

# LE SEGNALAZIONI DI ABUSO ALL'INFANZIA PERVENUTE AL CBM ANNO 2007

## ANALISI DELL'ANDAMENTO NEGLI ANNI 2002/2007

### REPORT PER IL COMUNE DI MILANO

*A cura della dott.ssa Teresa Bertotti  
e della dr.ssa Daniela RUBIU*

## 1.LA VIOLENZA SUI MINORI: QUADRO DI RIFERIMENTO E DATI

### ***1.1 Definizione e caratteristiche***

A partire dalla pubblicazione nel 1962, dell'articolo di Kempe, Silverman, Steele, Droegemueller e Silver, il maltrattamento all'infanzia inizia ad essere considerato un fenomeno socialmente rilevante. Durante il meeting dell'American Medical Association, nel 1961, l'espressione *abuso infantile* viene utilizzata per indicare le azioni e i comportamenti violenti verso i bambini e diviene di dominio pubblico l'anno successivo, grazie al lavoro dei citati pediatri nord americani [H. Kempe et al, 1961] che, per primi, identificano e descrivono, in un articolo divenuto ormai celebre, e quasi un manifesto programmatico, la *Battered Child Syndrome*, segnalando alla comunità scientifica la realtà di violenze fisiche perpetrate dagli adulti- spesso gli stessi genitori- su bambini anche molto piccoli. Kempe, tracciando le fasi del riconoscimento sociale del maltrattamento e dell'abuso all'infanzia, identificava nella VI fase il momento in cui una società matura si preoccupava della tutela e della protezione di tutti i minori: "...ci si preoccupa che ad ogni minore siano

garantiti accettazione, cure amorose, cibo e alloggio adeguati, assistenza sanitaria, preventiva e curativa...". Il bambino viene considerato come un soggetto avente pieni diritti, competente sul piano comunicativo e cognitivo e predisposto all'interazione sociale.

Il clima culturale nazionale e internazionale con una certa lentezza ha iniziato a prendere atto di un fenomeno fino ad allora quasi totalmente sottovalutato, e non a caso il filosofo della scienza Ian Hacking (2000) afferma che portare l'abuso all'infanzia all'attenzione del pubblico, dei genitori, degli insegnanti, delle legislazioni e delle vittime stesse ha rappresentato una delle più meritevoli prese di coscienza avvenute tra il 1960 e il 1990.

L'interesse per il fenomeno vede coinvolta nel 1976 anche l'Europa con il 1° Congresso Internazionale tenutosi a Ginevra presso l'OMS, con la fondazione dell'*International Society for the Prevention of Child Abuse* e la relativa rivista *Child Abuse and Neglect*.

Tre anni dopo, nel 1979, anche l'Italia entra a far parte dei Paesi sensibili alla realtà dell'abuso all'infanzia tramite due importanti iniziative: la costituzione della sezione italiana della International Society for the Prevention of Child Abuse con sede a Bologna, e la organizzazione a Milano del Centro di aiuto al bambino e alla famiglia in crisi, promosso da un gruppo di privati cittadini affiancati da psicologi, pediatri e magistrati, con gli obiettivi di sollecitare un movimento culturale di sensibilizzazione e parallelamente di finanziare una iniziativa concreta di intervento. Nell'84 il *Comune di Milano*, primo Ente pubblico italiano ad affrontare la realtà della violenza, incarica il Centro per il Bambino Maltrattato e la cura della crisi familiare (CBM), della organizzazione di vari servizi per la prevenzione e la cura del maltrattamento familiare.

Ma vediamo rapidamente quali siano le caratteristiche di tale fenomeno, a partire dalla definizione e da alcuni dati tratti dalla ricerca condotta dal Centro delle Tecnologie dell'Istruzione (CRTI) e dal Centro Studi e Documentazione sui Servizi alla Persona G.M. Cornaggia Medici dal titolo "Trascuratezza, maltrattamento e abuso in danno dell'infanzia: Servizi e Centri presenti in Regione Lombardia" (P. Di Blasio, G. Rossi, 2004)

Va rilevato in primo luogo come il Rapporto Mondiale su Violenza e Salute dell'Organizzazione Mondiale della Sanità del 2002 abbia messo in luce la gravità degli esiti a breve e lungo termine della violenza, che viene indicata come il più importante problema di salute del mondo, per il quale sono necessari interventi atti alla prevenzione e alla cura delle sue conseguenze.

Per violenza nella sua accezione globale l'Organizzazione Mondiale della Sanità (WHO, 2002) intende " l'uso intenzionale della forza fisica o del potere minacciato o reale, contro se stessi, altre persone o contro un gruppo o una comunità, da cui conseguono o da cui hanno un' alta probabilità di conseguire lesioni, morte, danni psicologici, compromissioni nello sviluppo (maldevelopment) o deprivazioni".

In relazione alla violenza nei confronti dei minori manca un accordo generale sulla definizione più efficace ed appropriata a causa di confini labili ed indistinti tra le diverse tipologie classicamente adottate (trascuratezza, maltrattamento fisico e psicologico, abuso sessuale) e per l'emergenza di nuove forme di violenza quali la riduzione in schiavitù, la prostituzione, il coinvolgimento nella pornografia o l'emarginazione derivante dall'immigrazione clandestina.

Nel corso del tempo sono state elaborate diverse definizioni del fenomeno del maltrattamento. Non va dimenticato, infatti, che il suo riconoscimento è strettamente legato al contesto culturale ed al sistema dei valori della comunità, oltre che al momento storico.

Nel corso del IV Colloquio Criminologico di Strasburgo del Consiglio d'Europa (1981) la violenza ai danni dell'infanzia è stata considerata come " quell'insieme di atti e carenze che turbano gravemente il bambino attentando alla sua integrità corporea ed al suo 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 altri che hanno cura del bambino".

Dal quadro internazionale emerge una sostanziale differenza tra paesi occidentali, dove l'attenzione è prevalentemente rivolta su forme di violenza intrafamiliari di tipo relazionale, ed i paesi in via di sviluppo, dove emergono problematiche sociali e culturali più massicce e rilevante è l'abuso extra-familiare, come lo sfruttamento lavorativo, il traffico e la vendita di minori, la

prostituzione infantile e l'abuso istituzionale.

Ad una definizione ampia di maltrattamento si è ispirata la Convenzione dei diritti dei minori, frutto del contributo di 43 paesi e di Enti come l'UNICEF, l'O.M.S., l'UNESCO e la Croce Rossa, approvata dall'assemblea generale dell'O.N.U. e ratificata anche dall'Italia nel 1991. In essa si fa riferimento al " danno o abuso fisico o mentale, trascuratezza o trattamento negligente, al maltrattamento, alle diverse forme di sfruttamento e abuso sessuale intese come induzione e coercizione di un bambino/a in attività sessuale illegale, lo sfruttamento della prostituzione o in altre pratiche sessuali illegali, lo sfruttamento in spettacoli e materiali pornografici, torture o altre forme di trattamento o punizione crudeli, inumane o degradanti, allo sfruttamento economico e al coinvolgimento in lavori rischiosi".

Una definizione recente e completa di violenza all'infanzia è quella fornita nel 1999 dal "*Consultation on Child abuse and Prevention*" del WHO (World Report on Violence) e ripresa nel recente rapporto dell'Organizzazione mondiale della Sanità (WHO 2002) che evidenzia come " per abuso all'infanzia e maltrattamento debbano intendersi tutte le forme di cattiva salute fisica e/o emozionale, abuso sessuale, trascuratezza o negligenza o sfruttamento commerciale o altro, che comportano un pregiudizio reale o potenziale per la salute del bambino, per la sua sopravvivenza, per il suo sviluppo o per la sua dignità nell'ambito di una relazione caratterizzata da responsabilità, fiducia o potere [E.G. Krug, L. Dahlberg, J.A. Mercy, et Al, 2002].

Abitualmente si fa riferimento alla violenza utilizzando alcune classificazioni tipologiche che tendono a differenziare le diverse forme e che rendono operazionalizzabile il fenomeno, consentendone la descrizione delle sue diverse manifestazioni.

Un progetto di ricerca cross nazionale europeo *Concerted Action on the Prevention of Child Abuse in Europe* (CAPCAE) ha visto l'articolazione di 17 azioni maltrattanti e violente che confluiscono poi in tipologie prevalenti di violenza, ma non le saturano mai del tutto dato che alcune azioni omissive o attivamente violente sono presenti sempre in tutte le forme di maltrattamento e di abuso [C. May-Chahal , T. Bertotti, P. Di Blasio, et Al.]

È utile illustrare le diverse categorie prese in considerazione nel presente lavoro, così come sono sintetizzate dal Child Protection Register Inglese [Gibbons J., Conroy S., Bell C., 1995] nel 1991, utilizzate anche nella ricerca condotta da C.R.T.I. dell'Università Cattolica [Di Blasio P., Rossi G. (2004)] e nella bozza delle linee guida Regionali in materia di trascuratezza, maltrattamento ed abuso sessuale in danno all'infanzia e all'adolescenza [Filisetti, Carini, Di Blasio, Bertotti, et Al.]:

**maltrattamento fisico**, che implica un danno o il fallimento nel prevenirlo, inclusi gli avvelenamenti intenzionali, il soffocamento e sindrome di Munchausen per procura;

**trascuratezza**, con la quale si intende una grave o persistente negligenza nei confronti del bambino, o il fallimento nel proteggerlo dall'esposizione a qualsiasi genere di pericolo, incluso freddo o fame, o anche gli insuccessi in alcune importanti aree dell'allevamento che hanno come conseguenza un danno significativo per la salute e per lo sviluppo, compreso un ritardo della crescita in assenza di cause organiche;

**abuso sessuale**, che comporta lo sfruttamento sessuale di un bambino o adolescente, dipendente e/o immaturo sul piano dello sviluppo e anche prostituzione infantile e pornografia;

**abuso emozionale**, comunemente denominato anche maltrattamento psicologico, che si riferisce a persistenti maltrattamenti emotivi e atteggiamenti di rifiuto e di denigrazione che determinano conseguenze negative sullo sviluppo affettivo e comportamentale.

Inoltre l'esposizione alla violenza domestica e alla grave conflittualità della coppia genitoriale costituiscono altra grave forma di maltrattamento psicologico.

Tale categoria dovrebbe essere utilizzata quando si presenta da sola o è prevalente, dato che tutte le altre forme, in qualche modo, la comprendono.

F. Montecchi (2005) ha evidenziato una categoria specifica di maltrattamento, denominandola "**Patologia delle cure**", termine con il quale si indica l'inadeguatezza o insufficienza di cure fisiche e/o psicologiche fornite al

bambino, in rapporto al suo momento evolutivo, da parte di coloro che ne sono i legali responsabili.

Vengono considerati tre principali modi di fornire le cure in modo patologico: l'incuria, la discuria e la ipercura.

L'incuria può riguardare l'aspetto fisico e l'aspetto psicologico. L'incuria fisica consiste nel fornire cure fisiche insufficienti rispetto all'età e ai bisogni del bambino, mentre l'incuria psicologica fa riferimento alla incapacità da parte del genitore di fornire una sufficiente attenzione ai bisogni emotivi ed affettivi del bambino.

La discuria fa riferimento alle situazioni in cui le cure vengono fornite in modo "distorto", "anacronistico" ed inadeguato rispetto al momento evolutivo del bambino, come avviene per le richieste di acquisizioni precoci e di prestazioni superiori rispetto all'età e alle possibilità del bambino o quando il genitore mette in atto modalità di accudimento tipico di fasi precedenti a quella effettiva del bambino o manifesta iperprotettività con preoccupazioni eccessive che possono limitare le possibilità per il bambino di aperture al mondo.

Con **ipercura** si intende la cura eccessiva dello stato fisico del bambino con una eccessiva e persistente medicalizzazione del bambino. Si rintracciano tre fondamentali forme di ipercura con crescente gravità: il Medical Shopping, il Chemical Abuse e la Sindrome di Münchausen per procura.

Nel Medical Shopping uno o entrambi i genitori alimentano una preoccupazione eccessiva per lo stato di salute del bambino, che li porta a richiedere continui consulti di medici per essere rassicurati.

Il Chemical Abuse fa riferimento alla somministrazione di farmaci o sostanze che se usate in modo eccessivo possono creare un danno al bambino.

Nella Sindrome di Münchausen per procura il genitore, generalmente la madre, attribuisce al bambino sintomi e malattie che sono il frutto di una propria convinzione distorta appartenente alla condizione di salute fisica e psichica del genitore stesso, poi trasferita sul bambino.

Il bambino viene trattato quindi dalle figure di riferimento affettivo come un malato, e questa condizione si manifesta come particolarmente grave e pericolosa, in quanto il bambino tende a colludere massicciamente con il care-

giver simulando, a sua volta, uno stato di malattia. La malattia diventa per il bambino munchausizzato una modalità per superare o negare la paura di essere abbandonato o rifiutato dai genitori, convinto che , fino a quando presenta sintomi fisici la madre si occuperà di lui, mentre la guarigione coincide con la paura dell'abbandono materno.

### ***1.2 Entità del fenomeno***

Allo stato attuale non conosciamo l'entità reale del fenomeno in Italia perché mancano dati esatti non solo per la diversità dei metodi di rilevazione utilizzati, ma anche per le caratteristiche intrinseche del problema, per sua natura sommerso.

I dati desumibili dalle statistiche e dalla letteratura ci segnalano chiaramente l'incremento negli anni delle segnalazioni e delle denunce.

Rispetto agli allarmismi su un incremento del fenomeno, che vedono i casi di violenza in una fase di vertiginoso aumento, va sottolineato come nella realtà questo aumento sia difficilmente quantificabile, dato che potrebbe essere un esito della accresciuta capacità degli operatori, delle agenzie educative di vedere ed intervenire su queste situazioni.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità ha stimato che nel 2000 circa 57.000 bambini sotto i 15 anni sono stati vittime di omicidi e che la fascia maggiormente a rischio è quella tra i 0 e i 4 anni, con un numero di decessi superiore al doppio rispetto a quello dei bambini tra 5 e 14 anni (WHO, 2002, pag. 60). Per le altre forme di violenza, dalle conseguenze meno fatali, i dati provengono da diverse fonti non sempre comparabili. Viene presentato un quadro attendibile soprattutto nei paesi in cui esiste un registro nazionale, capace di dare un'interpretazione metodologicamente uniforme alle differenze statistiche.

Il Terzo Rapporto Governativo degli Stati Uniti (NIS-3 relativo ai dati del 1996) rileva un incremento del 18% rispetto al 1990.

La maggioranza dei minori segnalati (57%) è vittima di trascuratezza fisica, psicologica e sanitaria di grave entità (Sedlak e Broahurst, 1996).

I dati riportati nei registri di sorveglianza specifici attivati in alcuni Paesi europei

e negli Stati Uniti ci forniscono informazioni quantificabili in un numero che varia da 3 a 6 bambini su 1000. In Francia i dati dei servizi nazionali parlano di 2,5 casi su 1000 e in Svizzera di 3 su 1000 bambini.

Nel Rapporto del *Child Protection Registers* (2007) riferito alla situazione inglese aggiornata al 31 marzo 2007, vengono rilevati 27900 bambini e adolescenti vittime di violenza. Le percentuali maggiori si registrano nella categoria della trascuratezza (45%) e nella categoria del maltrattamento psicologico (25%), mentre per il maltrattamento fisico si registra una percentuale del 13%. Solo il 7% delle situazioni sono state prese in carico per abusi sessuali.

Confrontando i dati del 2007 con i dati del Child Protection Registers del 2003, si rileva un aumento del 42% del maltrattamento psicologico e un incremento del 18% per la categoria della trascuratezza. In evidente calo le categorie dell'abuso sessuale (decremento del 26%) e del maltrattamento fisico.

In Italia non è presente ancora un registro di sorveglianza nazionale. I dati provengono da stime o sono parziali, in quanto rilevati su gruppi parziali di popolazione ed inoltre, le categorie di maltrattamento e abuso cui fanno riferimento presentano ampie differenziazioni.

Nella bozza del rapporto italiano nell'ambito del programma "L'Europa per e con i bambini" cui partecipano diversi paesi europei, vengono prese in esame le statistiche disponibili sull'argomento del maltrattamento ed abuso all'infanzia. Tali dati riguardano i casi segnalati all'autorità giudiziaria penale, poiché non esistono statistiche nazionali sui dati segnalati e seguiti dai servizi sociosanitari territoriali oppure segnalati alle procure presso i Tribunali per i minorenni.

Complessivamente questo rapporto evidenzia in generale un aumento di tutto il fenomeno del maltrattamento e delle violenze sui minori. Nel 2005 vi sono stati 699 minori vittime di reati di violenza sessuale, in sostanziale aumento rispetto ai dati del 2002. Per quanto concerne il dato relativo ai provvedimenti di urgenza emessi dai tribunali per i minorenni a protezione del minore si evidenzia un numero di 9440 di provvedimenti, senza sapere però il numero effettivo di minori coinvolti.

I dati del servizio statistico del Comune di Milano, pubblicati nel piano di zona

2006-2008, rilevano un sostanziale aumento dei minori in carico al Comune di Milano (da 4320 nel 2002 si è passati a 5610 nel 2006), dell'utenza seguita dai Servizi Sociali della Famiglia, a partire da un mandato dell'Autorità Giudiziaria (da 2904 casi nel 2002 si è passati a 3511 nel 2006). La percentuale maggiore è data dai provvedimenti di affido al Comune di Milano (1093 minori nel 2006), seguiti dalle richieste di indagine sociale (897 situazioni nel 2006).

Per quel che concerne la distribuzione delle diverse forme di violenza, un'indagine italiana su 1088 casi provenienti da servizi pubblici e privati e relativa a situazioni prese in carico dai servizi nel 1997 segnala un 18% di forme multiple di violenza, un 16% di trascuratezza e un 14% di situazioni di rischio. Emerge, inoltre, che ben il 36% dei bambini era stato precedentemente segnalato per la violenza subita (Di Blasio, Barbetta, Bianchi, Fiocchi e Scotti, 1999).

Dalla ricerca emerge come i padri siano in maggioranza perpetratori di abuso sessuale, di maltrattamento fisico e psicologico, ed entrambi i genitori sono responsabili delle situazioni di rischio ed entrambi o la sola madre sono autori di trascuratezza.

Queste conclusioni trovano riscontro in un'altra ricerca condotta nel 1999 (T. Bertotti, P. Scotti, 2002) su un campione di 702 minori abusati sessualmente: la maggioranza delle vittime è di genere femminile (74%) e l'abuso è nella maggior parte delle situazioni perpetrato dal padre e nel 69% dei casi l'abusante appartiene alla cerchia familiare del bambino.

Riguardo alla tipologia di abuso segnalato, rilevate in relazione alla compresenza sullo stesso soggetto di forme di violenza diverse, (Di Blasio, Barbetta, Bianchi, Fiocchi e Scotti, 1999) risulta che su 1586 azioni di maltrattamento e abuso, si rileva una netta prevalenza di condizioni nelle quali il minore viene **abusato sessualmente**, si trova coinvolto in situazioni di rischio, viene psicologicamente maltrattato, trascurato e fisicamente colpito. Aggregando diversamente i dati, in base alla vicinanza affettiva del perpetratore l'abuso, vediamo che si tratta in grandissima parte di componenti la famiglia nucleare (76%) e della famiglia allargata (10%) o di persone note al bambino quali amici di famiglia, vicini di casa, responsabili educativi (6%).

Conferma dei dati ritroviamo nel rapporto Censis (Manna, 1998) riguardante i procedimenti penali del Tribunale di Roma nell'anno 1996 che rilevano il 90% degli abusi come perpetrati in famiglia ad opera del padre naturale, del patrigno o più raramente della madre o matrigna e solo l'8% in ambiti extrafamiliari come la scuola o la palestra ad opera di persone conosciute o note e solo il 2% operato da abusanti del tutto sconosciuti al minore.

I bambini sono caratterizzati da una prevalenza di sesso femminile (54%) e da una fascia compresa tra i 3 e i 5 anni (20%) e tra i 6 e gli 8 anni (21%).

Dai dati della ricerca CAPCAE condotta su dati raccolti nel 1996 e 1997 in 8 diverse nazioni (Belgio, Inghilterra, Francia, Germania, Irlanda, Italia, Paesi Bassi e Spagna) relativa a 2.356 casi, emerge la gravità della trascuratezza che appare la forma più frequente di abuso (C. May- Chahal, Bertotti, Di Blasio).

