara FP. Does the face protect the brain?, a case-control study of traumatic brain injury and facial fractures. *Arch Surg*. 1999;134(1):14-7.
 - ⁷ Carbaugh SF. Understanding shaken baby syndrome. *Adv Neonatal Care*. 2004;4(2):105-14.
 - ⁸ Langlois JA, Rutland-Brown W, Thomas KE. The incidence of traumatic brain injury among children in the United States: differences by race. *J Head Trauma Rehabil*. 2005;20(3):229-38.
 - ⁹ Keenan HT, Runyan DK, Nocera M. Longitudinal follow-up of families and young children with traumatic brain injury. *Pediatrics*. 2006;117(4):1291-7.
 - ¹⁰ Keenan HT, Runyan DK, Nocera M. Child outcomes and family characteristics 1 year after severe inflicted or noninflicted traumatic brain injury. *Pediatrics*. 2006;117(2):317-24.
 - ¹¹ Keenan HT, Marshall SW, Nocera MA, Runyan DK. Increased incidence of inflicted traumatic brain injury in children after a natural disaster. *Am J Prev Med*. 2004;26(3):189-93.
 - ¹² Dowd MD, Keenan HT, Bratton SL. Epidemiology and prevention of childhood injuries. *Crit Care Med*. 2002;30(11 Suppl):S385-92.
 - ¹³ Matschke J, Püschel K, Glatzel M. Ocular pathology in shaken baby syndrome and other forms of infantile non-accidental head injury. *Int J Legal Med*. 2009;123(3):189-97.

-
- ¹⁴ Bruce DA. Imaging after head trauma: why, when and which. *Childs Nerv Syst.* 2000;16(10-11):755-9.
- ¹⁵ Bruce DA, Raphaely RC, Goldberg AI, Zimmerman RA, Bilaniuk LT, Schut L, Kuhl DE., Pathophysiology, treatment and outcome following severe head injury in children. *Childs Brain.* 1979;5(3):174-91.
- ¹⁶ Zimmerman RA, Bilaniuk LT, Bruce D, Schut L, Uzzell B, Goldberg HI. Computed tomography of craniocerebral injury in the abused child. *Radiology.* 1979;130(3):687-90.
- ¹⁷ Fujiwara T, Yamada F, Okuyama M, Kamimaki I, Shikoro N, Barr RG. Effectiveness of educational materials designed to change knowledge and behavior about crying and shaken baby syndrome: a replication of a randomized controlled trial in Japan. *Child Abuse Negl.* 2012;36(9):613-20.
- ¹⁸ Sinal SH, Petree AR, Herman-Giddens M, Rogers MK, Enand C, Durant RH. Is race or ethnicity a predictive factor in Shaken Baby Syndrome? *Child Abuse Negl.* 2000;24(9):1241-6.
- ¹⁹ Stephens A, Kaltner M, Larkins S, Franklin RC, Taey K, Stewart R, et al. Infant abusive head trauma: incidence outcomes and awareness. *Aust Fam Physician.* 2012;41:823-6.
- ²⁰ Lopes NR, Eisenstein E, Williams LC. Abusive head trauma in children: a literature review. *J Pediatr.* 2013;89(5):426-33
- ²¹ Case ME, Graham MA, Handy TC, Jentzen JM, Monteleone JA; National Association of Medical Examiners Ad Hoc Committee on Shaken Baby Syndrome. Position paper on fatal abusive head injuries in infants and young children. *Am J Forensic Med Pathol.* 2001;22(2):112-22.
- ²² Runyan DK, Shankar V, Hassan F, Hunter WM, Jaind D, Paula CD, et al. International variations in harsh child discipline. *Pediatric.* 2010;126:701-11.
- ²³ Biron D, Shelton D. Perpetrator accounts in infant abusive head trauma brought about by a shaking event. *Child Abuse Negl.* 2005;29(12):1347-58.
- ²⁴ Kemp AM, Stoodley N, Copley C, Coles L, Kemp KW. Apnoea and brain swelling in non-accidental head injury. *Arch Dis Child.* 2003;88(6):472-6; discussion 472-6.
- ²⁵ Decreto 16 luglio 2001, n. 349. Regolamento recante: "Modificazioni al certificato di assistenza al parto, per la rilevazione dei dati di sanità pubblica e statistici di base relativi agli eventi di nascita, alla nati-mortalità ed ai nati affetti da malformazioni". *Gazzetta Ufficiale* 19 settembre 2001, n.218.

-
- ²⁶ Circolare Ministero della Salute n.15 del 19/12/2001. Modalità di attuazione del Decreto 16 luglio 2001, n. 249: Regolamento recante "Modificazioni al certificato di assistenza al parto per la rilevazione dei dati di sanità pubblica e statistici di base relativi agli eventi di nascita, alla nati-mortalità ed ai nati affetti da malformazioni".
- ²⁷ Decreto Ministeriale 28 Dicembre 1991. Istituzione della scheda di dimissione ospedaliera. Gazzetta Ufficiale 17 Gennaio 1992 n.13
- ²⁸ Hosmer DW, Lemeshow S. Applied Logistic Regression. *Wiley Series in Probability and Statistics*, 1989.
- ²⁹ Paavilainen E., Astedt-Kurki P. Functioning of child maltreating families: lack of resources for caring within the family. *Scand J Caring Sci.* 2003;17(2):139-47.
- ³⁰ National Research Council. *Understanding child abuse and neglect*. National Academy of Sciences Press. Washington DC, 1993.

V. STUDIO 2: “I SOLITI NOTI”: FAMIGLIE MULTIPROBLEMATICHE NOTE ALLA RETE E FORME DI MALTRATTAMENTO SCONOSCIUTE: IL CASO DEL CHEMICAL ABUSE

V.1. Introduzione

Nel 1962 Kempe e colleghi, nell'articolo “The Battered child sindrome” a seguito di un dibattito sul maltrattamento ai minori e le sue forme, precisano che i genitori, uno o entrambi, potrebbero anche maltrattare il proprio bambino attraverso la somministrazione di una dose eccessiva di farmaci, droghe, alcol o qualsiasi altra sostanza tossica¹. Gli autori, successivamente, non approfondiscono tale tema ma risulta naturale immaginare che per riuscire a formulare una simile dichiarazione avevano incontrato casi con questa forma di maltrattamento o, comunque, erano a conoscenza di bambini abusati a causa di avvelenamento. Spesso i termini “avvelenamento” ed “intossicazione” vengono associati ed usati come sinonimi. Il primo è definito come *“l'ingestione, il contatto o l'esposizione ad un veleno in quantità tali da procurare una sintomatologia specifica e grave”*; il secondo come *“uno stato patologico dell'organismo causato dall'azione di una sostanza esogena o endogena, tossica per natura o dosaggio”*².

Il *Chemical abuse* comprende sia gli avvelenamenti dovuti a somministrazioni attive da parte dei genitori ma anche quelli causati da situazioni di pericolo, negligenza o mancanza di supervisione. Quindi l'abuso chimico nei confronti di un bambino si inserisce nell'ambito dei maltrattamenti infantili in quanto atto che danneggia o minaccia lo stato di salute del minore. Agenti potenzialmente tossici che rientrano nelle sostanze determinanti il Chemical Abuse possono essere: sostanze stupefacenti, alcol, farmaci, e sostanze caustiche.

Una ricerca condotta dal *Toxic Exposure Surveillance System (TESS) of the American Association of Poison Control Centers* riporta che nel 1998 si sono verificati 19 decessi causati da esposizione a sostanze tossiche di cui 7 attribuibili, nello specifico, a farmaci³.

Agran e colleghi, dal 1996 al 1998, esaminano i certificati di morte del California Hospital per identificare l'età e le cause delle lesioni esterne in bambini di età inferiore a 4 anni per determinare il numero di lesioni pediatriche mortali. Dal loro studio è emerso che le principali cause di lesioni nei bambini sono: avvelenamenti (causati da farmaci per più di due terzi), cadute e incendi o ustioni. Inoltre l'intossicazione da farmaci risulta la causa principale di lesioni nei bambini dai 18 ai 35 mesi, raggiungendo il picco massimo dai 21 ai 23 mesi, mentre l'avvelenamento da altre sostanze

è maggiormente presente nei bambini dai 15 ai 17 mesi d'età⁴.

Nel 2013 l'*American Association of Poison Control Centers* ha ricevuto più di 2,2 milioni di segnalazioni riguardanti persone entrate in contatto con sostanze pericolose o potenzialmente pericolose. I bambini di età inferiore a cinque anni rappresentano il 50% delle esposizioni totali e quelli tra i sei e i diciannove anni il 14%. È quindi possibile affermare che in America il 64 per cento delle esposizioni a sostanze tossiche riguarda il gruppo di età da 0 a 19 anni.

Per l'80% dei casi l'esposizione avviene in modo accidentale e l'ingestione orale risulta la pratica maggiormente utilizzata (79%). Nel 2013 si sono verificati, inoltre, 1218 decessi per avvelenamento in America, tra cui 29 bambini di età inferiore ai cinque anni⁵.

In Italia risultano ancora estremamente limitati gli studi riguardanti il fenomeno del chemical abuse e la sua incidenza, ciononostante, l'avvelenamento da sostanze in età pediatrica si pone come un importante problema di salute pubblica. Si tratta inoltre di un tema di notevole interesse per diverse tipologie di professionisti appartenenti al campo medico, sociale e giuridico.

V.1.1. Modalità di esposizione e somministrazione

In letteratura scientifica si parla di avvelenamento accidentale e di avvelenamento non accidentale o intenzionale. L'avvelenamento accidentale⁶ deriva appunto da un incidente, un errore, una disattenzione o una situazione inaspettata. Le intossicazioni non intenzionali implicano che una persona, di solito un bambino, accidentalmente entra in contatto con la sostanza tossica senza l'intenzione di provocare danni al proprio corpo. Secondo il World Health Organization (OMS) e l'United Nations Children's Fund (UNICEF), l'avvelenamento accidentale durante l'infanzia è un fenomeno comune in quanto i bambini sono curiosi ed esplorano il mondo che li circonda utilizzando tutti i loro sensi, compreso il gusto⁷. I bambini sono ancora troppo piccoli per conoscere la differenza tra ciò che è sicuro e ciò che è pericoloso infatti la maggior parte di loro non sa che ingerire o anche semplicemente entrare a contatto con un veleno può essere estremamente dannoso per la salute. Un sapore acido o amaro non scoraggia un bambino da ingoiare un veleno, in particolare i farmaci sottoforma di compresse o capsule possono anche apparire come caramelle e quindi risultare di maggiore interesse. Gli avvelenamenti accidentali avvengono molto spesso in casa e non di rado la sostanza è pronta per essere utilizzata ma non custodita e sorvegliata in modo sicuro da un adulto.

In un ambiente come quello casalingo che dovrebbe essere uno dei luoghi privi di pericoli per i bambini possono essere presenti, invece, molti oggetti potenzialmente velenosi: farmaci (antibiotici, vitamine, rimedi di erboristeria, antisettici, sedativi, antidepressivi e altro), prodotti per la pulizia

(detersivi, candeggianti, deodoranti, etc.), cosmetici (creme, unguenti, shampoo, profumi). Il genitore quindi può essere responsabile o per aver permesso la creazione di condizioni di pericolo o per non aver sorvegliato in modo adeguato il bambino. In questi casi l'esposizione tossica, seppur avvenuta in modo non del tutto intenzionale, si configura, comunque, come un maltrattamento infantile in quanto deriva da una situazione di grave trascuratezza domestica e familiare. A tale riguardo è importante sottolineare la possibilità della presenza in casa di ulteriori sostanze estremamente nocive per i bambini come alcol, sigarette e droghe illecite che, oltre a rappresentare un elevato pericolo per la salute dei bambini, segnalano uno stile genitoriale altamente problematico e disfunzionale.

L'avvelenamento intenzionale vero e proprio si verifica quando una persona decide di assumere dosi eccessive di sostanze tossiche, anche con lo scopo di porre fine alla sua vita, oppure di somministrarle a qualcun'altro. Quando tale forma di avvelenamento viene attuata nei confronti di minori si commette una tipologia di maltrattamento infantile estremamente difficile da scoprire nei primi momenti del soccorso da parte dei sanitari ma sempre più in aumento⁸.

L'avvelenamento intenzionale del bambino deve essere considerato, quindi, una forma di maltrattamento perpetrato, nella maggior parte dei casi, da uno o entrambi i genitori.

Spesso i genitori anche dinanzi all'evidenza dei risultati positivi ottenuti attraverso le analisi di laboratorio, effettuate su uno o più campioni biologici del bambino (sangue, urina, capello), non accettano la diagnosi ritenendola errata e non veritiera. Negano, inoltre, di aver compiuto intenzionalmente l'azione di avvelenamento attribuendone la causa ad un'esposizione accidentale ovvero per mano di un fratello o di un altro bambino⁹.

La gravità e l'effetto dell'assunzione di sostanze tossiche possono dipendere da una serie di differenti fattori¹⁰:

- la *dose*, se presa in ridotta quantità di solito non produce esiti altamente tossici sulla persona ma, in questi casi, si possono verificare fenomeni come idiosincrasia e allergie. Gli effetti inoltre si aggravano nei casi di esposizione cronica o, comunque, frequente.
- le *condizioni del corpo*, in quanto l'organismo dei neonati risulta maggiormente sensibile alle tossine rispetto a quello dei bambini più grandi e, naturalmente, degli adulti;
- la *via di esposizione*. Le sostanze tossiche possono essere inalate, ingerite, iniettate o assorbite attraverso la pelle o gli occhi.¹¹ L'inalazione e l'iniezione, rispetto all'ingestione e al contatto, sono i metodi di somministrazione che agiscono più rapidamente in quanto vengono assorbite immediatamente dall'organismo.

I farmaci e le droghe quindi possono entrare nel circolo sanguigno in diversi modi a seconda della

via di somministrazione. Misurando le quantità o le concentrazioni di farmaco nel sangue, nelle urine e in altri distretti dell'organismo, si ottengono informazioni sulle modalità di passaggio delle molecole nei vari tessuti fino alla loro definitiva eliminazione. Gli effetti prodotti dipendono dalle concentrazioni di sostanza che si raggiungono nel sito che ospita i recettori sensibili e, nel caso delle droghe, si trovano principalmente nel cervello. Farmaci e droghe possono essere somministrate per diverse vie e le principali sono:

- endovenosa
- nasale (inalazione)
- fumo (assorbimento polmonare)
- sottocutanea
- intramuscolare
- orale
- sublinguale
- topica (mucose, cute, occhio)
- rettale.

Qualunque sia il modo di assunzione è necessario che la sostanza entri nel circolo sistemico perchè possa raggiungere i tessuti e i suoi recettori e, se la somministrazione non avviene direttamente in vena, le diverse membrane che le molecole devono attraversare possono rallentare in modo significativo l'insorgenza degli effetti. In generale lo sniffing, il fumo e l'assunzione sublinguale producono un rapido assorbimento di sostanza e quindi un rapido effetto. Dopo la somministrazione orale, invece, l'assorbimento può essere molto variabile perché influenzato da diversi fattori come l'acidità gastrica, la contemporanea assunzione di cibo e lo svuotamento gastrico o la presenza di altri farmaci. Un altro fattore che è in grado di ridurre la quantità di droga assorbita dopo somministrazione orale, è l'effetto di primo passaggio attraverso il fegato. Infatti è noto che tutte le sostanze somministrate per via orale, devono entrare nella vena porta per giungere nel circolo sistemico e quindi passare necessariamente attraverso il fegato. In questo modo è possibile che parte della dose di farmaco o droga somministrata venga direttamente metabolizzata durante questo primo passaggio e che la dose effettiva che giunge in circolo sia drasticamente ridotta¹².

Nei paragrafi successivi verranno analizzate le principali sostanze psicoattive, il loro metabolismo e gli effetti provocati sulla salute sia dell'adulto che, nello specifico, del bambino.

V.1.2. Le droghe e gli effetti sulla salute

Nel 1951 l'Organizzazione Mondiale della Sanità presenta la prima definizione di tossicomania o

dipendenza da sostanze psicotrope, poi riformulata nel 1978, intendendola come stato di intossicazione periodica prodotta dalle ripetute assunzioni di una sostanza naturale o sintetica con caratteristiche peculiari¹³. Tali sostanze sono definite psicotrope in quanto producono: un bisogno compulsivo, irresistibile ad assumere e reperire la sostanza; una tendenza ad aumentare la dose di assunzione; una dipendenza sia fisica che psichica; lo sviluppo di una crisi di astinenza prodotta dalla sospensione dell'uso della sostanza; effetti dannosi per l'individuo e la società. Quindi sono tre le specificità che determinano una condizione di tossicodipendenza: tolleranza, sindrome di astinenza e dipendenza. Per tolleranza si intende quel fenomeno dovuto all'uso continuativo di una sostanza i cui effetti si affievoliscono con l'uso stesso, per cui risulta poi necessario aumentare progressivamente la dose per continuare ad ottenerli. La sindrome di astinenza è l'insieme di sintomi patologici e fisici determinato dall'interruzione brusca nell'assunzione di una sostanza. La dipendenza è determinata dal rapporto che si viene ad instaurare tra individuo e sostanza¹⁴.

Le sostanze stupefacenti sono varie e si differenziano per la loro origine (naturale, minerale, chimica, etc.) ma anche per gli effetti che producono sull'organismo.

Cocaina

È un potente stimolante del sistema nervoso centrale. Le prime notizie sull'uso di cocaina risalgono a 5000 anni fa. La sua presenza è stata riscontrata in antiche tombe peruviane accanto a teschi trapanati per far uscire gli spiriti e nei capelli di mummie cilene¹⁵.

Nel 1855 Gaedcke, chimico tedesco, estrae per la prima volta dalle foglie di coca una sostanza oleosa a piccoli cristalli, chiamata erytroxylina. Nel 1860 Niemann caratterizza l'alcaloide cocaina e riscontra un gusto amaro e proprietà anestetiche. Freud nel 1884 ne suggerisce l'uso per l'isteria, ipocondria, asma, depressione, alcolismo, etc. La cocaina viene poi accettata dalla Farmacopea Statunitense nel 1890¹⁶.

L'uso di cocaina accresce tra gli anni '70 e '80 a causa della convinzione nel mondo scientifico che tale sostanza non fosse responsabile né di dipendenza né di sindrome astinenziale.

La cocaina è dotata di elevata liposolubilità ed è strutturalmente simile agli anestetici locali, lidocaina e procaina. Si presenta in modi diversi ed è diversamente utilizzata:

- Foglie di coca che vengono masticate. Questa pratica è limitata alle popolazioni dei paesi produttori dell'America Latina e raramente causa dipendenza;
- Pasta di coca, estratto secco delle foglie di coca; si trova anche questo quasi esclusivamente nei paesi produttori ed è una miscelanza di alcaloidi dove la cocaina è presente per i $\frac{3}{4}$. Si presenta come una polvere bianca o bruna di odore dolciastro. La pasta è insolubile quindi non può essere ingerita, né inalata, né iniettata e viene solo fumata;

- Polvere di cocaina cloridrato è la forma che più comunemente si può reperire nei paesi occidentali. E' una polvere cristallina, bianca, ha un sapore amaro ed è anestetizzante. E' un sale e si ottiene dalla pasta sciogliendola in acido cloridrico. Questa è la forma che si può iniettare o sniffare; la seconda modalità è quella preferita dai consumatori abituali che dopo aver finemente tritato i cristalli per ottenerne una striscia lineare su un piano rigido “sniffano” la cocaina tramite una cannuccia al momento utilizzabile. Una striscia contiene di solito dai 20 a 40 mg di cocaina, però i consumatori abituali raggiungono anche i 100 mg. Se iniettata la dose è di circa 10 mg;
- Cocaina nella forma alcaloide o crack. Si presenta come piccoli agglomerati solidi di vario colore, bianco o crema o trasparenti con tonalità gialle o viola¹⁷.

Queste forme consentono alla cocaina di poter essere assunta per via orale, parentale, intranasale o fumata inalandone i vapori. La via endovenosa e inalatoria determinano un picco d'assorbimento immediato a cui consegue un rapido e breve effetto euforizzante della durata da 4 a 10 minuti. La via nasale dà luogo ad un picco di assorbimento dopo 15-60 minuti mentre l'effetto euforizzante dura in media 15-20 minuti. La metabolizzazione della cocaina avviene tramite tre vie principali: la prima è quella esterasica, che forma la benzoilecgonina, l'ecgonina metilestere e l'ecgonina; la seconda è la via enzimatica non esterasica, che dà luogo alla benzoilecgonina e la terza è la via del citocromo P450, che determina la formazione di norcocaina, nidrossinorcocaina e norcocaina nitrossido, responsabile di tossicità tissutale della cocaina, in particolare miocardio e fegato. L'emivita plasmatica, a prescindere dalla via di somministrazione, oscilla tra i 60 e 80 minuti, nonostante l'elevata variabilità individuale. L'eliminazione avviene per via renale nella forma immodificata per il 10% e come metaboliti per il 90%. L'esame tossicologico delle urine risulta positivo per la cocaina fino a un massimo di 8-12 ore dall'assunzione e fino a 144 ore per la benzoilecgonina. La dose massima non letale è di difficile quantificazione poiché dipende dalla tolleranza individuale, dal contenuto di cocaina e di adulteranti.

La cocaina viene spesso assunta prima, durante o successivamente ad altre sostanze d'abuso, come alcol o eroina, generalmente per aumentarne l'effetto. Infatti il 60-85% dei consumatori di cocaina, in qualche periodo della loro vita abusano anche di alcol. L'assunzione contemporanea delle due sostanze determina la formazione di cocaetilene, un metabolita attivo con proprietà farmacologiche simili alla cocaina, che può essere identificato sia nel sangue che nelle urine¹⁸.

L'uso acuto di cocaina prevede l'attivazione del sistema cardiovascolare con tachicardia e ipertensione, una riduzione della soglia convulsiva, tremore, iperpiressia, emesi. Sono presenti inoltre midriasi, contrazioni della muscolatura scheletrica con sensazione di freddo, ritardato

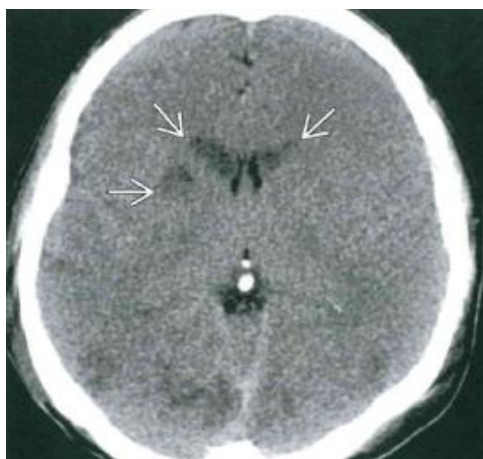
svuotamento vescicale e intestinale. I sintomi psichici si manifestano con una immediata e intensa euforia che può durare secondi o minuti. Le funzioni cognitive subiscono modificazioni attraverso un aumento della velocità del pensiero, linguaggio rapido e incalzante. Si manifesta anche un aumento dell'attività motoria, insonnia, riduzione dell'appetito, innalzamento del desiderio sessuale e della libido, associata ad erezione prolungata, aumentato orgasmo fino all'eiaculazione e orgasmo spontaneo (fig. 1 e fig. 2). Le conseguenze cardiovascolari dell'uso cronico di cocaina consistono nella comparsa dell'infarto del miocardio, ischemia cardiaca cronica, aritmie, acidosi miocardica, miocardite tossica. L'apparato digerente può essere interessato da diarrea, vomito, nausea, epatite tossica e disturbi di tipo ischemico.

L'overdose da cocaina è un'eventualità piuttosto rara che si caratterizza principalmente per aritmie cardiache, ipertensione arteriosa, nausea, vomito, convulsioni, depressione respiratoria e morte¹⁹.

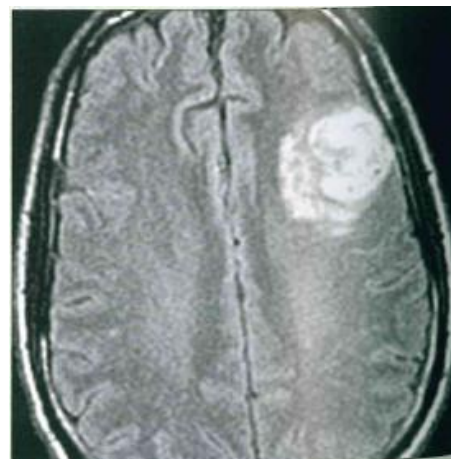
Figura 1. Lesione causata da cocaina



Figura 2. Neuroimaging



TAC senza mezzo di contrasto in pz in stato comatoso dopo l'assunzione di cocaina che mostra aree ipointense focali corrispondenti ad aree di ischemia.



RMN-FLAIR di un pz di 22 aa con storia di abuso di cocaina che mostra una massa circolare iperintensa al lobo frontale di sinistra, segno di infarto corticale.

Eroina

È un derivato semisintetico della morfina e appartiene al gruppo degli oppioidi come la morfina, la codeina e il metadone. Nel 1874, utilizzando come reagente la morfina, Wrigth sintetizza per la prima volta l'eroina, riscaldandola con l'anidride dell'acido acetico. Nel 1898 la ditta tedesca Bayer inizia la produzione industriale di eroina in pillole che diventa, così, il naturale sostituto della morfina. Solo alcuni decenni dopo l'entusiasmo per l'eroina inizia a tramutarsi in preoccupazione a causa dell'elevato grado di dipendenza causato dalla sostanza. L'eroina può essere assunta attraverso varie vie. La via più frequentemente utilizzata è quella endovenosa, che garantisce un effetto rapido ed intenso ma può anche essere fumata, ingerita, sniffata, iniettata sottocute o intramuscolo. Per essere iniettata deve essere prima diluita in soluzione acquosa. La via di assunzione endovenosa può favorire la trasmissione di malattie infettive gravi come HIV, epatiti, tetano. L'assunzione per via orale di qualsiasi oppiaceo ne riduce notevolmente l'effetto rispetto alla via parentale²⁰. Subito dopo l'iniezione l'eroina passa dal sangue al cervello in modo estremamente rapido superando agevolmente la barriera ematoencefalica, e scompare dal sangue entro 3 minuti. Essa raggiunge il cervello in misura di circa il 70% della dose e perde dapprima uno e successivamente entrambi i gruppi acetilici, agendo, dopo essersi legata a specifici recettori per gli oppioidi, sia come 3 monoacetilmorfina, sia come 6 monoacetilmorfina, poi come morfina. Il passaggio da 6 monoacetilmorfina in morfina si completa entro 10-15 minuti mentre la conversione di tutta l'eroina presente nell'organismo in morfina avviene entro 2-3 ore dall'assunzione. La 6 monoacetilmorfina viene escreta principalmente nell'urina sotto forma di morfina. I metaboliti dell'eroina permangono nei liquidi biologici per un tempo sensibilmente più lungo rispetto alla morfina. Dopo 24 ore viene eliminato circa il 60% della dose²¹.

Per quanto riguarda gli effetti provocati dall'esposizione all'eroina e altri oppioidi l'esito principale a livello del sistema nervoso centrale è quello analgesico. Gli oppiacei inoltre causano depressione respiratoria e modificano il punto di equilibrio dei meccanismi termoregolatori ipotalamici, per cui di solito si verifica un abbassamento della temperatura corporea. Gli effetti gastrointestinali provocati dagli oppiacei sono estremamente complessi: vi è una riduzione della secrezione di acido cloridrico e una diminuzione della motilità gastrica con prolungamento del tempo di svuotamento dello stomaco. Aumenta il tono della porzione antrale dello stomaco e della prima parte del duodeno, con ritardo del transito gastro-duodenale. Nell'intossicazione acuta da oppiacei gli effetti di maggior rilievo appaiono quelli che si manifestano a livello della sfera affettivo-emotiva e comportamentale e che compaiono entro 2/5 minuti dall'assunzione endovenosa della sostanza. Il soggetto appare inizialmente euforico per poi passare ad uno stato di apatia o, più raramente, di

disforia. Si verifica rallentamento psicomotorio ma a volte è possibile anche uno stato di agitazione. Si evidenzia difficoltà dell'attenzione, deficit di memoria, sonnolenza, insensibilità agli stimoli dolorosi, eloquio indistinto.

Metadone

Presenta proprietà farmacodinamiche simili a quelle della morfina ed è il farmaco più comunemente utilizzato nelle terapie sostitutive in quasi tutti gli stati Europei, ad eccezione della Francia in cui viene preferita la buprenorfina²².

Nel 1963 Dole e Nyswander sperimentano il metadone per la prima volta in due soggetti eroinomani che, grazie a ciò, si stabilizzano e riprendono le loro attività. Da allora gli operatori del settore hanno continuato ad usare il metadone ed hanno verificato sul campo la sua reale efficacia. Il metadone viene rapidamente assorbito dopo somministrazione orale e raggiunge concentrazioni plasmatiche rilevabili dopo circa 30 minuti e la concentrazione massima viene raggiunta dopo 2-4 ore²³. L'emivita plasmatica è di circa 20 ore supera le 25 ore in soggetti che assumano cronicamente il metadone in dosi comprese tra i 100 e i 120 mg al giorno. Il metadone è ampiamente distribuito nei tessuti e ciò giustifica la lentezza nell'insorgenza della sindrome astinenziale che si presenta quindi più graduale e mite. Viene metabolizzato nel fegato e l'eliminazione avviene prevalentemente attraverso le urine ma anche col sudore. A dosi inferiori ai 50mg il metadone viene eliminato immodificato con le feci, mentre quando la madre lo assume a dosi superiori ai 20 mg al giorno viene anche eliminato con il latte materno. Gli effetti collaterali durante i trattamenti cronici sono di lieve entità e tendono a scomparire dopo pochi giorni come vertigini, bradicardia, ipotensione, nausea, vomito, difficoltà ad urinare, edemi agli arti inferiori, irregolarità mestruali, insonnia, alterazioni del tono dell'umore, etc²⁴. Da diversi studi si evince che la dose di 100mg è la massima efficace in relazione alla comparsa di effetti collaterali mentre la dose minima efficace non è altrettanto ben definita²⁵.

V.1.3. Gli esiti delle sostanze stupefacenti sul bambino

In tutto il mondo vengono segnalati casi di gravi avvelenamenti infantili, fino anche alla morte, causati da assunzione accidentale o intenzionale di eroina, metadone, cocaina e ecstasy. Tra queste, l'ingestione di metadone rappresenta la principale causa di morte²⁶. In Germania si stima siano presenti tra i 30 mila e i 60 mila figli di genitori tossicodipendenti in costante pericolo di avvelenamento, maltrattamenti, povertà e discriminazioni sociali²⁷.

In Italia non risultano dati certi riguardanti l'incidenza dei figli di tossicodipendenti e dei bambini esposti a sostanze stupefacenti, fenomeni che si suppone risultino, quindi, fortemente sottostimati

anche a causa della natura illegale del consumo di droga e della mancanza di un'adeguata consapevolezza dei rischi per la salute e lo sviluppo di tali bambini.

Rispetto ai dati provenienti da altri paesi dell'Unione Europea, la Spagna mostra la più alta percentuale di uso di cocaina, superando per la prima volta anche il consumo negli Stati Uniti. La *"Spanish National Survey on Drug Abuse"* dichiara che l'assunzione di cocaina è particolarmente elevata nei giovani adulti (15-34 anni): il 9,6% ammette di averne fatto uso almeno una volta nella vita e il 5,1% negli ultimi 12 mesi²⁸. Questo consumo allarmante, che a Barcellona causa il 4,5% di bambini nati positivi a cocaina, può anche tradursi in ripetuti episodi di esposizione di neonati e bambini in età prescolare, i quali vivono in un ambiente domestico altamente a rischio. Infatti, tali bambini trascorrono la maggior parte delle loro giornate con i loro genitori che abusano di cocaina e possono, quindi, essere ripetutamente esposti alla sostanza, al fumo passivo e al rischio di ingestione accidentale. L'analisi del capello è stata condotta in un gruppo di bambini di età prescolare che si sono presentati in un pronto soccorso pediatrico in assenza di sintomi o segni riconducibili ad una esposizione a sostanze stupefacenti. È stato analizzato il capello di 90 bambini tra i 18 mesi e i 5 anni. In 85 casi sono stati analizzati anche i capelli dei genitori e successivamente sono state analizzate anche le caratteristiche del bambino e quelle socio-demografiche dei genitori. Dai risultati è emersa una positività alla cocaina nel 23% dei casi e nell'88% di questi tale sostanza è stata riscontrata anche nel capello del genitore. Rispetto ad altre caratteristiche si è riscontrato che l'abitudine al fumo di sigaretta o cannabis, l'utilizzo di antidepressivi da parte dei genitori è significativamente più alto nel gruppo di pazienti risultati positivi alla sostanza²⁹.

La cura di bambini nati da genitori tossicodipendenti comporta problemi di natura non solo medica e assistenziale, ma anche sociale. Un'intensa assistenza durante la gravidanza risulta estremamente importante ma, tuttavia, non sufficiente per superare la dipendenza: studi di follow-up a sei anni indicano che il 50% delle donne continua ad abusare di eroina nonostante il programma seguito durante la gravidanza³⁰. L'associazione tra uso di sostanze stupefacenti e disfunzioni della sfera riproduttiva, nei soggetti di sesso femminile, è nota sin dagli inizi del 900 mentre è più recente la scoperta che l'abuso di cocaina possa causare anche riduzione della normale libido e irregolarità del ciclo mestruale³¹. Tale circostanza spiega anche il motivo per il quale spesso le donne, nei primi periodi, non sono consapevoli di essere incinte infatti uno studio britannico evidenzia che quasi tre quarti delle donne tossicodipendenti prese in esame (n=50) ha riferito di aver avuto una gravidanza non programmata³². La gravidanza non si configura come una condizione che faciliti il superamento della dipendenza da sostanze stupefacenti. Al contrario, molte donne, nonostante il proposito di abbandonare l'uso della droga in quanto consapevoli dei rischi per il nascituro, non riescono a

disintossicarsi. Risulta utile ricorrere al trattamento di mantenimento con metadone da proseguire almeno fino al parto, utilizzando la dose minima efficace per evitare sia l'astinenza sia l'intossicazione, entrambe dannose per il feto³³.

Uno studio effettuato presso il *Dipartimento di Ostetricia e Ginecologia* dello “*Hutzel Hospital*” di Detroit analizza la relazione dell'esposizione materna al metadone, la circonferenza cranica del neonato e la sindrome di astinenza. Sono state prese in esame 172 donne gravide dipendenti da oppioidi incluse in un programma di mantenimento col metadone. Alte dosi di metadone nel terzo trimestre sono state associate con un aumento della circonferenza cranica, della durata della gestazione e una crescita migliorata. Tali scoperte possono suggerire che un più elevato dosaggio di metadone in gravidanza può migliorare le conseguenze neonatali a lungo termine³⁴. I bambini nati da madre in trattamento con metadone, necessitano di minori cure ed hanno un più alto peso alla nascita con una ridotta percentuale di nascite premature. È importante sottolineare, però, che maggiori sono le dosi di metadone assunte dalla madre, più è probabile che il neonato mostri gravi sintomi astinenziali³⁵.

I bambini con madri (o spesso con entrambi i genitori) tossicodipendenti sono soggetti ad alto rischio poiché possono presentare diversi problemi prima, durante e dopo la nascita. Al momento del parto di una madre tossicodipendente occorre garantire al neonato immediata e adeguata assistenza in caso di asfissia da sofferenza perinatale, inalazione di meconio o depressione del respiro da narcotici. L'assunzione materna di oppiacei prima del parto può infatti determinare nel neonato una grave depressione respiratoria con apnea e cianosi. Si verifica, inoltre, un effetto diretto degli stupefacenti sulle cellule miocardiche con alterazioni elettrocardiografiche dimostrate in oltre il 50% dei figli di tossicodipendenti. Tali alterazioni sono asintomatiche e si risolvono entro il primo mese di vita. Tuttavia esiste una aumentata incidenza di morte improvvisa in lattanti nati da madri tossicodipendenti rispetto alla popolazione generale³⁶.

L'uso di eroina può complicare il decorso della gravidanza provocando aborti spontanei, nascite premature ed incremento della mortalità perinatale. La cocaina è liposolubile e può attraversare la placenta dove viene metabolizzata dal feto che può essere esposto ad ogni singola dose di cocaina per 3-5 giorni. La cocaina, se assunta da donne gravide, causa una diminuzione del flusso sanguigno uterino, incrementando le resistenze vascolari e come conseguenza, diminuendo la quantità di ossigeno a disposizione del feto. Tutto ciò può provocare ipossia fetale, parto pretermine, distacco di placenta, emorragia cerebrale perinatale ed epilessia, ritardo di crescita intrauterino, incremento del rischio di malformazioni congenite come microcefalia e malformazioni genito-urinarie³⁷. Molte delle complicanze a carico del neonato sono più probabilmente conseguenti allo stile di vita della

madre (fumo di sigarette, consumo di alcol, nutrizione scorretta, vita sregolata nel periodo prenatale) piuttosto che ad un reale effetto farmacologico della sostanza³⁸. Comunque, l'esposizione del feto alla cocaina durante la vita intrauterina favorisce la riduzione del peso alla nascita, della circonferenza cranica e anomalie a carico dell'apparato gastrointestinale del neonato. In alcuni studi si descrivono casi di infarto miocardio, di ictus cerebrale, di aumentata incidenza di aritmie nel periodo neonatale ed alterazioni neurologiche quali irritabilità, ipotonia o ipertonia che possono persistere fino a 8-10 settimane dopo il parto³⁹. Secondo Loebstein e Koren, autori di una ricerca presso l'*Hospital for Sick Children* di Toronto, l'uso della cocaina in gravidanza si associa ad un aumento del rischio i aborti spontanei, distacco di placenta, parto pretermine e nati morti. Su ventitre bambini adottati, nati da madri cocainomani, è accertato un incremento di ben 8 volte, in rapporto al gruppo di controllo, del rischio di microcefalia. Il quoziente intellettivo non mostra variazioni degne di interesse tra i due gruppi ma il punteggio ottenuto ai test di linguaggio è significativamente più basso nei bambini nati da madri che hanno fatto uso di cocaina in gravidanza⁴⁰.

A causa dell'incidenza di nascita pretermine, di basso peso dovuto a scarso accrescimento intrauterino, di infezioni trasmesse dalla madre o acquisite dopo la nascita, i figli di genitori tossicodipendenti possono spesso richiedere prolungati ricoveri presso Unità di Terapia Intensiva o di Patologia Neonatale.

Come per l'adulto, anche nel bambino, tutte le sostanze fonti di abuso inducono una diminuzione del livello di ansietà, una certa euforia ed elevano il tono dell'umore, anche se questi effetti, a volte, possono essere attenuati da altri come la sedazione. Sempre più spesso i genitori somministrano il metadone ai propri figli per produrre un effetto sedativo. A volte questi genitori per risvegliare i bambini, eccessivamente sedati tramite metadone, utilizzano la cocaina nota per i suoi effetti stimolanti. Anche in letteratura è possibile trovare numerosi case report che riportano l'utilizzo del metadone, da parte dei genitori, come effetto sedativo. Kintz, nel suo articolo "*Methadone as a Chemical Weapon*" descrive due casi di bambini francesi morti a causa della somministrazione di metadone da parte dei genitori con l'intento di sedarli. Durante l'autopsia non si sono rilevate né particolari modifiche morfologiche né evidenti segni di violenza. Le analisi tossicologiche rilevano esposizione a metadone sia recente che pregressa. Il primo bambino è stato trovato morto in casa a 14 mesi; il secondo, di 5 mesi, portato in ospedale in stato di coma e dichiarato morto 12 giorni dopo il ricovero. In entrambi i casi le madri sono risultate colpevoli e hanno confermato l'utilizzo del metadone come sedativo⁴¹.

Boroda e Gray, riportano il caso di due fratelli inglesi, un bambino di 3 anni e mezzo e sua sorella di

8 mesi, a cui i genitori hanno regolarmente somministrato dosi di metadone per facilitare il sonno. I bambini, grazie ad una segnalazione anonima ai servizi sociali, vengono allontanati dai genitori, già conosciuti dai servizi a causa di sospetta trascuratezza nei confronti del primogenito. Dalle indagini tossicologiche è comparsa l'assunzione di droghe da parte della madre sia nell'attuale che durante la sua ultima gravidanza. Sono state effettuate analisi tossicologiche, risultate positive a metadone, ad entrambi i bambini che quindi sono stati allontanati in modo permanente dalla cura dei genitori e successivamente adottati⁴². Le sostanze nocive più frequentemente somministrate ai bambini sono farmaci psicoattivi, sedativi, insulina, alcool, droghe, marijuana e oppiacei⁴³.

I bambini avvelenati da tali agenti mostrano una molteplicità di segni e sintomi che varia in base al tipo di sostanza ma la maggioranza dei casi presenta inizialmente sintomi che vanno da irritabilità, svogliatezza, tachicardia, letargia, disorientamento fino a convulsioni, danni epatici, lesioni cerebrali, disturbi psichici e nei casi più gravi, stato comatoso o anche morte⁴⁴.

Il cervello umano completa il proprio sviluppo entro i 20-21 anni e l'uso precoce di stupefacenti può provocare danni seri, e a volte irreversibili, compromettendone il funzionamento in quanto ancora in atto il fenomeno di plasticità neuronale. Gli agenti tossici interferiscono in particolare sui neurotrasmettitori cioè quelle sostanze che permettono alle cellule cerebrali di funzionare correttamente (dopamina, serotonina, endorfine). L'assunzione di sostanze nocive può comportare danni a livello psichico con l'insorgere di malattie mentali e accelerare la comparsa di gravi malattie come l'ictus, la cirrosi, i tumori del cavo orale, gli aneurismi. La cocaina, ad esempio, riduce l'intero metabolismo cerebrale e tutti i tipi di droghe interrompono le connessioni neuronali e alterano la sfera emozionale in modo grave. Una singola assunzione, in certi casi, può indurre nel minore lesioni neurologiche anche mortali e l'abuso protratto può provocare nel cervello danni simili a quelli prodotti dalla demenza senile⁴⁵.

Chasnoff, McCance ed altri ricercatori, in diversi studi evidenziano la presenza di ritardi nello sviluppo psicomotorio nei figli di madri tossicodipendenti, a causa dei rischi derivanti dal consumo di sostanze in gravidanza. Tale ritardo può manifestarsi sia nel periodo neonatale sia permanere, a diversi gradi di espressività, nel corso di tutta la vita^{46 47}.

Nel Laboratorio di Teratologia della Hadassan Medical School di Gerusalemme è stato condotto uno studio volto ad analizzare il possibile ruolo dell'esposizione all'eroina in gravidanza e l'importanza delle condizioni ambientali nell'eziologia di problemi comportamentali a lungo termine in bambini nati da genitori dipendenti dall'eroina. Sono stati esaminati 83 bambini nati da madri dipendenti da eroina ed i risultati comparati con quelli ottenuti da 76 bambini nati da padri dipendenti dall'eroina e tre gruppi di controllo. I gruppi di controllo risultano così costituiti: 50 bambini con deprivazioni

ambientali, 50 provenienti da classi economiche medio-alte senza deprivazioni ambientali e 50 bambini in buona salute. Sono stati trovati cinque bambini con significativi danni neurologici tra i bambini nati da madri eroinomani e sei tra quelli il cui padre era dipendente da eroina. I bambini con madre dipendente da eroina presentano un più basso peso alla nascita, una minore circonferenza cranica rispetto ai gruppi di controllo ed anche un'alta incidenza di iperattività, inattenzione e problemi comportamentali. Il quoziente intellettivo più basso si rileva nei bambini con deprivazioni ambientali e valori poco più alti sono stati riscontrati in quelli con padri dipendenti da eroina. Alcuni figli di donne dipendenti da eroina erano stati dati in adozione e gli studi a lungo termine hanno mostrato risultati comportamentali simili a quelli dei gruppi di controllo, mentre i bambini che rimanevano con la madre naturale mostravano risultati di funzionamento comportamentale più bassi⁴⁸.

Per quanto riguarda i ritardi di sviluppo cognitivo, Sowder e Burt riscontrano punteggi più bassi nei test di intelligenza dei figli di tossicodipendenti dai 3 ai 7 anni, mentre dagli 8 ai 18 anni rilevano maggiori difficoltà scolastiche (di apprendimento, adattamento ambientale e comportamento). Ciò conferma che il rischio di disadattamento scolastico per i figli di tossicodipendenti sarebbe comunque superiore alla norma⁴⁹. Al momento dell'inserimento scolastico, infatti, nei figli di madri tossicodipendenti si riscontrano turbe dell'attenzione, disturbi comportamentali, dislessia, alterazioni del grafismo⁵⁰.

V.1.4. La Sindrome da Astinenza Neonatale

La Sindrome da astinenza neonatale (SAN) è una condizione clinica caratterizzata da segni e sintomi non specifici che si manifesta in seguito ad esposizione intrauterina a sostanze lecite o illecite⁵¹. Può presentarsi con gravità variabile in circa il 50-90% dei figli di madri eroinomani, nel 75-90% dei figli di madri che assumono metadone e nel 15-30% che hanno fatto uso continuativo di barbiturici durante la gravidanza. La sintomatologia da astinenza da eroina si manifesta in genere nei primi giorni di vita, già dopo 12-24 ore dalla nascita (nel 60-70% dei casi) o dopo 2-4 giorni. La gravità della sindrome è imprevedibile e non correlabile alla quantità di sostanza assunta dalla madre. I segni da privazione di metadone possono essere precoci (a 2-3 giorni d'età nell'80-90% dei casi) o comparire più tardivamente (anche a 10-20 giorni di età). La sindrome, in questo caso, ha un decorso e una gravità correlabili alle dosi materne giornaliere assunte. Il quadro clinico della Sindrome da astinenza neonatale si caratterizza per l'iperattività generalizzata con tremori, ipertonìa e iperreflessia, disturbi del sonno (tabella 1). Il neonato è irritabile, piange stizzosamente e durante il pasto la suzione è frenetica ma spesso inefficace. Vomito e diarrea possono comportare scarso

apporto calorico con stentato accrescimento ponderale, disidratazione e alterazioni idroelettrolitiche. Si possono inoltre osservare starnuti, sbadigli, febbre e sudorazione⁵².

Tabella 1. Segni e sintomi della SAN¹¹²

Sistema	Segni e Sintomi
SISTEMA NERVOSO CENTRALE	– Pianto acuto – Irritabilità – Insonnia – Riflessi profondi iperevocabili – Riflesso di Moro accentuato – Nervosismo – Tremori – Aumentato tono muscolare – Scosse miocloniche – Convulsioni generalizzate – Frequenti sbadigli e starnutazioni
SISTEMA GASTROINTESTINALE	– Movimenti di suzione costanti e incoordinati – Ipoalimentazione – Scarso aumento ponderale – Vomito – Diarrea – Disidratazione
SISTEMA NERVOSO AUTONOMO	– Eccessiva sudorazione – Ostruzione nasale – Febbre – Tachipnea – Apnea – Cute marezzata

La sintomatologia può essere lentamente progressiva, ma anche presentarsi acutamente e rapidamente raggiungere la massima intensità (tabella 2). Può essere intermittente o avere un decorso bifasico⁵³.

Tabella 2. Caratteristiche della SAN in base al tipo di sostanza usata dalla madre

Tipo di sostanza	Momento di esordio	Durata
<i>Cocaina e Ecstasy</i>	48-72 ore dalla nascita	Breve: pochi giorni
<i>Cannabinoidi</i>	A breve distanza dalla nascita	Breve: pochi giorni
<i>Eroina</i>	24-48 ore dalla nascita	Breve: pochi giorni
<i>Metadone</i>	48-72 ore fino a 2-4 settimane dalla nascita	Lunga
<i>Benzodiazepine</i>	2-6 ore fino ad alcune settimane dalla nascita	Può persistere anche per qualche settimana
<i>Alcol</i>	6-12 ore dalla nascita	Breve: 2/3 giorni
<i>Fumo di tabacco</i>	A breve distanza dalla nascita	Breve: pochi giorni

Il bambino con Sindrome da astinenza neonatale può essere affetto anche da altre patologie neonatali per cui occorre eseguire tutti gli esami eventualmente utili per una corretta diagnosi (ematologici, batteriologici, ecografici, neuroradiologici). La terapia della sindrome da astinenza nel neonato prevede un trattamento generale di supporto ed una terapia farmacologia specifica. Il

bambino deve essere protetto il più possibile dall'esposizione a stimoli ambientali (visivi, acustici) e a stimoli dolorosi (prelievi, medicazioni). L'alimentazione va attuata rispettando i ritmi del bambino anche con pasti frequenti e ipercalorici. In circa il 30% dei bambini con Sindrome da astinenza neonatale, i sintomi della crisi possono essere controllati con una adeguata terapia di supporto⁵⁴.

Il trattamento farmacologico viene deciso sulla base della gravità della sintomatologia presentata dal neonato. I farmaci sono utilizzati per sedare nel più breve tempo possibile la sintomatologia e possono essere impiegati: narcotici, neurolettici e sedativi. Il dosaggio deve essere diminuito a scalare, in relazione alla risposta del bambino alla terapia, in 10-20 giorni per evitare prolungati periodi di ospedalizzazione⁵⁵. Studi effettuati dal 2000 al 2009 hanno rivelato che l'incidenza annuale di bambini nati con Sindrome di astinenza neonatale si è quasi triplicata e l'uso di oppiacei da parte delle madri è aumentato di circa cinque volte rispetto al passato⁵⁶.

V.1.9. Determinazione di sostanze d'abuso in matrici biologiche

La diagnosi di avvelenamento viene effettuata clinicamente attraverso le analisi tossicologiche che possono ricorrere all'esame di diversi campioni biologici: sangue, urina, capelli, saliva, sudore (tab. 7). Gli esami tossicologici servono a rilevare l'assunzione di sostanze di abuso e ad identificare gli agenti responsabili di avvelenamento acuto e cronico. In base all'informazione che si vuole ottenere viene effettuata la scelta del campione da analizzare. Il test dell'urina è quello maggiormente utilizzato nell'analisi delle sostanze d'abuso in quanto si configura come semplice, rapido, non invasivo e capace di analizzare sia le sostanze che i loro metaboliti dopo diversi giorni dall'assunzione.

Tabella 7. Tempo di durata delle sostanze nel sangue e nelle urine

Tracce nel sangue		Tracce nelle urine
fino a 12-27 ore (i metaboliti passivi restano fino a 2-3 giorni nei consumatori occasionali, fino a 3 settimane nei consumatori regolari)	Cannabis	dai 3 ai 30 giorni, a volte fino a 1,5 mesi a seconda di purezza della sostanza e della frequenza del consumo
8-30 ore	Speed	2-4 giorni
fino a 24 ore	Ecstasy	2-4 giorni
fino a 8 ore	GHB	fino a 8 ore
alcune ore	Psilocibina	2-4 giorni
fino a 12 ore	LSD	2-4 giorni
fino a 24 ore (2-3 giorni per i metaboliti)	Cocaína	2-4 giorni
fino a 12 ore (fino a 24 ore per i metaboliti)	Eroína	2-5 giorni
fino a 24 ore	Metadone	3-5 giorni
2-3 giorni	Morfina	1-5 giorni
3-8 giorni	Benzodiazepina	fino a 7 giorni
Fino a 48 ore (pochi riferimenti precisi). Fino a 14 giorni per i metaboliti.	Ketamina	Da 3 a 5 giorni per uso occasionale, fino a 7 giorni per uso frequente. Fino a 14 giorni per i metaboliti.

L'urina indica la presenza o l'assenza di una sostanza ad un definito valore soglia (cut off) e quindi non riesce a fornire indicazioni precise sul momento dell'assunzione, né sulla quantità di sostanza assunta. Il test su campione di sangue è decisamente più invasivo rispetto a quello dell'urine e può dimostrare solo una esposizione abbastanza recente. Tale test tossicologico viene infatti utilizzato per dimostrare l'uso recente/attuale di sostanze illecite. Dal prelievo si ottengono volumi ridotti ma ha il vantaggio che il sangue, al contrario dell'urina, non può essere soggetto a modificazione e/o adulterazioni. I tempi di durata delle sostanze nel campione di urina dipendono da diversi fattori come la via di assunzione, la tipologia di sostanza, la quantità della dose assunta e le caratteristiche fisiche della persona (peso, età, razza, etc.).

La letteratura internazionale, negli ultimi anni, ha dedicato molta attenzione al preoccupante fenomeno dell'aumento del numero di laboratori clandestini di metanfetamine in ambiente casalingo. Gli ingredienti necessari sono comunemente disponibili e i laboratori possono essere facilmente spostati. L'esposizione o l'inalazione delle sostanze chimiche utilizzate può causare danni respiratori, ustioni chimiche e persino la morte. I vapori invisibili e i rifiuti prodotti possono creare pericoli anche per la salute delle persone che vivono nella comunità circostante⁵⁷.

La produzione di metanfetamina nei laboratori clandestini è un grande problema in Nuova Zelanda, dove il numero di tali laboratori identificati dalla polizia è aumentato da 9 nel 2000 a 135 nel 2009 e in un terzo, al momento dell'irruzione della polizia, è stata riscontrata la presenza di bambini⁵⁸.

Negli Stati Uniti d'America il *Drug Enforcement Agency* ha segnalato che più di 15.000 bambini ha subito incidenti a causa della presenza nei laboratori clandestini tra il 2000 e il 2005⁵⁹. La fabbricazione di metanfetamina è associata a livelli elevati di fumi e vapori (con un potenziale alto rischio di esplosione) e dal 2006 il *Motherisk Program at the Hospital for Sick Children* ha avviato, con la collaborazione della *Children's Aid Society*, un programma standard da seguire effettuando il test tossicologico sul capello di tutti i bambini trovati nei laboratori⁶⁰.

Il test dei capelli è un metodo sempre più diffuso di valutazione dell'assunzione di sostanze d'abuso. La raccolta del campione di capelli è semplice, non eccessivamente invasiva ed inoltre risulta estremamente difficile da alterare al fine di falsificare il risultato.

Nel 1979, Baumgartner e colleghi⁶¹ hanno affermato che l'analisi del capello potrebbe essere utilizzata per rilevare livelli di morfina in coloro che abusano di eroina e che la posizione della droga lungo il fusto del capello è correlata al periodo di esposizione. Pochi anni dopo altri ricercatori hanno dimostrato che la morfina potrebbe essere rilevata nei capelli delle vittime di overdose da eroina e hanno suggerito di utilizzare l'analisi dei capelli per ricostruire la loro storia di abuso di droga⁶².

Da allora, il test del capello è stato usato da un numero crescente di laboratori forensi in tutto il mondo come campione attendibile per la rilevazione di sostanze d'abuso come cocaina, metanfetamine, nicotina, etc. Nella popolazione pediatrica l'analisi del capello viene utilizzata per determinare l'esposizione gestazionale di cocaina ed individuare l'esposizione a sostanze stupefacenti⁶³. Il capello è formato da proteine, principalmente cheratina (65-95%), acqua (15-35%), lipidi (1-9%) e minerali (0,25-0,95%)⁶⁴. I capelli devono essere prelevati nella zona nucale, operando il taglio a partire dall'attaccatura al cuoio capelluto. È necessario prelevare una quantità di capelli di almeno 200 mg la ciocca di capelli fissata alle estremità può essere tagliata in vari segmenti (di solito 1cm) a partire dalle punte (periodo temporale più lontano) fino all'estremità vicina all'attaccatura al cuoio capelluto (periodo più recente). Nel referto deve essere riportata la lunghezza in cm del segmento analizzato e l'intera lunghezza dei capelli tagliati (tab. 8).

Tabella 8. Valori di cut-off nei test di conferma/revisione su matrice cheratinica

Classe di sostanza	Concentrazione
Metaboliti degli oppiacei/Metadone	0.2 ng/mg
Buprenorfina	0.05 ng/mg
Metaboliti della cocaina	0.5 ng/mg
Metaboliti dei Cannabinoidi (Thc)	0.1 ng/mg
Amfetamina/Metanfetamina/Mdma	0.2 ng/mg
Alcol (etilglucuronato)	30 pg/mg

I capelli crescono in media 1-1,5 cm ogni mese quindi attraverso una porzione di 12 cm si può risalire al consumo di un anno prima quindi più lunghi sono i capelli più le tracce di sostanze psicoattive sono rinvenibili nel tempo⁶⁵.

Nel 2011 Papaseit¹⁷² ha condotto uno studio volto a confermare sia gli effetti negativi dell'esposizione da cocaina nella popolazione pediatrica ma soprattutto l'efficacia dell'utilizzo di matrici biologiche non invasive per accertare l'esposizione a sostanze d'abuso. Secondo lo studioso i test anti-droga su matrici biologiche convenzionali (urine e sangue) e non convenzionali (capelli) dovrebbero essere utilizzati di routine in tutti i bambini che si presentano con sintomi sospetti di esposizione acuta e/o cronica a sostanze illecite, soprattutto se i genitori sono tossicodipendenti, in modo da proteggere questi bambini da rischi significativi per la salute e il loro sviluppo.

Nel 2013 Pragst⁶⁶, partendo dal presupposto che i bambini che vivono in casa con genitori tossicodipendenti possono trovarsi in un costante pericolo di avvelenamento, ha utilizzato la procedura dell'analisi tossicologica del capello ritenendola un'adeguata modalità per approfondire l'incidenza dell'esposizione alle droghe nei bambini, causata dall'appartenenza a tali contesti

familiari. Nel suo studio sono stati analizzati campioni di capelli raccolti da 149 bambini (1-14 anni) con genitori tossicodipendenti o in terapia di mantenimento con metadone provenienti da Brema e Bremerhaven, due città a Nord Ovest della Germania. Solo in 35 campioni non è stata rilevata alcun tipo di droga mentre 114 campioni erano positivi: 43 hanno mostrato l'esposizione a 2 droghe, 19 a 3 droghe, 7 a 4 droghe e 1 anche a 5 droghe, contemporaneamente. Analizzando anche i capelli dei genitori è emerso che spesso questi risultavano positivi alla stessa droga riscontrata nei loro bambini. In conclusione Pragst ha affermato che l'indagine del capello dei bambini, figli di tossicodipendenti, si rivela utile per dimostrare la loro effettiva esposizione a droghe illecite ed ha, quindi, rimarcato la necessità di un controllo e un supporto a tali nuclei familiari.

La notevole importanza dell'utilizzo dei test tossicologici, ed in particolare di quelli sul capello per scoprire l'esposizione cronica dei bambini a droghe illecite, viene messa in evidenza anche grazie ai molti case report presenti in letteratura, quindi si è deciso di presentarne di seguito uno alquanto esemplificativo.

Nel 2011 Joya e colleghi⁶⁷, hanno presentato il caso di un bambino di un mese d'età, allattato al seno, arrivato al Pronto Soccorso dell'Ospedale del Mar di Barcellona in crisi respiratoria. Il paziente, al momento dell'accesso in ospedale, ha presentato cianosi generalizzata, ipotonia muscolare ed insufficienza respiratoria. La madre ha ammesso il consumo di cannabis e birra la notte precedente e di aver, successivamente, allattato al seno il bambino. Il test delle urine è risultato positivo agli oppiacei ed ha confermato la presenza di metaboliti di eroina. Dopo 48 ore, il paziente ha avuto la corretta risposta respiratoria ed è stata interrotta la ventilazione meccanica. Dimesso dall'ospedale, dopo un completo recupero e senza alcun danno neurologico, è stato allontanato dai suoi genitori. Dato il forte sospetto di un'esposizione a droghe, anche in periodi precedenti l'episodio acuto che l'ha condotto in ospedale, è stata effettuata l'analisi del capello sia al bambino che ai suoi genitori. I genitori hanno acconsentito a sottoporsi al test così sono stati esaminati i campioni di tutti e tre i componenti del nucleo: 12 cm dalla madre, 3 cm dal padre e 2 cm dal figlio. I risultati hanno evidenziato un consumo di cocaina ed eroina parentale e un'esposizione prenatale e postnatale del bambino a tali droghe (tabella 9).