Un progetto di ricerca precedentemente citato svolto nel 2002 dalla Regione Lombardia in collaborazione con il Centro di ricerca delle Tecnologie dell'Istruzione (C.R.T.I.) ed il Centro Studi e Documentazione sui Servizi alla Persona G.M. Cornaggia Medici,<sup>1</sup> entrambi dell'Università Cattolica del Sacro Cuore di Milano, su 39 servizi delle ASL della regione Lombardia e su 152 comuni, 77 pediatrie e 5 centri di privato sociale, ha indicato che complessivamente il numero dei bambini in carico ai servizi delle ASL è di 9.763 casi, di cui 8.573 vittime di violenza accertata e con decreto di tutela emesso dal Tribunale e 1190 colpiti da forme di disagio che lasciano sospettare la presenza di abusi o violenze non ancora accertati.

Comparando la popolazione di bambini e adolescenti residenti in Lombardia con i 9.763 minori segnalati come vittime di violenza, possiamo stimare in 6,8 casi su 1000 la prevalenza del fenomeno nella Regione Lombardia.

Si deve sottolineare che si tratta di una leggera sottostima poiché i servizi delle ASL qui esaminati coprono il 90% dei comuni, dato che la percentuale restante di Comuni che ha ritirato le deleghe non ha fornito informazioni sufficienti su

---

<sup>1</sup> “Trascuratezza, maltrattamento e abuso in danno dell’infanzia: Servizi e Centri presenti in Regione Lombardia”, a cura di Paola Di Blasio & Giovanna Rossi- Centro di Ricerca delle Tecnologie dell’Istruzione (C.R.T.I) e Centro Studi e Documentazione sui Servizi alla Persona G.M. Cornaggia Medici (2004)

questo argomento.

Alcune recenti ricerche retrospettive italiane ci forniscono uno spaccato del fenomeno numericamente più rilevante. In relazione ad episodi pregressi di vittimizzazione sessuale, una ricerca di Pellai *et al.* (2002), condotta a Milano tramite un questionario self report su 2.939 studenti che frequentavano nell'anno scolastico 2001-2002 il quinto anno di scuola superiore (composto per il 56,4% da ragazze e per il 43,5% da ragazzi), ha rilevato la prevalenza del fenomeno nel 15,4% dei casi, con un 8,8% per i maschi ed un 20,4% per le femmine. Dati allarmanti anche per il fatto che i giovani intervistati, nella grande maggioranza dei casi, hanno dichiarato di non aver mai rivelato a nessuno l'episodio di vittimizzazione.

Lo studio di Zerilli *et al.* (2002), basato su questionari somministrati a 638 studenti (età media 18 anni) delle scuole superiori del Veneto, dipinge un quadro più articolato poiché distingue tra diverse forme di abuso: la prevalenza dell'abuso sessuale grave è risultata del 2,8% per i maschi e del 10,8% per le femmine, mentre l'abuso sessuale lieve colpisce l'11,4% della popolazione maschile e il 13,6% di quella femminile. La classificazione di gravità dell'abuso sessuale utilizzata dagli autori è basata su quella proposta da Leventhal (1998), secondo la quale nell'abuso lieve rientrano la costrizione a vedere materiale pornografico e l'essere toccati in parti intime, mentre l'abuso grave comprende atti quali la costrizione a toccare i genitali di un'altra persona, a masturbare o ad avere un rapporto sessuale.

Una ricerca retrospettiva nazionale, promossa dal Centro Nazionale di Documentazione ed Analisi per l'infanzia e l'Adolescenza, ha messo in luce che solo il 26% del campione costituito da 2325 donne dai 19-60 anni non ha sperimentato esperienze di abuso di vario tipo, mentre il 49% ha subito maltrattamenti fisici durante l'infanzia. Il 5% del campione riferisce episodi di abusi sessuali, ed il 18% episodi sia di abuso sessuale che di maltrattamento fisico. Sempre questa ricerca parla di un'incidenza dell'abuso sessuale grave del 13,2%.

Per quanto riguarda il maltrattamento fisico, da una *survey* di Bardi e Borgognini-Tarli (2001), condotta con un questionario self report su 2.388

genitori di bambini degli asili e delle scuole pubbliche toscane per rilevare i maltrattamenti perpetrati sui propri figli, emerge un numero di maltrattamenti fisici "gravi" (percosse con oggetti, ferite, fratture) pari a 83 su 1.000 e di violenze "lievi" (schiaffi, strattoni, in alcuni casi in episodio singolo) di 768 casi su mille.

Nel 2004 è partito un progetto di ricerca promosso dal Centro Nazionale di Documentazione ed analisi per l'Infanzia e l'Adolescenza su indicazione del Piano nazionale infanzia e adolescenza che richiedeva la sperimentazione di sistemi di raccolta dati sull'abuso sessuale e la violenza assistita. Questo progetto, conclusosi nel 2007 e presentato al Convegno del 4 ottobre dal titolo "*il monitoraggio dei minori vittime di trascuratezza, maltrattamenti e/o abuso sessuale segnalati e/o presi in carico dai servizi territoriali: esperienze a confronto*", ha coinvolto alcuni servizi nelle regioni Friuli Venezia Giulia, Lazio, Molise, Puglia, Calabria. Oggetto della rilevazione erano i minori segnalati e/o presi in carico dai servizi territoriali per situazioni di: patologia delle cure/trascuratezza, maltrattamento fisico, psicologico, violenza sessuale e violenza assistita. I risultati ci indicano che su un campione di 655 minori, il 15% ha subito abusi sessuali, il 13% maltrattamenti fisici, il 23% maltrattamenti psicologici, il 21% violenza assistita mentre il 21% è in carico ai servizi per situazioni di trascuratezza e patologia delle cure. Un restante 7% è in carico per altre situazioni di disagio.

Da questa rapida e forzatamente non esaustiva ricognizione, emerge la considerazione, più volte avanzata, che il fenomeno del maltrattamento all'infanzia sia molto più diffuso di quanto lascino intendere le stime ufficiali, soprattutto nelle aree del nostro paese dove è più difficile ottenere un'assistenza ed un monitoraggio puntuali da parte dei servizi.

In questo senso, anche la miglior stima che si possa ricavare circa la reale diffusione dei maltrattamenti all'infanzia appare purtroppo contraddistinta da ampie zone d'ombra, non solo per la reale difficoltà di decidere quale fenomeno rilevare (quello che giunge all'attenzione dei servizi psicologici e sociali, quello che viene rilevato nelle statistiche giudiziarie, quello che giunge al pronto soccorso o quello spesso celato per anni nel silenzio che affiora dalle ricerche

retrospettive] ma anche per gli ostacoli nella interpretazione del fenomeno stesso.

### ***1.3 La famiglia maltrattante***

Il maltrattamento intrafamiliare è diffuso trasversalmente nella società e non è necessariamente legato a status socioeconomici o culturali particolari. Si è più volte ribadito che si tratta di un fenomeno sommerso, che non si pone all'attenzione se non quando ha raggiunto livelli di gravità tali da determinare spesso danni salienti.

Spesso è un fenomeno negato sia dal maltrattante che dal maltrattato e coinvolge in questo processo tutti i membri di una famiglia.

Infatti, la violenza nella famiglia è il sintomo di una grave patologia individuale e relazionale che riguarda ruoli e compiti familiari fondamentali e che deve essere affrontata sia a livello del singolo, sia considerando il nucleo familiare nel suo insieme.

Pertanto la tutela del minore vittima di violenza, trascuratezza e abusi non può limitarsi agli interventi immediati e contingenti di protezione, ma se possibile, deve comprendere il tentativo di ripristinare relazioni sane e funzionali all'interno della famiglia. Inoltre, gli interventi di prevenzione e trattamento devono avere un carattere multidisciplinare per poter essere efficaci.

Per Kempe (Ruth S., Kempe , Kempe C.H., 1980) la caratteristica essenziale propria di un genitore consiste "nella capacità di riconoscere le necessità del bambino, in primo luogo la sua integrità fisica e la sua protezione e poi la sua nutrizione, il suo bisogno di affetto, la sua esigenza di entrare in relazione con gli altri, l'accrescimento e lo sviluppo delle sue funzioni fisiche e mentali, e infine l'essere aiutato ad entrare in rapporto con l'ambiente per organizzarne l'esperienza e divenirne padrone.

Il genitore deve essere in grado di soddisfare o almeno facilitare il conseguimento delle stesse".

Esistono diversi approcci teorici e modelli di intervento diversi relativi al maltrattamento intrafamiliare, quale fenomeno multidimensionale che coinvolge discipline differenziate.

Il modello di intervento che proponiamo risulta essere condiviso sul territorio italiano da parte di Aziende sanitarie e Locali e di Servizi che hanno elaborato un'importante esperienza e che costituisce un modo di concepire e conseguentemente di rispondere alle situazioni di maltrattamento ed abuso sui bambini.

L'attenzione è focalizzata sulle dinamiche delle relazioni all'interno della famiglia, sottese al maltrattamento, più che sui singoli individui e sui problemi che ciascuno manifesta.

Si considera quindi il maltrattamento come il segnale di una patologia che investe la famiglia e il suo funzionamento generale.

Oltre che capire quali sono le ragioni che hanno scatenato la violenza, l'obiettivo diventa cercare di modificare le modalità relazionali nella famiglia, sulle quali si radica il maltrattamento per mettere la famiglia in condizione di recuperare le funzioni genitoriali con i figli (Cirillo S., Di Blasio P, 1989)<sup>2</sup>.

Mantenendo al centro dell'interesse della valutazione psicologica il minore, non si può prescindere dal rilevamento delle capacità dei genitori di capire il bambino e di sintonizzarsi con i suoi bisogni e la comprensione dei motivi per i quali non ne sono capaci. L'insieme dei comportamenti volti all'accudimento fisico e psicologico del bambino che presuppongono un profondo investimento emotivo nella relazione con lui vengono definite "funzione genitoriale". L'incapacità di svolgere un'adeguata funzione genitoriale chiama in causa in maniera profonda l'identità personale e la qualità ed intensità delle relazioni emotive con le persone significative della famiglia nucleare e di quella estesa. Uno dei genitori, o spesso entrambi, sono portatori di un disagio non riconosciuto, che viene agito inconsapevolmente nella relazione con il partner e con i figli. I processi che sfociano nella trascuratezza e nel maltrattamento sembrano, così come è stato osservato per la schizofrenia, evolvere su un arco di tre generazioni con la differenza che in queste famiglie i membri problematici sono più di uno, distribuiti sull'asse trigerazionale e portatori di diverse tipologie di disagio psicosociale.

---

<sup>2</sup> Cirillo S, Di Blasio P., *La famiglia maltrattante*, Raffaello Cortina, Milano, 1989.

I genitori trascuranti o maltrattanti o abusanti sono stati a loro volta esposti all'abbandono o al maltrattamento. Le esperienze traumatiche vissute nell'infanzia sono interiorizzate e riprodotte nella generazione successiva, dando luogo ad una tragica catena generazionale nota in letteratura con il termine "ciclo ripetitivo dell'abuso".

#### ***1.4 Fattori di rischio e fattori protettivi.***

Un fattore predittivo importante dell'esito positivo dell'intervento sulla famiglia è la capacità dei servizi di rilevare precocemente i segnali di disagio e rischio.

Valutare le famiglie attraversate da dinamiche maltrattanti o abusanti in termini di fattori di rischio, significa quindi cogliere le difficoltà degli adulti che mettono a rischio o danneggiano lo sviluppo del bambino individuando coloro che hanno maggiormente bisogno di aiuto per intervenire prima che si verifichino o che si ripetano gli episodi di violenza.

Di fondamentale importanza è anche la rilevazione dei fattori protettivi e delle risorse su cui far leva per contrastare o ridurre l'impatto dei fattori negativi.

L'interazione tra rischio e protezione è considerato un modello concettuale valido poiché evidenzia l'interazione fra diversi elementi che presi isolatamente o interpretati in senso unidirezionale avrebbero uno scarso valore euristico.

Per quanto riguarda i fattori di rischio è importante distinguere tra fattori "distali" e " prossimali" (Baldwin e al. 1999).<sup>3</sup> I fattori distali esercitano un'influenza indiretta e rappresentano lo sfondo sul quale si possono innestare altri elementi più prossimi all'esperienza di cui sono intessute le relazioni. Essi creano una sorta di maladattamento che rende le famiglie più vulnerabili, ma non sono connessi in termini di causalità lineare con l'emergere di comportamenti maltrattanti o abusanti.

I fattori " prossimali" fanno riferimento a caratteristiche individuali o ambientali o a fattori che esercitano un'influenza diretta nelle relazioni ed investono lo spazio di vita, le emozioni e i comportamenti quotidiani. Tali fattori prossimali possono

---

<sup>3</sup> In "La prevenzione della violenza all'infanzia tra fattori di rischio e fattori protettivi" a cura di Paola Di Blasio & Vera Acquistapace (in "La prevenzione del disagio degli adolescenti e dell'infanzia", Istituto degli Innocenti, Firenze, 2001.

avere una valenza negativa ed in questo caso si parla di fattori di stress che amplificano il rischio; oppure possono avere una valenza positiva ed in questo caso assumono la funzione di fattori protettivi.

Tra i fattori di rischio distali possiamo individuare la povertà cronica, il basso livello di istruzione, la giovane età della madre, la carenza di relazioni interpersonali, le esperienze di rifiuto, violenza o abuso subiti nell'infanzia, la sfiducia verso le norme sociali e le istituzioni, l'accettazione della violenza e delle punizioni come pratica educativa, l'accettazione della pornografia infantile ed infine le scarse conoscenze ed il disinteresse per lo sviluppo del bambino.

Sono fattori di stress prossimali alcuni fattori individuali come la psicopatologia o la devianza sociale dei genitori, le scarse capacità empatiche, la scarsa tolleranza alle frustrazioni, l'ansia di separazione ed altri fattori familiari quali matrimoni e gravidanze precoci, famiglie monoparentali, relazioni difficili con le famiglie d'origine dei partner, i conflitti con le famiglie di coppia e la violenza domestica. Possono costituire fattori di rischio anche le malattie fisiche del bambino ed il suo temperamento "difficile".

Tra i fattori protettivi si possono ricordare i sentimenti di inadeguatezza per la dipendenza dai servizi, le capacità empatiche, il desiderio di assunzione delle responsabilità, le relazioni soddisfacenti con almeno un componente della famiglia d'origine, la disponibilità di una rete di supporto parentale o amicale e la capacità di gestire i conflitti.

### **1.5. Il concetto di resilienza nelle vittime di abusi e maltrattamenti.**

Centrale è diventato nella recente letteratura il concetto di resilienza per comprendere quali fattori, anche in presenza di gravi ostacoli e di condizioni avverse siano in grado di favorire traiettorie evolutive positive che sfidano le aspettative tipiche. Possiamo definire la resilienza come la capacità o il processo di una persona o di un gruppo di far fronte, resistere, integrare, costruire e riuscire a riorganizzare positivamente la propria vita, nonostante l'aver vissuto situazioni difficili che facevano pensare ad un esito negativo. Questo aspetto, concepito inizialmente come frutto di prerogative

essenzialmente individuali, viene inserito ora in una prospettiva più ampia che ne valorizza l'aspetto dinamico, di interazione tra fattori di rischio e fattori protettivi di tipo individuale, familiare e sociale (Di Blasio, Camisasca, Procaccia e Verrocchio, 2005).

Le evidenze empiriche indicano percentuali più basse di adattamento resiliente nelle vittime di maltrattamento rispetto ai bambini appartenenti a famiglie disagiate o con problematiche di uno dei genitori (abusi di sostanze, depressione); questo può indicare che nei bambini maltrattati la violenza si somma ad altri fattori di rischio familiari e sociali che generano una maggiore vulnerabilità in termini di esiti negativi.

Gli studi di Cicchetti e colleghi (Cicchetti, Rogosh, Linch & Holt, 1993; Flores et al. 2005) hanno evidenziato nei bambini maltrattati la presenza di maggiore aggressività e distruttività, problemi di internalizzazione e di ritiro sociale, indici più bassi di autocontrollo, nella stima di sé e nel livello intellettivo.

Le conseguenze negative sembrano correlate sia a variabili biografiche, come ad esempio l'età della vittimizzazione, sia a caratteristiche del perpetratore (legame di parentela, numero dei perpetratori, ecc.) sia a qualità specifiche della violenza.

La letteratura e la clinica individuano nell'abuso intrafamiliare la forma più dannosa di violenza: in particolare il maltrattamento fisico e la violenza sessuale, rispetto alla trascuratezza e alla violenza psicologica sono state indicate come connesse più frequentemente con l'emergere di sintomi del disturbo post-traumatico da stress e problematiche di internalizzazione ed esternalizzazione. Di recente l'interesse dei ricercatori si è concentrato sui fattori situazionali, familiari o individuali che svolgono un ruolo di mediazione nel ridurre od amplificare l'effetto negativo di tali esperienze, favorendo le risorse di resilienza (Cicchetti et al. 1993).

Un interessante lavoro di ricerca condotto dal CRTI dell'Università Cattolica di Milano ha analizzato quali fattori individuali e relazionali svolgano un ruolo di mediazione nel ridurre o ampliare l'impatto negativo della violenza sull'adattamento psicologico.

Il campione della ricerca era costituito da 118 bambini vittime di

maltrattamenti accertati, in carico ai servizi territoriali ed accolti all'interno di comunità per minori.

Le variabili considerate erano:

- a) Le competenze cognitive, che rappresentano un buon fattore predittivo poiché implica una certa abilità nel processare le informazioni, costituisce un importante fattore preventivo di comportamenti antisociali ed incrementa sentimenti di autoefficacia ed autostima, che a loro volta costituiscono importanti fattori di protezione;
- b) i problemi comportamentali di internalizzazione o esternalizzazione
- c) il legame di attaccamento: in letteratura molti studi hanno evidenziato come un legame di attaccamento sicuro con una figura di accudimento contribuisca a creare un buon adattamento, in quanto permette di sviluppare un senso di fiducia verso l'altro, la certezza di poter ricevere aiuto e di percepirsi come capace e competente, sentimenti che contrastano il senso di impotenza, di tradimento ed autosvalutazione che l'esperienza di abuso può portare con sé; meccanismi di coping: ovvero le strategie di fronteggiamento che le persone attivano al fine di tutelare se stessi in relazione alle circostanze problematiche che li hanno coinvolti. Il termine "coping" è stato introdotto in psicologia nel 1966 dal ricercatore americano R. Lazarus, con l'opera "Psychological stress and the coping process". Secondo Lazarus la capacità di coping si riferisce non soltanto alla risoluzione pratica dei problemi, ma anche alla gestione delle proprie emozioni e dello stress derivati dal contatto con i problemi.

Esiste stress quando la persona percepisce la discrepanza tra le richieste della situazione e le risorse che ha a disposizione e definisce le strategie di coping come sforzi cognitivi e comportamentali per intervenire su richieste interne o esterne valutate eccessive per le risorse personali. Il coping rappresenta pertanto un concetto strettamente connesso con quello di stress, infatti, indica l'insieme delle strategie cognitive e comportamentali messe in atto da una persona per fronteggiare una situazione stressante. In altre parole, si riferisce sia a ciò che un individuo fa effettivamente per affrontare una situazione difficile, sia al modo in cui si adatta emotivamente a

tale situazione. La letteratura sulle strategie di coping attivate in vittime di abusi e maltrattamenti all'infanzia non propone risultati ancora molto definiti rispetto ai meccanismi esplicativi che le diverse strategie di coping giocano nell'interazione con altri fattori. Per esempio Spaccarelli e Fuchs (1997) hanno riscontrato che negli adolescenti vittime di abuso sessuale l'uso di strategie di evitamento sia correlato con l'utilizzo di un maggior numero di problemi di internalizzazione, mentre il coping di distrazione appare connesso a problemi di esternalizzazione, in modo particolare a problemi sociali. In un altro studio (Shapiro & Levendosky, 1999) gli autori hanno riscontrato come le vittime di abuso ricorrano più frequentemente a strategie di evitamento e che lo stile di attaccamento sicuro agisce come mediatore, poiché riduce l'impiego di altre strategie disfunzionali. I risultati però non concordano con quelli di altre ricerche che mettono in luce il ruolo protettivo svolto dal meccanismo di coping di evitamento nel fronteggiare i traumi sessuali, proteggendo dal senso di sopraffazione e di impotenza, permettendo di minimizzare l'impatto emotivo della violenza, incrementando il senso di auto-controllo correlato al benessere psicologico (Roth e Newman, 1993). E risultati simili vengono proposti da Steel e colleghi (2004), che evidenziano come i meccanismi di coping di contrasto, che implicano rabbia ed ostilità, siano correlati ad una maggiore incidenza di problemi psicologici, mentre la strategia di evitamento appare correlata ad una minore incidenza. La strategia di coping considerata più efficace è la ricerca di supporto.