La valutazione dell'esposizione cronica di un bambino all'abuso di stupefacenti risulta, quindi, di grande importanza in quanto costituisce la base per elaborare un appropriato ed immediato intervento sia medico che sociale.

Tabella 9. Risultati tossicologici nei capelli del paziente e dei suoi genitori

Specimens	Length of hair (cm)	Cocaine (ng/mg)	Benzoylcegonine (ng/mg)	Morphine (ng/mg)	6-MAM (ng/mg)	Codeine (ng/mg)
Patient's hair	2	17.5	2.2	24	8.1	0.4
Father's hair	3	11.8	1.7	64	8.0	1.8
Mother's hair	12 (total)					
	0-3	2.5	1.6	04	0.8	0.1
	3-6	3.7	2.1	02	0.6	0.1
	6-9	4.4	4.3	02	0.7	0.05
	9-12	3.0	5.5	03	0.7	0.1

V.1.10. Abuso di Sostanze e Genitorialità

Nel corso degli anni il fenomeno dell'abuso di sostanze psicotrope si è progressivamente trasformato: sono mutate le modalità e le forme di assunzione, le tipologie di fruitori e l'uso è aumentato fra i giovani che si avvicinano al consumo sempre più precocemente.

La Relazione Annuale al Parlamento del 2015 stima che circa il 10% degli italiani, con età compresa tra i 15 e i 64 anni, abbia assunto di recente almeno una sostanza illegale, ovvero nel corso dell'ultimo anno. Tale comportamento riguarda circa 4 milioni di persone, di questi l'87% ha consumato solo una sostanza, mentre il restante 13% due o più. Il consumo di almeno una sostanza illegale ha riguardato circa il 20% dei giovani adulti 15-34enni, coinvolgendone più di 2 milioni e mezzo e tra questi la percentuale dei policonsumatori è sovrapponibile a quella della popolazione generale (13%), interessando oltre 330 mila 15-34enni. Tra i maschi si rileva una maggiore diffusione del consumo di sostanze psicoattive: a ogni consumatrice corrispondono quasi 2 consumatori (maschi 12,5%; femmine 7,1%) ma è nelle fasce di età più giovani che si concentra la maggior prossimità alle sostanze (24,6% maschi contro il 14,5% delle femmine)⁶⁸.

Secondo uno studio condotto in Finlandia nel 2010, il 13% delle donne finlandesi di età compresa tra 15-24 e il 6% delle donne tra i 25-34 anni ha fatto uso di qualche sostanza illegale almeno una volta durante l'anno⁶⁹.

Per quanto riguarda l'incidenza del consumo di alcol in Italia, i dati dell'annuale rilevazione nazionale su *“L'uso e l'abuso di alcol in Italia”* relativi al 2014 e diffusi dall'Istituto Nazionale di Statistica (ISTAT) mostrano che il 63% della popolazione dagli 11 anni in su, consuma almeno una bevanda alcolica nel corso dell'anno (76,6% uomini e 50,2% donne). Un consumo più frequente di alcol fuori pasto (almeno una volta a settimana) riguarda 3 milioni 500 mila persone di 11 anni e più. Questa abitudine è diffusa in modo specifico tra i giovani di 18-34 anni e la percentuale sale fino alla fascia d'età 25-29 anni, per poi scendere progressivamente nelle classi di età

immediatamente successive. Dal report emerge un ulteriore dato preoccupante: la consuetudine da parte dei genitori ad avere almeno un tipo di comportamento a rischio nel consumo di bevande alcoliche tende ad influenzare il comportamento dei figli (tab. 10). Infatti, il 22,8% dei ragazzi di 11-17 anni che vive in famiglie dove almeno un genitore adotta comportamenti a rischio nel consumo di alcol ha abitudini non moderate nel bere alcolici, mentre tale quota scende al 18,7% tra i giovani con genitori che non bevono o consumano alcolici in maniera moderata.

Tabella 10. Persone di 11-17 anni con almeno un comportamento a rischio nel consumo di bevande alcoliche per abitudine al consumo di alcol dei genitori e sesso (Anno 2014)

Abitudine al consumo di alcol dei genitori	Almeno un comportamento di consumo a rischio		
	Maschi	Femmine	Totale
Almeno uno dei genitori ha un comportamento di consumo a rischio	25,6	20,2	22,8
I genitori non bevono o fanno un uso moderato di alcol	20,7	16,6	18,7
Totale	21,5	17,3	19,4

Dai dati relativi sia al consumo di droghe che di alcol si evince che il fenomeno d'abuso riguarda in maniera significativa la popolazione giovanile e, quindi, in età procreativa.

Negli ultimi anni l'incidenza dell'abuso di cocaina nelle donne italiane è progressivamente cresciuta in modo significativo tanto da arrivare a stimare che il 90% di queste risulti in età fertile⁷⁰.

Una ricerca del *National Institute on Drug Abuse National Household Survey*, mostra come circa l'8% delle donne in età fertile faccia uso di sostanze stupefacenti e come, su 36 ospedali pubblici degli Stati Uniti, l'incidenza dell'uso di sostanze in gravidanza interessi circa l'11% delle partorienti⁷¹.

In Italia, al momento non esistono stime ufficiali e dati epidemiologici certi relativi ai genitori dipendenti da sostanze stupefacenti e alcol. Da una indagine svolta dal Ser.T. di Mestre si evince che su 511 pazienti tossicodipendenti in trattamento, il 20% risulta essere genitore⁷².

Nel corso degli anni, la sempre maggiore presenza di bambini figli di genitori tossicodipendenti, ha progressivamente smentito la falsa credenza di una sterilità piuttosto diffusa tra queste coppie.

Le fonti giuridiche nazionali ed internazionali convergono sulla centralità dell'interesse e dei diritti del minore ed inquadrano la genitorialità come forma di adeguata tutela e capacità di garantire al figlio un'equilibrata crescita evolutiva. Si sancisce il diritto dei figli a una famiglia sufficientemente capace di educare, cioè di favorire e rispettare l'emersione della loro autentica personalità, composta anche di capacità, inclinazioni, aspirazioni, e di garantire un contesto di protezione da ogni forma di

violenza, portatrice di danni spesso irreparabili alla salute e allo sviluppo della personalità.

L'abuso di droghe o alcol da parte di uno o entrambi i genitori può ostacolare tale compito che si basa sulla comprensione delle necessità e dei bisogni del bambino. Gli effetti causati dall'abuso di sostanze come la rabbia, l'irritabilità, la depressione possono avere ripercussioni sui bambini ponendoli a rischio di maltrattamenti. Comportamenti pregiudizievoli attuati dai genitori, come la tossicodipendenza ma anche l'abuso di alcool e farmaci, costituiscono un esempio per il minore, il quale, attraverso un processo di identificazione e imitazione li ripeterà nella propria vita⁷³.

Oltre ai gravi effetti sulla salute e lo sviluppo fisico del minore, gli atteggiamenti dei genitori dipendenti da sostanze tossiche hanno importanti conseguenze anche sui suoi comportamenti e sul vissuto psicologico. Alcuni genitori affetti da tossicodipendenza e/o alcolodipendenza sono maltrattanti fin dalla nascita del bambino, altri lo diventano episodicamente al momento di scompensi depressivi o psicotici, in determinate circostanze critiche di vita⁷⁴. L'alcolismo e la tossicodipendenza rappresentano, in questi casi, dei fattori che facilitano e aggravano il passaggio all'atto maltrattante, come la somministrazione di sostanze tossiche al proprio bambino.

V.1.11. I genitori tossicodipendenti

La nascita di un bambino in una coppia tossicodipendente spesso rappresenta un evento occasionale e, nel caso in cui tale avvenimento sia ricercato, non può essere considerata come una scelta effettuata in piena consapevolezza. In genere è la donna la figura più conscia e nella maggior parte delle situazioni, in cui entrambi i partner sono tossicodipendenti, la nascita di un figlio può essere un tentativo per creare un legame inscindibile e per superare difficoltà relazionali altrimenti poco affrontabili. Sentirsi utile per il proprio bambino rappresenta un'importante cambiamento nella vita del tossicodipendente, soprattutto della madre, poiché tale esperienza fornisce un'occasione per tentare di uscire dall'egocentrismo onnipotente che domina la sua situazione relazionale. L'uomo tossicodipendente tende a dipendere patologicamente dalla partner, vissuta come sostituto materno, e quindi più difficilmente si proietta verso il bambino, che può rappresentare una sorta di rivale⁷⁵.

I primi anni di vita del bambino sono di fondamentale importanza per la definizione della personalità e del carattere. Winnicott ha fortemente sostenuto l'impossibilità di ignorare gli eventi dei primi giorni, delle prime ore e indubbiamente dell'esperienza della nascita⁷⁶. Queste semplici considerazioni vengono normalmente trascurate o violate, spesso anche in modo involontario, da parte dei genitori tossicodipendenti a causa della loro propensione a minimizzare i possibili danni che un accudimento insicuro e ingenuo può produrre sul bambino. Tale atteggiamento può condurre a situazioni drammatiche in cui i genitori intrattengono con il proprio bambino relazioni altamente

inadeguate e inadatte. Lo stato di tossicodipendenza viene interpretato in maniera molto differente a seconda che riguardi il padre o la madre del bambino. In letteratura sono rari gli studi riguardanti la figura del padre tossicodipendente e le conseguenze dell'uso di sostanze sul figlio. L'impulsività e la ricerca dell'effetto immediato è la regola che costituisce lo stile di vita del tossicodipendente, il quale trae soddisfazione solo da ciò che è immediato e non da ciò che richiede una posticipazione della gratificazione nel tempo. Anche la memoria a breve termine risulta danneggiata e questo aspetto non può non compromettere la capacità di accudimento da parte del padre nel soddisfare i bisogni quotidiani del proprio figlio. Non viene, invece, compromessa la componente razionale, potendo così il tossicodipendente dare risposte adeguate ad eventuali domande poste in sede valutativa che richiedono l'assunzione di impegni che vengono formalmente compresi e condivisi, ma spesso disattesi. Quando è solo il padre a fare uso di sostanze di solito i servizi prendono poco in considerazione la sua funzione genitoriale ritenendo sufficienti le funzioni materne. In questi casi, quindi, i servizi raramente segnalano la sospetta inadeguatezza genitoriale da parte del padre, ritenendo implicitamente che sia sufficiente la funzionalità di un solo genitore per garantire il processo di crescita. I padri tossicodipendenti quindi vivono in uno stato di invisibilità, non avendo un programma specifico di presa in carico, a meno che non siano in coppia con una donna anch'essa assuntrice di sostanze e della quale seguono i percorsi riabilitativi. Gli studi sulla figura materna tossicodipendente sono maggiormente presenti in letteratura anche se approfondiscono principalmente temi come la nascita del bambino in crisi d'astinenza, l'eventuale segnalazione del caso ai Servizi competenti e il possibile conseguente inserimento in programmi di permanenza all'interno di comunità terapeutiche madre-bambino. Marcomini, psicoterapeuta presso il Dipartimento per le Dipendenze dell'ULSS 16 di Padova, sostiene che spesso l'idea di non separare un neonato dalla propria madre rappresenti più una scelta di ordine morale che scientifica, sottolineando infatti il rischio fondato di confondere il processo riabilitativo per la tossicodipendenza con quello necessario a ripristinare la funzione genitoriale o le funzioni compromesse del bambino⁷⁷. Spesso le donne tossicodipendenti in stato di gravidanza non si rivolgono ai servizi di cura anche per il timore di ricevere giudizi negativi e critiche, arrivando al momento del parto senza aver mai sostenuto alcuna visita medica. In genere non si fidano né dei medici, né della struttura sanitaria e, anche se specificamente interrogate dal medico riguardo l'abuso di sostanze, negano il loro comportamento⁷⁸. Le difficoltà nello svolgimento della funzione genitoriale, per le madri tossicodipendenti, emergono abbastanza precocemente. I primi anni di vita del bambino costituiscono un momento centrale per il verificarsi delle difficoltà del genitore e della loro relazione: la scarsa stima di sé, l'ansia e la tendenza alla depressione che si pongono come

caratteristiche di personalità salienti di queste donne, infatti, sembrano condurre ad un senso di incapacità nell'affrontare le responsabilità materne ed il ruolo di madre⁷⁹.

Uno studio sui genitori tossicodipendenti, condotto da Cirillo e Di Blasio, tratta il concetto di trascuratezza genitoriale non intendendolo come semplice e diretto effetto dell'assunzione di droga ma come segnale di un fallimento, psicologicamente ed estremamente serio, della capacità di investire in modo adeguato la propria emotività nel rapporto col figlio⁸⁰.

Generalmente i genitori che fanno uso di sostanze stupefacenti tendono a mantenere un forte legame di dipendenza dalla propria famiglia d'origine ed infatti vivono, spesso insieme ai figli, presso l'abitazione dei propri genitori e pochi risiedono in appartamenti in modo indipendente⁸¹. I genitori tossicodipendenti solitamente presentano numerosi problemi irrisolti che talvolta si traducono in atteggiamenti ambivalenti verso il bambino, come rivalità e competizione. Costruiscono, inoltre, aspettative irrealistiche nei suoi confronti, ritenendolo capace di assolvere ad un gran numero di compiti, tra i quali una certa autonomia affettiva, resilienza, capacità di adattamento (a convivenze difficili, a negligenze affettive ed educative, ai frequenti spostamenti o cambiamenti abitativi, alla mancanza di spazi fisici adatti ai bambini). I nonni, portatori solitamente di un vissuto di inadeguatezza genitoriale, più o meno consapevolmente si sentono genitori falliti e vivono la relazione con il nipote all'interno di una dimensione riparativa e compensatoria. La famiglia d'origine, quindi, assolve spesso un ruolo di sostegno, anche educativo, nei confronti del minore, soprattutto nelle situazioni più problematiche e nei momenti in cui la coppia genitoriale è in crisi⁸².

I figli di tossicodipendenti tendono, già in tenera età, ad instaurare una sorta di controllo sulla propria situazione relazionale diventando adulti precocemente. Sviluppano così capacità di adattamento sorprendenti, dimostrando, ad esempio, di essere già "esperti" su che cosa sia la tossicodipendenza dei genitori, la sofferenza di una crisi di astinenza e l'entrata in terapia per abbandonare la droga⁸³.

Riguardo i rischi potenziali per la salute a cui possono essere esposti i bambini figli di genitori tossicodipendenti risulta interessante citare uno studio finlandese condotto su tutti i bambini nati in Finlandia nel 2002 (n=55.369) e loro madri biologiche (n=54.519). Da tale ricerca emerge come il 2% delle madri (n=1062) sia risultato dipendente da sostanze e da queste siano nati 1078 bambini. Al fine di studiare l'impatto dell'abuso di droga e alcol delle madri sui bambini sono stati presi in considerazione anche altri problemi nella vita della madre: povertà, basso livello di istruzione, condizione abitativa, rapporto di coppia al momento della nascita. I bambini sono stati osservati tramite uno studio di follow-up durato per sette anni. Dai risultati è emerso che il 64% dei figli di madri dipendenti da sostanze è stato ricoverato in ospedale, durante il periodo di studio, per lesioni,

maltrattamenti e malattie infettive con una lunghezza media di ricovero di 3,3 giorni, rispetto al 37% dei bambini ricoverati appartenenti al gruppo di controllo con una lunghezza media di ricovero di 2,4 giorni. Lo studio ha confermato la relazione tra il problema di abuso di sostanze della madre e il rischio di lesioni nei confronti del bambino. Una possibile spiegazione per cui questo rischio aumenta può ricondursi all'insufficiente sorveglianza dei bambini. Il rapporto tra il problema di abuso di sostanze della madre e il rischio di malattie del bambino indica che diversi fattori nell'ambiente "abusante" hanno un effetto negativo sulla sua salute. Questi fattori possono essere: stress, alimentazione carente o sonno, disinteresse nella cura, cattive condizioni abitative. Dai risultati è emerso inoltre che i figli di madri che abusano esclusivamente di alcol o combinano l'abuso di droga e alcool hanno un più alto rischio di infezioni rispetto ai bambini di madri tossicodipendenti⁸⁴.

A fronte di tali considerazioni emerge la necessità, da parte dei Servizi socio-sanitari, di elaborare dei progetti terapeutici, riabilitativi e di supporto non solo per il genitore tossicodipendente ma per l'intero nucleo familiare, tentando di conciliare i bisogni dell'adulto e del minore, rispettando le peculiarità di ognuno. Mazza¹⁹⁴ suggerisce i seguenti principi operativi:

- Individuare le famiglie a rischio eseguendo un esame sulle persone e sulla situazione, che comprenda una valutazione sanitaria e psicosociale della famiglia, al fine di accertare l'entità del problema e porre le basi per il progetto di intervento in un contesto collaborativo;
- Raccogliere dati sulle tre principali aree in cui si può evidenziare un possibile danno: sanitario, sociale e psicologico;
- Riuscire ad avere l'autorizzazione (dai genitori) o il mandato (dai tribunali minorili) per poter effettuare una valutazione del danno sul minore, cercando di costruire col genitore un'alleanza di lavoro fondata sulla comprensione e sulla condivisione dell'esistenza di un danno che il bambino subisce, al fine di essere interrotto, e non su un contesto di indagine vissuto come persecutorio e basato sul pregiudizio;
- Non disgiungere l'intervento terapeutico sui genitori dal lavoro di protezione del minore;
- Collaborare con i tribunali minorili in contesti chiari e definiti;
- Coinvolgere i tre sottosistemi: la coppia genitoriale tossicodipendente, i figli e i nonni. Lavorare con i genitori in modo da far capire il vantaggio dell'intervento sia per loro stessi che per i figli e analizzare la storia familiare, lavorando sulle relazioni di ciascun membro della coppia con le rispettive famiglie d'origine, individuando i meccanismi dinamici e relazionali acquisiti che possono aver contribuito alla loro tossicomania e che potrebbero

riprodursi nella terza generazione;

- Programmare periodici follow-up (in collaborazione con i vari servizi territoriali) durante l'intero trattamento;
- Utilizzare tempestivamente le rilevazioni e i referti *concreti* legati a fatti documentati ed accertati, relativamente a danni organici sui minori (incidenti, crisi d'astinenza neonatali, ingestione di sostanze ecc.) che abbiano una loro attinenza coi comportamenti genitoriali, o danni sociali rilevabili, connessi ad incuria, scarsa attenzione all'igiene, all'alimentazione, all'educazione, etc.

I risultati di diversi studi dimostrano che le esperienze di maltrattamento infantile raramente si presentano in maniera isolata. Abusi, maltrattamenti e presenza di difficoltà sociali e familiari tendono a essere altamente interrelate e la maggior parte dei soggetti con problemi di tossicodipendenza proviene da ambienti familiari e sociali a loro volta abusanti⁸⁵.

V.1.14. I Servizi per le dipendenze

I Servizi per le Tossicodipendenze sono stati istituiti in Italia con la legge n. 172 del 26 giugno del 1990, la quale modificava la precedente legge n. 685/1975. Queste due leggi sono poi confluite nel *“Testo Unico delle leggi in materia di disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope, prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza”*, emanato con D.P.R. 309 del 1990, che tratta della classificazione delle sostanze, del loro impiego e distribuzione, della repressione delle attività illecite, degli interventi informativi ed educativi e delle attribuzioni regionali, provinciali e locali, nonché dei Servizi per le Tossicodipendenze.

Importante da ricordare è inoltre la Legge Quadro n. 328/2000 ed, in particolare, l'art. 22 *“Definizione del sistema integrato di interventi e servizi sociali”*, il quale afferma la necessità di garantire “prestazioni integrate di tipo socio-educativo per contrastare dipendenze da droghe, alcol e farmaci, favorendo interventi di natura preventiva, di recupero e reinserimento sociale”, ponendolo come livello essenziale delle prestazioni sociali.

Un fattore che ha inciso sulla reputazione dei Ser.D è l'utilizzo di metadone nelle terapie di mantenimento. L'equazione Ser.D=metadone, semplificata e riduttiva, allude al sospetto che il ricorso al metadone costituisca una scorciatoia, un alibi per limitare l'offerta terapeutica a un mero gesto, dando poca importanza all'attenzione, la cura, il tempo, l'accertamento del malessere che le richieste dei pazienti portano con sé. È possibile affermare, però, che l'organizzazione, i metodi operativi e gli obiettivi di tali strutture si sono modificati progressivamente nel tempo, in parallelo con l'evolversi del fenomeno tossicodipendenza e con il conseguente bisogno degli utenti. Infatti

con la legge n. 79 del 2014 sono stati rinominati i servizi pubblici, da Ser.T. a Ser.D. cioè servizi pubblici per le dipendenze. Tale modifica evidenzia il cambiamento culturale e di mandato istituzionale ormai riconosciuto a questi servizi: non si tratta più di assistere tossicodipendenti, principalmente da eroina, ma di fornire servizi di elevata specializzazione a soggetti con diverse tipologie di patologie da dipendenza, sia da sostanze illegali e legali che con dipendenze senza sostanza¹⁷⁷. Per quanto riguarda la tossicodipendenza, i Ser.D. hanno le seguenti caratteristiche organizzative e funzionali⁸⁶:

- attuare interventi di primo sostegno e orientamento per i tossicodipendenti e le loro famiglie;
- attuare interventi di informazione e prevenzione diretti alle fasce giovanili;
- accertare lo stato di salute psico-fisica dei soggetti;
- certificare lo stato di tossicodipendenza;
- definire i programmi terapeutici individuali, compresi quelli socio-riabilitativi;
- realizzare direttamente o in convenzione con le comunità terapeutiche il programma terapeutico e socio-riabilitativo;
- attuare interventi di prevenzione della infezione da HIV e delle altre patologie correlate alla tossicodipendenza rivolti a utenti dei Ser.D. e delle comunità;
- valutare periodicamente l'andamento e i risultati dei trattamenti e dei programmi;
- rilevare i dati statistici ed epidemiologici.

Gli utenti possono accedere al Servizio in due modi: accesso volontario o accesso su segnalazione. Nell'accesso volontario chiunque faccia uso personale di sostanze stupefacenti o psicotrope può richiedere al servizio di essere sottoposto ad accertamenti diagnostici e di definire un programma terapeutico e socio-riabilitativo⁸⁷. Nell'accesso su segnalazione, a richiesta degli interessati, sia il prefetto (nel caso di una procedura amministrativa) sia il giudice (nel caso di un processo penale) possono inviare al Servizio il soggetto tossicodipendente per la predisposizione di un programma terapeutico⁸⁸.

Nel 2014 i Ser.D. hanno assistito complessivamente 131.121 soggetti tossicodipendenti di cui 39.600 sono nuovi utenti (30,2%) e 91.521 sono soggetti che risultavano già in carico dagli anni precedenti (69,8%). L'86% circa degli utenti censiti sono di sesso maschile. In particolare nella Regione Veneto 10.107 soggetti tossicodipendenti sono stati seguiti dai Ser.D., di cui 2.372 nuovi utenti (23,5%) e 7.735 già in carico (76,5%). Il 68,4% degli utenti trattati usa, come sostanza primaria, l'eroina, il 14,7% la cocaina e il 10,4% i cannabinoidi. Per quanto riguarda l'uso secondario, le sostanze assunte più frequentemente sono la cocaina (14,1%), i cannabinoidi (13,7%) e l'alcol (6,2%). Il Servizio svolge la propria attività avvalendosi di un'equipe multidisciplinare,

composta da professionisti di differenti competenze per garantire una presa in carico globale ed unitaria che valorizzi la centralità della persona. Mediamente, in Italia, i Ser.D. hanno il 52% di figure professionali corrispondenti al medico e all'infermiere. Il restante 48% è composto da figure professionali quali: psicologi, assistenti sociali, educatori, assistenti sanitari, etc¹⁷⁷. Le attività dell'Assistente Sociale del Ser.D. sono inerenti alle funzioni di prevenzione, cura, riabilitazione e reinserimento della persona, alla riduzione del danno oltre che ad attività di consulenza e di formazione. Oltre al rapporto diretto con il singolo utente, l'attività dell'assistente sociale comprende anche interventi indiretti. Spesso infatti ricopre il ruolo di "ponte" tra la persona e le risorse del territorio. Una conoscenza approfondita del territorio e delle sue risorse, che permette la creazione di progetti di intervento flessibili, personalizzati ed adeguati, adattandoli alle complessità che l'utente si troverà ad affrontare durante il suo reinserimento nel contesto familiare, lavorativo e sociale risulta estremamente necessaria per svolgere tale funzione.

Attualmente in Italia non esistono prassi operative formali e condivise rispetto al trattamento di tutela dei bambini figli di genitori tossicodipendenti ed è possibile affermare che esista nel sistema attuale carenza notevole rispetto all'integrazione tra il trattamento del genitore tossicodipendente e gli interventi di tutela e protezione del minore all'interno di contesti familiari in cui si evidenzia tale problematica. Uno dei pochi studi sul tema è stato condotto da Cirillo, il quale mostra come rispetto ai nuclei familiari, con uno o entrambi i genitori dipendenti da sostanze psicotrope, l'affidamento del minore ai nonni, quindi intrafamiliare, costituisca la risorsa operativa più utilizzata ma anche maggiormente controversa rispetto agli esiti. La scelta, infatti, della famiglia materna o paterna come luogo di inserimento del bambino, in attesa della valutazione genitoriale, sia una soluzione che alcuni autori giudicano fallimentare⁸⁹. In particolare, l'aspetto più criticato è il suo utilizzo come misura generalizzata e quasi automatica. Il genitore tossicodipendente spesso è una giovane donna che arriva alla dipendenza all'interno di un rapporto insoddisfacente con i propri genitori, percepiti come affettivamente carenti nei suoi confronti⁹⁰. Il bambino quindi può venire utilizzato dalla madre tossicodipendente per ottenere una sorta di risarcimento attraverso le cure a lui fornite dai propri genitori. Spesso, però, la cura fornita dai nonni al nipotino, viene vissuta dalla figlia come un ulteriore tradimento nei suoi confronti⁹¹. Il bambino si trova così nel mezzo alle due generazioni, strumentale al rapporto nonni-genitori e viene alternativamente gestito dagli uni e dagli altri in funzione esclusiva dei loro bisogni⁹². In queste tipologie di famiglie, quindi, è meglio privilegiare un affidamento eterofamiliare per il minore, che gli consenta di fare nuove esperienze soprattutto affettive, permettendogli di crescere sano, soddisfatto nei suoi bisogni relazionali e sociali. L'associazione tra l'utilizzo di stupefacenti da parte della madre e una qualche forma di

maltrattamento nei confronti del figlio è nella maggior parte dei casi talmente forte da rendere necessario l'allontanamento del bambino. Per esempio, secondo uno studio condotto negli Stati Uniti d'America dal *Center for the Vulnerable Child*, il 94% di bambini dati in affidamento ha madri biologiche con problemi legati all'assunzione di droghe, e più dell'80% di questi bambini sviluppa disturbi comportamentali, emotivi o dello sviluppo. Molti bambini soffrono inoltre di disturbi neurologici e di difficoltà nell'apprendimento. Questi disturbi sono più frequenti nei bambini dati in affidamento dopo i due anni di età e nei bambini con una storia di affidamenti multipli⁹³.

Una ricerca effettuata da McNichol e Tash nel 2010, sostiene che l'esposizione prenatale alle droghe determini, all'inizio del periodo di affidamento, punteggi inferiori connessi alle abilità cognitive ma durante l'affidamento, questi bambini mostrano significativi progressi. Un'altra indagine, sempre di McNichol e Tash, rivela che i minori esposti alle droghe prima della nascita hanno più frequentemente problemi comportamentali nell'ambiente scolastico se paragonati ai loro coetanei dati in affidamento ma che non sono stati esposti a queste sostanze.

In Finlandia un minore viene preso in custodia e disposto per l'affidamento sia quando il suo sviluppo è a rischio a causa di maltrattamenti, stato di abbandono o di comportamenti autolesionistici (per esempio abuso di droga, comportamenti criminali o abbandono scolastico), sia quando gli sforzi attuati per aiutare la famiglia e il bambino (consulenza familiare, assistenza sociale, supporto economico, etc.) si dimostrano insufficienti. Circa l'1,2% dei bambini finlandesi con meno di 18 anni è cresciuto in affidamento e, generalmente, a causa dell'abuso di sostanze da parte dei genitori, problemi mentali e violenza intrafamiliare⁹⁴. Una ulteriore ricerca finlandese conferma tale tendenza mostrando che l'abuso di sostanze dei genitori, specialmente della madre, è la motivazione principale che conduce al collocamento dei bambini in affido⁹⁵.

Uno studio condotto in Oregon ha riportato che la riunificazione è più probabile quando i genitori ottengono servizi subito dopo che il loro bambino viene collocato fuori casa e quando trascorrono più tempo in trattamento⁹⁶.