I risultati di questo studio condotto dall'equipe del CRTI dell'Università Cattolica di Milano (Di Blasio, Camisasca, Procaccia, 2007) hanno messo in luce come nei bambini maltrattati prevalgano forme di attaccamento insicure (53%) e disorganizzate (38%) che insieme coprono il 91%: le competenze intellettive sono al di sotto della norma per il 43% dei bambini ed i comportamenti sintomatici sia di internalizzazione che di esternalizzazione riguardano il 70% dei bambini. Un'altra conclusione interessante riguarda il ruolo rivestito dalle strategie di coping nei bambini maltrattati, più che per i bambini non maltrattati, per i quali è soprattutto il legame di attaccamento a spiegare l'adattamento

psicologico. I risultati hanno confermato il ruolo di mediazione svolto dal coping di distrazione in relazione ai sintomi aggressivi e ostili di esternalizzazione, ma non in rapporto ai problemi di internalizzazione. Questo meccanismo sembra messo in atto soprattutto come difesa da violenze protratte nel tempo. Per quanto riguarda i comportamenti di internalizzazione, i risultati non confermano un analogo ruolo di mediazione delle strategie di coping, che eserciterebbero un effetto diretto. In particolare la violenza esercitata con minaccia per l'integrità fisica e l'attaccamento insicuro o disorganizzato agiscono direttamente aumentando i sintomi di ansia e depressione. L'uso di strategie di coping evitante consentirebbe alle vittime di ridurre i sintomi internalizzanti e contribuirebbe ad attutire l'effetto del trauma.

## **2.PRESENTAZIONE E IMPOSTAZIONE DELLA RICERCA SULLE SEGNALAZIONI PERVENUTE AL CBM NELL'ANNO 2006**

Il CbM, *Centro per il Bambino Maltrattato e la cura della crisi familiare* presenta annualmente un rapporto di ricerca, realizzato sulla base delle segnalazioni pervenute al CbM, allo scopo di monitorare sia l'andamento del fenomeno dell'abuso e del maltrattamento, sia le aree su cui maggiormente si concentrano le esigenze di supporto degli operatori, al fine di contribuire all'analisi dei bisogni formativi e contemporaneamente rilevare alcuni aspetti del funzionamento della rete di intervento.

La seguente relazione è frutto dell'analisi compiuta sui dati relativi alle segnalazioni di maltrattamento e abuso all'infanzia pervenute alla hot line del Centro per il Bambino Maltrattato e la cura della crisi familiare (C.b.M.), nell'anno 2007.

Nel corso degli anni il CbM si è man mano distinto come un servizio che opera sul territorio in collaborazione con gli altri servizi di zona, che si rivolgono al Cbm per attività di formazione, consulenza, supervisione, invio di situazioni specifiche; pertanto, questa linea telefonica viene diffusa e pubblicizzata più come canale di accesso e supporto per gli operatori che non come luogo cui possono rivolgersi i privati cittadini.

Una prima parte (a) è dedicata all'analisi generale dei dati provenienti da privati, Servizi ed istituzioni di tutta Italia, mentre la parte B analizza solo i dati provenienti dall'ambito territoriale milanese, sia dai Servizi, sia dai privati cittadini.

In questa seconda parte verranno presentate sia una descrizione del fenomeno del maltrattamento per come si manifesta a Milano, sia una descrizione della rete di Servizi che si attivano in queste situazioni. I nuclei familiari presi in considerazione nella presente analisi, segnalati nel corso dell'anno presso il

Centro, sono stati in totale 192 . Il dato evidenzia un decremento rispetto ai dati del 2006. Le segnalazioni giunte nell'anno 2007 al Centro per il Bambino Maltrattato e la cura della crisi familiare sono state 202, delle quali 192 attinenti a situazione di maltrattamento e abuso sessuale e quindi considerate proprie.

### 3. PARTE A - IL FENOMENO DEL MALTRATTAMENTO E ABUSO ALL'INFANZIA NEL TERRITORIO ITALIANO

#### ***3.1 Le segnalazioni di maltrattamento e abuso all'infanzia nell'anno 2007.***

Per quanto concerne le segnalazioni raccolte dagli operatori del CbM nell'anno 2007, il 95% riguarda situazioni di maltrattamento e abuso classificabili come "segnalazioni proprie" che identificano le diverse tipologie di maltrattamento e rischio così come definite dalla letteratura sull'argomento già citata in questo lavoro.

**Grafico n. 1: tipologia delle segnalazioni anno 2007**



Le segnalazioni improprie, nella percentuale indicata del 5 % hanno trattato richieste d'aiuto di tipo educativo o indicazioni, consigli, su questioni e problemi legati ad aree di disagio quali esclusione, problemi occupazionali e di lavoro, richieste ed indicazioni di altri servizi specialistici del territorio.

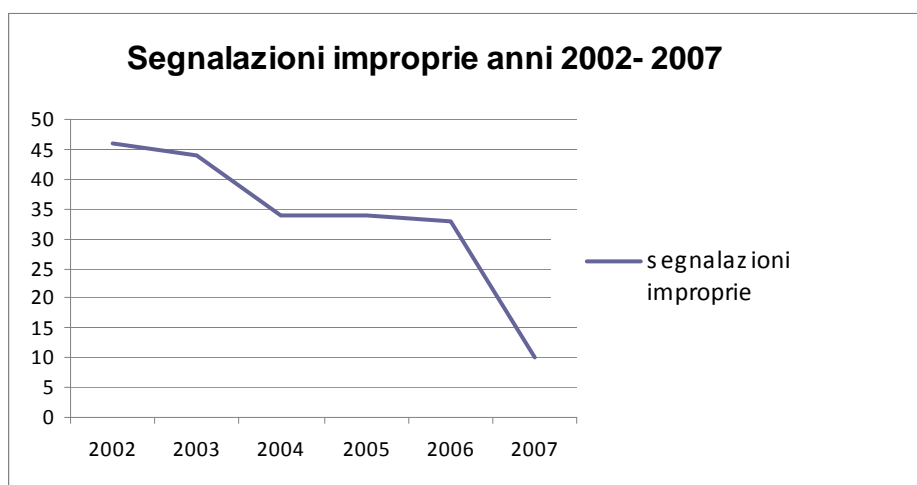
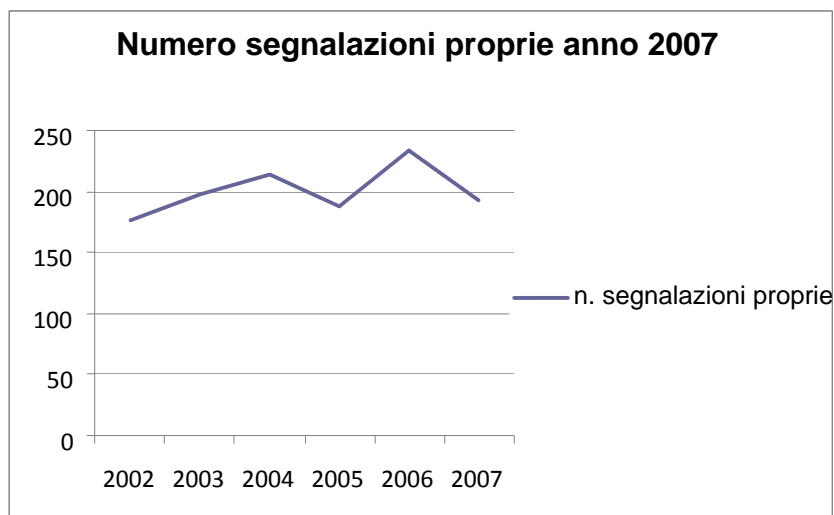
Rientrano in questa tipologia anche le frequenti segnalazioni da parte di adulti che riferiscono proprie esperienze di violenza e di abuso pregresse (quando erano minorenni).

Come ogni anno il nostro lavoro di ricerca si è soffermato sull'analisi delle sole segnalazioni proprie, escludendo sia le segnalazioni false che le improprie, al fine di poter rilevare il maggior numero di informazioni legate a situazioni di violenza intrafamiliare.

Nei 192 casi relativi ad altrettante segnalazioni proprie, il Centro si è organizzato per accertare in modo diretto o indiretto l'effettiva esistenza della situazione di maltrattamento, abuso o rischio e interventi mirati di protezione.

Il percorso che le segnalazioni hanno compiuto a posteriori, nella fase successiva alla segnalazione, è spesso complesso e diversificato a seconda delle situazioni, delle tipologie di maltrattamento, della gravità della situazione. La fase di segnalazione può essere quindi considerata una "prima fase" di intervento che, di estrema importanza, comporta ulteriori approfondimenti e coinvolgimenti di diverse realtà.

### **Grafico n. 2: tipologia delle segnalazioni: anni 2002-2007**



Confrontando i grafici relativi alle segnalazioni giunte al CbM nel corso dell'anno 2006 con i dati degli anni precedenti, si nota un incremento del numero delle segnalazioni proprie rispetto agli anni passati (da 198 nel 2003 a 214 nel 2004, a 188 nel 2005 per arrivare a 234 nel 2006). Le segnalazioni improprie e quelle false risultano stabili negli ultimi tre anni. E' importante precisare che vengono contemplate nella tipologia di segnalazioni improprie anche le situazioni di abuso retrospective, in cui un adulto abusato da

piccolo chiede aiuto per le conseguenze del trauma subito nell'infanzia.

Il nostro Centro, a fronte delle richieste prevenute, ha deciso di offrire un Servizio di terapia e supporto psicologico agli adulti vittime di abusi durante l'infanzia e l'adolescenza.

Rientrano nelle segnalazioni le consulenze in corso e dirette ai diversi servizi del territorio relativamente a situazioni di maltrattamento e abuso all'infanzia.

Questi incontri sono caratterizzati da un affiancamento periodico su situazioni precedentemente segnalate che necessitano di ulteriori consulenze e supervisioni.

#### *La metodologia adottata per la ricerca*

La scelta metodologica ha premiato la ricerca quantitativa; si è quindi proceduto escludendo i tanti aspetti qualitativi che, non potendo essere "tradotti" in valore empirico, non avrebbero consentito una misurazione dei diversi aspetti del fenomeno per l'anno in questione ed il confronto con l'andamento precedente. Si è adottato il criterio di confrontare i dati del 2002 con quelli relativi all'anno 2007, per avere una panoramica dell'andamento a cinque anni di distanza.

#### ***3.2 Chi segnala e perché.***

Le segnalazioni proprie, considerate nel precedente paragrafo, assumono tipologie diversificate, che vanno dal servizio di counseling telefonico a persone fisiche che chiedono aiuto per situazioni di maltrattamento o abuso anche sospetto, alla consultazione o consulenza diretta a servizi o a realtà istituzionali (scuole, comunità, altri servizi specialistici....) o del privato sociale (parrocchie, centri di aggregazione privati...).

Ogni tipologia di segnalazione richiede un intervento specifico e l'attivazione di risorse sia professionali (dell'operatore che riceve e dell'ente in cui svolge il suo operato, come le possibilità di accogliimento, di spazi neutri e di presa in carico),

sia del territorio (quale attivazione di servizi e di una rete territoriale sia pubblica che privata). E' spesso seguita da una fase di raccolta di informazioni ulteriori e di attivazione dei servizi del territorio in percorsi più o meno complessi a seconda della tipologia di maltrattamento, dell'urgenza e della gravità della situazione.

Le modalità di segnalazione possono essere:

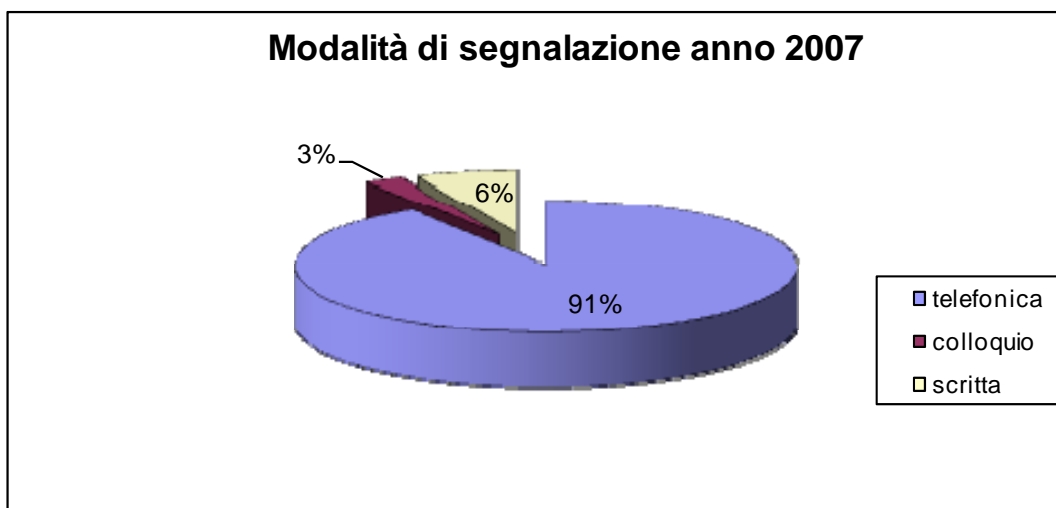
- **telefonica** (avviene con chiamata alla linea telefonica attiva 24 ore su 24 presso il Centro, alla quale rispondono operatori qualificati e professionalmente preparati ad accogliere la segnalazione e a sostenere il colloquio);
- **scritta** (attraverso lettere, fax e e-mail sempre trasmessi al servizio psicosociale del C.b.M. e accolti da esperti professionisti);
- **di persona** (particolarmente nei casi di consulenza per l'impostazione di interventi di protezione e sostegno).

Con l'evoluzione delle forme di comunicazione informatizzate e legate ad internet, si sono diffuse le segnalazioni inviate via mail. Le segnalazioni "scaricate" dalla posta elettronica nell'arco della giornata vengono trasmesse in forma scritta agli operatori psicosociali. Le segnalazioni in forma scritta sono più che triplicate rispetto al 2002

Il Centro per il Bambino Maltrattato e la cura della crisi familiare si caratterizza come un servizio che offre un'articolata varietà di interventi, tra cui una linea telefonica specifica per le consulenze e le supervisioni rivolte agli operatori dei servizi socio educativi e psicologici della città.

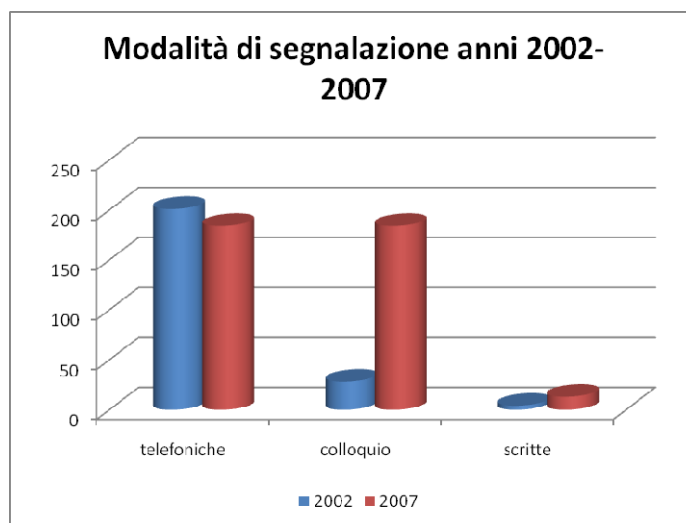
**Il grafico n. 3**, relativo alla modalità delle segnalazioni per l'anno 2007, illustra i diversi tipi di segnalazione, evidenziando la percentuale più elevata, rappresentata dalle segnalazioni in forma telefonica (n. 184), ovvero il 96% del totale delle segnalazioni; seguite dalle segnalazioni in forma scritta (n. 13) ovvero il 6% e quelle in forma di colloquio (n.5) ovvero il 2%.

**Grafico n. 3: modalità della segnalazione- anno 2007**



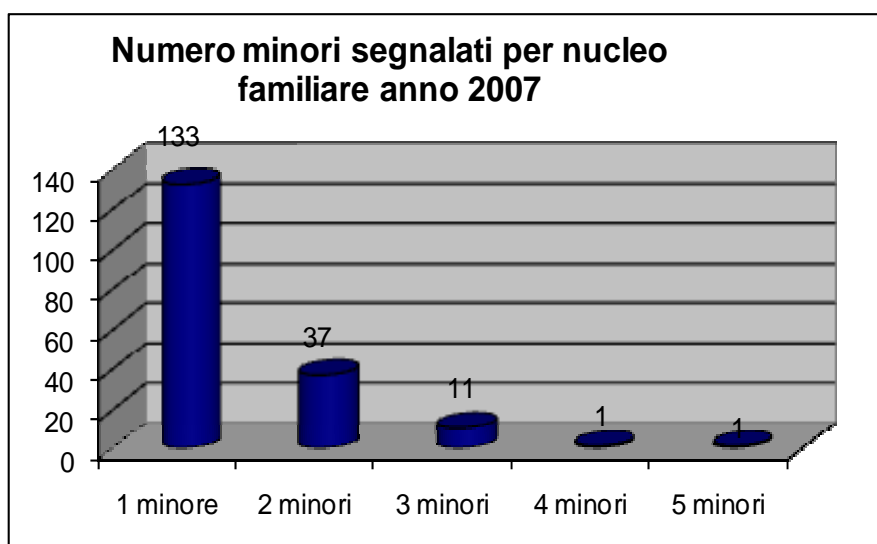
Rispetto al dato degli anni precedenti, il grafico di comparazione (n. 4), illustra un decremento della tipologia telefonica (da n.201 nel 2002 a 184 nel 2006), e delle segnalazioni di persona (da 28 nel 2002 a 5 nel 2007 ), mentre sono in crescita le segnalazioni scritte (da 4 nel 2002 a 13 nel 2007).

**Grafico n. 4: modalità della segnalazione: anni 2002-2007**



Ogni singola segnalazione può riguardare più di un minore; per questo il numero totale di minori segnalati per maltrattamento e abuso assomma a n.258, così come evidenziato in seguito nella tabella specifica.

**Grafico n. 5: minori segnalati per famiglia- anno 2007**



Il grafico n. 5 illustra con maggiore dettaglio e chiarezza la percentuale di minori segnalati all'interno del nucleo familiare: il dato più elevato risulta relativo alle

segnalazioni che indicano situazioni di maltrattamento e abuso di un solo minore (133 pari al 68%), seguito da due minori (37 pari al 19%) all'interno del nucleo familiare. Dato che trova conferma nel fatto che la maggior parte delle famiglie del nostro gruppo hanno uno o due figli. Rispetto allo scorso anno si registra un decremento del numero delle segnalazioni e di conseguenza del numero dei nuclei familiari e dei minori segnalati.

**Tabella n. 1: numero minori segnalati, anno 2007 (n. 258)**

<b>numero minori segnalati</b>	<b>nuclei familiari</b>	<b>%</b>	<b>totale minori segnalati</b>
1 minore	133	68%	133
2 minori	37	19%	74
3 minori	11	6%	33
4 minori	1	1%	4
5 minori	1	1%	5
Non rilevato	9	5%	9
<b>totale</b>	<b>192</b>	<b>100%</b>	<b>258</b>

Nel corso degli ultimi cinque anni, il dato relativo ai nuclei con un solo minore segnalato risulta in lieve calo (da 139 nel 2002 a 133 nel 2007). I nuclei familiari più numerosi sono in aumento per quanto riguarda quelli con tre minori segnalati (da 3 nel 2002 a 11 nel 2007) mentre risultano stabili quelli con due minori segnalati (38 nel 2002 e 37 nel 2007). Sono in calo invece le famiglie con quattro o più minori segnalati.

Questi dati relativi all'incremento dei nuclei familiari più numerosi potrebbe riflettere l'incremento delle nascite avvenuto negli ultimissimi anni. Dai dati pubblicati in "I Numeri italiani" ("Questioni e Documenti", n. 43, 2007), emerge

che il calo demografico verificatosi negli ultimi decenni si è arrestato: nel 2005 i minorenni in Italia erano 9.979.005, in lieve ripresa e ci stiamo allontanando dal minimo storico. La ripresa delle nascite si deve anche alla sempre maggiore presenza straniera in Italia.

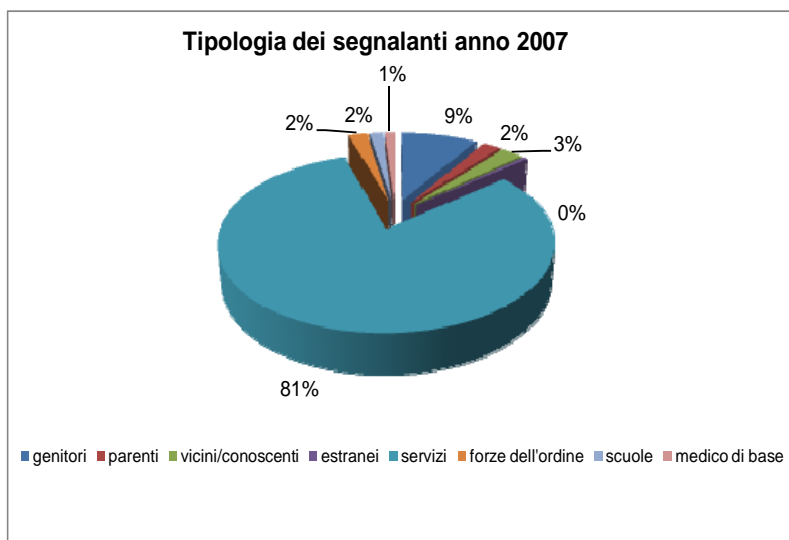
### **Tipologia del segnalante**

Per quanto attiene alle diverse tipologie di segnalante, così come emergono dalla presente ricerca, possiamo rilevare che le percentuali più elevate sono costituite da servizi sociali o specialistici del territorio (ASL, S.S.D.F., UTM.) con un numero di segnalazioni pari a 156 corrispondenti all' 81% delle segnalazioni effettuate. Padri e madri dei bambini vittime di violenza e abuso risultano segnalare nella percentuale del 9%; vicini di casa e conoscenti nel 3 % dei casi. Le segnalazioni provenienti dalle scuole sono state 3 (2%).

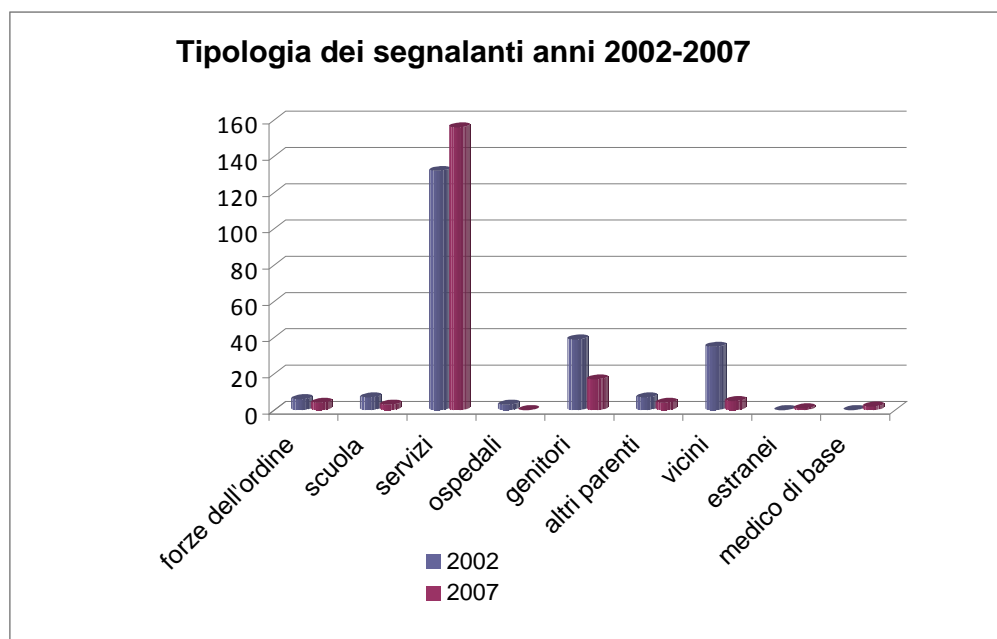
Sono completamente assenti le segnalazioni provenienti dagli ospedali ; questo dato desta stupore considerando che, seppure nella mancanza di relazione continuativa con la famiglia, accolgono i servizi di pronto soccorso, spesso luoghi di importanza estrema per la lettura degli indicatori fisici di maltrattamento e 15abuso sessuale.

È possibile proporre alcune ipotesi riguardo alla scarsità di segnalazioni provenienti dai privati cittadini: è infatti possibile che i privati cittadini si rivolgano direttamente ai servizi territoriali diffusi sul territorio e a loro più vicini mentre il Cbm si starebbe sempre più configurando come un servizio di secondo livello, con la funzione di supporto ai servizi socio-psico-sanitari.

**Grafico n. 6: tipologia dei segnalanti anno 2007**



**Grafico n. 7: tipologia dei segnalanti anni 2002- 2007**



Confrontando i dati 2002-2007 relativi alla provenienza delle segnalazioni, come si può notare dal grafico n. 8 , si evidenzia un generale decremento delle segnalazioni provenienti dalla maggioranza delle fonti privati (in modo evidente i genitori passano da 39 nel 2002 a 17 nel 2007; i vicini e conoscenti da 35 a 5), mentre sono in crescita quelle provenienti dai servizi (da 132 nel 2002 a 156 nel 2007). Sempre scarse ed in calo le segnalazioni provenienti dalle scuole e dagli ospedali.

### **Motivo della segnalazione**

Il quadro generale dei motivi prevalenti che spingono alla segnalazione è illustrato dalla tabella n. 2 (pag. 28 ), che presenta i dati disaggregati relativi alle tipologie di maltrattamento e abuso.

**Tabella n. 2: motivo della segnalazione (258 minori segnalati)**

<b>Tipologia di maltrattamento</b>	<b>nr.</b>	<b>%</b>
maltrattamento fisico	16	6
Trascuratezza	11	4
abuso sessuale	36	14
maltrattamento psicologico	37	14
rischio di maltrattamento	52	21
abuso sessuale + maltrattamento fisico	0	0
abuso sessuale + trascuratezza	9	4
abuso sessuale + maltrattamento psicologico	8	3
maltrattamento fisico + trascuratezza	6	2
maltrattamento fisico + maltrattamento psicologico	11	4
trascuratezza + maltrattamento psicologico	7	3
tutte assieme	1	0
maltrattamento psicologico + rischio	14	5

trascuratezza + rischio	12	5
ragazzo che maltratta	1	0
Ipercura	0	0
Non rilevato	38	15
<b>Totale</b>	<b>258</b>	<b>100</b>

Osservando i dati riportati in tabella possiamo osservare un numero elevato di situazioni di rischio (n. 52 corrispondenti al 21% del totale), seguite da quelle di maltrattamento psicologico e di abuso sessuale (14%).

Per un numero considerevole di minori non è stato possibile rilevare la tipologia di maltrattamento; si tratta spesso dei dati relativi ai fratelli/sorelle dei minori segnalati, dei quali si conosce l'intervento dei servizi e lo stato di pregiudizio ma non è stato possibile individuare in modo certo la tipologia di maltrattamento di cui sono stati vittime.

Nelle elaborazioni relative ai precedenti anni e al lavoro di analisi qui illustrato, le categorie di violenza sono state aggregate in base al criterio della maggiore gravità: criterio che ha consentito di includere nella voce "abuso sessuale" i casi in cui erano presenti anche forme di maltrattamento fisico o trascuratezza; o ancora, nella categoria del maltrattamento fisico quelli in cui erano presenti situazioni di trascuratezza o rischio.

Dal lavoro di accorpamento dei dati abbiamo quindi ottenuto cinque diversi tipi di categorie: abuso sessuale, maltrattamento fisico, trascuratezza, maltrattamento psicologico, situazioni di rischio.

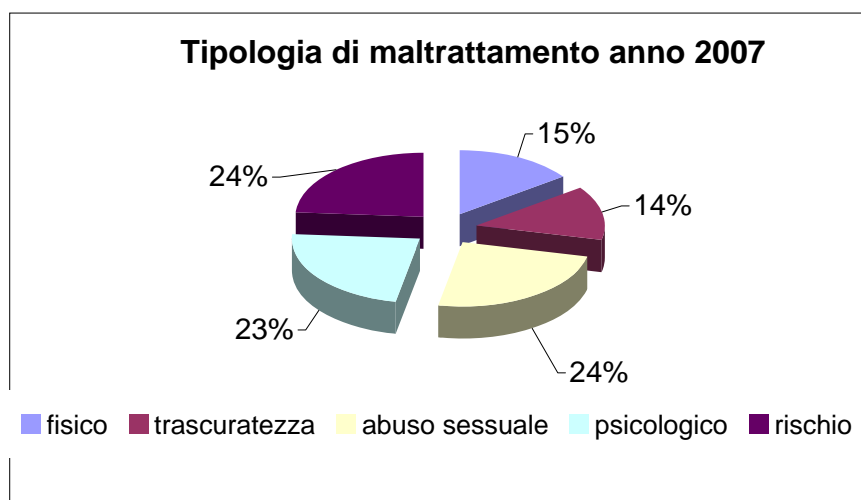
Tra le situazioni di rischio abbiamo annoverato le condizioni in cui le figure che devono tutelare il bambino non si trovano nelle condizioni migliori per poter svolgere correttamente le loro funzioni, come i casi di gravi patologie psichiatriche di uno dei due genitori, forme di alcolismo o di tossicodipendenza di uno dei due care-givers o di entrambi, omicidi avvenuti all'interno delle mura domestiche, situazioni di delinquenza familiare e situazioni in cui per il minore si

sospetta lo stato di abbandono o il genitore stesso ha espresso chiaramente il desiderio di rinunciare alle proprie funzioni genitoriali.

Nella categoria "rischio" abbiamo inserito anche le richieste di housing sociale provenienti dai servizi del territorio, nelle quali non vi sono evidenti forme di maltrattamento ed abuso. Il **grafico n. 9** illustra le percentuali relative alle diverse **tipologie di maltrattamento e abuso segnalate**. Quasi la metà delle segnalazioni riguarda casi di abuso sessuale (24%) e di rischio (24%), mentre risultano elevate anche quelle di maltrattamento psicologico (23%).

Rispetto all'abuso sessuale è importante sottolineare come sia una forma di maltrattamento che si presenta spesso aggregata ad altre forma di maltrattamento, come si può evincere dalla tabella n. 2, ed in modo particolare insieme al maltrattamento psicologico e a forme di trascuratezza.

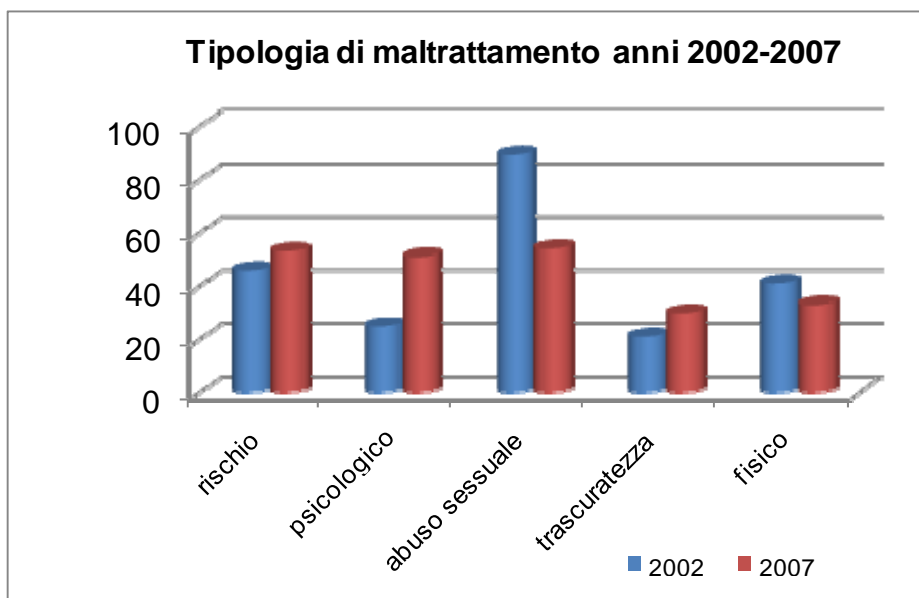
**Grafico n. 8: tipologia di maltrattamento anno 2007**



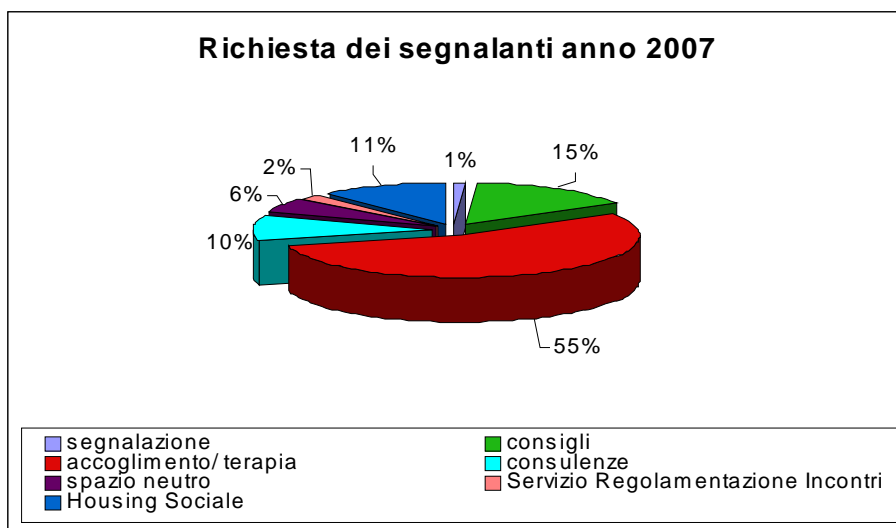
Relativamente al periodo 2002- 2007 risulta in calo la tipologia di abuso sessuale (da 89 situazioni nel 2002 a 54 nel 2007) e di maltrattamento fisico

[da 41 del 2002 a 33 casi nel 2007] .Si registra invece un incremento sostanziale della categoria del maltrattamento psicologico, che si è raddoppiato nel corso di cinque anni [da 25 situazioni nel 2002 a 51 nel 2007]. Il grafico n. 9 consente una lettura più immediata dei dati analizzati a confronto.

**Grafico n. 9: tipologia di maltrattamento anni 2002- 2007**



**Grafico n. 10: richiesta del segnalante anno 2007**



**Il grafico n.10** relativo alla richiesta del segnalante, mette in rilievo la tipologia di richiesta rivolta al C.b.M. nelle diverse modalità di segnalazione e così come più sopra illustrato.

L'aspetto quantitativo dell'analisi non ci consente di rendere maggiormente visibile la ricca articolazione sottesa al colloquio che ha corso durante tutto il percorso di segnalazione e alla relazione d'aiuto che consente di approfondire, cogliere, ricollocare, la prima richiesta effettuata alla luce della migliore e più puntuale comprensione della situazione in corso, o l'intervento di supervisione e consulenza rivolto agli operatori del territorio.

La categoria più elevata è la "richiesta di accoglimento all'interno delle comunità del CbM" (55% dei casi rilevati); si tratta di segnalazioni provenienti da differenti servizi ed istituzioni e dirette ad ottenere aiuto per il collocamento urgente di minori all'interno delle comunità.

A seguire vi è la categoria "consigli su cosa fare", (15%) ovvero le segnalazioni provenienti da privati cittadini in cerca di consigli su come comportarsi ed intervenire di fronte alle situazioni di maltrattamento.

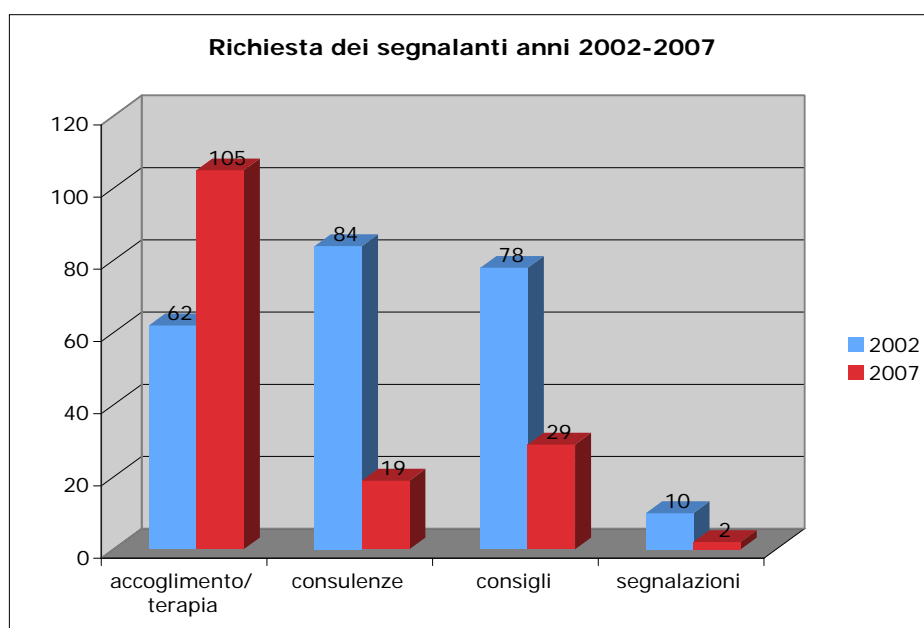
Una percentuale elevata (11%) riguarda le richieste di inserimento per gli

appartamenti per l'autonomia del servizio "Non solo un tetto", che per il suo primo anno di attivazione ha avuto 22 richieste.

Le "consulenze da parte dei servizi socio - sanitari che hanno in carico i casi" riguardano il 10% dei dati rilevati, mentre le richieste di spazio neutro riguardano il 6%. I nuclei in carico al servizio di spazio neutro sono stati in totale 55 per un totale di 73 minori. É inoltre importante segnalare che sono giunte al servizio alcune segnalazioni di casi che per varie ragioni non hanno portato all'avvio delle visite pur comportando un lavoro di raccordo con i Servizi sociali segnalanti.

**Grafico n. 11: richiesta del segnalante: anni 2002-**

**2007**



Dal grafico n. 11 relativo al periodo 2002-2007, si evidenzia un incremento delle richieste di accoglimento rispetto agli anni precedenti ( da 62 nel 2002 a n. 105 nel 2007).

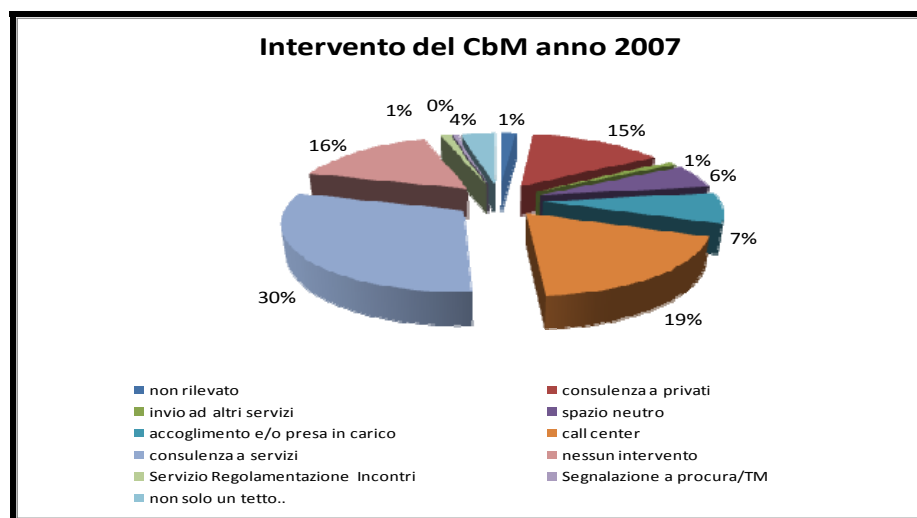
Consigli e segnalazioni sono le richieste provenienti dai privati cittadini: per queste si può notare un decremento sia delle richieste di consigli che delle pure e semplici segnalazioni.