MacMahon⁹⁷ ha svolto una ricerca con lo scopo di osservare tutti i bambini nati nell'arco di due anni, in California presso lo Stanford University Hospital, con screening tossicologico delle urine positivo e determinare quanti restano in affido a causa della tossicodipendenza della madre. Inoltre viene analizzato il rispetto delle ordinanze del tribunale da parte delle madri tossicodipendenti, la loro disponibilità e l'uso di servizi riabilitativi, i fattori utilizzati dal giudice per determinare la disposizione finale e l'eventuale posizionamento dei neonati. L'Autore precisa che di fronte alla positività dell'esame tossicologico delle urine risulta necessaria la segnalazione del caso al tribunale

e ai servizi sociali così da poter essere messo in protezione, ciò significa che il bambino non può lasciare l'ospedale senza l'approvazione del tribunale. Si fissa poi un'udienza entro una settimana dalla dimissione ospedaliera per determinare il posizionamento a lungo termine e la custodia del bambino e per stipulare le disposizioni per i genitori. Ogni 3 mesi si svolgono udienze di follow-up per monitorare il progresso dei genitori e, in relazione a ciò, prendere ulteriori decisioni concernenti la custodia dei bambini. I casi possono essere chiusi in una qualsiasi udienza di revisione ma la decisione definitiva riguardante la custodia e il collocamento deve essere presa entro, e non oltre, i 18 mesi d'età del minore. Nello studio sono stati sottoposti allo screening tossicologico delle urine 540 neonati e 112 bambini provenienti da tre contee sono risultati positivi, nello specifico 53 dalla contea San Matteo appartenenti al campione primario cui fa riferimento tale indagine. Tutti i 53 bambini, al momento della dimissione, sono stati segnalati al tribunale: il 94% collocato in affidamento extrafamiliare, il 4% affidato a parenti, e un solo bambino è tornato a casa con la madre. Nel frattempo tutte le madri, su indicazione del tribunale, hanno dovuto partecipare a programmi di riabilitazione dalla droga, collaborare con i servizi sociali, seguire un percorso di supporto psicologico e non opporsi a controlli a campione per fornire l'urina e quindi effettuare test anti-droga. A un mese dalla dimissione ospedaliera 26 bambini sono tornati con le madri ma 7 di questi, dopo poco tempo, sono rientrati nel circuito dell'affidamento a causa della continuazione dell'uso di droghe da parte della madre. Dopo 12 mesi, il 19% dei minori è rimasto in affidamento extrafamiliare mentre tutti gli altri sono stati ricollocati con parenti o genitori. I bambini che si sono ricongiunti con successo alle loro madri lo hanno fatto nel primo periodo immediatamente successivo al parto. Condizione necessaria per realizzare il ricongiungimento è stata la partecipazione delle madri a programmi di disintossicazione. I risultati di questo studio supportano l'idea come l'identificazione dell'abuso di sostanze da parte delle madri durante la gravidanza e l'immediata successiva segnalazione alle autorità giudiziarie possa contribuire a favorire il processo di riabilitazione delle madri e, quindi, realizzare cambiamenti positivi per la salute e lo sviluppo dei minori grazie all'intervento, al supporto e al monitoraggio dei servizi sociali e del tribunale.

V.1.15. Le comunità terapeutiche e la diade mamma-bambino

Una delle prime comunità per tossicodipendenti è stata fondata da Charles Dederich a Santa Monica in California nel 1958. Più che una comunità terapeutica si configurava come una comunità di vita nella quale ogni residente aveva la possibilità di scegliere di rimanere per sempre, entrando così a far parte della "famiglia". In Europa le prime comunità terapeutiche furono fondate nel 1970 a Londra e nel 1973 a Roma il Centro Italiano di Solidarietà (CeIS). Durante tutti gli anni '70 e per

metà degli anni '80, in concomitanza dell'espansione del fenomeno della tossicodipendenza e dell'approvazione della legge n. 180/1978, si è assistito a un aumento vertiginoso del numero di comunità terapeutiche in diverse regioni italiane.

La cultura organizzativa delle comunità terapeutiche dipende da vari elementi:

- i procedimenti di ammissione ed accoglienza, che sono finalizzati anche a stabilire regole e contratti per l'assunzione delle reciproche responsabilità;
- le regole di convivenza;
- i modi in cui sono strutturati i rapporti sociali con il mondo esterno;
- i processi di reinserimento sociale, dopo le fasi di vita comunitaria.

In un'indagine di tipo clinico-psichiatrico, Cancrini⁹⁸ distingue fra:

–comunità esplicitamente terapeutiche, finalizzate al reinserimento sociale dell'utente, in cui il soggiorno ha una durata stabilita e segue una fase di rientro dove attraverso una verifica dell'autonomia acquisita, avviene un distacco progressivo;

–comunità implicitamente terapeutiche, che si propongono come possibilità di vita alternativa ed in cui si richiede a chi entra una vera e propria scelta di vita.

Nella seconda metà degli anni ottanta, in Germania, sono nate le prime comunità terapeutiche per donne, grazie alla decisione presa da gruppi di operatrici di lasciare le comunità terapeutiche residenziali "standard" e fondarne altre specifiche per donne; le prime sono state realizzate a Berlino, a Monaco e ad Amburgo⁹⁹.

Nello specifico le comunità mamma-bambino sono una realtà di recente istituzione, conseguenti all'approvazione della legge n. 285/1997 che all'articolo 4 punto g, prevede "la realizzazione di case di accoglienza per donne in difficoltà con figli minori, o in stato di gravidanza, nonché la promozione da parte di famiglie di accoglienza per genitori unici esercenti la potestà con figli minori al seguito". In questa stessa linea si pone la legge n. 184/1983 sull'adozione attuata con la legge n. 149/2001 che, proclamando il diritto del bambino ad essere educato e cresciuto dai propri genitori, sottolinea l'importanza di non separare un bambino dalla propria famiglia, a meno che la permanenza presso di questa non sia per lui fonte di un grave pregiudizio.

In passato in materia di tossicodipendenza e maternità, dato anche l'esiguo numero di casi di cui i servizi venivano a conoscenza, il Tribunale per i Minorenni riceveva la segnalazione del caso principalmente quando la donna partoriva in condizione di dipendenza da sostanze stupefacenti nell'ambito di un contesto personale, familiare e sociale povero di risorse sia economiche che affettive. Tale segnalazione implicava, la maggior parte delle volte, la sospensione o la decadenza della responsabilità genitoriale, almeno fino al superamento della messa alla prova della madre o di

entrambi i genitori da parte del Tribunale. Spesso nel periodo di valutazione genitoriale, il minore veniva allontanato dalla madre o da entrambi i genitori ed affidato ai nonni, inserito in casa-famiglia di prima accoglienza o in percorsi di affidi extra familiari. Tali provvedimenti di separazione della diade madre-bambino esprimevano una carenza di proposte alternative all'interno dei servizi e della rete allargata di accoglienza¹⁰⁰.

Nel corso degli ultimi anni in diverse Regioni, tra cui anche il Veneto, si è assistito ad un importante cambiamento di prospettiva sia a livello istituzionale, sia del privato sociale, nella presa in carico di situazioni ad alto rischio costituite da diadi madre-bambino, in cui la madre presenta una situazione di tossicodipendenza attiva. Il Tribunale per i Minorenni definisce così nuove forme di presa in carico che non riguardano necessariamente la separazione della diade, offrendo la possibilità di inserimento in comunità terapeutica per la madre con il proprio figlio ma solo se la madre esprime la precisa volontà di restare accanto ad esso e di occuparsi di lui.

Tali comunità accolgono in primo luogo donne tossicodipendenti alle quali offrono una presa in carico residenziale della diade madre-bambino, proponendo un percorso complessivo di riabilitazione che si svolge in un arco di tempo di circa due anni di permanenza. Di solito hanno una capacità di accoglienza fino a 10-12 diadi, con un'età dei bambini che varia dai pochi mesi (talvolta vengono accolte anche donne incinte) ai 6-7 anni. L'obiettivo principale è il percorso riabilitativo della madre e, secondariamente, l'accoglienza riguarda i figli. La diade viene presa in carico come entità psichica unitaria, facendo attenzione al legame fra i due, la capacità della donna di prendersi cura del figlio, le sue risorse personali e relazionali, nonché le risposte del piccolo alla propria madre ed alle sue modalità di svolgere tale ruolo. Alcune strutture prevedono un sostegno congiunto, sia alla madre che al bambino contemporaneamente), in altre l'intervento sul bambino viene effettuato solo nei casi in cui se ne evidenzia la necessità e viene condotto principalmente da consulenti esterni (psicologi clinici dell'età evolutiva, neuropsichiatri infantili, etc.). Tuttavia, negli ultimi tempi, sempre maggiore attenzione è stata rivolta all'assicurare il benessere dei bambini che vivono in comunità terapeutiche, in quanto avere un genitore tossicodipendente viene considerato un fattore di rischio in relazione al percorso evolutivo del bambino¹⁰¹. Spesso la lunghezza del percorso riabilitativo seguito dalle madri riguarda anche i bambini che, in età molto precoce, quando molte cose devono essere costruite ed apprese, trascorrono un lungo periodo all'interno delle comunità. Alcuni sono già stati esposti alle droghe durante il periodo gestazionale, ad un'alimentazione irregolare e a ritmi di vita faticosi. Per i bambini vivere in comunità vuol dire, comunque, aver vissuto eventi traumatici, dovendosi separare da persone vicine e affrontando cambiamenti repentini nelle condizioni di vita quotidiana (trasferimenti di casa o di città; frequenti

incontri con psicologici, assistenti sociali, personale di comunità; visite mediche; etc.). Per questo, uno degli interventi primari delle comunità sui bambini riguarda la costruzione di condizioni di vita stabili, sia nei loro aspetti affettivi profondi, sia per ciò che concerne le pratiche e le routine quotidiane. I bambini infatti vengono inseriti negli asili o nelle scuole, facendoli partecipare ad attività ricreative, sportive, quindi a momenti di socializzazione¹⁰².

Nella ricerca “Bambino e madre in Comunità” svolta nel 2003 da Garavini e Bortolotti¹⁰³, rispettivamente psicoterapeuta e assistente sociale, le autrici sostengono che il loro lavoro con persone che hanno fatto uso abituale di sostanze ha evidenziato come la tossicodipendenza comprometta seriamente la capacità genitoriale e quanto importante sia nei percorsi educativo-terapeutici aiutare i giovani nella riacquisizione dei compiti parentali.

Il lavoro svolto dalla comunità, in stretta collaborazione con i Servizi che hanno in carico la diade, ha come obiettivo ultimo quello di fornire alle madri e ai loro bambini una prospettiva per il futuro, che comprenda un loro reinserimento autonomo nella società, almeno rispetto a quegli aspetti di rischio di ricaduta nella tossicodipendenza e di danno per il minore.

V.2. Obiettivi dello studio

Il presente lavoro si propone di studiare la casistica di bambini con diagnosi di Chemical Abuse afferenti al Centro Regionale per la Diagnostica del Bambino Maltrattato della Regione Veneto presso il Dipartimento di Pediatria dell’Azienda Ospedaliera di Padova.

Obiettivi specifici che hanno condotto lo studio sono:

1. Verificare lo stato di salute di minori con diagnosi di Chemical Abuse;
2. Verificare le caratteristiche che possono predisporre l’insorgenza del Chemical Abuse con particolare attenzione alle caratteristiche della famiglia e del bambino, sia al momento della nascita che a quello dell’accesso presso il Servizio;
3. Studiare le caratteristiche delle storie assistenziali dei nuclei familiari e gli interventi di tutela attuati dai Servizi competenti e dal Tribunale per i minorenni.

V.3. Materiali e Metodi

Il presente studio raccoglie l’intera casistica dei soggetti con diagnosi di Chemical Abuse che hanno avuto accesso al Dipartimento di Pediatria di Padova presso il Centro per la Diagnostica del Bambino Maltrattato da febbraio 2002 a febbraio 2016 (14 anni). Il campione è composto da 40 pazienti.

Le informazioni riguardanti ogni singolo caso e la sua famiglia sono state ottenute dallo studio delle cartelle cliniche di ricovero e di day-Hospital, del Certificato di Assistenza al Parto (CEDAP) e dalle interviste telefoniche ai servizi sociali di tutela referenti per ogni singolo caso.

Dallo studio delle cartelle cliniche di ricovero e di day-hospital, sono state raccolte informazioni sul paziente (sesso, nazionalità, età al momento della diagnosi, motivo dell'accesso, gravità dell'esordio, positività a sostanze tossiche, numero e tipologia di sostanze, quoziente di sviluppo, diagnosi di maltrattamento concomitanti, etc.) sul nucleo familiare (sesso, nazionalità, stato civile, titolo di studio, condizione lavorativa e difficoltà economiche dei genitori; conflittualità di coppia; storia di maltrattamenti in famiglia; malattie psichiatriche; dipendenza da sostanze; etc.) e anche dati relativi all'intervento di tutela e di presa in carico integrata (precedente presa in carico da parte di servizi per le dipendenze, del servizio sociale comunale e/o di tutela, precedenti trattamenti in comunità terapeutica, segnalazioni, decreti del Tribunale per i minorenni, progetti assistenziali, verbali UVMD, etc.).

L'analisi dei Certificati di assistenza al parto (CEDAP) ha permesso di avere *informazioni socio-demografiche sui genitori* (data di nascita, cittadinanza, comune di nascita, comune di residenza, regione e Azienda ULSS di residenza, titolo di studio, condizione lavorativa, stato civile, precedenti concepimenti); *informazioni sulla gravidanza* (numero di visite di controllo, ecografie, indagini perinatali, tipo di decorso, età gestazionale, etc.); *informazioni sul parto e sul neonato* (prematurità, modalità del parto, data e ora, peso e lunghezza del neonato, sesso, circonferenza cranica, vitalità, necessità di rianimazione, presenza di sindromi di astinenza, etc.). Per i pazienti per cui non è stato possibile risalire al CEDAP, poiché nati in un ospedale fuori dalla regione Veneto, si è proceduto acquisendo le informazioni necessarie a partire dalle cartelle cliniche e di ricovero ospedaliero.

Per ogni caso, sono state studiate le caratteristiche del bambino e della sua famiglia, del progetto assistenziale e degli interventi di tutela dal momento della diagnosi di Chemical Abuse.

Le interviste telefoniche ai servizi sociali territoriali di tutela sono state effettuate con l'obiettivo di verificare l'andamento del progetto assistenziale e di tutela attivato per il minore e la sua famiglia a partire dalla diagnosi (in particolare dispositivi di tutela da parte del Tribunale per i minorenni, presa in carico dei genitori), al fine di valutarne l'efficacia e comprendere eventuali strategie o buone prassi di intervento.

Analisi statistica

Sono state condotte analisi descrittive sulle singole variabili confrontando tra loro i casi in relazione alle informazioni raccolte sul bambino, sulla famiglia e sui progetti di intervento e di tutela.

V.4. Risultati

V.4.1. Caratteristiche del bambino

Il campione è composto da 40 pazienti dimessi con diagnosi di Chemical Abuse, 21 maschi e 19 femmine (52% vs 48%, rispettivamente) (figura 3), appartenenti a 23 nuclei familiari.

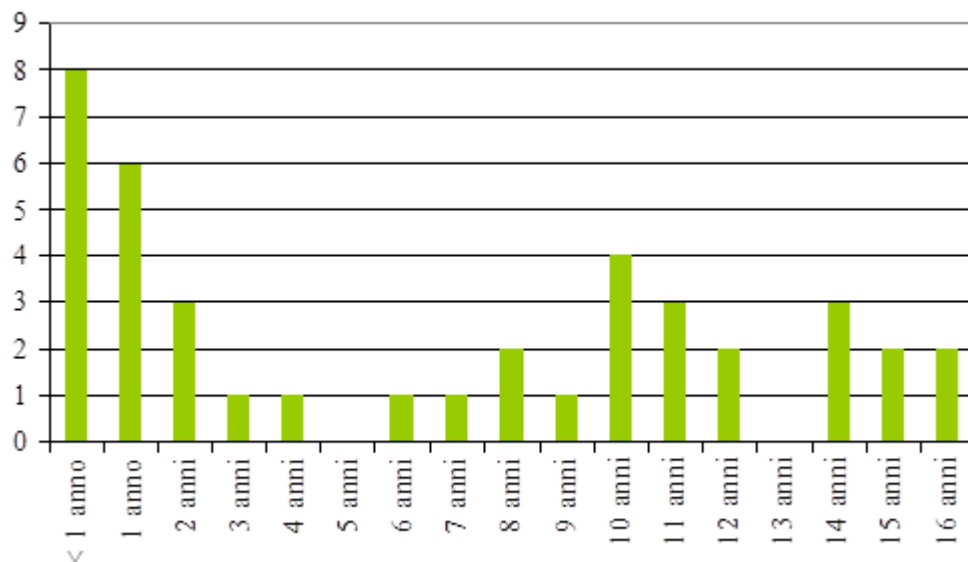
Figura 3. Distribuzione per sesso



Alla diagnosi i bambini presentano un'età compresa tra 0 e 16 anni, con una media d'età di 6,5 anni (5 anni per i bambini di sesso maschile e 8 anni per quelli di sesso femminile).

Rispetto alla distribuzione per età si nota che quasi la metà dei casi (45%) ha tra gli 0 e i 3 anni e in particolare 8 bambini (20%) risultano avere un'età inferiore all'anno di vita (figura 4).

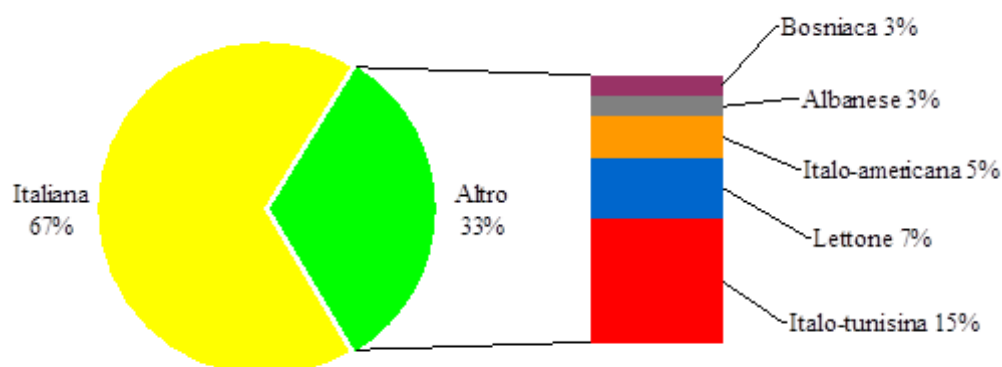
Figura 4. Distribuzione per età



I bambini sono di origine italiana nel 67% dei casi. Il restante si distribuisce in 5 etnie (italo-tunisina

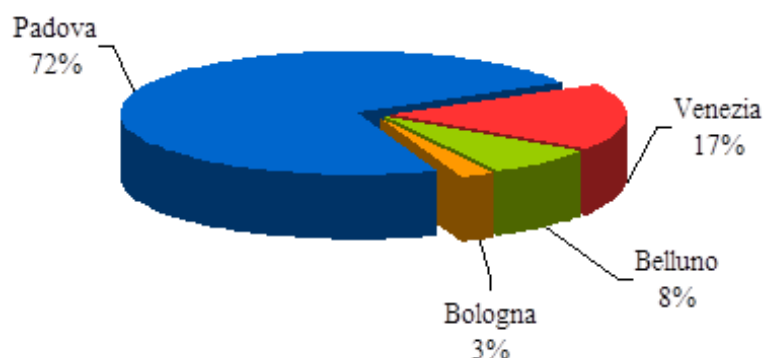
15%, lettone 7%, italo-americana 5%, bosniaca 3%, albanese 3%) (Figura 5)

Figura 5. Nazionalità



Rispetto al territorio di residenza si nota che il 72% dei bambini risiede nei territori della Provincia di Padova (figura 6).

Figura 6. Residenza



Dalla figura 7 si nota come nel corso degli ultimi anni ci sia stato un progressivo aumento del numero di casi a partire dall'anno 2012, con un picco di 15 casi nel 2015. In particolare, dal 2014 ad oggi sono arrivati all'attenzione del Servizio 30 pazienti (75%) con diagnosi di Chemical Abuse.

Dal punto di vista clinico, il 21% dei pazienti arriva all'attenzione dell'ospedale in condizioni di grave rischio per la stessa sopravvivenza (alterazione dello stato di coscienza, crisi convulsive, tremori), lo stesso numero di casi (21%) arriva con una sintomatologia acuta (tachicardia, crisi di agitazione psicomotoria) e il restante 58% con sintomi cronici quali scarsa crescita, sospetto

maltrattamento, etc. (figura 8).

Figura 7. Distribuzione per anno di arrivo

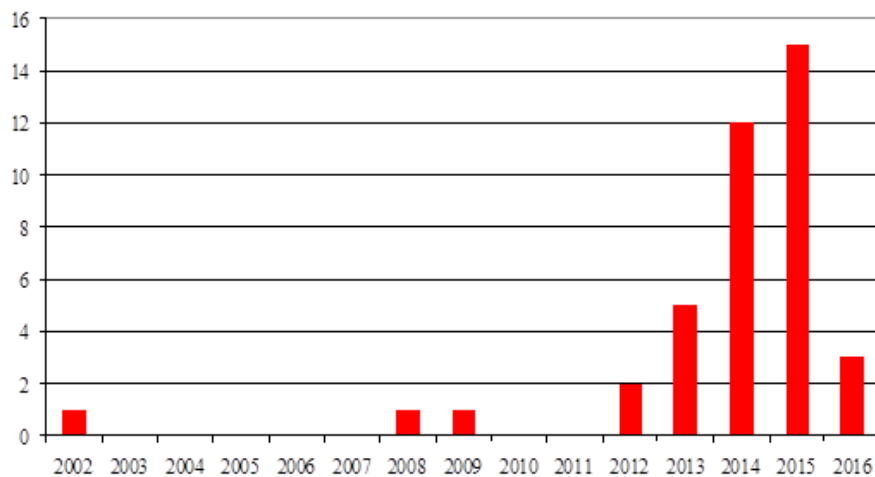
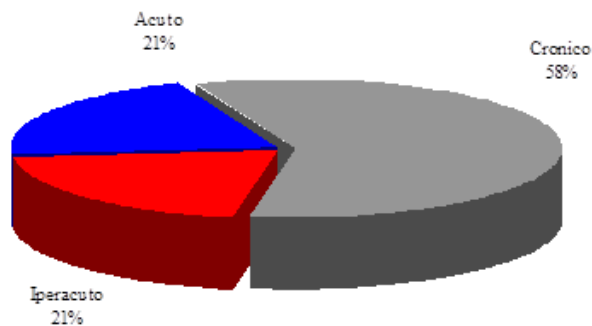


Figura 8. Sintomi di esordio



Nel dettaglio, rispetto ai sintomi che ritroviamo nei pazienti che accedono del Servizio, si nota come 12 casi (30%) arrivano all'attenzione dei medici per un sospetto maltrattamento, 8 (20%) con sintomi legati ad alterazioni del sistema nervoso centrale, 6 casi (15%) per un sospetto diagnostico di malattia rara e 4 (10%) con sintomi legati ad una condizione neuropsichiatrica. Il restante 25% giunge con sintomi aspecifici o in assenza di alcun sintomo (tabella 11).

Tabella 11. Sintomi al momento dell'esordio

SINTOMI DI ESORDIO	N
Sintomi SNC	8
Altri sintomi aspecifici	4
Nessun sintomo	6
Sospetto maltrattamento	12
Sospetta malattia rara	6
Sintomi NPI	4

Anamnesi

Dai dati rilevati, rispetto alle condizioni di salute dei pazienti alla nascita, si registra che il 10% del campione esaminato è nato prima del termine della gravidanza (tabella 12) e il 13% con un basso peso al momento della nascita (< 2500 gr.) (tabella 13). Per due casi (5%) si è proceduto inoltre ad un ricovero in reparti per le cure intensive. (tabella 14).

Tabella 12. Prematurità

PREMATURITA'	N	%
si	4	10%
no	32	80%
nd	4	10%
Totale	40	100%

Tabella 13. Basso peso alla nascita

PESO ALLA NASCITA < 2500 gr.	N	%
si	5	13%
no	25	62%
nd	10	25%
Totale	40	100%

Tabella 14. Cure intensive

CURE INTENSIVE	N	%
si	2	5%
no	31	77%
nd	7	18%
Totale	40	100%

Altre condizioni di patologia riguardano 7 casi (18%), nati con SAN (sindrome di astinenza neonatale) (tabella 15).

Tabella 15. Sindrome di astinenza neonatale

SINDROME ASTINENZA NEONATALE	N	%
si	7	18%
no	23	57%
nd	10	25%
Totale	40	100%

Rispetto alla storia sanitaria, per 9 casi (23%) si evidenzia la presenza di problemi pregressi riguardanti frequenti infezioni o numerosi incidenti pregressi in 8 casi (20%) (tabella 16). Inoltre si rileva che quasi la metà dei pazienti (45%) ha avuto precedenti accessi presso il Pronto Soccorso pediatrico, per 8 casi (20%) con un numero pari o superiore a 4 accessi. (tabella 17).

Tabella 16. Anamnesi medica

ANAMNESI MEDICA	SI (N)	%	NO (N)	%	Info mancante	%
Infezioni ricorrenti	9	23%	27	67%	4	10%
Incidenti ripetuti	8	20%	29	72%	3	8%
Accessi PS precedenti	18	45%	17	42%	5	13%

Tabella 17. Numero accessi PS precedenti

N. ACCESSI PS PRECEDENTI	N	%
1	2	11%
2	5	28%
3	3	17%
4	2	11%
5	2	11%
6	4	22%
Totale	18	100%

Analisi tossicologiche

Dalle indagini diagnostiche tossicologiche effettuate sui bambini si rileva che in 26 casi (65%) è stata eseguita l'analisi del capello. In 14 casi (36%) le analisi sono state eseguite anche su campioni di urina e di sangue (tabella 18).

Rispetto ai campioni di capello esaminati si riscontra una positività nel 92% dei casi, rispetto ai campioni di urina circa la metà dei campioni risulta positivo (43%), come per quelli sul sangue, che risultano positivi nel 50% dei casi.

Tabella 18. Materiale biologico esaminato e positivo

MATERIALE BIOLOGICO		ESAMINATO	
		N	%
capello		26	65%
	+ sangue	1	3%
	+ urina	8	20%
	+ sangue + urina	5	13%
sangue		4	10%
	+ urina	1	3%

anamnesi		10	25%
Totale		40	100%

Dall'esito delle indagini tossicologiche, il 63% dei pazienti è risultato positivo per sostanze illecite (circa un terzo di questi (23%) ha avuto riscontro positivo per la presenza di sostanze illecite combinate con farmaci o alcol). Per il 30% dei casi è emersa una positività a farmaci e per il 3% alla presenza di alcol. Nel restante 5% si è riscontrata la presenza di agenti caustici (tabella 19).

Tabella 19. Esito esame tossicologico

AGENTI TOSSICI		N	%
sostanze illecite		25	63%
	+ farmaci	3	8%
	+ alcol	6	15%
farmaci		12	30%
alcol		1	2%
caustici		2	5%
Totale		40	100%

Rispetto alla tipologia di sostanze illecite ritrovate, quasi la totalità dei pazienti (88%) risulta positivo a cocaina e si rileva la presenza concomitante di altre sostanze nel 74% dei casi, nella maggior parte dei quali metadone illegale (42%) o alcol (28%) (tabella 20).

Tabella 20. Tipologie di sostanze illecite

TIPO DI SOSTANZA		N	%
cocaina		22	88%
	+ metadone illegale	7	32%
	+ alcol	5	23%
	+ cannabinoidi	2	9%
	+ alcol + metadone illegale	1	5%
	+ metadone illegale + cannabinoidi + eroina	1	5%
metadone		1	4%
eroina		1	4%
ketamina		1	4%
Totale		25	100%

Osservando il valore delle concentrazioni di cocaina ritrovate nei capelli grazie all'esame tossicologico, è stato possibile notare che in 13 casi il livello è dosabile in quantitativi inferiori a 0,1 ng/mg, in 5 casi in un range tra 0.1 ng/mg e 2,7 ng/mg. In un caso la concentrazione di cocaina nel capello raggiunge un livello pari a 102 ng/mg (figura 9).

Osservando le età anagrafiche dei bambini esposti a sostanze illecite si evidenzia un'età media dei pazienti alla diagnosi di 6 anni di vita. Circa la metà dei casi ha un'età inferiore a 3 anni e, in

particolare, 10 pazienti hanno un'età inferiore o uguale ad un anno (figura 10). Nello specifico 5 bambini sono di età inferiore a 6 mesi (figura 11).