Questo dato è coerente con il mutare dei soggetti che si rivolgono al CbM (vedi grafico n. 6 ) per cui anche in relazione alla diversa diffusione dei riferimenti del centro (ved pag. 27) aumentano le richieste provenienti dalla rete dei servizi. Questi ultimi infatti chiedono l'attivazione delle risorse per l'accoglienza o per la valutazione e il trattamento di minori e famiglia (con un incremento del 70%) o consulenza (con un decremento del 77%)

#### **L'intervento in fase successiva a quella della segnalazione.**

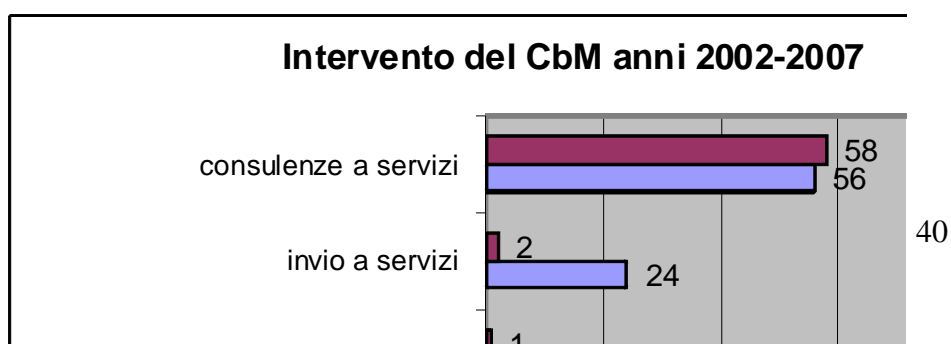
Al termine della segnalazione si avvia il percorso di intervento effettuato dal centro e diversificato per tipologia di segnalazione, richiesta effettuata e situazione. Il grafico n. 12 permette di visualizzare il tipo di intervento fornito dal Cbm nel corso dell'anno 2007.

#### **Grafico n. 12: Intervento del CbM anno 2007**



I dati raccolti indicano una percentuale molto elevata di consulenze ai servizi [31%], in risposta alle richieste di presa in carico dei casi analizzati nel precedente grafico. E' questa una forma di intervento orientata all'acquisizione delle modalità operative necessarie per affrontare i problemi posti dalla situazione di maltrattamento e dal rapporto con la famiglia maltrattante all'interno della cornice più idonea dal punto di vista giuridico e psico-sociale. A seguire vi sono gli interventi che abbiamo denominato "call center", ovvero di segretariato sociale e di diffusione della conoscenza relativa alla rete dei servizi e supporti disponibili sul territorio [19%]. Rimane una percentuale residua del 16% di segnalazioni di minori per i quali viene richiesto un accoglimento a cui non si può dare risposta positiva e per le quali non vengono raccolte ulteriori informazioni. Nel 15% dei casi il CbM offre consulenze e consigli ai privati cittadini, mentre nel 6% offre il servizio di spazio neutro e nel 4% dei casi si tratta di interventi relativi all'accoglienza negli appartamenti per l'autonomia "Non solo un tetto...". Nel 7% dei casi il Cbm offre possibilità di accoglimento dei minori e di presa in carico del nucleo familiare. Il Servizio Regolamentazioni Incontri registra una percentuale del 1%.

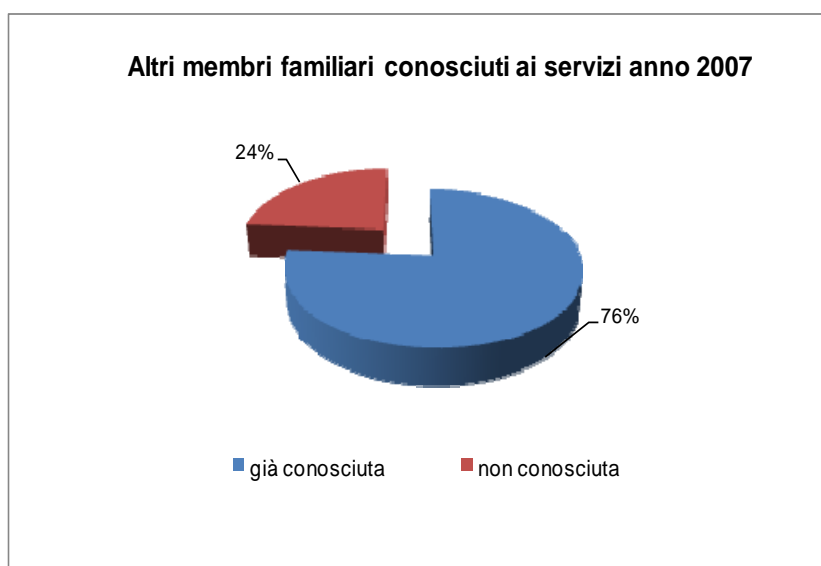
**Grafico n. 13: intervento del CbM: anni 2002-2007**



Il grafico n. 13 ci permette di considerare, a fronte delle richieste pervenute, l'effettivo intervento svolto dagli operatori del CbM. Rispetto al periodo preso in considerazione è da evidenziare un lieve incremento delle consulenze ai servizi che costituiscono la percentuale maggiore degli interventi effettuati (sono passate da n. 56 nel 2002 a 58 nel 2007). È da sottolineare come la categoria introdotta nel 2006 "call center"(36 casi) sia stata esclusa dal confronto rispetto al 2002; se accorpamo i dati nel 2007 relativi alle consulenze brevi ai 58 interventi di consulenza più strutturata, avremmo un totale nel 2007 di 94 interventi di consulenza rivolti ai servizi del territorio, che sarebbero pertanto quasi raddoppiate nel corso degli ultimi cinque anni. Sono diminuiti gli interventi di accoglimento e/o presa in carico del minore ( da 19 nel 2002 a 14 nel 2007). In calo risultano le consulenze ai privati ( da n. 52 nel 2002 a n. 28 nel 2007), gli invii ad altri servizi (da n. 24 nel 2002 a n. 2 nel 2007) e le segnalazioni alla Procura e al Tribunale (da 3 nel 2002 a 1 nel 2007).

Infine, dai dati in nostro possesso emerge che nel 76 % dei casi si tratta di famiglie con uno o più membri già conosciuti a vario titolo dai servizi del territorio(grafico n. 14).

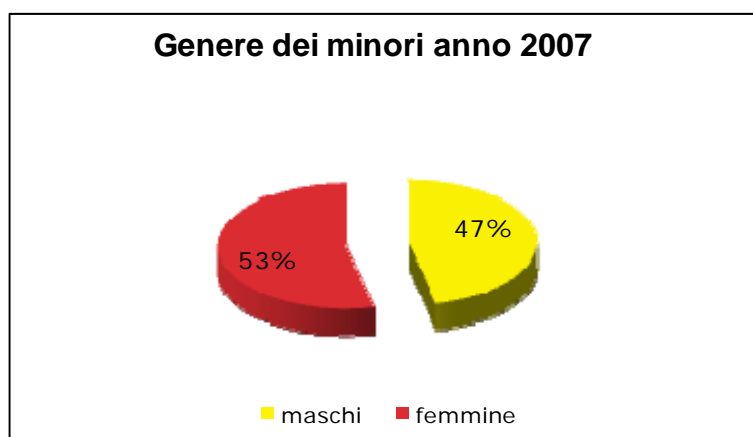
**Grafico n. 14: altri membri della famiglia conosciuti -seguiti dai servizi, anno 2007**



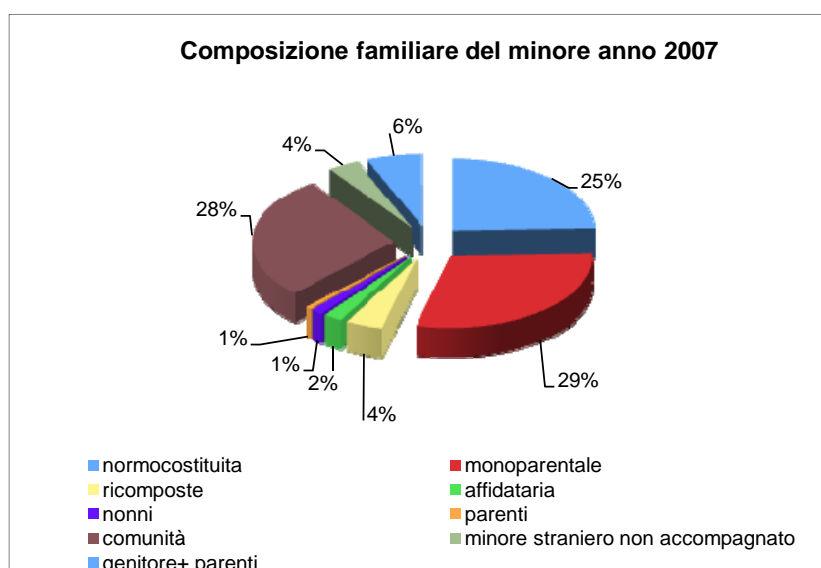
### ***3.3 La famiglia e i minori segnalati***

Il grafico n. 15 evidenzia le percentuali relative al genere dei minori segnalati al nostro centro per l'anno 2007. Si tratta per il 53% di vittime di genere femminile e per il 47% di vittime di genere maschile.

**Grafico n. 15: genere dei minori segnalati, anno 2006**



**Grafico n. 16: Composizione familiare del minore, anno 2007**



Il grafico n. 16 evidenzia come il 29% delle famiglie siano monoparentali, seguite da una percentuale di bambini che vivono già all'interno di altre strutture o comunità (28%), dato dovuto al fatto che chi si rivolge a noi sono per la maggior parte operatori di servizi, mentre le famiglie tradizionali o normocostituite sono il 25%; infine il 4 % delle famiglie sono miste o ricomposte, ovvero i minori non sono figli di entrambi i genitori. Questi dati riflettono i cambiamenti avvenuti nelle famiglie nella società contemporanea, che consta di famiglie con un numero minore di componenti ed una maggiore diversificazione (aumentano le tipologie familiari) con una crescita dei nuclei monogenitoriali, a causa dell'aumento rilevante delle separazioni e dei divorzi. I dati

ISTAT per l'anno 2005 avevano evidenziato un 12% di nuclei monogenitoriali rispetto al totale delle famiglie italiane, in aumento rispetto al 10% dei nuclei registrato nel 1998.

Contemporaneamente la frequenza di questi nuclei familiari monogenitoriali

nella nostra casistica confermerebbe che la condizione di genitore unico possa costituire un eventuale fattore di rischio.

### ***3.4 Conclusioni.***

Questo lavoro di analisi dei dati pervenuti nel corso del 2007 ha permesso di mettere in luce alcune caratteristiche del fenomeno che la letteratura scientifica spesso evidenzia. Un elemento di immediata evidenza è la compresenza di diversi tipi di maltrattamento sullo stesso bambino. Infatti, risultano situazioni di maltrattamento psicologico associate a condizioni di rischio. Lo stesso vale per la trascuratezza, spesso associata con condizioni di evidente rischio.

La letteratura ha anche messo in evidenza la compresenza spesso del maltrattamento fisico e del maltrattamento psicologico, dato confermato nella nostra casistica.

Per quanto riguarda le tipologie di maltrattamento i dati ricavati pervenuti al CbM confermano quelli provenienti dalla letteratura che segnalano un incremento sostanziale del maltrattamento psicologico, che è raddoppiato negli ultimi cinque anni, (tra il quale abbiamo compreso le situazioni di violenza assistita all'interno delle mura domestiche) e delle forme di trascuratezza e di rischio. Risultano in calo rispetto al 2002 l'abuso sessuale, ma in crescita rispetto a quanto evidenziato lo scorso anno.

La letteratura a livello mondiale presenta risultati parzialmente differenti: il maltrattamento fisico e la trascuratezza sono negli Stati Uniti le tipologie in cui si registra l'aumento più consistente (Mc Carroll, Newby, Thayer, Ursano, Norwood & Fullerton, 1999). Anche dai dati della ricerca CAPCAE condotta nel 1996/97 in 8 nazioni diverse (Belgio, Inghilterra, Francia, Germania, Irlanda, Italia, Paesi Bassi e Spagna) emerge la gravità della trascuratezza che nelle sue forme appare la più frequente rispetto ad altre azioni abusive (C. May-Chahal, T. Bertotti, P.Di Blasio, et al.), senza dimenticare gli studi di Levy, che evidenziano come la trascuratezza sia la forma prevalente di trascuratezza negli Stati Uniti e quella maggiormente soggetta a recidive.

In un recentissimo lavoro di Di Blasio e Rossi (2004)<sup>4</sup> condotto su un campione di 28 Servizi della Regione Lombardia, è stata riscontrata una percentuale del 65.3 % di minori vittime di trascuratezza, un 15.9 % di vittime di maltrattamento psicologico, mentre sia per i casi di abuso sessuale che per quelli di maltrattamento fisico la percentuale rilevata è solamente del 9.4 %.

L'intervento di Donata Bianchi al seminario *"Il monitoraggio dei minori vittime di trascuratezza, maltrattamenti e/o abuso sessuale segnalati e/o presi in carico dai servizi territoriali: esperienze a confronto"*, conferma i dati riscontrati nella nostra casistica, (come già espresso a pag. 10 di questo report) evidenziando come la percentuale maggiore di segnalazioni riguardi minori con maltrattamento psicologico e violenza assistita, che in questo lavoro abbiamo raggruppato in un'unica categoria (maltrattamento psicologico). Accorpando i dati si otterrebbe una percentuale del 44%. Di seguito venivano evidenziate con la percentuale del 21% le situazioni di trascuratezza, mentre i casi di abuso sessuale costituivano il 15% della casistica. Per finire i maltrattamenti fisici con una percentuale del 13%. Un 7% indica altre condizioni di disagio dei minori.

Le conseguenze psicologiche e psichiatriche delle diverse forme di violenza e di abuso contro i minori sono state, negli ultimi anni, oggetto di molta attenzione non solo nella letteratura scientifica, ma anche da parte di operatori ed esperti di varie discipline che, a vario titolo, entrano in contatto con le problematiche della tutela dell'infanzia. Diversi studi confermano che la violenza produce sulla vittima effetti negativi a breve, a medio e a lungo termine, in rapporto al tipo, alla durata e alla frequenza della violenza. Oltre alle variabili oggettive di tali fenomeni, che da sole non sono sufficienti a spiegare le differenti reazioni e l'adattamento dopo l'abuso, è necessario tener presente anche le variabili soggettive, familiari, cognitive che ne influenzano l'adattamento.

In una sintesi sulle conseguenze relative al maltrattamento fisico e alla

---

<sup>4</sup> "Trascuratezza, maltrattamento e abuso in danno dell'infanzia: Servizi e Centri presenti in Regione Lombardia" Report di ricerca a cura di Paola Di Blasio & Giovanna Rossi, Centro di Ricerca delle Tecnologie dell'Istruzione (C.R.T.I.), Centro Studi e Documentazione sui Servizi alla Persona G.M. Cornaggia Medici.

trascuratezza, Di Blasio (1988, 2002)<sup>5</sup>, in base all'analisi della letteratura disponibile, ha messo in evidenza alcuni aspetti problematici quali le compromissioni legate alle aree dello sviluppo cognitivo e dell'adattamento affettivo e dello sviluppo della personalità. Le osservazioni sui bambini maltrattati poi, evidenziano la presenza di spunti depressivi, inibizioni, ansia, aggressività, in un quadro di personalità caratterizzato da bassa stima di sé, insicurezza, incapacità di relazione con i coetanei, sentimenti di colpa e vergogna. Le ricerche sullo sviluppo cognitivo e linguistico, rilevano la presenza di ritardi di sviluppo, più o meno gravi, sia nelle capacità intellettive, che nella comprensione e nell'abilità verbale.

In letteratura molti studi hanno evidenziato come un legame di attaccamento sicuro con una figura di accudimento contribuisca a creare un buon adattamento, in quanto permette di sviluppare un senso di fiducia verso l'altro, la certezza di poter ricevere aiuto e di percepirsi come capace e competente, sentimenti che contrastano il senso di impotenza, di tradimento ed autosvalutazione che l'esperienza di abuso può portare con sé. Non va dimenticata, inoltre, l'influenza dei fattori protettivi che sia a livello individuale che familiare, possono contrastare l'impatto dei traumi subiti, come, per citarne alcuni, i sentimenti di inadeguatezza per la dipendenza dai servizi, le capacità empatiche, il desiderio di assunzione delle responsabilità, le relazioni soddisfacenti con almeno un componente della famiglia d'origine, la disponibilità di una rete di supporto parentale o amicale e la capacità di gestire i conflitti.

Per quanto concerne gli esiti a lungo termine sullo sviluppo della personalità e della salute mentale, vengono rilevate conseguenze gravi in età adolescenziale ed in età adulta: atteggiamenti antisociali, disturbi dell'alimentazione e della personalità, depressione, somatizzazioni, disordini delle relazioni, promiscuità, uso di droghe ed alcool, nonché la vulnerabilità alla reiterazione della esperienza traumatica, che non assume solo il carattere di fenomeni ripetitivi attraverso memorie intrusive o rappresentazioni sensoriali e comportamentali, ma implica

---

<sup>5</sup> Di Blasio P., la promozione della salute nei casi di maltrattamento all'infanzia, Bertini Mario (a cura di) , Psicologia e salute. Prevenzione della patologia e promozione della salute, ed. la Nuova Italia Scientifica, Roma, 1988.

una propensione ad esporsi ai rischi e a nuove esperienze negative autoinflitte o perpetrate su altri.

Una ricerca retrospettiva su 2325 donne di età compresa tra i 19 ed i 60 anni, condotta dal Centro Nazionale di Documentazione ed Analisi per l'Infanzia e l'Adolescenza, ha rilevato come siano spesso presenti nelle vittime di abusi sessuali, diventate adulte, sintomi quali depressione, iperarousal, reazioni dissociative, shock o congelamento, vissuti di tradimento, stigmatizzazione ed impotenza.

La violenza familiare ha sfaccettature complesse, una dinamica interna alla quale il minore progressivamente si adatta. C'è la storia familiare, nella quale i bambini si trovano coinvolti e che ci testimonia l'esistenza di una progressione, un aggravamento e un moltiplicarsi dei maltrattamenti e degli abusi nel tempo. Esiste una sorta di "processualità" maltrattante e abusante che diventa una caratteristica intrinseca delle relazioni, che ne normalizza e regolarizza la qualità, secondo standard non soggetti a confronti o comparazioni che potrebbero mettere in evidenza la peculiare nocività (Cirillo S., Di Blasio P., 1989). Proprio per queste ragioni, è necessario un intervento tempestivo, che consenta di comprendere in dettaglio le complesse dinamiche familiari, che sventi il rischio di reiterare la violenza e che impedisca la cronicizzazione e l'aggravarsi della situazione psicologica del bambino coinvolto.

In linea generale è necessario che servizi, centri specialistici, istituzioni e strutture preposte alla tutela e protezione del minore, siano sempre più in grado di realizzare interventi efficaci a proteggere e tutelare i minori, e dovranno anche aggiornarsi sul piano scientifico e culturale, offrendo occasioni di studio e ricerca.

La formazione degli operatori è centrale per la costruzione di un linguaggio condiviso che contrasti la tendenza alla delega e alla deresponsabilizzazione e che promuova la costruzione di lavoro cooperativo tra operatori che lavorano in servizi e centri diversi. Strutturare un valido percorso di rilevazione degli indicatori, di attivazione della rete con i servizi, porta con sé l'evolvere della nostra società verso l'applicazione di strumenti utilizzabili nella prevenzione e protezione dei minori.



## **4. PARTE B – IL FENOMENO DEL MALTRATTAMENTO E ABUSO ALL'INFANZIA NELLA CITTA' DI MILANO E LA RETE DEGLI INTERVENTI, ANNO 2006**

### **REPORT PER IL COMUNE DI MILANO**

*A cura della dr.ssa Teresa Bertotti  
e della dr.ssa Daniela RUBIU*

#### **4.1 Premessa**

La sezione b) del report analizza la parte delle segnalazioni pervenute al CbM relative alla città di Milano ed ha lo scopo di fornire il quadro delle caratteristiche del fenomeno del maltrattamento e dell'abuso e la descrizione di alcuni aspetti del funzionamento della rete dei Servizi così come essi si manifestano nel comune di Milano.

Costituisce un'integrazione della prima parte e in esso vengono considerati tutti i servizi (sia quelli tradizionali che quelli sperimentali) messi a disposizione di operatori e cittadini del Comune di Milano.

La metodologia adottata è speculare a quella utilizzata per l'elaborazione dei dati sul totale delle segnalazioni e richieste pervenute (vedi parte a pag. 16).

È stata privilegiata l'analisi di tipo quantitativo delle sole segnalazioni proprie, escludendo le improprie e le segnalazioni false.

Lo scorso anno è stata introdotta una nuova codifica per le richieste relative

alle consulenze agli operatori in modo da poter evidenziare in modo specifico su quali tematiche e su quali fasi dell'intervento si concentrano le difficoltà degli operatori dei Servizi. I dati relativi alle segnalazioni pervenute nel 2007 sono stati confrontati con i dati relativi allo scorso anno.

#### *I Servizi che il CbM offre al Comune di Milano*

Numerose segnalazioni di bambini in situazioni di maltrattamento o grave rischio giungono al CbM in relazione a richieste di intervento diretto e attivazione di uno dei servizi del Centro. Per la città di Milano, il CbM realizza:

- 1) Una linea telefonica per le segnalazioni e le consulenze agli operatori e ai cittadini.
- 2) L'accoglienza dei minori nelle comunità di pronto intervento, in collaborazione con l'istituto Beata Vergine Addolorata.
- 3) Un servizio di valutazione e trattamento psicosociale per i minori e le loro famiglie.
- 4) Un servizio di spazio neutro e protetto nei casi di maltrattamento ed abuso.
- 5) Attività di formazione, supervisione e consulenza rivolto agli operatori per le situazioni di violenza intrafamigliare e di pregiudizio verso i minori, ivi compresi i casi di abuso e di maltrattamento.
- 6) Un servizio sperimentale per la regolamentazione degli incontri nei casi di separazione e divorzi.
- 7) Il Servizio "affido Professionale".
- 8) Gli appartamenti per l'autonomia "*Non solo un tetto...*".

*Il servizio di segnalazione telefonica*, raccoglie le segnalazioni di situazioni di pregiudizio, maltrattamento, abuso sessuale. Provvede ad attivare i primi interventi necessari attraverso la consulenza ai segnalanti e il contatto con i Servizi. Inoltre, effettua consulenza agli operatori in situazioni di urgenza e supporta la realizzazione del Servizio Madre Segreta della Provincia di Milano nelle ore notturne e festive.

Le *comunità* del CbM sono specializzate per il pronto accoglimento ed il trattamento residenziale di bambini allontanati dalla famiglia, in quanto vittime di violenza fisica e psicologica, di abuso sessuale, di trascuratezza, su disposizione della Magistratura.

Svolgono funzioni di protezione dei minori, accolgono e rassicurano il bambino sostenendolo nell'elaborazione di quanto già successo e nel rapporto con i genitori. L'accoglimento dura il tempo necessario a formulare una valutazione sulla possibilità che la famiglia torni a svolgere adeguate funzioni genitoriali.

Ogni comunità ospita fino ad un massimo di 10 bambini di età compresa tra 0 12 anni ed è in grado di accogliere anche un genitore.

Fino al 2005, il CbM gestiva due comunità: una a Milano e una a Rho, con specifici rapporti convenzionali in ognuno dei due comuni.

Dal 2006, grazie alla collaborazione con l'Istituto Beata Vergine Addolorata, sono incrementate le risorse per l'accoglienza, costituendo tre comunità di pronto intervento, di cui due per bambini da 0 a 12 anni, e una per madri con bambini.

Il lavoro *dell'equipe psicosociale* è rivolto alla diagnosi delle cause del maltrattamento e alla prognosi circa la ricuperabilità del rapporto tra genitori e figli e al trattamento e alla cura del nucleo familiare. È in grado di assumere simultaneamente in carico una trentina di famiglie, quelle i cui figli sono ospitati nelle Comunità e altre comunque inviate da Enti e Servizi.

È composta da quattro assistenti sociali, sette psicoterapeuti familiari ed individuali, da giovani psicologi in formazione. Ciascuna famiglia è seguita da una microequipe composta da due terapeuti e un'assistente sociale.

Il servizio di "*Spazio neutro e protetto*" del CbM è un servizio dedicato al diritto di visita e relazione, ha lo scopo di offrire un luogo protetto di incontro per bambini segnati da storie familiari di abuso, violenza fisica e psicologica, di separazioni gravemente conflittuali in cui genitori e figli possono sperimentare la possibilità di relazioni sufficientemente buone, con l'aiuto di un'equipe costituita da

assistenti sociali ed educatori.

Dalla sua nascita (1997) ha protetto l'incontro di genitori e figli in circa 300 casi.

In collaborazione con il Settore Servizi Sociali del Comune di Milano il CbM ha avviato un servizio sperimentale dedicato alla regolamentazione degli incontri nei casi di separazione e divorzio.

Il *Servizio di regolamentazione degli incontri*, per i casi di separazione e divorzio, si colloca all'interno dell'ottica di preservare il legame del bambino con entrambi i genitori nei casi di separazione e divorzio

. È dedicato ai minori cui non viene garantita la possibilità di incontrare il genitore non collocatario/affidatario come è stato stabilito in sede giudiziaria, causa la forte conflittualità, il persistere di sentimenti di odio e contrapposizione tra i due genitori. L'obiettivo del Servizio è di facilitare, accompagnare e monitorare la costituzione di un accordo tra due genitori che vivono separati circa le modalità di incontro tra il genitore non affidatario ed i figli minori. In particolare ha lo scopo di definire la regolamentazione degli incontri secondo quanto stabilito dall'autorità Giudiziaria e renderli praticabili e consolidati

Le *attività di supervisione* hanno l'intento di favorire un'adeguata gestione dei ruoli, di aiutare gli operatori a gestire l'emotività e a mentalizzare il tema del maltrattamento e di riflettere sulla gestione del caso. Può concentrarsi su aspetti personali, professionali o sull'intervento sul caso. La supervisione viene proposta agli operatori sia in forma programmata che a richiesta. Nel primo caso si tratta di una serie di incontri predefiniti rivolti ad un gruppo stabile di operatori, mentre nel caso della supervisione a richiesta si tratta di un'attività rivolta ad un numero ristretto di operatori che condividono la presa in carico di un caso e desiderano confrontarsi su situazioni di stallo ed empasse nella conduzione del caso; può coinvolgere anche operatori di altri enti impegnati nella gestione del caso. Salvo eccezioni viene realizzata da una coppia di operatori esperti del CbM (assistente sociale e terapeuta).

Il CbM offre inoltre un servizio di *consulenza breve* sui casi, che ha lo scopo di rispondere al bisogno degli operatori di accedere velocemente ad un parere su alcuni aspetti problematici ed incerti nei casi di maltrattamento ed abuso, in particolare nelle fasi di rilevazione, segnalazione ed abuso.

Il Servizio *Famiglie Professionali* è stato realizzato con la Provincia di Milano in collaborazione con altre tre cooperative. Consiste in una forma di specializzazione dell'affido familiare per situazioni di bambini molto complesse. Prevede l'individuazione, la selezione e la formazione delle famiglie per il collocamento dei minori inviati dai Servizi Sociali della Provincia. Il referente della famiglia viene retribuito ed entra in un percorso di formazione e sostegno permanente, offerto da un tutor e dalle cooperative.

*"Non solo un tetto"* comprende una rete di miniappartamenti dedicati a madri con bambini in situazioni di temporanea crisi e fragilità. Questo servizio ha l'obiettivo di accogliere madri in situazione di esclusione, fragilità sociale e relazionale insieme ai loro bambini e di sostenerle durante la loro permanenza attraverso l'attivazione di interventi professionali specifici. Le dimissioni sono concordate con la donna a seguito della realizzazione del progetto di autonomizzazione.

#### ***4.2 Analisi delle segnalazioni provenienti dall'area del Comune di Milano.***

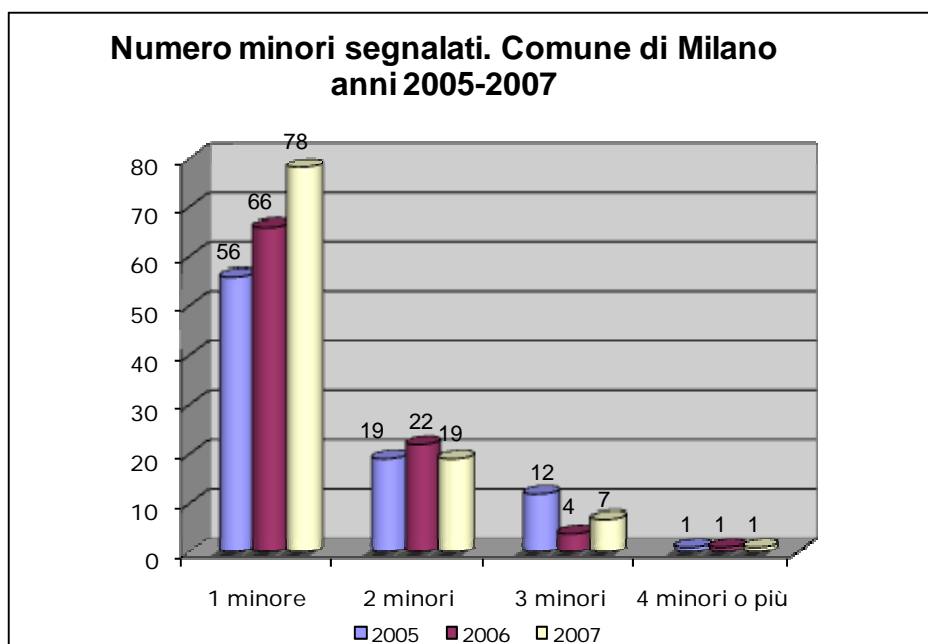
I nuclei familiari segnalati al CbM nel 2007 presi in considerazione nella seguente analisi sono 109 (il 57% del totale dei nuclei segnalati), mentre i minori segnalati per situazioni di abuso o maltrattamento sono stati (il 56% dei minori segnalati).

Se a livello nazionale (vedi parte a) è stato rilevato un decremento dei minori in carico rispetto allo scorso anno, per la casistica dell'area milanese vi è stato un incremento sia del numero dei nuclei che dei minori segnalati. Pertanto si potrebbe affermare come per il 2007 il CbM abbia svolto le sue attività

prevalentemente con l'utenza dell'area milanese (provincia esclusa)

a) *Caratteristiche dei minori e delle famiglie segnalate.*

**Grafico n. 1: minori segnalati per famiglia, Comune di Milano, anni 2005-2007**



Il grafico n. 1 illustra il numero di minori segnalati per ogni nucleo familiare.

Prevalgono le famiglie con un solo minore segnalato (78), seguite da quelle con due minori segnalati (19). Confrontando i dati del 2007 con quelli dell'anno precedente si può notare un incremento dei nuclei familiari soprattutto di quelli con un minore segnalato, mentre quelli con 3 minori segnalati sono in crescita rispetto allo scorso anno ma in numero minore rispetto al 2005. In lieve calo anche i nuclei con due minori segnalati. Tenendo presente che il numero delle famiglie dell'area milanese nel 2006, rispetto ai 109 nuclei del 2007 si riscontra un aumento del 3 %. Cospicuo è invece l'incremento di minori segnalati (da 93 a 145, con una crescita del 56%). Nel confronto tra gli anni il numero dei nuclei è stabile. A fronte del numero stabile dei nuclei vi è un incremento dei minori per nucleo familiare da cui si evince che il disagio si estende da un singolo minore a più minori.

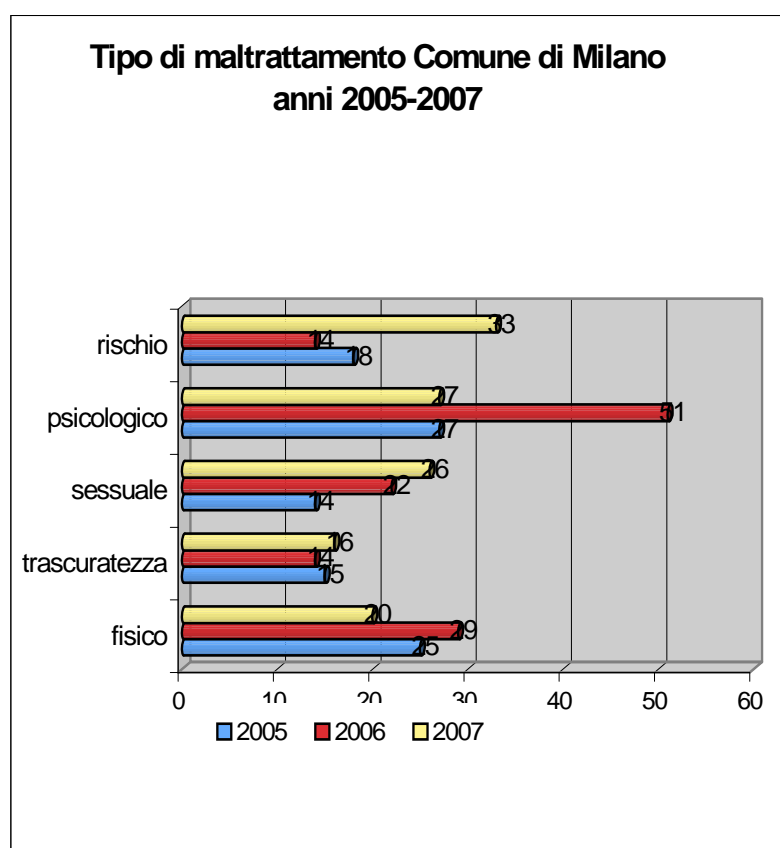
**Grafico n. 2: tipologia di maltrattamento Comune di Milano, anno 2007**



Considerando *le diverse forme* in cui si presenta il fenomeno del maltrattamento [grafico n. 2], si può notare *una percentuale significativa di rischio*(27%), *seguito dal* maltrattamento psicologico(22%), dall'abuso sessuale (21%), dal maltrattamento fisico (17%) e dalla trascuratezza (13%). Questi dati collimano con quelli a livello nazionale, [pag. 30], per i quali le percentuali maggiori riguardano il rischio, l'abuso sessuale ed il maltrattamento psicologico.

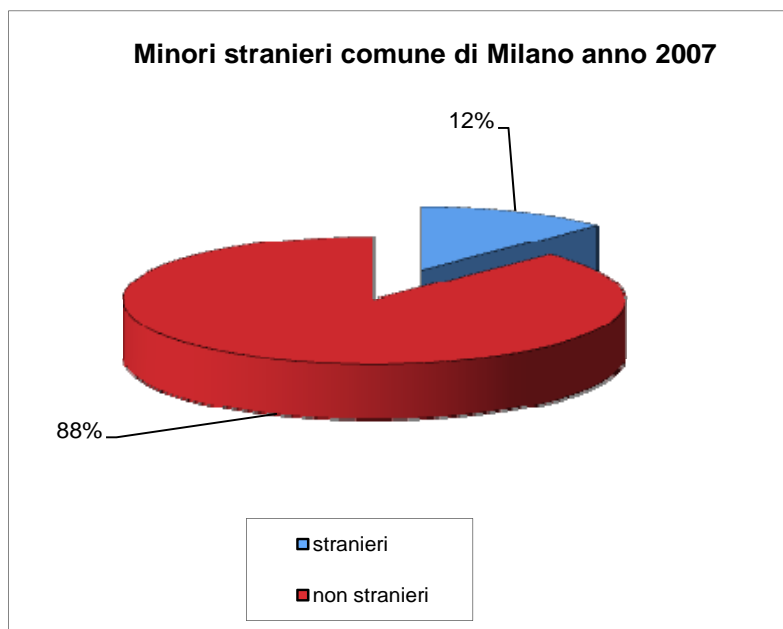
È importante ricordare che tra le situazioni di rischio abbiamo annoverato una serie di condizioni in cui le figure che devono tutelare il bambino non si trovano nelle condizioni migliori per poter svolgere correttamente le loro funzioni, come i casi di gravi patologie psichiatriche di uno dei due genitori, forme di alcolismo o di tossicodipendenza di uno dei due care-givers o di entrambi, omicidi avvenuti all'interno delle mura domestiche, situazioni di delinquenza familiare e situazioni legate a richieste di housing sociale provenienti dai servizi del territorio, nelle quali non vi sono evidenti forme di maltrattamento ed abuso.

**Grafico n. 3: tipologia di maltrattamento Comune di Milano, anni 2005-2007**



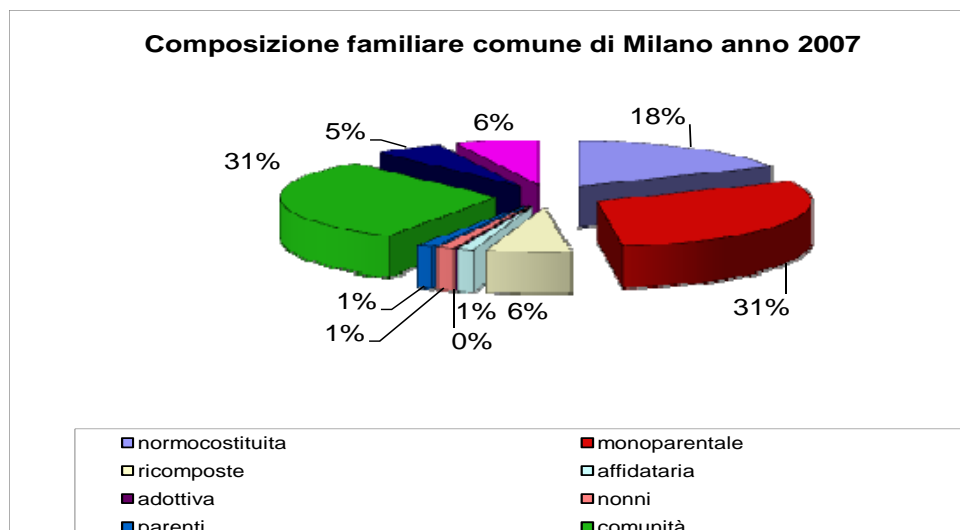
*Confrontando i dati* rilevati nel 2007 con quelli degli anni precedenti emerge che ***l'incremento più significativo*** è quello relativo al rischio ( da 18 casi nel 2005 a 14 nel 2006 e 33 nel 2007), seguito dall'abuso sessuale (da 14 casi nel 2005 a 22 nel 2006 e 26 nel 2007) e dalla trascuratezza (da 15 nel 2005 a 14 nel 2006 e 16 nel 2007); risultano in calo il maltrattamento fisico (da 25 nel 2005 a 29 nel 2006, mentre nel 2007 vi sono 20 casi) e quello psicologico (da 27 nel 2005 a 51 nel 2006 e nuovamente a 27 nel 2007). Quest' ultimo dato risulta discrepante rispetto alle conclusioni tratte rispetto alla casistica nazionale, che evidenziava un sostanziale incremento di questa categoria (ma il confronto riguardava gli ultimi cinque anni). Non va trascurato che si tratta comunque di una percentuale elevata di situazioni di maltrattamento psicologico rilevate.

**Grafico n. 4: minori stranieri Comune di Milano, anno 2005**



Rispetto alla *provenienza dei minori*, osservando il grafico n. 4, notiamo che il 12% dei minori segnalati sono stranieri. Questi dati confermerebbero quanto indicato dal settore statistica del Comune di Milano, che evidenzia un aumento della popolazione straniera (incremento del 57%), del numero dei ricongiungimenti familiari e di conseguenza del numero dei minori; i minori stranieri, nel nostro comune, nel 2006 erano 34.575, ovvero il 5% del totale dei minori residenti. Inoltre, sempre dai dati rilevati dal comune di Milano e pubblicati nel piano di zona del 2006-2008, si evince come ci sia stato un incremento dei minori stranieri che rappresentano il 25% dei minori in carico.