Figura 9. Distribuzione per livello di concentrazione delle sostanze rivelato dall'analisi tossicologica del capello

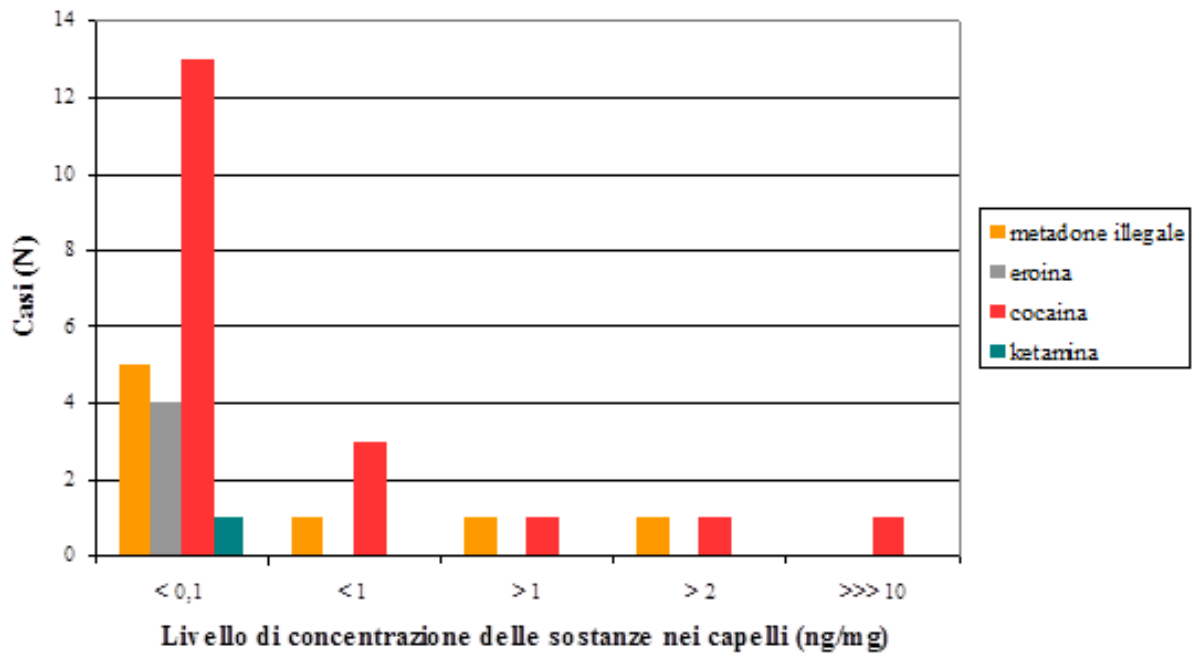


Figura 10. Distribuzione per età dei casi positivi a sostanze stupefacenti (anni)

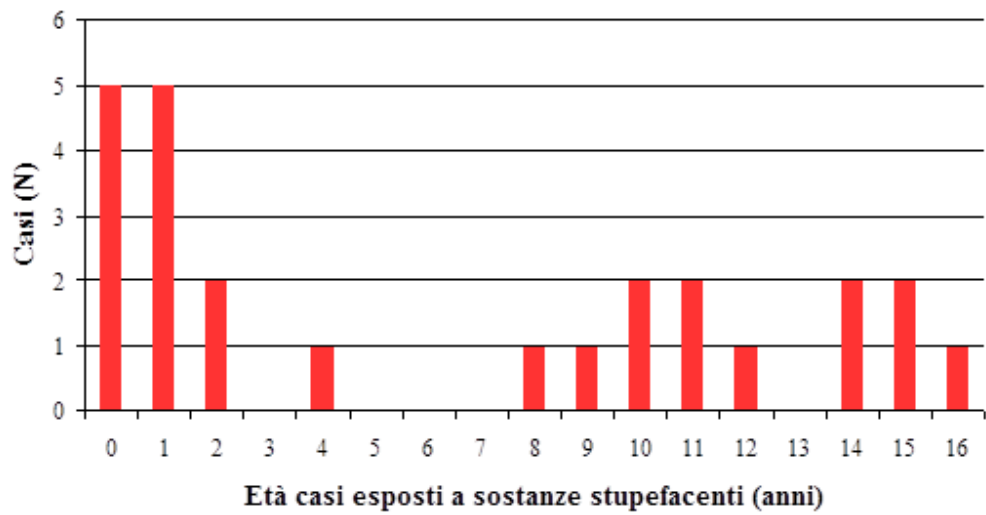
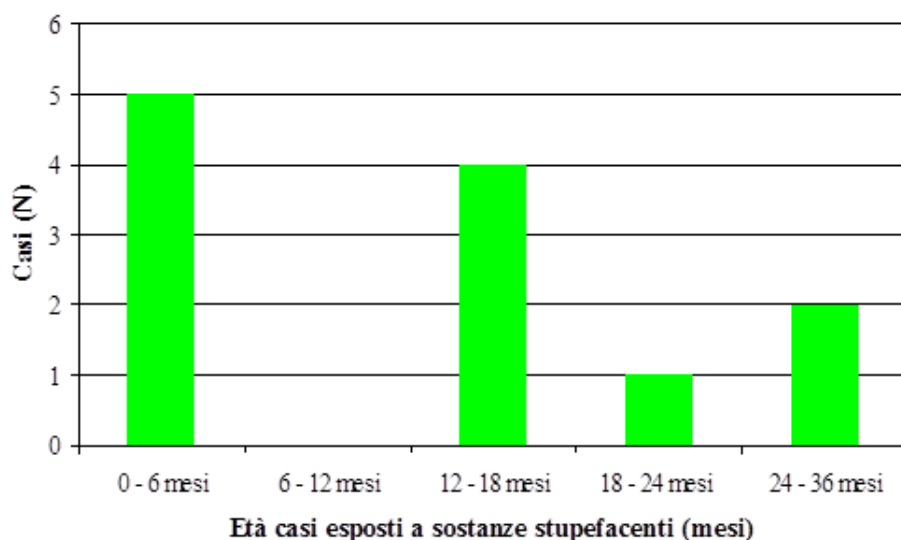


Figura 11. Distribuzione per mesi d'età dei casi positivi a sostanze stupefacenti da 0 a 3 anni



Danni

Per il 95% dei pazienti valutati presso il Servizio specialistico sono state formulate, oltre alla diagnosi di Chemical Abuse, una o più diagnosi concomitanti di maltrattamento (figura 12). Nello specifico, nel 30% dei casi è stata posta diagnosi di trascuratezza grave, nel 24% di maltrattamento fisico e nel 16% violenza assistita. In 10 pazienti (15%) è stata diagnosticata la sindrome di Munchausen per procura, in 7 casi (10%) di abuso psico-emozionale e in 3 casi (4%) la sindrome del bambino scosso (tabella 21).

Figura 12. Diagnosi

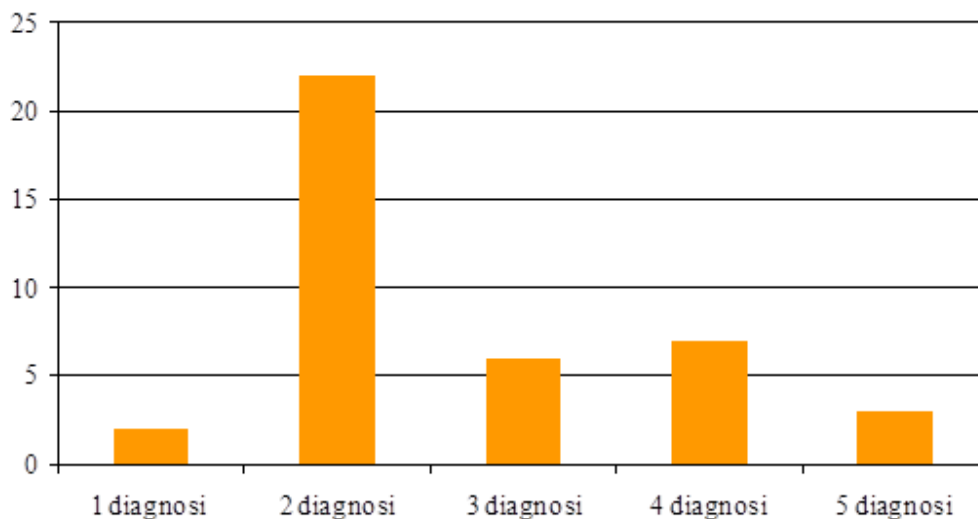


Tabella 21. Tipologia diagnosi di maltrattamento concomitante

DIAGNOSI DI MALTRATTAMENTO	N	%
trascuratezza	20	30%
maltrattamento fisico	16	24%
violenza assistita	11	16%
sindrome di Munchausen	10	15%
abuso psico-emozionale	7	10%
sindrome del bambino scosso	3	4%

Dalle scintigrafia ossea eseguita per una parte dei pazienti è stato inoltre possibile rilevare la presenza di lesioni scheletriche nel 28% dei casi (tabella 22).

Tabella 22. Lesioni scheletriche concomitanti

LESIONI SCHELETRICHE	N	%
presenti	11	28%
assenti	8	20%
nd	21	52%
Totale	40	100%

Gli esiti neurologici riscontrati alla risonanza riguardano il 33% dei pazienti esaminati (tabella 23).

Tabella 23. Risonanza magnetica

RMN		N	%
	si	20	50%
	positiva	13	33%
	negativa	7	18%
	no	20	50%
Totale		40	100%

Rispetto alle condizioni cardiologiche, neurologiche, epatiche e nefrologiche, il 45% dei pazienti presenta lesioni neurologiche osservabili nel dettaglio nelle risonanze di seguito (tabella 24). Il 25% presenta danni cardiaci ed il 23% epatici o nefrologici. In 9 pazienti si evidenziano sia esiti neurologici che cardiologici che epatici e nefrologici (tabella 25).

Tabella 24. Tipo di danno

TIPO DI DANNO	Cardio	%	Neuro	%	Epato/nefro	%
si	10	25%	18	45%	9	23%
no	9	23%	12	30%	9	23%
nd	21	52%	10	25%	22	54%

Totale		40		100%		40		100%		40		100%
--------	--	----	--	------	--	----	--	------	--	----	--	------

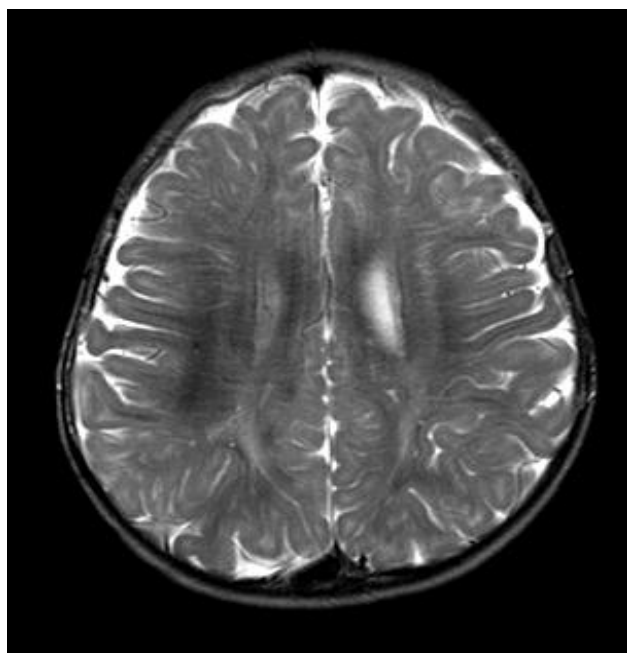
Tabella 25. Tipo di danno concomitante

TIPO DI DANNO CONCOMITANTE	N
cardio-neuro-epato/nefro	9
cardio-neuro	1

Nei neonati, le sostanze illecite danneggiano lo sviluppo del sistema nervoso centrale e del cervello. Quando la sostanza illecita viene somministrata nei primi mesi di vita, tutti i processi di sviluppo neurologico - che sono maggiormente attivi in tale periodo - come la mielinizzazione, la migrazione neuronale e lo sviluppo di tratti di sostanza bianca vengono ostacolati. In questo caso di avvelenamento su un bambino di 1 anno e 2 mesi di vita, possiamo vedere il danno ischemico della sostanza bianca, soprattutto in U giunzione, e una rilevante perdita di sostanza bianca (fig. 13).

Nei soggetti anziani, le lesioni sono diverse perché il processo di mielinizzazione è stato completato. Si osservano lesioni focali nelle porzioni sottocorticali, che ricordano le lesioni riscontrate in persone anziane con demenza multi-infartuale, come conseguenza di strokes focali. Le lesioni osservate in questo caso specifico non sono solitamente rilevate in alcun tipo di patologia pediatrica.

Figura 13. Danno ischemico della sostanza bianca e perdita di materia bianca



Per alcuni pazienti è stato possibile eseguire il test cognitivo di sviluppo e dai risultati eseguiti su

tali pazienti si evidenzia la presenza di un ritardo dello sviluppo nel 23% dei casi, di cui il 15% con un ritardo lieve e l'8% con un ritardo grave (tabella 26).

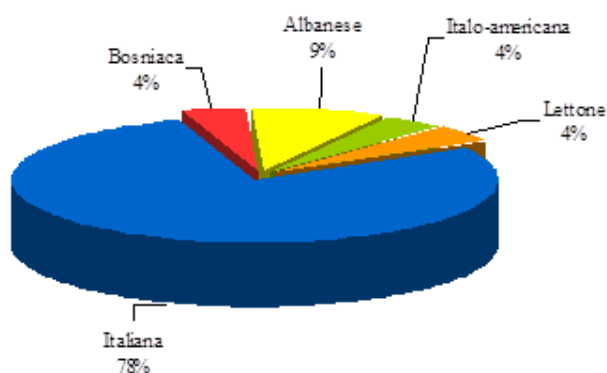
Tabella 26. Quoziente sviluppo

QUOZIENTE SVILUPPO			N	%
si			11	28%
	ritardo si		9	23%
		lieve	6	15%
		grave	3	8%
	ritardo no		2	5%
no			12	30%
nd			17	43%
Totale			40	100%

V.3.2. Caratteristiche della famiglia

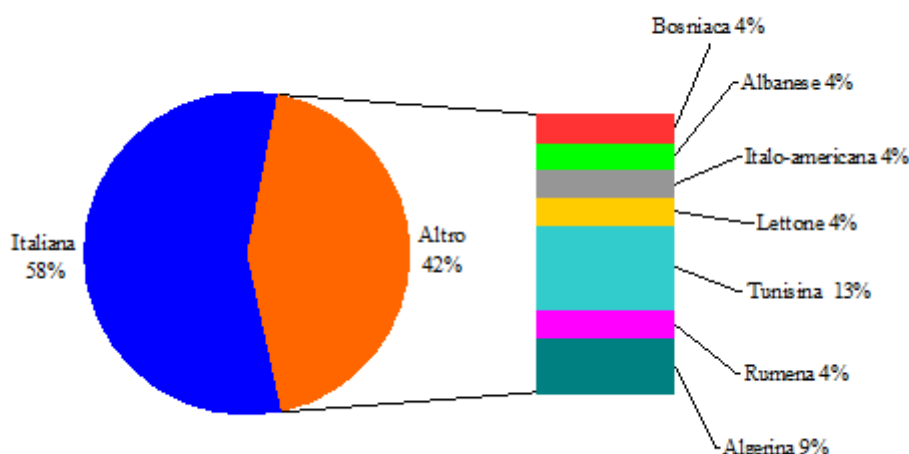
All'interno del campione di pazienti affetti da Chemical Abuse si riscontra la presenza di alcuni bambini appartenenti alla stessa famiglia. Rispetto ai 40 casi esaminati, come premesso, si rilevano quindi 23 nuclei familiari. Al momento della diagnosi, le madri risultano avere un'età media di 35 anni, mentre i padri di 40 anni. Come si evince dalla figura 14, le madri sono italiane nel 78% dei casi e il restante 22% si distribuisce fra nazionalità albanese (9%), lettone (4%), italo-americana (4%) e bosniaca (4%).

Figura 14. Nazionalità della madre



Per quanto riguarda la nazionalità dei padri, il 58% risulta essere italiano mentre il restante 42% si distribuisce fra nazionalità tunisina (13%), algerina (9%), lettone (4%), italo-americana (4%), rumena (4%), bosniaca (4%), albanese (4%) (figura 15).

Figura 15. Nazionalità dei padri



Rispetto alla scolarità dei genitori emerge che 7 madri (30%) possiedono un diploma di scuola media inferiore, 5 (22%) quello di scuola media superiore, 4 (17%) un diploma di laurea e una sola risulta analfabeta (4%). Per 6 madri non è stato possibile risalire a tale informazione. Rispetto ai padri, sono 5 (22%) coloro che possiedono un titolo di scuola media inferiore, 7 (30%) quello di scuola media superiore, 2 (9%) aventi un diploma di laurea e solo uno risulta analfabeta (4%). Per 8 padri non si conosce il titolo di studio (tabella 27).

Tabella 27. Titolo di studio dei genitori

TITOLO DI STUDIO	Madre(N	%	Padre (N)	%
analfabeta	1	4%	1	4%
diploma di scuola media inferiore	7	30%	5	22%
diploma di scuola media superiore	5	22%	7	30%
laurea	4	17%	2	9%
nd	6	26%	8	35%
Totale	23	100%	23	100%

Rispetto alla condizione professionale delle madri, 14 (62%) risultano disoccupate, un solo caso è occupato ma senza una specifica collocazione lavorativa (4%), le professioni delle rimanenti 8 madri si distribuiscono in questo modo: addetta alle pulizie (14%), estetista (4%), impiegata (4%), assistente domiciliare (4%), insegnante di sostegno (4%), portinaia (4%) (tabella 28).

Rispetto ai padri, invece, a parte 6 casi (27%) che risultano disoccupati e 2 (9%) per cui l'informazione non è conosciuta, i restanti 15 (65%) risultano occupati. Le tipologie di attività lavorative svolte non esprimono la presenza di un'attività prevalente, anche se è possibile affermare che per la maggioranza questi svolgano lavori dipendenti (tabella 29).

Tabella 28. Condizione professionale della madre

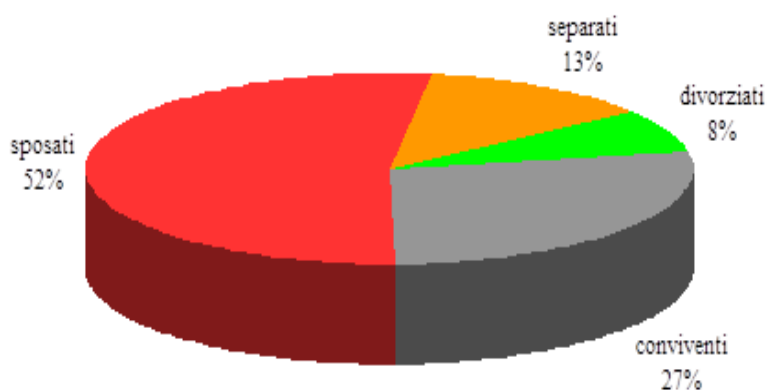
PROFESSIONE MADRE	N	%
disoccupata	14	62%
occupata	1	4%
impiegata	1	4%
addetta alle pulizie	3	14%
assistente domiciliare	1	4%
insegnante	1	4%
portinaia	1	4%
estetista	1	4%
Totale	23	100%

Tabella 29. Condizione professionale del padre

PROFESSIONE PADRE	N	%
disoccupato	6	27%
occupato	2	9%
impiegato	3	14%
cameriere	1	4%
pizzaiolo	2	9%
carpentiere	1	4%
pittore	1	4%
avvocato	1	4%
tecnico di radiologia	1	4%
dirigente	1	4%
soldato	1	4%
portiere	1	4%
nd	2	9%
Totale	23	100%

Dall'analisi in merito allo stato civile dei genitori, si evince che poco più della metà delle coppie dei genitori (52%) è sposata, il 27% convive e il restante 21% si divide in 13% di separati e 8% di divorziati (figura 16).

Figura 16. Stato civile



In riferimento alla composizione del nucleo familiare, sono 4 (10%) i casi di figli unici, mentre risultano 36 (90%) bambini che hanno uno o più fratelli/sorelle (figura 17).

Rispetto alle caratteristiche familiari emergono alcuni fattori come possibili indicatori di rischio di Chemical abuse, che in alcuni casi sono anche compresenti. Tra questi si evidenzia che il 70% dei nuclei familiari vive in una condizione di isolamento sociale, quindi privo di una rete parentale, amicale o di relazione in generale con un ruolo supportivo. Per quanto riguarda le condizioni economiche/lavorative, il 74% risulta in grave difficoltà. Nel 57% si registra la presenza di coppie violente o conflittuali e per poco più della metà (53%) si evidenzia la presenza di pregressi maltrattamenti o abusi subiti dai genitori in età infantile (tabella 30).

Figura 17. Altri fratelli

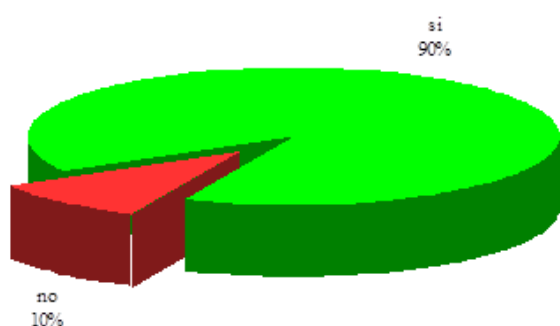


Tabella 30. Fattori di rischio nelle caratteristiche della famiglia

FATTORE DI RISCHIO	SI (N)	%	NO (N)	%	Info mancante	%
Isolamento sociale	16	70%	7	30%	0	0
Difficoltà economiche/lavorative	17	74%	6	26%	0	0
Conflittualità/violenza di coppia	13	57%	9	40%	1	3%
Storia di maltrattamento dei genitori	12	53%	4	17%	7	30%

La condizione di immigrazione dei genitori si evidenzia per 11 nuclei familiari (48%) (26% per i padri, 13% per le madri e 9% per entrambi i genitori) (tabella 31) e per 13 nuclei (56%) si registra la messa in atto di comportamenti criminali da parte di uno o entrambi i genitori (44% padre, 4% madre, 4% nucleo allargato, 4% entrambi) (tabella 32).

Tabella 31. Immigrazione

IMMIGRAZIONE	Chi	N	%
si		11	48%
	madre	3	13%
	padre	6	26%
	entrambi	2	9%
no		12	52%
Totale		23	100%

Tabella 32. Distribuzione per comportamenti criminali

CRIMINALITA'	Chi	N	%
si		13	56%
	madre	1	4%
	padre	10	44%
	entrambi	1	4%
	nucleo allargato	1	4%
no		8	35%
nd		2	9%
Totale		23	100%

V.3.3. Storia assistenziale dei genitori

Dalle valutazioni psico-diagnostiche effettuate, sono emersi alcuni fattori che caratterizzano i genitori dei bambini appartenenti alla casistica. Più della metà dei genitori (63%) ha presentato tratti di psicopatologia (37% madri e 26% padri) (tabella 33). Patologie psichiatriche franche sono state diagnosticate in 14 genitori (30%) (21% madri e 9% in padri) (tabella 34).

Tabella 33. Presenza di tratti psicopatologici nei genitori

TRATTI DI PSICOPATOLOGIA	Chi	N	%
si		29	63%
	madri	17	37%
	padri	12	26%
no		9	20%
nd		8	17%
Totale		46	100%

Tabella 34. Presenza di patologie psichiatriche diagnosticate nei genitori

PATOLOGIE PSICHIATRICHE	Chi	N	%
si		14	30%
	madri	10	21%
	padri	4	9%
no		30	65%
nd		2	4%
Totale		46	100%

Per quanto riguarda la tossicodipendenza dei genitori, l'analisi ha evidenziato che sia le madri che i padri hanno iniziato a fare uso di sostanze stupefacenti in media a 18 anni.

Rispetto al totale dei genitori è stato riscontrato che 28 (61%) sono tossicodipendenti e in particolare 6 (13%) in forma pregressa (tabella 35). Per 4 genitori (9%) non è stato possibile ricavare tale informazione. Tali 28 genitori tossicodipendenti sono divisi nel 54% dei padri e nel 46% delle madri (figura 18).

Tabella 35. Tossicodipendenza dei genitori

GENITORI TOSSICODIPENDENTI		N	%
si		28	61%
	pregressa	6	13%
no		14	30%
nd		4	9%
Totale		46	100%

Figura 18. Presa in carico pregressa

Dalla storia assistenziale dei genitori è rilevato che 27 (59%) hanno avuto in passato almeno una presa in carico presso un Servizio specialistico (tabella 36). Prendendo in esame le madri è emersa una presa in carico psichiatrica per il 54% e presso il Serd per il 46%. Analizzando i padri, invece, si è riscontrato che una parte consistente (71%) ha avuto una presa in carico presso il Serd e psichiatrica il restante il 29% (figura 16).

Tabella 36. Tipologia presa in carico pregressa genitori

PRESA IN CARICO PREGRESSA GENITORI	Chi	N	%
si		27	59%
	madre	13	28%
	padre	14	30%
no		13	28%
nd		6	13%
Totale		46	100%

In particolare si è ritenuto interessante approfondire la condizione dei genitori dei soli bambini esposti a sostanze stupefacenti ed è emerso che l'88% dei casi ha avuto, al momento della diagnosi, almeno uno dei genitori tossicodipendente (tabella 37). Di questi, il 55% è risultato avere almeno uno dei genitori in trattamento per la dipendenza al momento della diagnosi (tabella 38) e, sempre più della metà (55%) ha avuto almeno un genitore inserito in passato in comunità terapeutica (tabella 39).

Per il 96% dei casi la sostanza assunta dai genitori risulta essere la cocaina anche in presenza concomitante di altre sostanze, in particolare metadone illegale (32%) e alcol (36%) (tabella 40). Inoltre, è interessante sottolineare che da una più approfondita analisi è emerso che l'88% dei casi esposti a sostanze stupefacenti ha riscontrato la positività ad almeno una delle stesse sostanze utilizzate dai genitori.

Tabella 37. Tossicodipendenza dei genitori di casi positivi a sostanze illecite (diagnosi)

GENITORI TOSSICODIPENDENTI BAMBINI POSITIVI A SOSTANZE ILLECITE DIAGNOSI	Chi	N	%
si		22	88%
	madre	5	20%
	padre	6	24%
	entrambi	11	44%
no		2	8%
nd		1	4%
Totale		25	100%

Tabella 38. Trattamento della tossicodipendenza

TRATTAMENTO TOSSICODIPENDENZA	Chi	N	%
in trattamento		12	55%
	madre	1	5%
	padre	9	41%
	entrambi	2	9%
non in trattamento		10	45%
	trattamento pregresso	5	23%
Totale		22	100%

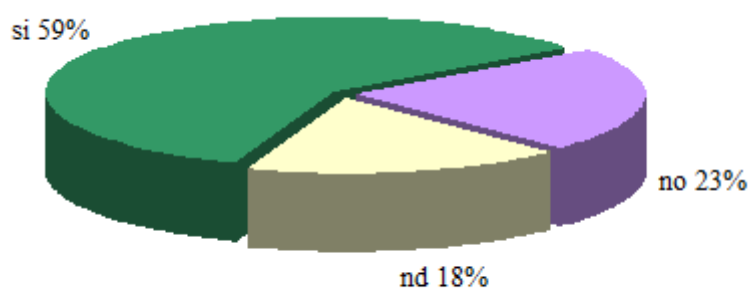
Tabella 39. Precedenti trattamenti in comunità terapeutica

PRECEDENTI TRATTAMENTI IN COMUNITA' TERAPEUTICA	Chi	N	%
si		12	55%
	madre	3	14%
	padre	7	32%
	entrambi	2	9%
no		6	27%
nd		4	18%
Totale		22	100%

Tabella 40. Tipologia di sostanze riscontrate alla diagnosi nei genitori dei bambini esposti a sostanze illecite

TIPO DI SOSTANZA		N	%
cocaína		21	96%
	+ metadone illegale	1	5%
	+ alcol	8	36%
	+ metadone illegale + eroina	4	18%
	+ metadone illegale + eroina + cannabinoidi	2	9%
eroina		1	4%
Totale		22	100%

Come si evince dalla figura 19, al momento della diagnosi per il 59% dei casi i genitori hanno negato la condizione di tossicodipendenza.

Figura 19. Negazione della tossicodipendenza

Dai dati si è potuto rilevare, inoltre, che nel periodo successivo alla diagnosi per il 41% dei pazienti almeno uno dei genitori è risultato essere ancora tossicodipendente (tabella 41).

Tabella 41. Ricadute nella dipendenza dopo la diagnosi

RICADUTE NELLA DIPENDENZA	Chi	N	%
si		9	41%
	madri	7	32%
	padri	2	9%
no		3	14%
nd		10	45%
Totale		22	100%

V.3.4. Gli interventi di tutela

Dallo studio delle cartelle cliniche e di ricovero ospedaliero è stato possibile risalire agli interventi attuati dal momento in cui i casi sono arrivati all'attenzione del Centro, cioè dal momento della comunicazione della diagnosi e dell'inizio del progetto assistenziale attuato in collaborazione con i servizi territoriali e l'Autorità Giudiziaria. Fondamentali sono stati i contatti con le assistenti sociali che hanno seguito i casi, per riuscire a risalire ai vari interventi di tutela attuati sui nuclei familiari e sui bambini sia in passato che successivamente la diagnosi.

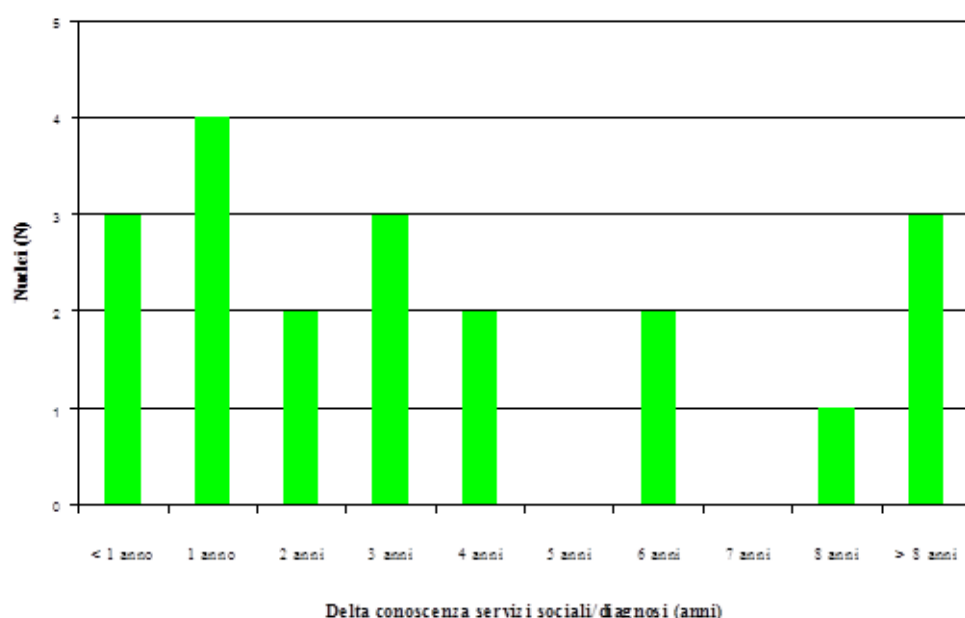
Dai dati si è rilevato che 20 nuclei familiari (87%) erano già conosciuti dai servizi sociali territoriali o di tutela prima dell'accesso presso il Centro e di questi, 6 nuclei (26%) non risultano aver avuto nessun tipo di intervento di tutela. Il restante 61% si distribuisce in diverse tipologie di intervento (tabella 42).