**Grafico n. 5: composizione familiare del minore Comune di Milano, anno 2007**

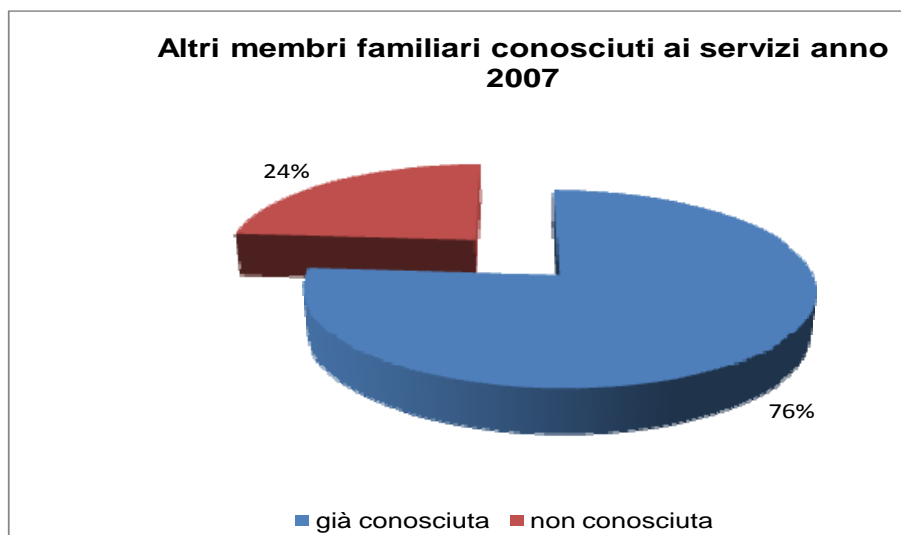


Osservando (grafico n. 5) la *composizione familiare*, la maggior parte (31%) delle famiglie dei minori segnalati è monoparentale, spesso con uno dei genitori che convive con i parenti. Questo dato, che mostra una percentuale nettamente superiore alla media regionale lombarda, che si attesta intorno al 14%, (Istat, 2000) sembra confermare come la condizione di genitore unico possa essere un eventuale fattore di rischio. Ancora il 31% dei minori si trova in una struttura comunitaria, mentre solo il 18% sono nuclei normocostituiti.

Il 6% delle famiglie sono ricomposte e sempre per il 6% si tratta di minori inseriti in famiglie affidatarie. Il dato relativo alla tipologia familiare per il comune di Milano è simile a quello rilevato per le segnalazioni complessive a livello nazionale (vedi prima parte, [ pag. 36.]

Come si è potuto osservare, permane alto il numero di minori inseriti in strutture residenziali o di pronto intervento, dato confermato anche nel piano di zona del Comune di Milano relativo agli anni 2006-2008, in cui si rileva che nel 2006 vi erano 1707 minori inseriti in strutture educative, seppure si sia in presenza di un trend in diminuzione (nel 2002 erano 1723).

**Grafico n.6: famiglia già conosciuta Comune di Milano, anno 2007**



Il grafico n. 6 ci indica che la maggior parte delle famiglie (78%) risulta *già conosciuta* ai Servizi. Il dato è coerente con la caratteristica del CbM di Centro specialistico, che si configura quindi come una risorsa di secondo livello che la rete dei servizi attiva in favore delle famiglie seguite.

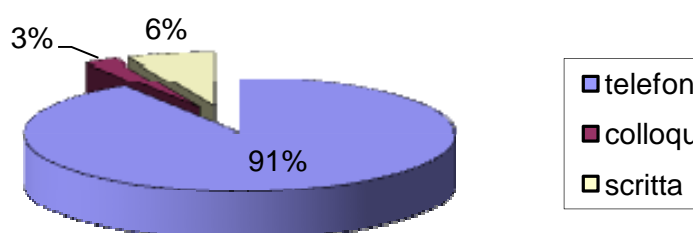
***b) Caratteristiche della rete dei Servizi.***

Per discriminare alcune caratteristiche del funzionamento della rete dei Servizi della città di Milano sul tema del maltrattamento ed abuso all'infanzia, sono state considerate le variabili relative alla modalità di segnalazione, alle tipologie di segnalanti, al tipo di richieste effettuate e gli interventi messi in atto dagli operatori del CbM, che permettono di comprendere a quali bisogni di parere, consulenza e intervento risponde maggiormente il CbM.

Considerando la modalità di segnalazione (grafico n. 9) si nota come la maggior parte delle segnalazioni pervenga in forma telefonica (il 90%), mentre il 95 sono scritte, in modo particolare mail e fax.

**Grafico n. 7: modalità della segnalazione Comune di Milano, anno 2007**

### Modalità di segnalazione anno 2007



Per quanto attiene alle diverse *tipologie di segnalante*, il grafico n. 7 mette in luce come la maggior parte delle segnalazioni provenga dai servizi di Milano (l'86% delle segnalazioni totali).

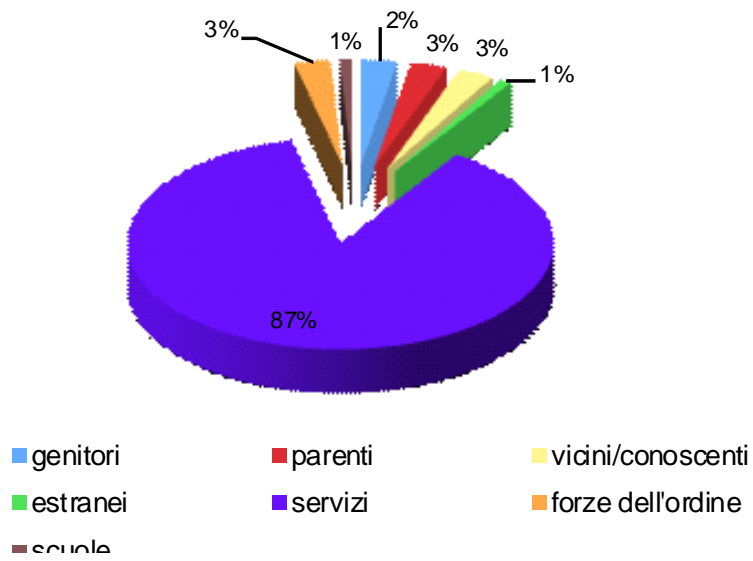
Possiamo constatare anche quest'anno come siano scarse le segnalazioni provenienti da scuole ed ospedali (dalle scuole solamente una, mentre nessuna dagli ospedali dell'area milanese). Dalle forze dell'ordine si sono registrate 3 segnalazioni, ovvero il 3% del totale.

I segnalanti privati, ovvero i membri della famiglia e i vicini di casa o conoscenti, sono in tutto 9.

Anche per la tipologia dei segnalanti si nota un'analogia con i dati nazionali rilevati nella prima parte, di una scarsità di segnalazioni da parte delle scuole e degli ospedali, insieme ad un calo delle segnalazioni provenienti dai privati cittadini.

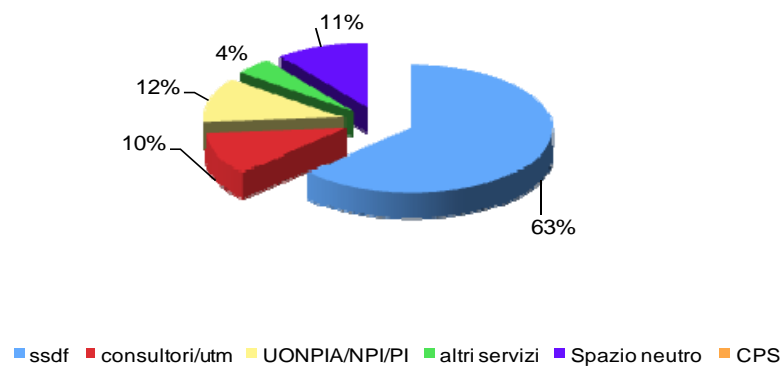
### Grafico n. 8: tipologia dei segnalanti Comune di Milano, anno 2007

### Tipologia dei segnalanti comune di Milano anno 2007



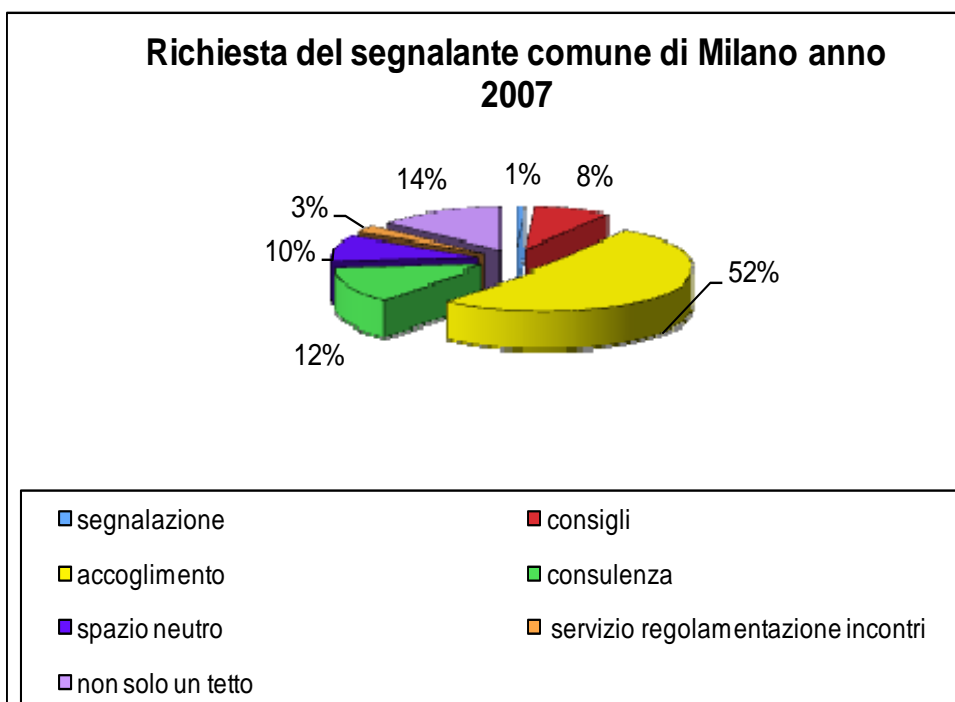
**Grafico n.9 .Servizi segnalanti- Comune di Milano, anno 2007**

### Servizi segnalanti Comune di Milano anno 2007

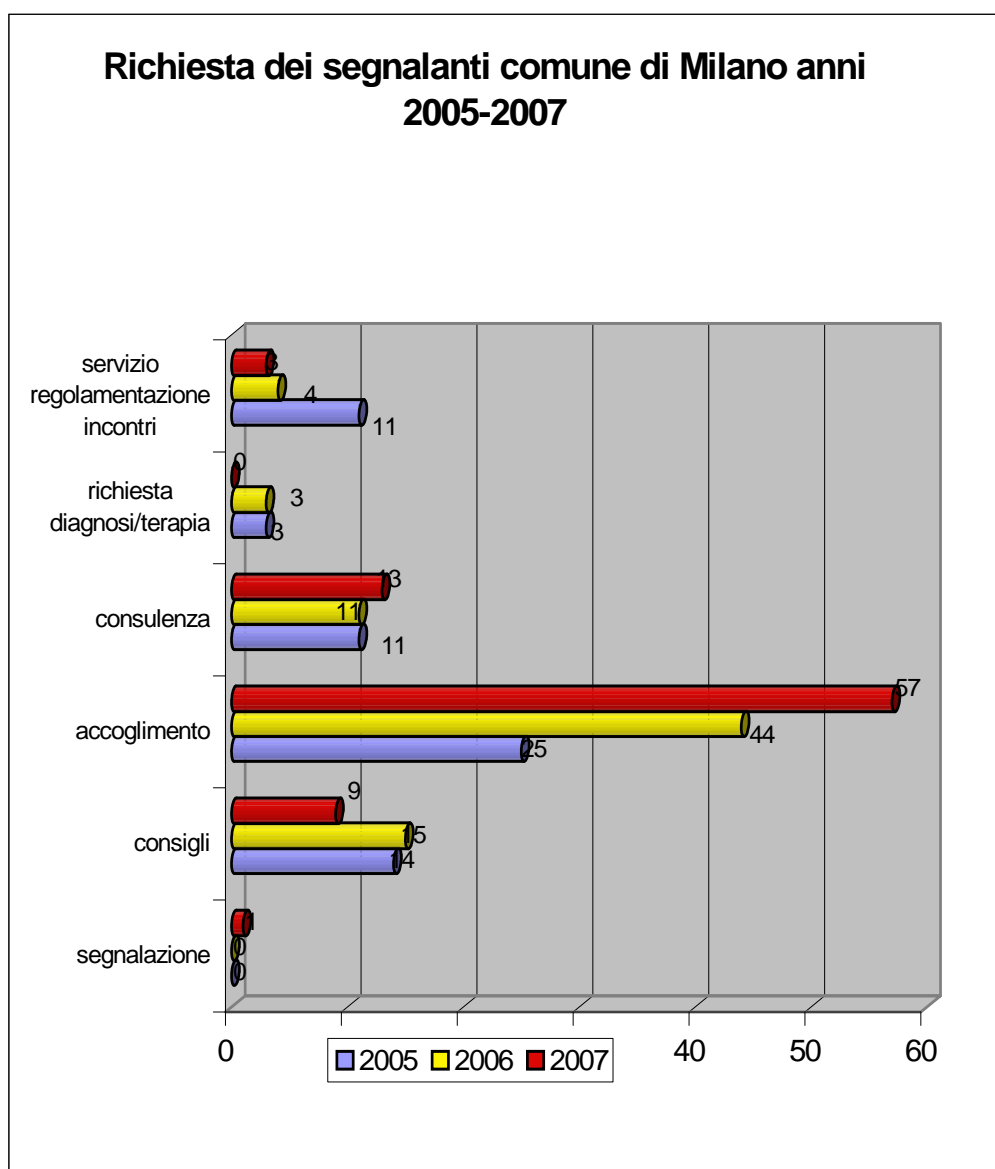


Considerando i dati disaggregati relativi alla rete dei servizi dell'area milanese che si sono rivolti al nostro Centro, notiamo come il 63% delle richieste provengano dal SSDF, il 12% dalla UONPIA/NPI/PI, il 10% riguarda i consultori o il servizio UTM dell'ASL, mentre l' 11% lo spazio neutro del Comune di Milano. Per quanto riguarda *il tipo di richiesta* (grafico n. 10), si può notare come i Servizi pubblici si rivolgano al CbM per richiedere l'accoglimento dei minori nelle comunità del CbM (52%), per chiedere una consulenza (12%) per attivare lo spazio neutro (10%), per il *Servizio Regolamentazione degli Incontri* (SRI)(3%). Infine i servizi nel 14% dei casi hanno richiesto l'attivazione del servizio "Non solo un tetto". I privati cittadini si rivolgono al CbM (14%) per richiedere consigli su come agire e comportarsi di fronte a tali problematiche.

**Grafico n. 10: richiesta dei segnalanti Comune di Milano, anno 2007**



**Grafico n. 11: richiesta dei segnalanti Comune di Milano, anno 2005-2007**



Dal grafico n. 11 che consente di *confrontare i dati del 2005 con quelli del 2006 e del 2007*, si nota come l'incremento maggiore si abbia nelle richieste di accoglimento presso le comunità (da 25 casi nel 2005 a 44 nel 2006 e 57 nel 2007), seguito dalle richieste di consulenza (da 11 nel 2005 e 2006 a 13 nel 2007).

Sono in calo i consigli richiesti dai privati cittadini (da 14 nel 2005 e 15 nel 2006 si passa a 9 nel 2007).

Le richieste del Servizio di Regolamentazione degli Incontri (SRI) pervenute nel 2006 sono solamente 3, in calo rispetto alle 11 registrate nel 2005.

Questi dati confermerebbero il trend già evidenziato nella prima parte di questo report (parte a, relativa ai dati sul territorio nazionale), che segnalava un decremento delle segnalazioni provenienti dai privati cittadini, dal 2002 al 2007.

Possiamo quindi confermare le conclusioni esposte lo scorso anno per quanto riguarda il ruolo del CbM all'interno della rete dei servizi; Si ipotizza, infatti, che il CbM si posizioni come un servizio di 'secondo livello' a cui accedono gli operatori più che i cittadini direttamente.

#### ***4.3 L'intervento del CbM***

Come è possibile notare dal grafico seguente, *l'intervento del CbM* si focalizza in modo particolare sulle consulenze ai servizi (36%) sulle attività di call center (20%) e sul servizio di spazio neutro (13%). Come è possibile vedere, spesso gli interventi di consulenza superano il numero delle richieste degli operatori; questo, è dovuto gran parte agli interventi degli operatori del CbM di consulenza rispetto alla gestione del caso, pur non potendo soddisfare le richieste di collocamento all'interno delle comunità.

Per l' 11% si è trattato di interventi di accoglimento e/o presa in carico del minore e della loro famiglia. Si nota un certo scarto tra il numero di richieste di accoglimento pervenute ed il numero di interventi effettuati.

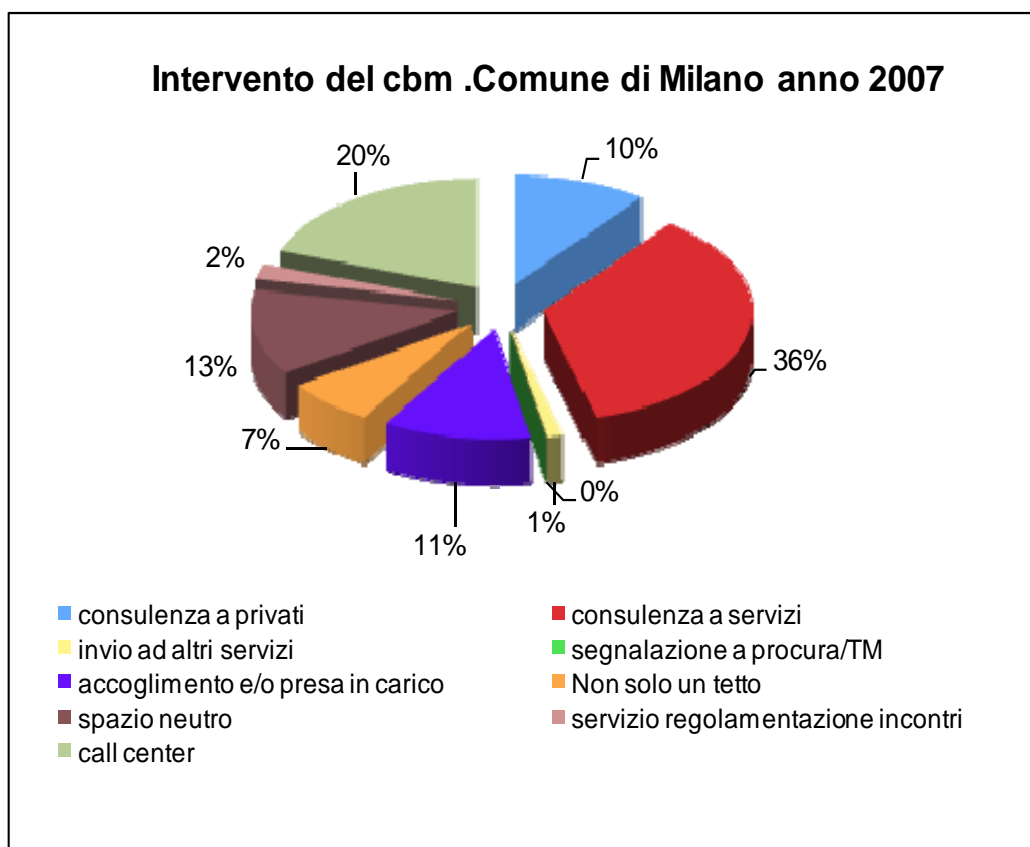
Non tutte le richieste di accoglimento possono essere soddisfatte, nonostante il CbM abbia predisposto un incremento del numero di posti all'interno delle

comunità; in caso di indisponibilità di posti, il CbM non effettua alcun intervento specifico, limitandosi a fornire indicazioni per collocamenti alternativi.

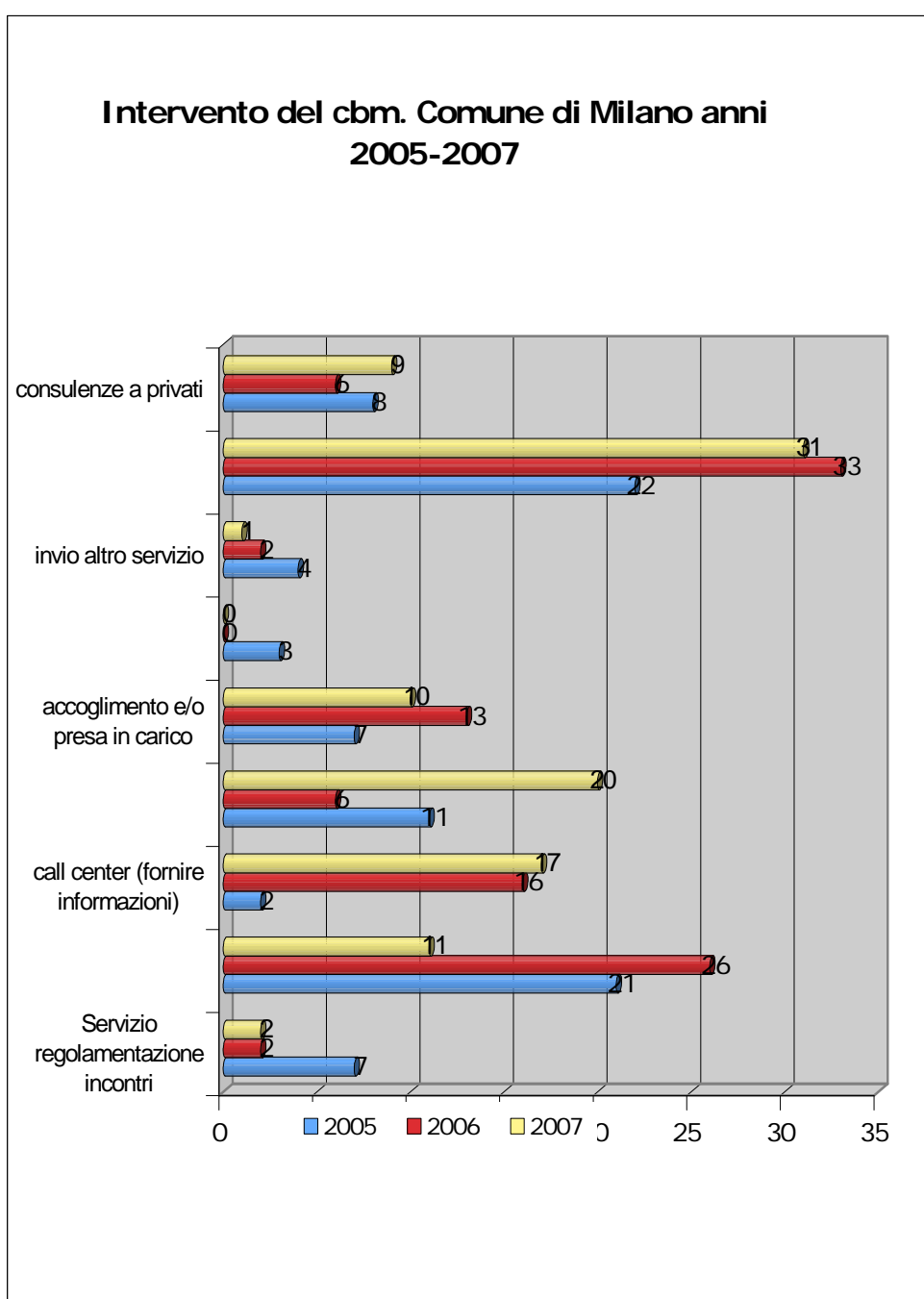
Per quanto riguarda le segnalazioni provenienti dai privati, per il 10% dei casi il CbM ha fornito loro una consulenza su come affrontare le situazioni di abuso e maltrattamento. Infine nel 7% dei casi è stato fornito il nuovo servizio di accoglienza "Non solo un tetto".

Notiamo che anche rispetto a questa variabile, i dati del comune di Milano indicano un'analogia con l'insieme delle segnalazioni provenienti da tutto il territorio e come l'intervento del Centro si colloca nelle aree della consulenza e della richiesta di accoglienza e attivazione di spazio neutro.

**Grafico n. 15: intervento del CbM Comune di Milano, anno 2007.**



**Grafico n. 16: intervento del CbM Comune di Milano, anno 2005-2007**



#### ***4.3.1 Le supervisioni effettuate dalle equipe del CbM.***

A seguito del protocollo d'intesa stipulato all'inizio del 2005, il CbM offre consulenza e supervisione agli operatori in modo più organico e strutturato rispetto agli anni passati. Si tratta di supervisioni/consulenze rispetto alla presa in carico del caso o su fasi critiche del proprio percorso e operato professionale.

L'analisi dei temi ricorrenti nelle supervisioni rispetto alla presa in carico dei casi ha permesso di raccogliere informazioni iniziali su alcuni aspetti di vulnerabilità e snodi critici nella rete degli interventi.

Le aree tematiche sono state scelte considerando alcune componenti necessarie all'intervento come una buona conoscenza degli aspetti giuridici e un'adeguata gestione del ruolo professionale. Si è poi scelto di esplorare alcuni passaggi cruciali del complessivo processo di intervento che passa dalla fase di rilevazione, alla fase di valutazione e trattamento, per focalizzare quale di questi appaiano quelli maggiormente portati nel contesto di supervisione e più bisognosi di uno spazio di riflessione e rielaborazione terzo rispetto a quello dell'equipe.

Nel 2007 sono state effettuate 18 supervisioni individuali o di piccolo gruppo di cui 11 rivolte agli operatori del SSDF, e altre richieste ad operatori di altri servizi.

*Il grafico n. 16* mostra le aree su cui si sono concentrate le attenzioni della supervisione per cui gli operatori hanno espresso una richiesta di parere.

Si può notare come la fase più problematica risulti essere la "definizione del processo di intervento , nella fase di trattamento".

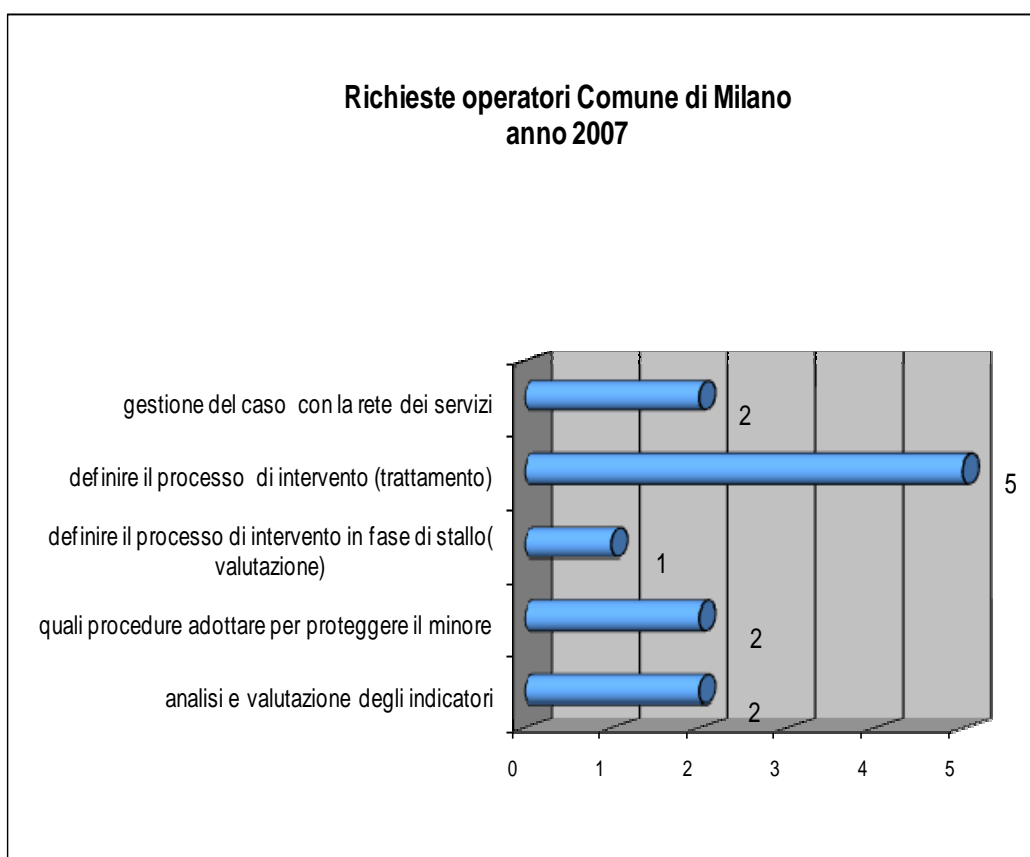
Si tratta di quelle situazioni in cui c'è stato un provvedimento protettivo deciso dall'Autorità Giudiziaria e attuato dai Servizi, sono già stati realizzati alcuni dagli interventi valutativi dei vari Servizi preposti (UTM, CTU, ecc.) ma non sono

sufficientemente chiare le linee di azione e il progetto di intervento da attuare, come ripristinare condizioni di sufficiente benessere per il minore (e per la sua famiglia), in una prospettiva che a medio- lungo termine veda la conclusione della presa in carico da parte dei servizi.

Altre aree critiche sono quelle relative all'analisi e alla valutazione degli indicatori, alla definizione delle procedure più adatte alla tutela e protezione del minore alla gestione del caso in accordo con altri Servizi della rete,. Quest'ultimo punto potrebbe essere connesso alla prima area critica degli interventi in fase di trattamento ed è collegato sia alla difficoltà a sedimentare adeguati stili collaborativi e cooperativi e linguaggi comuni in particolare con i servizi degli altri enti, con alcuni servizi dell'asl o dell'azienda ospedaliera, anch'essi attori cruciali e significativi nel processo di presa in carico, sostegno e trattamento.

In alcune situazioni gli operatori hanno chiesto consulenza per avere indicazioni per situazioni di stallo nella fase di valutazione.

**Grafico n. 16: richieste operatori Comune di Milano, anno 2007**



#### ***4.4 Conclusioni.***

Questo lavoro di analisi delle segnalazioni pervenute al CbM da utenti e operatori della città di Milano, ha permesso di evidenziare le caratteristiche dei minori vittime di maltrattamento ed abuso e delle loro famiglie, di fotografare alcuni aspetti della rete di Servizi che a Milano intervengono in queste situazioni e l'intervento effettuato dagli operatori del CbM.

Per quanto concerne le caratteristiche dei minori vittime di maltrattamento ed abuso e delle loro famiglie, abbiamo rilevato come anche per l'ambito della città di Milano si manifestino spesso le caratteristiche riscontrate a livello nazionale, che confermerebbero, da un lato le caratteristiche socio - demografiche della popolazione italiana e dall'altro il trend sul fenomeno del maltrattamento e dell'abuso che le ricerche e gli studi scientifici evidenziano.

Le famiglie monoparentali sono prevalenti rispetto a quelle più tradizionali; inoltre, un numero molto elevato di minori vive in altre strutture di tipo comunitario. Le famiglie non sono numerose, con la presenza in genere di uno o due figli; un sesto dei minori segnalati sono stranieri. Le famiglie che si sono rivolte ai Servizi sono per la maggior parte famiglie già state conosciute e seguite nell'ambito territoriale per problematiche diverse.

Per quanto concerne il fenomeno del maltrattamento e l'abuso e le diverse *tipologie* si conferma un considerevole aumento del fenomeno del rischio, sia a livello nazionale che per la città di Milano (a Milano è quasi raddoppiato il numero delle segnalazioni rispetto agli ultimi due anni), un incremento rispetto al 2005 dell'abuso sessuale sia a livello nazionale che per la città di Milano (tuttavia a livello nazionale sono in netto calo se si considerano gli ultimi cinque anni). Risulta in calo il maltrattamento psicologico, pur considerando che rimane una delle percentuali più elevate del nostro campione (circa 1/4 del totale).

In calo la categoria della trascuratezza ed il maltrattamento fisico.

Nel 2002 l'OMS ha indicato la violenza e il maltrattamento come una delle principali cause di malattia al mondo ed ha messo in luce, attraverso l'acquisizione e il potenziamento di un'ampia gamma di studi e ricerche, la

rilevanza delle conseguenze a medio e lungo termine di abusi e maltrattamenti subiti in età infantile; di questi aspetti si è già fatto cenno nelle conclusioni della prima parte del report (pag 41, 42, 43, 45 a cui si rinvia.)

Per quanto riguarda, invece, la rete dei servizi, la maggior parte le segnalazioni sono pervenute dai servizi del territorio, ed in particolare dal Servizio Sociale della Famiglia (62%), dai servizi di neuropsichiatria infantile e di pronto intervento, dai consultori e dallo spazio neutro di via Pusiano. Risultano in calo le segnalazioni provenienti dai privati cittadini, sia a livello nazionale che per la città di Milano.

Le segnalazioni dalla rete scolastica sono scarse e assenti le segnalazioni dall'area medico sanitaria (ospedali, pediatri).

Il dato relativo a privati cittadini e alle scuole andrebbe confrontato con i dati raccolti dai servizi sociali territoriali in quanto può indicare sia un calo della sensibilità complessiva e della fiducia nella possibilità di attivazione di adeguati interventi di aiuto e protezione per i bambini sia una maggiore capacità della rete territoriale di essere un interlocutore di più facile accesso e più vicino rispetto ad un servizio di secondo livello come il CbM. Il secondo dato invece, relativo alla progressiva riduzione di segnalazioni dall'area sanitaria ci sembra confermare una crescente difficoltà a integrare all'interno di una prospettiva sanitaria le dimensioni sociali e di protezione, anche giudiziaria, tipiche della materia dell'abuso e del maltrattamento.

Anche le difficoltà del lavoro di rete segnalate nelle aree della consulenza e supervisione indicano l'esistenza di alcune importanti linee di frammentazione tra interventi sociali e sanitari e prospettano un'importante area di miglioramento, in particolare - come già accennato nelle conclusioni della prima parte - nella ricostruzione di connessioni stabili e luoghi di ricomposizione (Bertotti, 2004) in cui mettere a punto strategie di intervento efficaci che vedono la compresenza dei servizi sociali comunali, dei servizi dell'ASL e dell'azienda ospedaliera, dei servizi specialistici sul tema del maltrattamento e dell'abuso, dei servizi socio educativi del privato sociale, delle istituzioni giudiziarie e delle forze dell'Ordine, riattivando quelle capacità e competenze di

agire in rete che hanno fatto della città di Milano un punto di riferimento fondamentale a livello nazionale e internazionale sul tema della protezione dei bambini e della cura della famiglie maltrattanti.

Infine gli interventi effettuati dall'equipe del CbM sono per la maggior parte consulenze ai servizi e attivazione dei servizi richiesti (in modo particolare lo spazio neutro, l'housing sociale e l'accoglimento), secondo la disponibilità. Rispetto a questi ultimi, il CbM non ha potuto soddisfare le numerose richieste di accoglimento in comunità, sempre superiori al numero dei posti disponibili mentre ha potuto rispondere positivamente all'invio di casi di spazio neutro; sono stati in calo gli invii per diagnosi/terapia da parte dell'ASL.

In modo particolare le consulenze agli operatori si sono concentrate sulla fase di definizione del processo di intervento e di trattamento del caso, oltre che al supervisione nella valutazione degli indicatori di maltrattamento e di definizione delle procedure di protezione del minore.

Sono diminuite sia a livello nazionale che per la città di Milano le segnalazioni e le richieste da parte dei privati cittadini, mentre sono aumentate le richieste di supervisione e consulenza, confermando che il CbM si caratterizza come un Servizio specialistico a disposizione degli operatori, sia per esigenze formative e per consulenze in momenti di impasse e di difficoltà sia per l'attivazione di interventi in situazioni particolarmente complesse e difficili.

## 5. BIBLIOGRAFIA

- Bardi M., Borgognini-Tarli S.M. (2001) A survey on parent-child conflict resolution: intrafamily violence in Italy, *Child Abuse and Neglect*, vol. 25, pp. 839-853.
- Bertotti T.(2004) "La tutela minori: mutamenti, rischi e potenzialità" in *Prospettive Sociali e Sanitarie* n. 4/2004 pag. 3-7.
- Bertotti T., Scotti P., "Le violenze sessuali sui bambini. Alcuni dati."in *Maltrattamento e Abuso all'Infanzia vol 4.* (2002)
- Bianchi D. (2007), *La sperimentazione di uno strumento di monitoraggio*, reperibile all'indirizzo: [www.minori.it](http://www.minori.it).
- Centro Nazionale di Documentazione ed Analisi per l'infanzia e l'Adolescenza(2007), *I numeri italiani*, "Questioni e Documenti "n. 43.
- Di Blasio P., Rossi G., (2004)Trascuratezza, maltrattamento e abuso in danno di minori: Servizi e Centri presenti in regione Lombardia", sul sito del Centro di Ricerche delle Tecnologie dell'Istruzione dell'Università Cattolica (C.R.T.I) agli indirizzi: <http://www.paoladiblasio.it/> o <http://www.unicat.it/>
- Di Blasio P. (2000),*Psicologia del bambino maltrattato*, Il Mulino, Bologna..
- Di Blasio P., Camisasca E., Procaccia R.(2007), *Fattori di mediazione dell'esperienza traumatica nei bambini maltrattati in "Maltrattamento ed abuso all'infanzia", vol.9, n.2, giugno 2007.*
- Hacking I., *The social construction of what?*, Harvard University Press, 1999 (trad it La natura della scienza. Riflessioni sul costruzionismo, McGraw-Hill,2000)
- Kempe C.H. Silvermann F.N. Steele B.F. Droegmuller W. Silver M.K.,(1962), The battered child syndrome, *Journal of the American Medical Association*, 181, pp 17-24.
- Leventhal J.M. (1998) Epidemiology of sexual abuse of children: old problems, new directions, *Child Abuse and Neglect*, vol. 22, pp. 481-491.

Pellai A., Bassoli L., Castelli B., Curci R., Signorelli D. (2002) *La "scoperta" di un fenomeno sommerso: i risultati di una ricerca epidemiologica sull'abuso sessuale*, relazione presentata al convegno "La violenza alla donna e al bambino: quali servizi", Milano, 6-7 Novembre 2002.W

Zerilli M., Rigoni S., Caldana L., Magrin C., Schon L., Valentini R. (2002) Ricerca epidemiologica sulla prevalenza di abuso sessuale in età evolutiva, *Maltrattamento e abuso all'infanzia*, vol. 4, pp. 73-104.WHO, (2002), World Report on Violence, WHO, Genere

## **6. INDICE.**

### **LE SEGNALAZIONI DI ABUSO ALL'INFANZIA PERVENUTE AL CBM**

1

## **1**

### **1. LA VIOLENZA SUI MINORI: QUADRO DI RIFERIMENTO E DATI**

1

*1.1 Definizione e caratteristiche*

1

*1.2 Entità del fenomeno*

6

*1.3 La famiglia maltrattante*

12

*1.4 Fattori di rischio e fattori protettivi.*

14

*1.5. Il concetto di resilienza nelle vittime di abusi e maltrattamenti.*

15

## **2**

### **2. PRESENTAZIONE E IMPOSTAZIONE DELLA RICERCA SULLE SEGNALAZIONI PERVENUTE AL CBM NELL'ANNO 2006**

20

## **3**

### **3. PARTE A - IL FENOMENO DEL MALTRATTAMENTO E ABUSO ALL'INFANZIA NEL TERRITORIO ITALIANO**

*3.1 Le segnalazioni di maltrattamento e abuso all'infanzia nell'anno 2006.*

22

22

*3.2 Chi segnala e perché.*

25

*3.3 La famiglia dei minori segnalati*

39

*3.4 Conclusioni.*

42

## **4**

### **4. PARTE B - IL FENOMENO DEL MALTRATTAMENTO E ABUSO ALL'INFANZIA NELLA CITTA' DI MILANO E LA RETE DEGLI INTERVENTI, ANNO 2006**

45

*4.1 Premessa*

45

*4.2 Analisi delle segnalazioni provenienti dall'area del Comune di Milano.*

50

*4.3 L'intervento del CbM*

61

*4.3.1 Le supervisioni effettuate dalle equipe del CbM.*

64

*4.4 Conclusioni.*

66

## **5**

### **5. BIBLIOGRAFIA**

69

## **6**

### **6. INDICE.**

71

L