Tabella 42. Nucleo in carico al servizio sociale o di tutela e interventi precedentemente attivati

NUCLEO IN CARICO AL SERVIZIO SOCIALE	Interventi attivi	N	%
si		20	87%
	nessuno	6	26%
	adozione del primo figlio della madre	1	4%
	comunità educativa mamma-bambino	2	9%
	abitazione comunale	2	9%
	inserimento lavorativo della madre-consultorio familiare-educatore a domicilio per il fratello	1	4%
	adozioni dei fratelli	1	4%
	affido familiare del fratello	1	4%
	valutazioni	2	9%
	educatore a domicilio	1	4%
	presa in carico psichiatrica nucleo	1	4%
	supporto della madre al consultorio	2	9%
no		3	13%
Totale		23	100%

Dalla figura 20 si evince che al momento della diagnosi i nuclei erano conosciuti dal Servizio Sociale territoriale o di tutela da più di 3 anni nel 40% dei casi ed, in particolare, 3 casi (15%) noti ai Servizi da più di 8 anni.

Figura 18. Conoscenza del nucleo ai servizi



Rispetto alla storia pregressa i dati hanno mostrato che per 11 nuclei (48%) erano già state effettuate in passato segnalazioni al TM. Dall'analisi dei casi sono state ricavate inoltre alcune informazioni inerenti la presenza di precedenti dispositivi di tutela ed è emerso che per 5 nuclei familiari (20%) era già stato attivato in passato un dispositivo di tutela da parte del TM e, nello specifico, un collocamento in comunità educativa, uno in comunità terapeutica mamma-bambino, un procedimento di adozione del primo figlio della madre e un allontanamento del padre dal nucleo familiare (tabella 43).

Tabella 43. Segnalazioni precedenti TM e dispositivi pregressi nel nucleo

SEGNALAZIONI PM PRECEDENTI	Tipologia dispositivo tutela	N	%
si		11	48%
	comunità terapeutica mamma-bambino/adozione	1	4%
	comunità educativa	1	4%
	adozione dei fratelli	1	4%
	allontanamento del padre	1	4%
	adozione del primo figlio della madre	1	4%
no		12	52%
Totale		23	100%

V.3.5. Gli interventi di tutela dopo la diagnosi

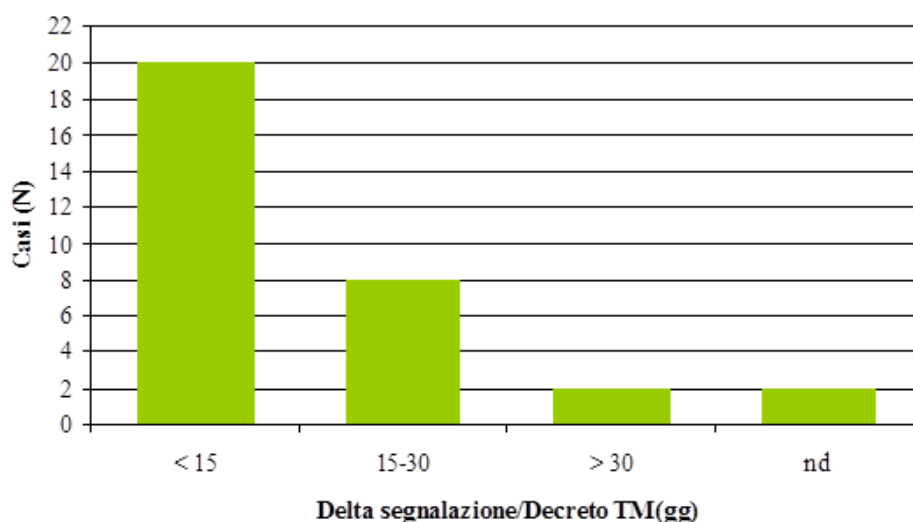
L'analisi inerente alle azioni di tutela attuate per ogni singolo paziente affetto da Chemical Abuse, evidenzia che per 32 casi (80%) la segnalazione da parte dei medici che hanno avuto in cura i bambini è stata inoltrata alla Procura presso il Tribunale per i Minorenni e per 19 (48%) anche alla Procura presso il Tribunale Ordinario (tabella 44).

Tabella 44. Segnalazioni Procura Ordinaria e Minorile

SEGNALAZIONE PO	N	%
si	19	48%
no	21	52%
Totale	40	100%
SEGNALAZIONE PM	N	%
si	32	80%
no	8	20%
Totale	40	100%

Prendendo in considerazione il tempo che intercorre tra la data di segnalazione e il primo decreto emesso dal Tribunale, si riscontra che per 20 casi (63%) l'Autorità si è espressa tramite Decreto entro i primi quindici giorni, per 8 casi (25%) ha disposto provvedimenti in un periodo compreso tra i quindici e i trenta giorni e per 2 casi (6%) oltre i trenta giorni. Non è stato possibile ricavare tale informazione per 2 casi (6%) (figura 19).

Figura 19. Delta segnalazione/decreto



Dai decreti emessi dal Tribunale per i Minorenni a seguito della segnalazione si evince come siano stati disposti per 3 casi (9%) il mantenimento dei precedenti dispositivi già attivi (6% mantenimento comunità educativa mamma-bambino e 3% mantenimento del collocamento presso i nonni), il collocamento di 6 bambini (19%) presso una comunità terapeutica mamma-bambino e 5 (16%) presso una comunità educativa mamma-bambino, 8 casi (25%) sono stati affidati ad altre famiglie o a parenti entro il IV grado, 2 casi (6%) collocati in casa famiglia, per 5 casi (16%) sono state disposte delle valutazioni, e per gli ultimi 2 casi la comunità educativa per minori (3%) e un percorso di psicoterapia per il minore e l'invio al consultorio per i genitori (3%). Per un solo caso (3%) non è stato possibile ricavare informazioni a riguardo (tabella 45).

Tra le disposizioni stabilite dal Tribunale, 29 bambini (91%) sono stati affidati al servizio sociale. Rispetto agli interventi sulla responsabilità genitoriale, l'Autorità ha stabilito l'affievolimento per 18 casi (56%), la sospensione per 6 casi (19%), l'affievolimento della madre e la sospensione del padre per 5 casi (16%) e per un solo caso (3%) non è stato possibile reperire tale dato (tabella 46).

Tabella 45. Tipologia dispositivo decreto TM dopo la diagnosi

DISPOSITIVO DOPO LA DIAGNOSI	N	%
casa famiglia	2	6%
comunità terapeutica mamma-bambino	6	19%
comunità educativa mamma-bambino	5	16%
affido intrafamiliare	6	19%
affido eterofamiliare	2	6%
mantenimento comunità educativa mamma-bambino	2	6%
comunità educativa per minori	1	3%
valutazioni	5	16%
psicoterapia per il minore/consultorio per i genitori	1	3%
mantenimento collocamento presso i nonni	1	3%
nd	1	3%
Totale	32	100%

Tabella 46. Collocamento dopo la diagnosi

AFFIDO AL SERVIZIO SOCIALE	N	%
<i>si</i>	29	91%
<i>no</i>	2	6%
<i>nd</i>	1	3%
RESPONSABILITA' GENITORIALE INTACCATA		
<i>si</i>	30	94%
<i>sospensione</i>	6	19%
<i>affievolimento</i>	18	56%
<i>affievolimento madre/ sospensione padre</i>	5	16%
<i>nd</i>	1	3%
<i>no</i>	2	6%

V.5. Discussione e Conclusioni

Il Chemical Abuse rappresenta una grave forma di maltrattamento che può provocare esiti complessi ed irreversibili per la salute del bambino fino a comprometterne anche la sua sopravvivenza. I primi studi rispetto al Chemical Abuse risalgono al 1962 grazie allo studioso Kempe, che per primo ha classificato tale patologia precisando che i genitori potrebbero anche maltrattare il proprio bambino attraverso la somministrazione di farmaci, droghe, alcol o qualsiasi altra sostanza tossica considerandola pertanto tra le forme di maltrattamento sui minori.

Ad oggi in Italia esistono pochi studi che descrivono il fenomeno, le caratteristiche cliniche e gli outcome dei bambini esposti a sostanze tossiche ma grazie alla letteratura internazionale è possibile affermare che si tratti di un problema rilevante in termini di salute pubblica e tutela dei minori e che dovrebbe interessare il lavoro di Servizi e Istituzioni differenti che si trovano ad operare su diversi piani in primis quello sanitario della diagnosi medica, della tutela del minore nonché quello della giustizia civile e penale e pertanto i professionisti sanitari, psico-sociali e giuridici che si occupano sia del minore che dell'adulto.

Il Chemical Abuse, infatti, si configura generalmente all'interno di un contesto familiare multiproblematico che determina un'esposizione attiva o passiva a sostanze tossiche quali sostanze stupefacenti, farmaci, alcol e agenti caustici e riscontrabili grazie alle indagini tossicologiche. In particolare è possibile affermare che si rilevi maggiormente in quei nuclei familiari in cui uno o entrambi i genitori fanno uso di sostanze stupefacenti e che attivamente o passivamente somministrano al figlio una sostanza illecita. In molti casi a tale quadro si associano anche segni ascrivibili ad altre forme di maltrattamento fisico (fratture scheletriche, segni esterni di trauma) o segni di grave trascuratezza materiale o emotiva, nonché all'interno di un contesto di violenza intrafamiliare. Tale quadro viene confermato anche dalla ricerca condotta nel presente lavoro di tesi e dalla casistica analizzata che comprende la totalità dei pazienti con diagnosi di Chemical Abuse e delle loro famiglie afferenti all'archivio dei casi del Centro Regionale per la Diagnostica del Bambino Maltrattato della Regione Veneto, rilevati in un periodo di 14 anni, dal 2002 ad oggi, per un totale di 40 casi. Questa casistica, rappresenta un'esperienza molto rilevante ai fini della comprensione del fenomeno nel nostro Paese sia in termini di salute, attraverso la formulazione di una diagnosi che di tutela poiché fornisce la possibilità di studiare le caratteristiche di questi bambini, di comprendere il particolare profilo dei loro nuclei familiari e delle storie assistenziali al fine di indirizzare gli interventi di tutela e di riabilitazione dei genitori e delle famiglie e di prevenzione della diagnosi. Inoltre questo studio pone le basi per elaborare eventuali nuove strategie

di integrazione tra l'ambito sanitario e sociale ed, in particolare, tra le Istituzioni che si occupano della tutela dei minori e quelle destinate al trattamento degli adulti.

Innanzitutto, dai dati raccolti è stato possibile osservare una bassissima presenza di casi di Chemical Abuse diagnosticati nei primi anni di esperienza del Servizio, quando le indagini tossicologiche venivano effettuate solo nei casi di bambini con sintomi suggestivi e iperacuti di avvelenamento o figli di genitori con una storia conosciuta di tossicodipendenza, ed un esponenziale aumento del numero di casi nell'arco degli ultimi due anni, grazie alla scelta di inserire la diagnosi di Chemical Abuse all'interno delle diagnosi differenziali per i casi di bambini con sintomi aspecifici e in assenza di una storia conosciuta di tossicodipendenza dei genitori. Tale dato ci permette di riflettere sulla stima e l'incidenza del fenomeno del Chemical Abuse e riteniamo che la sottostima del fenomeno sia legata ad una sottodiagnosi dei casi piuttosto che ad un aumento del fenomeno della tossicodipendenza negli adulti.

Dai risultati della ricerca emergono alcuni dati allarmanti riguardanti le caratteristiche dei bambini, che hanno indirizzato fin dall'inizio lo studio. Tali fattori sono l'alta presenza di bambini molto piccoli, nella maggior parte dei casi di età inferiore a 2 anni o di pochi mesi di vita, per i quali si è riscontrata una positività a sostanze illecite. La positività è stata rilevata per la quasi totalità dei casi alle indagini tossicologiche eseguite sul capello, piuttosto che in quelle eseguite su altro materiale biologico (sangue, urina), che permettono di dimostrare una esposizione alla sostanza, lunga nel tempo e ripetuta. Pertanto, riteniamo che tale indagine dovrebbe essere privilegiata e inserita all'interno degli approfondimenti diagnostici di routine e di un work-up clinico nei contesti ospedalieri. Un dato schiacciante che emerge, rispetto alla nostra casistica, riguarda la tipologia di sostanza illecita riscontrata grazie alle analisi tossicologiche, che nella quasi totalità dei casi risulta essere la cocaina. Spesso tale sostanza viene ritrovata in concomitanza di altre sostanze quali metadone illegale e alcol. Questo dato, correlato alla bassissima età dei bambini ci permette di confermare che il meccanismo di somministrazione delle sostanze possa essere effettuato per sedare il bambino con il metadone quando piange o è eccessivamente richiestivo o lamentoso, e per riattivarlo con la cocaina quando appare eccessivamente sedato.

Dal punto di vista clinico, la maggior parte dei pazienti giunge all'attenzione dei medici dell'ospedale con sintomi cronici ed esiti di eventi ripetuti, dimostrando una diagnosi tardiva. In una quota non trascurabile di casi, inoltre, le diagnosi avvengono in pazienti in condizioni di grave rischio per la stessa sopravvivenza (alterazione dello stato di coscienza, crisi convulsive, tremori) o con una sintomatologia acuta (tachicardia, crisi di agitazione psicomotoria). Rispetto alle condizioni cliniche dei bambini si rilevano dei considerevoli danni in particolare alla Risonanza Magnetica

Cerebrale. Nei bambini, infatti, l'assunzione precoce di sostanze illecite produce dei danni irreversibili che pregiudicano lo sviluppo futuro perché causano sia atrofie cerebrali e quindi ritardi mentali dello sviluppo, danni agli organi vitali (ad esempio il cuore) ma anche perché possono indurre ad una tossicodipendenza precoce. Inoltre danneggiano lo sviluppo del sistema nervoso centrale e del cervello e quando la sostanza illecita viene somministrata nei primi mesi di vita, tutti i processi di sviluppo neurologico, maggiormente attivi in tale periodo, come la mielinizzazione, la migrazione neuronale e lo sviluppo di tratti di sostanza bianca vengono ostacolati. Infine, a conferma della letteratura, quasi la totalità dei casi presenta, oltre alla diagnosi di Chemical Abuse, un'ulteriore diagnosi di maltrattamento, in particolare trascuratezza grave, maltrattamento fisico e violenza assistita.

Rispetto alle valutazioni iniziali del nucleo familiare condotte presso il Servizio, si evidenzia che la totalità dei bambini esposti a sostanze illecite, tranne due, risulta avere almeno uno o entrambi i genitori tossicodipendenti. Circa la metà dei casi risulta avere almeno uno dei genitori in trattamento presso il Servizio per le Dipendenze anche con pregressi inserimenti e trattamenti in comunità terapeutiche residenziali. Le lunghe storie assistenziali dei genitori studiati ci permettono di supporre come nell'ordinamento attuale esista una frequente tendenza a frammentare gli interventi di trattamento del paziente tossicodipendente e quelli di supporto e valutazione della sua genitorialità. Risulta quindi necessario sollecitare i Servizi a monitorare attentamente tali genitori e i loro figli attraverso approfondimenti diagnostici specifici come le analisi tossicologiche del capello. Conoscere il fondamento comportamentale e quindi anche organico di una situazione familiare risulta estremamente importante per riuscire ad elaborare un valido progetto sociale. Come nei bambini, anche per i genitori per i quali è stato possibile eseguire l'esame tossicologico, la sostanza maggiormente riscontrata è la cocaina e tale dato permette di poter affermare che la maggior parte dei pazienti esposti a sostanze stupefacenti risulti positivo alle stesse sostanze utilizzate dai genitori. Un ulteriore dato significativo riguarda più della metà dei casi con genitori tossicodipendenti, i quali negano nonostante la diagnosi, la propria tossicodipendenza.

Oltre alla notevole presenza di genitori tossicodipendenti all'interno della nostra casistica, una ulteriore problematica rilevante, riguarda la presenza di genitori con patologie psichiatriche. Altri fattori, che a conferma della letteratura possono predisporre all'insorgenza del Chemical Abuse all'interno di un nucleo familiare riguardano: i numerosi accessi al Pronto Soccorso Pediatrico a causa di infezioni ricorrenti o incidenti ripetuti avvenuti in un periodo precedente la diagnosi, la conflittualità intrafamiliare, una storia di pregressi maltrattamenti dei genitori, l'isolamento sociale e le difficoltà sia economiche che lavorative della famiglia. Nella metà dei nuclei familiari, inoltre,

emerge anche la condizione di immigrazione e di comportamenti criminali attuati nella quasi totalità dei casi da parte della figura paterna.

Un ultimo elemento rilevante emerso dal presente lavoro di tesi riguarda gli interventi di tutela e di sostegno sociale che sembrano concorrere a determinare una prognosi migliore o peggiore. Innanzitutto si fa riferimento alla latenza degli interventi attuati dai Servizi Sociali territoriali che pur conoscendo l'87% dei nuclei familiari, e quasi la metà da più di tre anni al momento della diagnosi, per il 30% non risultano aver effettuato alcun tipo di intervento. L'attivazione degli interventi di tutela viene disposta però in tempi molto brevi dall'Autorità Giudiziaria a seguito della formulazione della diagnosi. Questo evidenzia, ancora una volta, la necessità di una diagnosi precoce al fine di prevenire gli esiti in salute sul bambino, rafforzare e motivare l'intervento di protezione del minore e in grado di ridurre i tempi di tutela

In conclusione, è possibile affermare che al fine di elaborare un efficace intervento di tutela dei bambini affetti da Chemical Abuse i Servizi non possano prescindere dal progettare interventi integrati in grado di fornire una risposta efficace alla molteplicità di problematiche presenti all'interno di questo tipo di famiglie. Appare di fondamentale importanza la fusione, la simmetria e la coerenza tra l'approccio medico e quello di tutela e di sostegno della famiglia che non possono più permettersi di non riconoscere i segnali d'allarme presenti all'interno di tali nuclei familiari multiproblematici ma devono attivarsi per elaborare strategie integrate che possano riuscire a risultare efficaci contro questa ancora poco conosciuta forma di maltrattamento infantile.

V. BIBLIOGRAFIA

-
- ¹ Kempe CH, Silverman FN, Steele BF, Droegemueller W, Silver HK. The battered-child syndrome. *JAMA*. 1962;181:17-24.
 - ² Cendon P, *Trattato dei nuovi danni. Volume I*. Cedam, 2011.
 - ³ Litovitz TL, Klein-Schwartz W, Rodgers GC, et al. 2001 Annual report of the American Association of Poison Control Centers Toxic Exposure Surveillance System. *Am J Emerg Med*. 2002;20:391-452.
 - ⁴ Agran PF, Anderson C, Winn D, Trent R, Walton-Haynes L, Thayer S. Rates of pediatric injuries by 3 month intervals for children 0 to 3 years of age. *Pediatrics*. 2003;111:e683-e692.
 - ⁵ Mowry JB, Spyker DA, Cantilena LR, McMillan N, Ford M. *Annual Report of the American Association of Poison Control Centers*. National Poison Data System (NPDS):31st Annual Report, 2013.
 - ⁶ Melbourne Emergency Department factsheets. *Accidental poisoning in children*, 2010.
 - ⁷ WHO. *World report on child injury prevention*. Geneva, 2008.
 - ⁸ www.npis.org/toxbase.html
 - ⁹ U.S. Department of Justice Office of Justice Programs. *Recognizing when a child's injury or illness is caused by abuse*, 2002.
 - ¹⁰ Chadha IA. Poisoning. *Indian J. Anaesth*. 2003;47(5):402-411.
 - ¹¹ California Department of Health Services. *Understanding Toxic Substances: an introduction to Chemical Hazards in the Workplace*, 2008.
 - ¹² Urso R. *Farmacocinetica e droghe*. Dipartimento di Farmacologia Giorgio Segre Università di Siena Centro Studi sulle Dipendenze Patologiche, 2010.
 - ¹³ OMS. *Definition de la toxicomanie et de l'accoutumance*. Bulletin de l'Organisation Mondiale de la Santé, 1957;40.
 - ¹⁴ Maggian R. *Guida al welfare italiano: dalla pianificazione sociale alla gestione dei servizi*. Maggioli Editore, 2011;234-235.
 - ¹⁵ Cartmell LW, Aufderhide A, Weems C. Cocaine metabolites in pre-colombian mummy hair. *J. Okla State Med. Assoc*. 1991;84:11-12.
 - ¹⁶ Arnao G. *Cocaina. Storia, effetti, cultura, esperienze*. Feltrinelli Editore, 1980.

-
- 17 Montefrancesco G. *La cocaina*. Dipartimento di Farmacologia Giorgio Segre. Università di
Siena Centro Studi sulle Dipendenze Patologiche, 2010.
- 18 Braglia D, Gerra G, Mezzelani P, et al. Cocaina: farmacocinetica, abuso, dipendenza,
detossificazione e trattamento. In Nizzoli U, Pissacroia M. *Trattato completo degli abusi e
delle dipendenze*. Piccin, 2004.
- 19 Mancino L. La cocaina. In Nizzoli U, Pissacroia M. *Trattato completo degli abusi e delle
dipendenze*. Piccin, 2004.
- 20 Bardini G, Giachi D. I derivati del papavero. In Nizzoli U, Pissacroia M. *Trattato completo
degli abusi e delle dipendenze*. Piccin, 2004.
- 21 Urso R. *Farmacocinetica dell'eroina e dei suoi metaboliti*. Dipartimento di Farmacologia
Giorgio Segre Università di Siena Centro Studi sulle Dipendenze Patologiche, 2010.
- 22 www.insostanza.it/informati/eroina
- 23 Berebely K, Volava J, Mule S, et al. Metadone in man: pharmacokinetic and excretion
studies in acute and chronic treatment. *Clin. Pharmacol. Ther.* 1975;18:180-190.
- 24 Baldi G, Ferrari A, Gallesi D, Giannelli G, Manresi S, Pini LA, Sternieri E, Zannini A.
Oppiacei: farmacocinetica, dipendenza, detossificazione, trattamenti agonisti ed antagonisti.
In Nizzoli U, Pissacroia M. *Trattato completo degli abusi e delle dipendenze*. Piccin, 2004.
- 25 Goldstein A, Herrera J. Heroin addicts and the methadone treatment in Albuquerque: a 22
year follow up. *Drug Alcohol Depend.* 1995;40:139-150.
- 26 Marcus SM. Accidental death from take home methadone maintenance doses: a report of a
case and suggestions for prevention. *Child Abuse Negl.* 2011;35:1-2.
- 27 European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. *2011 national report of the
Reitox, national focal point Germany*. In-depth information on drug situation, 2010/2011.
- 28 Observatorio Español sobre Drogas (OED). *Encuesta Domiciliaria sobre Abuso de Drogas
en España* (EDADES), 2009.
- 29 Joya X, Papaseit E, Civit E, Pellegrini M, Vall O, Garcia-Algar O, Scaravelli G, Pichini S.
Unsuspected exposure to cocaine in preschool children from a Mediterranean city detected
by hair analysis. *Ther Drug Monit.* 2009;31(3):391-5.
- 30 Keenan E, Dorman A, O'Connor J. Six years follow up of forty five pregnant opiate addicts.
J. Med. Sci. 1993;162(7):252-255.
- 31 Dax E. Endocrine alterations associated with the abuse of cocaine. *TEM.* 1989;55-56.
- 32 Klee H, Lewis S. Preparing for motherhood. In: Klee H, Jackson M, Lewis S, eds. *Drug*

misuse and motherhood. London: Routledge, 2002.

33 Kleber HD. Detoxification from narcotics. In Lowinson JH, Ruiz P. Substance Abuse. Clinical problems and perspectives. *Williams & Wilkins*. 1981;317-339.

34 Hagopian GS. Neonatal outcome following metadone exposure in utero. *J. of Mater. Fetal. Med*. 1996;348-354.

35 Doberczak TM, Kandall SR, Wilets I. Neonatal opiate abstinence syndrome in term and preterm infants. *J. Pediatr*. 1991;118(6):933-937.

36 Zacchello F, Giaquinto C. Il figlio di madre tossicodipendente, problemi clinici e assistenziali. *Medico & Bambino*. 1990;5:42-46.

37 Hulse GK, Milne E, English DR, et al. Assessing the relationship between maternal cocaine use and abruption placentae. *Addiction*. 1997;92(11):1547-1551.

38 Ellis J, Byrd L, Sexon W, et al. In utero exposure to cocaine: a review. *South. Med. J*. 1993;86:725-731.

39 Nulman I, Rovet J, Altman D, et al. Neurodevelopment of adopted children exposed in utero to cocaina. *Med. Assoc. J*. 1994;151:1591-1597.

40 Loebstein R, Koren G. Pregnancy outcome and neurodevelopment of children exposed in utero to psychoactive drugs: the motherisk experience. *Journal of psychiatry and neuroscience*. 1997;192-196.

41 Kintz P, Villain M, Dumestre-Toulet V, Capolaghi B, Cirimele V. Methadone as a chemical weapon: two fatal cases involving babies. *Ther Drug Monit*. 2005;27(6):741-3.

42 Boroda A, Gray W. Hair analysis for drugs in child abuse. *J R Soc Med*. 2005;98(7):318-9.

43 Reece RM. *Child Abuse: Medical Diagnosis and Management*. Malvern, 1994.

44 Feldman KW. Evaluation of physical abuse. In Helfer E, Kempe RS, Krugman D. *The battered child*. The University of Chicago Press. 1997;175-220.

45 NIDA. *The brain's response to drugs*, 2014.

46 Chasnoff I.J, Bums KA, Bums WJ, Schnoll SH. Prenatal drug exposure: Effects on neonatal and infant growth and development. *Neurobehavioral Toxicology & Teratology*. 1986;8(4):357-62.

47 McCance-Katz EF. The consequences of maternal substance abuse for the child exposed in utero. *Psychosomatics: Journal of Consultation Liaison Psychiatry*. 1991;32(3):268-74.

48 Ornoy A, Michailovskaya V, Lukashov I, Bar-Hamburger R, Harel S. The developmental outcome of children born to heroin-dependent mothers, raised at home or adopted. *Child*

Abuse Negl. 1996;20(5):385-96.

- 59 Sowder B, Burt MR. Children of heroin addicts: an assessment of health, learning behavioral and adjustment problems. *Praeger*. 1980.
- 50 Ornov A. The developmental outcome of children born to heroin-dependent mothers, raised at home or adopted. *Child Abuse Neglect*. 1996;20(5):385-396.
- 51 Zuccotti GV, Giovannini M. *Manuale di pediatria. La pratica clinica*. Società Editrice Esculapio, 2012;113.
- 52 Bona G, Zaffarano M. La patologia fetale del neonato e della gravida da abuso e dipendenza da oppiacei e cocaina. In Nizzoli U, Pissacroia M. *Trattato completo degli abusi e delle dipendenze*. Piccin, 2004.
- 53 Finnegan LP. The challenges and continued dilemmas in the treatment and diagnosis of children prenatally exposed to opiates. *Ital. J. Pediatr*. 2004;30:73-76.
- 54 Kadir JA, Assar A, Mehdi AJ. Money body packers. *Br. J. Surg*. 1994;81:772.
- 55 Fundaro C, et al. Neonatal abstinence syndrome and maternal toxicological profile. *Minerva Pediatrica*. 1994;46(3):83-88.
- 56 Kellogg A, Rose C, Harms R, Watson W. Current trends in narcotic use in pregnancy and neonatal outcomes. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 2011;204(3)259:1–4.
- 57 Mecham N, Melini J. Unintentional victims: development of a protocol for the care of children exposed to chemicals at methamphetamine laboratories. *Pediatr Emerg Care*. 2002;18(4):327-32.
- 58 Ministry of Health. Guidelines for the Remediation of Clandestine Methamphetamine Laboratory Sites, Wellington, 2010.
- 59 Grant P. Evaluation of children removed from a clandestine methamphetamine laboratory. *J. Emerg. Nurs*. 2007;33(1):31–41.
- 60 Garcia-Bournissen F, Asrar F, Verjee Z, Karaskov T, Koren G. Contamination of hair with 3,4-methylene dioxymethamphetamine (ecstasy) in 2 young girls from a "meth lab". *Clin. Pediatr*. 2008;47(2):186-8.
- 61 Baumgartner AM, Jones PF, Baumgartner WA, Black CT. Radioimmunoassay of Hair for Determining Opiate-Abuse Histories. *J. Nucl. Med*. 1979;20:748-752.
- 62 Klug E. Morphinbestimmung in Kopfhaaren. *Rechtsmed*. 1980;84:189-193.
- 63 Papaseit E, et al. Hair analysis following chronic smoked-drugs-of-abuse exposure in adults and their toddler: a case report. *Journal of Medical Case Reports*, 2011;5:570.

-
- 64 Harkey M, Henderson GL. *Hair Analysis for Drugs of Abuse. Advances in Analytical Toxicol.* Chicago Year Book Medical Publishers, 1989.
- 65 Coordinamento Operatori Bassa Soglia del Piemonte. *Manuale di autodifesa: controllo sociale e accertamenti sull'uso di sostanze*, 2010.
- 66 Pragst F, Broecker S, Hastedt M, Herre S, Andresen-Streichert H, Sachs H, Tsokos M. Methadone and illegal drugs in hair from children with parents in maintenance treatment or suspected for drug abuse in a German community. *Ther Drug Monit.* 2013;35(6):737-52.
- 67 Joya X, Fríguls B, Simó M, Civit E, De la Torre R, Palomeque A, Vall O, Pichini S, Garcia-Algar O. Acute heroin intoxication in a baby chronically exposed to cocaine and heroin: a case report. *J Med Case Rep.* 2011;5:288.
- 68 Presidenza del Consiglio dei Ministri, Dipartimento politiche antidroga. *Relazione annuale al Parlamento sullo stato delle tossicodipendenze in Italia*, 2015.
- 69 Metso L, Hakkarainen P, Winter T. *Drug use and drug attitudes among Finns. Drug-related population surveys in Finland 1992–2010.* National Institute for Health and Welfare, 2011.
- 70 Kuczowski KM. Peripartum care of the cocaine-abusing parturient: are we ready?. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2005;84:108-116.
- 71 Di Pietro P, Chiossi M. *Tossicologia clinica degli avvelenamenti acuti in età pediatrica.* SEE, 1999.
- 72 Amoruso M, Duminuco L. *Indagine sulla genitorialità dei pazienti tossicodipendenti.* SerT di Mestre, 2000.
- 73 Gilli G, Cairo M. *Famiglia e tossicodipendenza: il dibattito e le ricerche.* Vita e Pensiero, 1990.
- 74 Fava G, Vizziello M. *Genitori psicopatologici e problemi preventivi. Psichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza*, 1990.
- 75 Burroni P, Pianarosa L, Podio M. Tra dipendenze e indipendenza: riflessioni sul trattamento delle madri tossicodipendenti. *MinoriGiustizia.* 2005;3.
- 76 Winnicott DW. *Sviluppo affettivo e ambiente.* Roma: Armando, 1972.
- 77 Marcomini F, Moro A, Valentini S. Padri tossicodipendenti e figli. *MinoriGiustizia.* 2007;3.
- 78 Cormier RA, Dell C, Poole N. Women and Substance Abuse Problems. *BMC Women's Health.* 2004;4:S8.
- 79 Malagoli Togliatti M, Mazzoni S. *Maternità e tossicodipendenza.* Giuffrè, 1993.
- 80 Cirillo S, Di Blasio P. *La famiglia maltrattante. Diagnosi e terapia.* Raffaello Cortina

Editore, 1989.

- 81 Mazza R. Vicende trigenerazionali e tossicodipendenza: la sofferenza familiare. In Toscano
M.A., Ambigui I. *Viaggio nelle penombre della famiglia*. Jaca Book, 1999.
- 82 Mazza R. Come coniugare la protezione dei minori ed il trattamento dei genitori
tossicomani. *Terapia Familiare*. 2011;95.
- 83 Andreoli V. Famiglia con genitori tossicodipendenti. *Bambino Incompiuto*. 1991.
- 84 Raitasalo K, Holmila M, Autti-Rämö I, Notkola IL, Tapanainen H. Hospitalisations and out-
of-home placements of children of substance-abusing mothers: a register-based cohort study.
Drug Alcohol Rev. 2015;34(1):38-45.
- 85 Green J, et al. Childhood adversities and adult psychiatric disorders in the National
Comorbidity Survey Replication: Associations with first onset of DSM-IV disorders.
Archives of General Psychiatry. 2010;67,2,113-123.
- 86 D.P.R. n. 309/1990 art. 118; D.M. n. 444/1990.
- 87 D.P.R. n. 309/1990 art. 120.
- 88 D.P.R. n. 309/1990 artt. 121-123.
- 89 Cirillo S. La tutela dei figli dei tossicodipendenti. In Ghezzi D, Vadilonga F. *La tutela del
minore*. Raffaello Cortina Editore, 1996.
- 90 Fava Vizziello G, Simonelli A, Petenà I. Attaccamento e psicopatologia tra clinica e ricerca.
Applicazione dell'Adult Attachment Interview ad un gruppo di donne tossicodipendenti.
Personalità e Dipendenze. 2000.
- 91 Cirillo S. Tutela del figlio del tossicodipendente: affidamento ai nonni o extrafamiliare. In
Fava Vizziello G, Stocco P. *Tra genitori e figli la tossicodipendenza*. Masson, 1997.
- 92 Mazza R, Marchiò C. Quando a drogarsi sono mamma e papà. *Rivista di Servizio Sociale*.
1995.
- 93 Halfon N, Mendonca A, Berkowitz G. Health status of children in foster care. The
experience of the Center for the Vulnerable Child. *Archives of Pediatrics & Adolescent
Medicine*. 1995;149:386-392.
- 94 Kalland M, Sinkkonen J. Finish children in foster care: evaluating breakdown of placement.
Child Welfare. 2001;80,513-527.
- 95 Sarkola T, Kahila H, Gissler M, Halmesmäki E. Risk factors for out-of-home custody child
care among families with alcohol and substance abuse problems. *Acta Paediatr*.
2007;96:1571-6.

-
- ⁹⁶ Green BL, Rockhill A, Furrer C: Does substance abuse treatment make a difference for child welfare outcomes? A statewide longitudinal analysis. *Child Youth Serv Rev.* 2007;29:460-473.
- ⁹⁷ MacMahon JR. Perinatal substance abuse: the impact of reporting infants to child protective services. *Pediatrics.* 1997;100(5):E1.
- ⁹⁸ Cancrini L. *Quei temerari sulle macchine volanti. Studio sulle terapie dei tossicomani.* Carocci, 1982.
- ⁹⁹ Hedrich D. *Problem drug use by women. Focus on community-based interventions. Co-operation Group to Combat Drug Abuse and Illicit Trafficking in Drugs.* Strasbourg, 2000.
- ¹⁰⁰ Ghezzi D, Vadilonga F. *La tutela del minore.* Raffaello Cortina Editore, 1996.
- ¹⁰¹ Capra N. *Presentazione del progetto terapeutico di presa in carico residenziale in comunità per madri tossicodipendenti e i loro figli. Conferenza Internazionale: l'esposizione dei minori alle droghe: dalla vita prenatale all'adolescenza.* Padova, 2011.
- ¹⁰² Fava Vizziello G, Simonelli A, Petenà I. L'esperienza delle comunità per madri tossicodipendenti e bambini: riflessioni cliniche e prospettive di ricerca. In *Trattato completo degli abusi e delle dipendenze.* Piccin, 2004.
- ¹⁰³ Dipartimento Nazionale Politiche Antidroga. *Maternità in-dipendente: una ricerca condotta in comunità di accoglienza per donne tossicodipendenti con figli.* Comunità Edizioni, 2005.

VI. STUDIO 3: “SAPERE, SAPER FARE, SAPER ESSERE”: CONOSCENZE E MODALITÀ OPERATIVE NEI CASI DI MALTRATTAMENTO. UNA SURVEY TRA GLI ASSISTENTI SOCIALI DEI SERVIZI DI TUTELA

VI.1. Introduzione

Come differenti sono i sistemi di tutela dei minori a livello internazionale, differenti sono i ruoli e le modalità di azione degli assistenti sociali che operano all'interno di questi sistemi.

In America ad esempio, all'interno dei Child Protective Services (CPS), gli assistenti sociali hanno competenze e formazioni specifiche in materia di maltrattamento all'infanzia. La figura dell'assistente sociale, nei casi di maltrattamento, svolge un ruolo di tempestiva valutazione del caso e rappresenta un collegamento fondamentale tra il servizio e la famiglia. Attraverso le sue conoscenze valuta e attiva un progetto rivolto al minore e alla sua condizione, inoltre vigila sulla collaborazione dei pazienti al progetto di presa in carico. Il loro ruolo all'interno dei CPS richiede una continua formazione e istruzione in tema di maltrattamento, vista la crescente diversificazione e complessità dei casi. Nei casi di maltrattamento, negli Stati Uniti, il lavoro e la valutazione professionale da parte dell'assistente sociale costituisce parte essenziale e preliminare di intervento a tutela del minore vittima di maltrattamento, soprattutto nelle équipes ospedaliere. In particolare, in questi contesti e nei casi di sospetto trauma cranico non accidentale svolge un ruolo cardine e si rivela componente importante per determinare le cause e le dinamiche dell'evento, nonché verificare la natura accidentale o meno dell'azione¹, collaborando con i medici e in generale tutto il personale sanitario, attuando vere e proprie indagini. Nel momento in cui il personale medico è coinvolto infatti, nella cura delle lesioni riportate nel bambino, gli assistenti sociali hanno il compito di effettuare colloqui con i genitori del bambino e con coloro che in genere, di lui si prendono cura, ottenere informazioni dalla polizia e da tutto il personale sanitario coinvolto nel caso, a partire da coloro che hanno rilevato il caso presso i reparti d'urgenza del pronto soccorso. Supporto fondamentale è anche quello psicologico ed emotivo che gli assistenti sociali svolgono con le famiglie e per le famiglie, attraverso una serie di colloqui tramite cui hanno il compito di ottenere informazioni circa le famiglie, provvedendo ad un accurato lavoro di anamnesi. Le informazioni ottenute dalla valutazione sociale diventano fondamentali per accertare e programmare, in collaborazione con i servizi di tutela territoriali

l'eventuale collocamento del bambino in un contesto alternativo a quello familiare. È interessante come ottenere una corretta diagnosi sulle lesioni a verità sulle lesioni, diventa responsabilità primaria anche degli assistenti sociali. Per questo è necessario che gli assistenti sociali vengano a conoscenza di tutti gli elementi riguardanti l'aspetto sanitario del bambino. Il tipo di lesioni, le risonanze, i reperti medici ottenuti, sono elementi indispensabili da conoscere perché i professionisti pongano le domande più corrette durante i colloqui e le Forze dell'Ordine siano supportate durante le indagini². Nel trattamento dei casi di sospetto o accertato maltrattamento, è quindi sostanziale che gli assistenti sociali siano a conoscenza del meccanismo lesivo che determina il quadro di segni e sintomi originati dallo scuotimento, del danno attuale ed evolutivo che tali lesioni comportano, delle dinamiche psicologiche che determinano l'agito maltrattante. Queste conoscenze sono essenziali per valutare

1. la coerenza delle informazioni ottenute da parte coloro che si occupano del bambino, ma anche come presupposto per valutazione dei;
2. i provvedimenti di tutela più idonei al caso;
3. la successiva presa in carico e definizione del progetto assistenziale riabilitativo al fine di prevenire recidive di maltrattamento.

In Inghilterra³ di regola si attua un approccio multidisciplinare al fenomeno del maltrattamento e una forte collaborazione tra i professionisti. In questo caso gli assistenti sociali devono agire in base alle conoscenze e alle esperienze acquisite, collaborando con altre figure professionali e collaborare al processo decisionale tenendo conto dei principi etici di promozione dei diritti umani e di uguaglianza. Il loro profilo professionale tende a promuovere azioni che portino all'indipendenza della persona attraverso anche azioni di sostegno e protezione dei soggetti in difficoltà. Esse sono direttamente coinvolte in tutti i casi di maltrattamento

In Finlandia, si predilige definire la Child Protection con il termine *Family Service System*, alla base di questa ideologia vi è l'idea che le cause della problematica emersa debbano essere individuate all'interno del nucleo familiare⁴. Nella pratica, nel momento in cui arriva all'attenzione dei servizi sociali un possibile caso di maltrattamento, l'assistente sociale, quando lo ritiene necessario, ha il dovere di informare la Polizia. Da questo momento inizia il percorso di tutela. L'assistente sociale ha il delicato compito di decidere se il caso necessita di un proseguo o se può essere ritenuto archiviabile, tale scelta deve essere compiuta entro sette giorni. Nel caso sia necessario proseguire, entro tre mesi deve essere svolta una valutazione della situazione mediante colloqui con i genitori e i minori, previo accordo con i genitori. Il primo contatto dell'assistente sociale con la famiglia avviene tramite una telefonata o convocazione scritta, tramite la quale i genitori sono invitati a

colloquio. Il primo incontro avviene in presenza dei figli, i successivi vengono svolti individualmente. L'assistente sociale incontra i genitori e in un altro momento i figli. Il colloquio con i minori è costituito principalmente da momenti di gioco e di dialogo con il professionista. Con i genitori viene trattata la problematica, vengono analizzate le dinamiche familiari e la rete parentale. Terminati i colloqui si decide se il caso necessita di essere approfondito ulteriormente e quali servizi attivare⁴.

Un interessante studio americano attuato dallo studio Berrick nel 2016⁵, analizza un aspetto importante della metodologia di lavoro nei casi di maltrattamento, ovvero il coinvolgimento dei genitori nel processo di protezione e tutela soprattutto al momento dell'allontanamento del figlio dalla famiglia, comparando le diverse metodologie usate in America, Inghilterra, Finlandia e Norvegia. La decisione di allontanare un minore dalla sua famiglia è un momento difficile e cruciale del percorso, che ha delle ripercussioni importanti sulla vita familiare sia del bambino che dei genitori, ai quali la capacità genitoriale è fortemente contestata. Gli autori sostengono che i motivi per cui i genitori siano poco coinvolti nel percorso di tutela e protezione siano principalmente tre:

- L'assistente sociale non è autorizzato a coinvolgere i genitori nelle decisioni;
- I genitori sono riluttanti e incapaci di approcciarsi con i servizi di tutela;
- Vi è un conflitto d'interesse, i genitori non collaborano con i servizi perché temono che il figlio venga allontanato.

Seppur il principio comune di questi Stati rimanga comunque che i genitori abbiano il dovere di garantire benessere ai loro figli, tra i vari Stati emerge però una diversa visione di chi detiene la responsabilità principale del figlio. In California viene data maggiore importanza alla madre biologica, in Inghilterra padre e madre hanno lo stesso coinvolgimento, in Norvegia viene data ai genitori biologici, se sono sposati, se non lo sono viene considerata solo la madre. In Finlandia genitori e tutori, nel caso in cui venga nominato un tutore, hanno importanza diversa: il tutore viene coinvolto in tutte le fasi del processo di allontanamento, mentre i genitori biologici solo nella fase iniziale. Ancora, in California, i genitori vengono interpellati durante le indagini, in Inghilterra gli assistenti sociali devono continuare a cooperare con i genitori durante tutta la fase, in Norvegia i genitori hanno il diritto di avere un legale, pagato con i fondi pubblici, che li assista durante il procedimento. In Finlandia durante *l'Hearing*, la fase iniziale del procedimento di allontanamento, vengono ascoltati i genitori. Per la ricerca sono stati contattati 768 assistenti sociali (370 in Norvegia, 206 in Finlandia, 103 in Inghilterra e 89 in California), i quali in media lavorano nella tutela minori da 5,9 anni. È stato chiesto loro quale fosse l'utilità di coinvolgere i genitori nel percorso ed è emerso una differenza tra i vari Stati, in America dove viene utilizzato l'approccio

incentrato sul minore, i genitori vengono visti solamente come fonte di informazioni per i servizi. Negli altri Stati, dove viene attribuita importanza a tutto il nucleo familiare, i genitori sono considerati detentori di diritto a ricevere informazioni riguardanti tutto il procedimento⁶.

La Child Protection è un tema importante e particolarmente sentito a livello nazionale e internazionale. I professionisti coinvolti nei percorsi di protezione e tutela minori affrontano quotidianamente sfide importanti. Spesso si trovano ad operare in contesti complessi, costituiti da sovraccarichi lavorativi consistenti e un alto grado di responsabilità. La responsabilità di percepire situazioni rischiose per i bambini spetta soprattutto ai professionisti impiegati in istituzioni pubbliche, seppur le normative di tutto il mondo incoraggino qualsiasi soggetto a segnalare situazioni di rischio in cui un minore può essere coinvolto. Nell'analisi delle diverse metodologie di protezione e tutela dei minori, sono emerse alcune differenze riguardanti soprattutto l'approccio metodologico ad essa.

Risultano due le differenze maggiormente rilevanti tra il sistema italiano e quello internazionale di protezione e tutela dei minori. La più importante sembra riguardare i tempi di intervento, che nel panorama internazionale risultano maggiormente scanditi e rigidi rispetto al panorama italiano e la seconda evidenza come nei Paesi esteri vi sia un più ampio utilizzo di programmi specifici in contrasto, ma specialmente in prevenzione, al maltrattamento minorile. In Italia infatti, si tende ad agire prevalentemente in contrasto al maltrattamento e i programmi di prevenzione risultano essere un numero nettamente inferiore rispetto a quello dei Paesi esteri.

VI.2. Obiettivi dello studio

L'obiettivo generale del seguente progetto mira a comprendere e verificare la percezione del maltrattamento ai minori tra gli assistenti sociali dei servizi sociali e socio-sanitari dell'ULSS 16 della Regione del Veneto.

Gli obiettivi specifici del progetto di ricerca sono:

- 1 Rilevare la frequenza con cui i professionisti vengono a contatto con il fenomeno del maltrattamento ai minori;
- 2 Rilevare e quantificare la gestione dei casi di presa in carico da parte degli assistenti sociali della tutela minori;
- 3 Analizzare la collaborazione tra servizi del territorio padovano nella presa in carico integrata dei casi;
- 4 L'indagine è stata condotta tra il mese di giugno e settembre 2016.

VI.3. Materiali e metodi

La ricerca è stata condotta attraverso la somministrazione di un questionario divulgato agli assistenti sociali in via telematica. Tale questionario è stato ideato e costruito ad hoc in due forme differenti. Una ideata per la somministrazione agli assistenti sociali dei Servizi di Tutela Minori dell'Ulss 16 della Regione Veneto, ovvero direttamente e quotidianamente impegnati nel sistema di tutela dei minori, e la seconda destinata agli assistenti sociali di altri servizi socio-sanitari dell'Ulss 16, non competenti per le funzioni di tutela, quali per esempio i servizi per le dipendenze o quelli psichiatrici. Il questionario indirizzato agli assistenti sociali impegnati nella tutela minorile nei comuni dell'Ulss 16 è composto da 26 domande. La prima parte è dedicata all'analisi delle caratteristiche socio-anagrafiche, educative e/o formative e professionali degli operatori. La seconda parte è costituita da domande riguardanti la conoscenza e la frequenza con la quale gli operatori, durante la loro esperienza professionale e formativa, hanno incontrato il tema del maltrattamento infantile. Una terza parte del questionario è dedicata al rapporto lavorativo che intercorre tra i servizi di tutela minori e i servizi dell'area sanitaria, psicologica ed educativa nella presa in carico integrata dei casi. È inoltre verificato il rapporto degli assistenti sociali con il Tribunale per i Minorenni e la conoscenza delle Linee Guida per la segnalazione in caso di maltrattamento emanate dalla Regione Veneto, indagando quali parti il professionista ritiene virtuose, quali deficitarie e quali di difficile attuazione.

Nella parte finale del questionario sono richieste ai professionisti delle proposte operative per la ristrutturazione dell'organizzazione dei servizi di tutela dei minori, in particolar modo riguardante il benessere degli operatori, dei minori e delle famiglie.

Il questionario indirizzato agli assistenti sociali impiegati in altri servizi dell'Ulss 16 di Padova è composto da 21 domande. La prima parte coincide con quella presentata nel questionario indirizzato agli assistenti sociali operanti nella tutela minori. Nella seconda parte vengono indagate le motivazioni per cui un professionista richiederebbe il coinvolgimento dei servizi di tutela o del Tribunale per i Minorenni. Anche in questo questionario la terza parte è costituita dalle domande riguardanti la conoscenza delle Linee Guida per la segnalazione in caso di maltrattamento.

I questionari sono composti prevalentemente da domande a risposta chiusa, alle quali il rispondente può esprimere la propria scelta all'interno di un gruppo predefinito di alternative oppure attraverso una scala Likert a 5 punti, una parte più residuale di domande prevedono risposta aperta. Questa impostazione con una prevalenza di domande a risposta chiusa rispetto a quelle a risposta aperta intendeva consentire ai professionisti uno strumento di facile e veloce compilazione.

Il territorio della ricerca è costituito da 29 Comuni, suddivisi in 3 distretti sociosanitari. Per quanto riguarda i servizi socio-sanitari il questionario è stato inviato agli assistenti sociali inseriti nei Consultori Familiari, SerD, al Centro di Salute Mentale e in Equipe Adozioni.

I questionari, sono stati inviati ai servizi individuati come target della ricerca tramite l'invio di una e-mail che conteneva, oltre ai questionari, una lettera di presentazione della ricerca e di richiesta di disponibilità alla partecipazione alla ricerca. Era inoltre specificato che la raccolta dati sarebbe stata effettuata nel rispetto delle norme vigenti in tema di privacy.

Successivamente i servizi sono stati contattati telefonicamente con l'intento di presentare ulteriormente il progetto di ricerca e concordare le modalità di partecipazione, oppure, quando necessario, per sollecitare la loro partecipazione.

VI.4. Risultati

4.2.3. Contatti con i servizi

I questionari, sono stati inviati ai servizi individuati come target della ricerca tramite l'invio di una e-mail che conteneva, oltre ai questionari, una lettera di presentazione della ricerca e di richiesta di disponibilità alla partecipazione alla ricerca. Era inoltre specificato che la raccolta dati sarebbe stata effettuata nel rispetto delle norme vigenti in tema di privacy.

Successivamente, i servizi sono stati contattati telefonicamente con l'intento di presentare ulteriormente il progetto di ricerca e concordare le modalità di partecipazione, oppure, quando necessario, per sollecitare la partecipazione ad esso.

4.2.4. Caratteristiche del campione

Hanno preso parte alla ricerca 18 assistenti sociali della tutela minori su un totale di 29 comuni contattati (62%) e 7 operatori su 17 servizi contattati (41%). Globalmente si può affermare che il 54% degli assistenti sociali operanti nell'Ulss 16 di Padova ha preso parte alla ricerca.

Il campione della ricerca è così composto da 25 assistenti sociali, di cui 24 di genere femminile e 1 di genere maschile, in un range di età tra i 25 e i 59 anni. Il 72 % di essi è inserito in un servizio di tutela minori e il restante 28% in un servizio socio-sanitario dell'Ulss 16 di Padova

La maggior parte dei professionisti (44%) possiede, come ultimo titolo di studio conseguito, la laurea magistrale, a seguire la laurea triennale a pari merito con il diploma universitario o la scuola

a fini speciali (16%). Emerge inoltre che l'80% degli operatori, al momento attuale, ha un impiego di tipo continuativo caratterizzato da un contratto a tempo indeterminato.

4.3. Risultati

4.3.1. Conoscenza del fenomeno indagato

Tra gli assistenti sociali che operano nei servizi di tutela minori dell'Ulss 16 vi è la totale condivisione nell'affermare che la definizione più adeguata di maltrattamento infantile sia "tutte le forme di abuso fisico e/o psicologico, di abuso sessuale, di trascuratezza o l'assenza di azioni e cure, con conseguente danno, allo sviluppo o alla dignità del minore nel contesto di un rapporto di responsabilità, di fiducia o di potere". Mentre, tra gli assistenti sociali inseriti nei servizi socio-sanitari, l'86% concorda con gli assistenti sociali della tutela e il 14% (1 persona) afferma che la definizione più adeguata sia "ogni condizione di pregiudizio alla tutela di un minore verificabili all'interno del suo contesto familiare o di vita abituale, e in grado di determinare un danno permanente alla sua salute".

Nel questionario è stato inoltre indagato in quali esperienze formative i professionisti avessero incontrato il tema del maltrattamento. Dalla tabella 1 è possibile constatare che gli assistenti sociali della tutela minori hanno incontrato il tema del maltrattamento minorile principalmente attraverso la loro partecipazione a dei convegni (40%).

Tabella 2: In quali esperienze formative si è incontrato il tema del maltrattamento

Indicare all'interno di quali esperienze formative si è incontrato il tema del maltrattamento minorile	N	Percentuale	Percentuale di casi
Convegni	1 8	40,0%	100,0%
Corsi di formazione	1 2	26,7%	66,7%
Università o altri percorsi equipollenti	9	20,0%	50,0%
Master	2	4,4%	11,1%
Scuola superiore	2	4,4%	11,1%
Altro (specificare)	2	4,4%	11,1%
Totale	4 5	100,0%	250,0%

Anche per quanto riguarda gli assistenti sociali dei servizi socio-sanitari i dati mostrano come anche i professionisti abbiano incontrato il tema del maltrattamento a danno di minore durante i convegni

(42,9%) (Tabella 2). In entrambi i gruppi di professionisti si può constatare che il tema sia stato incontrato anche durante i corsi di formazione (26,7% vs 35,7%).

Tabella 3: In quali esperienze formative si è incontrato il tema del maltrattamento

Indicare all'interno di quali esperienze formative si è incontrato il tema del maltrattamento minorile	N	Percentuale	Percentuale di casi
Convegni	6	42,9%	85,7%
Corsi di formazione	5	35,7%	71,4%
Università o corsi equipollenti	3	21,4%	42,9%
Totale	14	100,0%	200,0%

Tabella 4: Tipologia maggiormente incontrata(tutela)

In che misura ha incontrato le seguenti forme di maltrattamento?	N	Minimo	Massimo	Media	Deviazione std.
Disagio Sociale	18	2	5	3,39	,698
Maltrattamento Fisico	18	2	5	3,33	,907
Grave Trascuratezza	17	2	5	3,06	,827
Maltrattamento Psicologico	17	1	5	2,94	1,144
Abuso Sessuale	17	1	4	2,71	,849

Tra i diversi tipi di maltrattamento i dati raccolti evidenziano come il tema maggiormente incontrato e studiato durante le loro esperienze formative sia stato quello del disagio sociale, che sulla scala likert a 5 punti, raggiunge il valore medio di 4,29 per gli assistenti sociali dei servizi socio-sanitari (tabella 3) e 3,39 per quelli della tutela (tabella 4).

Tabella 5: Tipologia maggiormente incontrata (non tutela)

In che misura ha incontrato le seguenti forme di maltrattamento?	N	Minimo	Massimo	Media	Deviazione std.
Disagio Sociale	7	3	5	4,29	,756
Grave Trascuratezza	7	3	5	4,14	,900
Maltrattamento Psicologico	7	3	5	4,00	1,000
Maltrattamento Fisico	7	2	5	3,14	,900
Abuso Sessuale	7	2	5	2,86	1,069

Ai professionisti è stato chiesto poi di indicare con quale frequenza, secondo la loro esperienza, hanno incontrato le diverse forme di maltrattamento infantile indicate. Dalle tabelle 5 e 6 emerge che la forma di maltrattamento maggiormente riscontrata dai professionisti sia la violenza assistita,

sia per gli assistenti sociali della tutela che della non tutela: sulla scala likert a 5 punti ottengono rispettivamente il valore medio di 3,72 e 4,29. Tra i professionisti dei servizi socio-sanitari emerge che anche il fenomeno della grave trascuratezza sia molto frequente e raggiunge il valore medio di 4,29.

Tabella 6: Forme di maltrattamento incontrate (tutela)

Nell'ambito del suo lavoro con quale frequenza le è capitato di incontrare le forme di maltrattamento	N	Minimo	Massimo	Media	Deviazion e std.
Violenza Assistita	18	2	5	3,72	1,018
Grave trascuratezza	18	1	5	3,44	1,097
Maltrattamento psicologico	18	2	5	3,22	,878
Maltrattamento fisico	18	1	5	2,89	,963
Ipercurea	18	1	3	1,83	,707
Abuso Sessuale	18	1	3	1,72	,826

Tabella 7: Forme di maltrattamento incontrate (Non tutela)

Nell'ambito del suo lavoro con quale frequenza le è capitato di incontrare le forme di maltrattamento	N	Minimo	Massimo	Media	Deviazion e std.
Violenza Assistita	7	2	5	4,29	1,113
Grave trascuratezza	7	4	5	4,29	,488
Maltrattamento psicologico	7	3	5	4,14	,690
Maltrattamento fisico	7	1	5	2,86	1,345
Ipercurea	7	1	5	2,57	1,512
Abuso Sessuale	7	1	4	2,29	,951

Si è voluto poi analizzare quali forme di maltrattamento risultano avere un andamento stabile e quali invece un andamento di crescita. Dall'osservatorio dei professionisti che hanno preso parte alla ricerca risultano in crescita, sia per i professionisti della tutela minori, sia per quelli dei servizi socio-sanitari la violenza assistita (30% per la tutela vs 29% per la non tutela), il maltrattamento psicologico (32% per la tutela vs 25% per la non tutela) (figura 1).

Sulle altre forme di maltrattamento presentate emerge da parte degli operatori della tutela una posizione più omogenea mentre gli operatori della non tutela evidenziano una crescita di casi di ipercurea (21%) e di abuso sessuale (13%).

È possibile constatare che per entrambe le tipologie di professionisti la forma emergente di maltrattamento maggiormente conosciuta sia la Sindrome da Alienazione parentale, che assume un valore medio pari 3,22 per quanto riguarda i professionisti della tutela e 3,86 per quelli della non tutela (Tabella 7 e 8). Ambedue i gruppi di professionisti concordano nell'affermare che la forma di maltrattamento meno conosciuta sia il Medical Shopping che assume un valore pari o inferiore a 2 nella scala likert.

Figura 1. Forme di maltrattamento in crescita

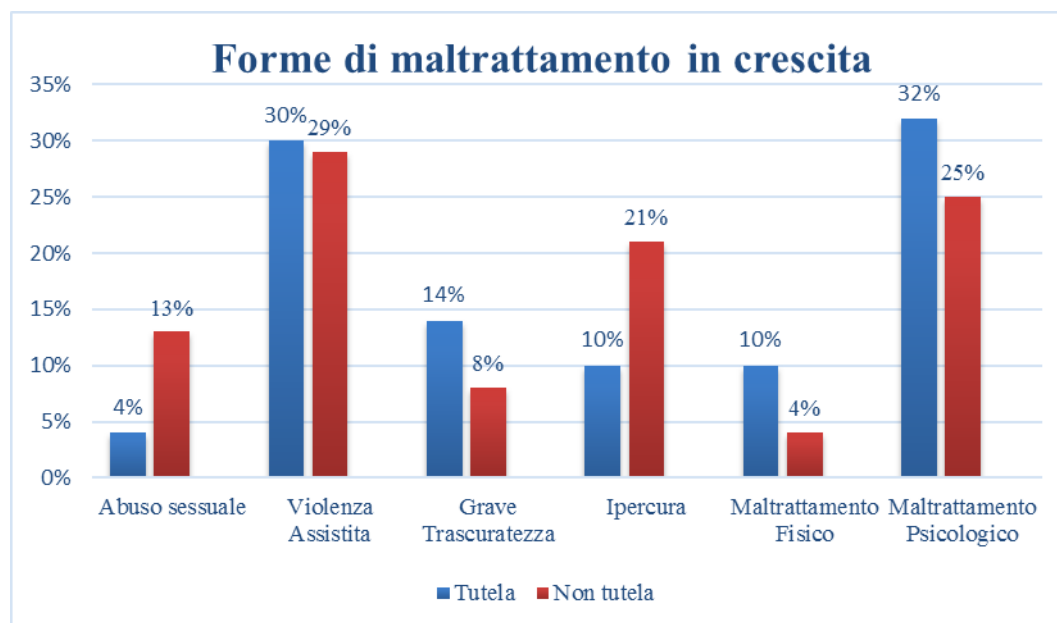


Tabella 8: Conoscenza forme emergenti (Tutela)

Quanto conosce le nuove forme di maltrattamento	N	Minimo	Massimo	Media	Deviazione std.
Sindrome da Alienazione Parentale	18	1	5	3,22	,878
Violenza sessuale assistita	18	1	5	2,89	1,183
Sindrome del bambino scosso	18	1	5	2,78	1,060
Sfruttamento Sessuale	18	1	5	2,50	1,249
Sindrome di Muchausen per procura	18	1	5	1,94	1,259
Chemical Abuse	18	1	4	1,94	,873
Medical Abuse	18	1	3	1,83	,707
Medical Shopping	17	1	3	1,53	,800

Tabella 9: Conoscenza nuove forme (Non tutela)

Quanto conosce le nuove forme di maltrattamento	N	Minimo	Massimo	Media	Deviazione std.
Sindrome da Alienazione Parentale	7	2	5	3,86	1,069
Violenza sessuale assistita	7	3	4	3,43	,535
Sfruttamento Sessuale	7	2	5	3,43	1,134
Sindrome del bambino scosso	7	2	5	3,29	1,113
Sindrome di Munchausen per procura	7	1	5	2,71	1,496
Chemical Abuse	7	1	5	2,86	1,464
Medical Abuse	7	1	4	2,43	1,272
Medical Shopping	7	1	3	2,00	,816

4.3.2. Metodologie operative

Ai professionisti è stato chiesto quali fossero le motivazioni secondo le quali i colleghi dell'area sanitaria, psicologica ed educativa arriverebbero ad avviare una segnalazione al loro servizio. Dalla figura 26 emerge che la motivazione prevalente per entrambi i gruppi sia la “Presenza nel minore di comportamenti che suscitano sospetto di maltrattamento” (27,3% non tutela vs 20,4% tutela).

Per quanto riguarda le altre motivazioni, i due gruppi di professionisti sembrano concordare unicamente nella risposta “Rivelazione da parte di terzi” (5,6% tutela vs 4,5% non tutela).

Delle altre motivazioni traspare un forte disaccordo tra i due gruppi, riscontrabile nelle risposte “Segni fisici di maltrattamento nel minore” (18,5% tutela vs 9,10% non tutela), “Presenza nel genitore di comportamenti che suscitano sospetto di maltrattamento” (9,30% tutela vs 18,5% non tutela) e “Mancato consenso dei genitori” (14,8% tutela vs 4,50% non tutela), dove si possono evidenziare valori percentuali nettamente contrastanti.

4.3.3. Gestione dei casi da parte degli operatori della tutela minorile

Nel questionario destinato agli operatori inseriti nei servizi di tutela minori vi era poi una parte dedicata alla gestione dei casi: mediamente in un anno i servizi seguono 73,25 casi, gestiti quasi totalmente dall'operatore stesso. Per quanto concerne i casi di maltrattamento sono il 20% rispetto ai casi seguiti dal servizio (Tabella 10).

Tabella 10: Gestione dei casi

	N	Min imo	Massimo	Media	Deviazione std.
Numero casi medi in un anno (servizio)	12	2	450	73,25	125,342
Numero casi gestiti in un anno (operatore)	15	2	190	68,33	69,964
Numero casi di maltrattamento (servizio)	14	0	30	8,14	10,242
Per quanti casi è stato attivato un provvedimento urgente ex art. 403	17	0	5	1,29	1,532

Dai dati rilevati emerge che la durata dei casi, sia per quanto riguarda i progetti di ordinaria presa in carico sia nello specifico quelli per maltrattamento, vada dai 3 ai 5 anni (tabella 10). È possibile constatare inoltre che per quanto riguarda i casi di maltrattamento la risposta “oltre i 5 anni” ha ottenuto una percentuale pari al 33,3% (tabella 11).

Tabella 11: Durata media presa in carico

Durata media di un progetto di presa in carico		Frequenza	Percentuale	Percentuale valida	Percentuale cumulativa
	2 anni	5	27,8%	29,4%	29,4%
	dai 3 ai 5 anni	8	44,4%	47,1%	76,5%
	oltre i 5 anni	4	22,2%	23,5%	100,0%
	Totale	17	94,4%	100,0%	
Mancante	99	1	5,6%		
Totale		18	100,0%		

Tabella 11. Tempi di presa in carico

Durata media di un progetto di presa in carico nei casi di maltrattamento		Frequenza	Percentuale	Percentuale valida	Percentuale cumulativa
	2 anni	2	11,1%	12,5%	12,5%
	dai 3 ai 5 anni	8	44,4%	50,0%	62,5%
	oltre i 5 anni	6	33,3%	37,5%	100,0%
	Totale	16	88,9%	100,0%	
Mancante	99	2	11,1%		
Totale		18	100,0%		

Nel questionario è stata indagata anche la frequenza con la quale i professionisti della tutela minori richiedono il parere dell’Autorità Giudiziaria. È emerso che il 55,6% lo richiede quando non viene

ottenuto il consenso da parte dei genitori, il 33,3% solo nei casi ritenuti più gravi e il 5,6% afferma di chiedere il parere all'Autorità Giudiziaria in tutti i casi.

Solitamente nelle relazioni all'Autorità Giudiziaria gli assistenti sociali inseriscono proposte o indicazioni di intervento. Alla domanda "Con quale frequenza l'Autorità Giudiziaria rispetta le indicazioni degli operatori?" i professionisti hanno risposto che mediamente la rispettano con un valore di 3,53 (in una scala da 1 a 5) manifestando quindi una prevalente continuità nel lavoro delle due istituzioni.

Nei casi di maltrattamento a danno di minore per gli assistenti sociali risulta fondamentale essere supportato nelle decisioni, e nel 32,3% dei casi essi si sentono maggiormente appoggiati dal responsabile del servizio in cui operano (Tabella 12).

Tabella 12. Supporto nella presa di decisioni

Rispetto ai casi di maltrattamento da chi sente di essere supportato nella presa di decisione	N	Percentuale	Percentuale di casi
Dal responsabile del servizio	10	32,3%	58,8%
Da colleghi del mio servizio	8	25,8%	47,1%
Da colleghi di servizi analoghi del territorio	6	19,4%	35,3%
Da operatori di altri servizi	6	19,4%	35,3%
Da nessuno, mi sento molto solo/a	1	3,2%	5,9%
Totale	31	100,0%	182,4%

È stato inoltre chiesto di valutare, con una scala likert da 1 a 5, la collaborazione con gli altri servizi del territorio nella presa in carico integrata dei casi (Tabella 13). Emerge una collaborazione proficua con il responsabile dell'area minori (3,81), le Forze dell'Ordine (3,38) e con il Tribunale per i Minorenni (3,24).

Tabella 13. Collaborazione con altri servizi

Come valuta la collaborazione con gli altri servizi del territorio nella presa in carico integrata dei casi	N	Min.	Max.	Media	Deviazione std.
Responsabile dell'area minori	16	2	5	3,81	,655
Forze dell'Ordine	16	2	5	3,38	,719
Tribunale per i Minorenni	17	2	4	3,24	,664
Centri Specialistici Territoriali	16	2	4	3,06	,772
Istituzione scolastica	17	1	4	3,00	,935
NPI	16	2	4	2,94	,854

Servizi Ospedalieri	17	2	4	2,82	,636
Consultorio Familiare	17	1	4	2,82	1,015
SerD	17	1	5	2,65	,862
Tribunale Ordinario	17	2	4	2,53	,624
CSM	16	1	4	2,25	,931

Agli assistenti sociali della tutela minori è stato richiesto di indicare, per ciascuna forma di maltrattamento, il grado di importanza delle diverse valutazioni (medica, sociale e psicologica) per poter giungere ad una corretta diagnosi partendo da una situazione di sospetto. Emerge inoltre come per tutte le forme di maltrattamento sembrano essere necessarie tutte le tipologie di valutazioni (medica, sociale e psicologica) per una corretta diagnosi, tutte infatti assumono, in una scala likert a punti, un valore minimo superiore ai 3,22 punti e il valore massimo di 4,94, raggiunto nello specifico dalla valutazione medica nell'abuso sessuale e dalla valutazione psicologica nel maltrattamento psicologico. Emerge inoltre come per l'88,9% dei professionisti la formazione specifica sui temi del maltrattamento risulta necessaria per tutte le figure che operano con i bambini e i ragazzi.

VI.5. Discussione e Conclusioni

L'obiettivo specifico di questo studio è stato quello di comprendere, attraverso l'uso di due questionari, quale fosse la percezione del fenomeno del maltrattamento minorile tra gli assistenti sociali inseriti nei servizi di tutela e socio-sanitari del territorio padovano dell'Ulss 16. Alla ricerca hanno preso parte 25 assistenti sociali, rispettivamente 18 operanti nella tutela minori e 7 nella non tutela. Bisogna sottolineare che globalmente meno del 60% dei reclutati hanno risposto all'indagine e che questa percentuale è molto più alta nei servizi di tutela minori che non in quelli dedicati ad altre patologie come la tossicodipendenza e la patologia psichica degli adulti, problemi che peraltro come abbiamo visto negli studi precedenti comportano un elevatissimo rischio di maltrattamento. Questa difficoltà nel coinvolgere questi operatori mette a nudo un gap tra servizi dedicati alla tutela e gli altri servizi, quando l'accento e il focus è tutto riservato all'adulto e poco allargato alla condizione di vita del minore. A volte infatti, i figli vengono considerati da questi professionisti degli strumenti da utilizzare per indurre un'adesione a schemi di trattamento e a proposte terapeutiche o una condizione che permette di mantenere un relativo equilibrio di una adulto altrimenti scompensato senza tenere in altrettanta considerazione il danno e la sofferenza che la vita con un genitore fortemente patologico può comportare. D'altra parte questa attitudine non è soltanto conseguenza dell'orientamento derivato dall'esperienza lavorativa quotidiana ma anche probabilmente dipendente da una prima formazione poco attenta al tema della violenza e del maltrattamento contro i minori.

Dai risultati emerge infatti come vi sia una conoscenza approfondita del fenomeno indagato, solo grazie all'interesse personale e delle istituzioni che li portano a partecipare a convegni sul tema e invece scarsa risulta la preparazione fornita all'interno dei percorsi universitari, dove il tema maggiormente conosciuto e trattato è quello generico del disagio sociale.

Questi dati inducono a ritenere generalmente insufficiente la trattazione universitaria del tema del maltrattamento nell'ambito degli studi sociali. Questa insufficienza è ancora più grave in quanto essa è associata anche a una distorsione delle informazioni date e delle conoscenze apprese. Infatti, le risposte date dagli assistenti sociali sia dei servizi di tutela che non tutela sottolineano che solo alcune forme di maltrattamento sono percepite e quindi di esse si ha la consapevolezza di averne frequenti esperienze lavorative. Tra queste forme, certamente, ci sono i casi di violenza assistita e di trascuratezza grave. È interessante segnalare come i professionisti dei servizi operanti nella non tutela presuppongano frequenze per queste forme di maltrattamento addirittura maggiori di quelle dei servizi di tutela, dimostrando come nel trattamento dei loro casi essi abbiano avuto certamente

l'intuizione o la percezione che tali fenomeni potessero avvenire nelle famiglie dei loro assistiti, senza che conseguentemente, sempre, ci fosse un intervento specifico e drastico anche con il coinvolgimento dell'autorità giudiziaria. Nessun cenno, nemmeno per i servizi delle tossicodipendenze viene fatto per il Chemical Abuse, condizione che come ampiamente descritto negli studi precedenti, è frequente nei genitori tossicodipendenti ed estremamente grave.

Ancora, conferma della effettiva esperienza di maltrattamento ai minori da parte anche degli assistenti sociali dei servizi per l'adulto e non dedicati alla tutela dei minori sta l'indicazione della crescita della frequenza della violenza assistita, che certamente è legata alla crescita reale e percepita della violenza intrafamiliare. Anche qui, peraltro, sembra mancante il passo successivo, cioè la consapevolezza del danno permanente e strutturale che tale condizione determina nel minore e quindi la necessità di proteggere e trattare i bambini che vivono in simili contesti familiari. La crisi crescente delle famiglie si ritrova anche nella risposta corrispondente data dagli assistenti sociali dei servizi di tutela per i quali la forma di maltrattamento maggiormente in crescita è quello psicologico, con chiaro riferimento anche alle condizioni di separazione conflittuale che producono il quadro del cosiddetto "bambino conteso". La crisi dell'ambiente familiare è presente nel profilo complessivo che si evince sia dalle interviste delle assistenti sociali di tutela che non.

Famiglie vulnerabili, se non francamente multiproblematiche, famiglie in dissoluzione e/o violente, famiglie separate con altissimo grado di conflittualità e genitori che utilizzano la negazione della relazione fra l'altro coniuge e il figlio come strumento di pressione se non di vendetta, tutte costituiscono le nuove e continue sfide che gli assistenti sociali devono affrontare e verso le quali spesso non hanno soluzioni specifiche, ma solo strumenti generici e del tutto inefficaci. È interessante che molti professionisti intervistati ricordino la crescita della Sindrome da Alienazione Parentale, anch'essa prodotta di una tale situazione.

Molto deficitaria invece è la conoscenza, la consapevolezza e la percezione dei maltrattamenti che producono danno fisico o alterazione del normale equilibrio delle cure. Inaspettatamente poco segnalati sono anche gli abusi sessuali. Questi casi sono citati come minor frequenza per gli assistenti sociali della tutela, mentre del tutto trascurati per gli altri.

A fronte di questo quadro, non del tutto rassicurante circa la formazione e le conoscenze dei servizi sociali sul maltrattamento, emerge un'enorme carico di lavoro per ciascun operatore che si trova a gestire una media di oltre 70 casi nuovi per anno, spesso in assoluta solitudine. Il che significa che ogni assistente sociale vede almeno 5 casi di maltrattamento per anno. Di questi casi uno su cinque presenta maltrattamento. Il maltrattamento più grave riscontrato è che questi bambini una volta giunti ai servizi sociali tendono a uscire con una lentezza esasperante. La durata media di presa in

carico va dai 3 ai 5 anni ma ben un caso ogni tre ha una presa in carico superiore ai cinque anni. Più lunga è la durata della presa in carico e limitata dall'età del bambino, e benché molti di questi bambini arrivano all'attenzione dei servizi precocemente e in età prescolare è evidente che molti dei nuovi reclutati non siano di fatto mai dimessi dai servizi sociali. In questo, l'organizzazione italiana diverge in modo rilevante da quella di altri paesi europei, soprattutto del nord Europa, nei quali sono definiti dei tempi per le azioni, dei tempi per le valutazioni e dei tempi per le decisioni. La mancanza di questi calendari porta a delle finte prese in carico che altro non sono che la cronicizzazione di una situazione e quasi l'attesa degli eventi che naturalmente si susseguono nella storia di questi minori. Molte sono le ragioni di questo atteggiamento assolutamente non rispettoso dei tempi di maturazione e di sviluppo e delle finestre sensibili in cui alcuni eventi biologici e psicologici possono o non possono avvenire. Una delle ragioni sta nell'incertezza della diagnosi di maltrattamento. A fronte della diffusa consapevolezza della necessità di una valutazione congiunta medica psicologica e sociale, alla domanda di quali siano le collaborazioni più rilevanti emerge solo il legame con i Tribunali per i Minorenni e le Forze dell'Ordine, mentre la collaborazione con gli aspetti sanitari quindi i relativi servizi sia territoriali che ospedalieri risulta molto meno perseguita e ritenuta importante. Solo per la diagnosi di abuso sessuale si ritiene rilevante la competenza medica e per quella di abuso psicologico quella psicologica. Di fatto quell'approccio globale alla salute di cui abbiamo lungamente trattato all'inizio di questo lavoro di tesi è completamente disatteso.

Un secondo elemento critico sta nel gioco perversamente circolare tra Tribunale per i Minori e servizi sociali. Abbiamo già visto le lunghissime attese rispetto all'assunzione di decisioni da parte del Tribunale anche per patologie gravissime come la Sindrome del Bambino Scosso. In questi tempi ben poco rispettosi delle esigenze di sviluppo dei bambini si associano quelle dei servizi sociali che suggeriscono "provvedimenti" che frequentemente vengono confermati e si assumono perché dallo stesso i tribunali, delegano l'onere di monitoraggio, anche questi frequentemente senza chiari e predetti limiti temporali, monitoraggi che spesso terminano con altri suggerimenti che riattivano il circolo. È questa una delle ragioni principali che determina una durata "sinedie" delle prese in carico.

Esiste una consapevolezza di inadeguatezza e fragilità dei professionisti che richiedono più formazione e supervisione e che lamentano frammentarietà e difficoltà di attivare una rete di servizi. A fronte di questa consapevolezza sono necessarie azioni profonde di ripensamento dell'organizzazione dei servizi territoriali e in generale del rapporto tra servizi ospedalieri, territoriali, sociali e sanitari. Anche il ruolo del Tribunale, andrebbe ripensato e rivalutato in funzione di quanto emerso come nuove sfide e nuove conoscenze.

VI. BIBLIOGRAFIA

- ¹ Frasier L, Kay RF, Randall A., Robert NP, Abusive Head Trauma in infants and children: a medical, legal and forensic Reference. *Stm Learning*. 2006.
- ² Frasier L, Kay RF, Randall A., Robert NP, Abusive Head Trauma in infants and children: a medical, legal and forensic Reference. *Stm Learning*. 2006.
- ³ Munro E. *The Munro Review of Child Protection*. London, Crown, 2011.
- ⁴ Nett J. & Spratt T. *Child Protection Systems: An international comparison of “good practice examples” of five countries (Australia, Germany, Finland, Sweden, United Kingdom) with recommendations for Switzerland*. Fonds Suisse pour des projets de protection de l’enfance. 2012.
- ⁵ Berrick J., Dickens J., Pösö T. & Skivenes M. (Parents’ involvement in care order decisions: a cross-country study of front-line practice. *Child and Family Social Work*, Vol.10, pp. 1-12. 2016.
- ⁶ Myers J. *A history of child protection in America*. California, Xilibris. 2004.

VII. CONCLUSIONI DEL PROGETTO

La protezione dei bambini e la prevenzione da qualsiasi forma di minaccia alla loro salute, la tutela da ogni forma di violenza e la promozione del loro benessere fisico, psichico e sociale è un problema molto vasto e complesso. Il maltrattamento ai minori infatti, è un problema di sanità pubblica, caratterizzato da un impatto rilevante sulla salute fisica, psichica e sociale delle vittime, e per estensione, sulla società in generale. Il rapporto mondiale sulla violenza e la salute del 2002 e la risoluzione del 2003 della *World Health Assembly* sull'implementazione delle raccomandazioni del rapporto, hanno evidenziato le conseguenze per la salute pubblica del maltrattamento ai minori e sottolineato a gran voce il compito fondamentale di prevenzione da parte dei servizi deputati a tutelare e curare le vittime.

Questo progetto ha voluto trattare ed indagare alcuni aspetti del tema della tutela dei minori analizzandola attraverso lo studio di due specifiche forme di maltrattamento ai minori e un'indagine sulla percezione del maltrattamento ai minori da parte degli assistenti sociali, correlando la teoria complessiva e complessa dei meccanismi che lo scatenano e ne danno origine e che comportano i gravi esiti alla salute dei bambini, con l'analisi del sistema di tutela e delle azioni di protezione delle vittime e con particolare riguardo ad una riflessione in merito a ciò che i servizi deputati alla tutela dei minori potrebbero fare e cosa davvero fanno e si aspettano di dover fare.

Al di là quindi, degli aspetti conclusivi specifici affrontati nei tre differenti studi è possibile trarre alcune conclusioni generali: risulta necessario programmare a livello nazionale interventi mirati e strategie di prevenzione del fenomeno del maltrattamento poiché esiste la possibilità di distinguere i nuclei familiari più a rischio rispetto ad altri. È possibile individuare le caratteristiche del bambino e della sua famiglia che possono predisporre all'insorgenza del maltrattamento e in grado quindi di mettere in guardia i servizi creando delle reti di supporto mirate intorno a questi nuclei familiari. Inoltre, si sa che per alcune forme di maltrattamento come la Sindrome del Bambino Scosso, siano efficaci interventi precoci di prevenzione, di sensibilizzazione e diffusa prevenzione. Si conosce l'efficacia reale di programmi di promozione della salute rivolti a tutti i nuovi nati, nonostante ciò, poche sono le azioni appositamente attuate con questa finalità, spesso favorendo interventi generici sulla genitorialità, rivolti a sottogruppi che aderiscono volontariamente molto spesso formati da soggetti che già per cultura, censo, livello sociale e attitudine personale presentano un rischio bassissimo di maltrattamento. Il fiorire di tali interventi, consuma le poche risorse, di personale ed economiche, impedendo l'organizzazione di azioni che scientificamente hanno dimostrato una reale efficacia sul campo in altri contesti e in altri Paesi. In questo campo l'assenza di una cultura

scientifica di valutazione è un altro elemento critico, come la persistenza di mondi culturali separati che producono modelli teorici incompenetrabili, riferimento di mondi professionali che ancora fanno fatica a lavorare realmente insieme.

Risulta necessario prestare maggiore attenzione nei confronti di quelle situazioni che i servizi sociali e sanitari conoscono da tempo e che continuano a trattare secondo sempre un unico asse e un unico schema completamente centrato su individui “cliente” e poco attento alle dinamiche del contesto della comunità familiare in cui quel soggetto agisce. Esemplificativo al riguardo, è il trattamento degli adulti tossicodipendenti genitori di neonati, lattanti o piccoli bambini. L’attenzione alla situazione di salute di questi minori è estremamente bassa, la conoscenza di forme specifiche di maltrattamento come la Sindrome del Bambino Scosso o il Chemical Abuse quasi inesistente, e soprattutto scarsissima è la conoscenza sui danni e le conseguenze che tali situazioni determinano invariabilmente nei bambini.

L'altro elemento che rende estremamente critica l’efficacia della presa in carico degli assistenti sociali sui bambini maltrattati è l’incredibile durata dei loro interventi. Tutta la letteratura internazionale dimostra come i primissimi anni, ancor più i primi due anni, influenzino lo stato di salute evolutivo non solo dei bambini e adolescenti, ma anche per l’età adulta e anziana. Trattamenti di monitoraggio e attesa, quasi di sospensione della durata dai 3 a 5 anni o superiore a cinque anni bruciano di per sé qualsiasi possibilità di sfruttare le potenzialità di sviluppo residue del minore che già è stato vittima di maltrattamento, immettendolo sempre di più in un binario senza soluzione di problematicità e multiproblematicità, che lo porterà ad essere un adolescente o un adulto problematico, fragile e a sua volta bisognoso di interventi e ulteriori prese in carico di supporto alla sua sussistenza. Anche in questo caso l’organizzazione che ha portato ad una stretta vicinanza tra Tribunale per i Minorenni e servizi sociali, implementata negli anni 70 con un’ottica di attenzione assoluta allo sviluppo del minore, nella pratica è sempre più degenerata diventando attualmente, nei casi estremi, uno degli elementi critici che portano ad allungare i tempi e a ritardare inspiegabilmente l’assunzione di decisioni. Questa situazione, non è negativa solo per i bambini ma anche per i genitori adulti e la famiglia in se stessa che viene di fatto mantenuta in una sospensione di per sé patologica, diventando dipendenti dei servizi e allontanandosi sempre di più da una fisiologica autonomia.

Una delle difficoltà maggiori dell’assumere decisioni nei casi di maltrattamento è il senso di insicurezza che i professionisti provano, a partire dalla certezza della diagnosi. In ogni caso le diagnosi che riguardano alterazioni della salute, cioè patologie come il maltrattamento sono gravate da una quota di relativa incertezza. Questa incertezza viene però accettata in altri campi della salute

umana, anche di fronte a diagnosi straordinariamente severe e a condizioni di grande e crescente sofferenza. Lo stesso avviene per la diagnosi delle varie forme di maltrattamento. Affinché tale margine di incertezza sia effettivamente esiguo e quasi nullo è necessario che vengano messe in campo tutte le indagini che le conoscenze e la scienza moderna mettono a disposizione, e che ciò avvenga nel tempo più breve possibile. Per nessun altro dubbio diagnostico si aspetterebbero mesi o anni prima di fare qualsiasi visita o accertamento, ma tutti sarebbero concordi nel ritenere che tali indagini vadano eseguite il più presto possibile. Ciò non avviene nel caso di sospetto maltrattamento. I bambini rimangono perciò in un limbo diagnostico e questa stessa incertezza porta a rimandare le decisioni in attesa di un chiarimento che certo non verrà come conseguenza della nostra inerzia. Quello che avverrà invece, e quello che effettivamente avviene, è la comparsa di nuovi problemi nel bambino e nella famiglia, che non sono altro che gli esiti del primo danno e l'evoluzione sfavorevole della condizione di maltrattamento.

L'altro motivo di insicurezza è dato dalla necessità di prevedere nei casi di maltrattamento un piano assistenziale complesso che metta in campo contemporaneamente interventi su piani diversi, quello sanitario, quello riabilitativo, quello psichico e psicologico, quello dell'ambiente sociale e a volte anche quello della tutela giuridica.

Da questi elementi è possibile trarre una riflessione conclusiva che in qualità di assistente sociale desidero rivolgere ai miei colleghi. Essa riguarda il riscontro di una notevole scissione delle conoscenze e dei saperi e il fatto che il mondo sociale, quello psichico e quello medico non si conoscono e non si parlano.

Il percorso di protezione dei minori e i servizi che si occupano di tutela minorile sono ritenuti uno dei settori più delicati e controversi in cui si trovano ad operare una molteplicità di professionisti con competenze e ruoli caratterizzati da un alto grado di differenziazione. Tra essi sembra non esserci l'abitudine ad uno scambio delle conoscenze, ma anzi una suddivisione delle competenze senza contaminarle e degli interventi senza integrarli. È necessario invece che gli assistenti sociali superino questo limite e guadagnino la capacità di trattare il maltrattamento come una vera e propria patologia, senza essere in grado di diagnosticarlo, ma che ne conoscano i segni e sintomi, gli esiti e le gravi conseguenze alla salute delle vittime. Il percorso di tutela non può prescindere da un percorso diagnostico del maltrattamento, da un piano di realtà, dagli eventi che hanno provocato quel danno e dalle lesioni che hanno provocato quelle conseguenze. Conoscerle e sapere vedere motiva e rafforza l'intervento di cura e protezione, evitando di investire in interventi di sussistenza che non fanno altro che perpetrare la situazione e cronicizzarla. Il maltrattamento ai minori è una diagnosi di malattia e per questo è necessario sapere che una valutazione medica in termini organici

è necessaria in presenza di segni e sintomi specifici, seppur non debba essere isolata da una valutazione familiare e delle condizioni di vita, invece necessaria in termini prognostici. Tali riflessioni esprimono ancora una volta l'assoluta necessità di integrare e intendersi. Ognuno dovrebbe pensare ed utilizzare il sapere dell'altro per orientare le proprie azioni e le proprie azioni traggono risultato a fronte di valutazioni dal sapere dell'altro, perché nessun intervento sanitario ha significato se non porta ad una capacità di gestire con appropriatezza e autonomia la propria vita in un contesto sociale da parte del bambino, ma è anche vero che nessun intervento sociale ha senso se non quello di permettere al bambino l'attuazione del suo maggior potenziale di sviluppo in considerazione della sua biologia, della genetica e dei danni ricavati dall'esperienza maltrattante.

RINGRAZIAMENTI

Il raggiungimento di questo traguardo mi permettere di riflettere sul valore di questi anni di dottorato e di sedimentare tutta la gratitudine che sento verso le persone che mi hanno affiancato, aiutato, insegnato e che si sono rivelate essenziali per la mia crescita professionale e umana.

Ringrazio innanzitutto “la prof”, all’amore che ogni giorno le ho visto esprimere per il suo lavoro, all’esempio di determinazione e coraggio di agire senza ma o perché quando la salute dei bambini è più importante, alla sua estrema competenza e a quell’intuito geniale che la rende unica nelle sue funzioni

A Melissa, la concretezza di ogni suo pensiero, colei che ho guardato in questi anni, e che mi ha regalato la possibilità di innamorarmi autenticamente di questo lavoro, insegnandomi a credere che si può fare di più; che quando fai puoi sbagliare, ma che quando non fai sbagli di più e che gli esiti sono peggiori; che non bisogna avere paura di assumersi la responsabilità di rispondere ad una richiesta di aiuto, perché l’attesa non è cura

A Martina, che mi ha insegnato che è l’amore a salvare i bambini, e che i bambini non crescono nella pancia, ma nel cuore

Grazie ad Eleonora, Elisabetta, Lara e Cristina, le persone con cui ho lavorato con impegno ogni giorno, con le quali sento di aver fatto tanto e su cui so di poter contare, come professioniste e amiche

Grazie ai bambini che ho incontrato in questi anni e alle loro storie, li ricorderò sempre e per sempre mi aiuteranno

Grazie ai miei genitori e ai miei fratelli per l’infanzia che hanno saputo regalarmi

Grazie ad Alessio e Sveva, la mia famiglia