L'abuso e il maltrattamento sui minori: una sfida al sistema del welfare

Angela Cammarella e Francesca Menozzi

Il fenomeno del maltrattamento sui minori va inquadrato in una prospettiva multidisciplinare. Vi sono evidenze cliniche e di ricerca che mostrano, fra l'altro, come esso aumenti il rischio di esiti disadattivi anche in età adulta. L'impatto del maltrattamento sui minori sulla spesa pubblica è invece tema ancora poco indagato, in quanto raramente viene considerata la gamma complessiva di interventi di protezione del minore, che impegnano strutture e ambiti disciplinari diversi. I poli specialistici del privato sociale per il contrasto al maltrattamento sui minori, come il Centro provinciale Giorgio Fregosi - Spazio sicuro di Roma, costituiscono osservatori privilegiati sul fenomeno. La sfida alle politiche sociali è valorizzare l'investimento per prevenire/ contrastare la vittimizzazione infantile. Nell'articolo vengono esposti i principali elementi della letteratura scientifica sull'impatto negativo del maltrattamento all'infanzia e i costi associati e vengono presentati alcuni dati sull'attività del Centro Fregosi rilevanti in tal senso.

1. Introduzione

L'abuso e il maltrattamento all'infanzia costituiscono un grave problema di salute pubblica i cui esiti di morbilità e mortalità sono difficili da stimare nella loro reale consistenza sia per la mancanza di strumenti di registrazione standardizzati e condivisi, sia per l'entità del «sommerso». Oltre a comportare esiti sulla salute fisica e mentale nel breve e nel lungo periodo, l'abuso all'infanzia impegna in modo rilevante il sistema del welfare di tutti i paesi, comportando alti costi umani, sociali, sanitari, giuridico-giudiziari e spese per fare fronte alla delinquenza e alla mancata produttività (Who, 2013). In Italia 100.000 bambini (0,98% popolazione minorile) sono risultati vittime di maltrattamento e trascuratezza nel 2011 (Terre des Hommes e Cismai, 2013). In Europa ogni anno muoiono 852 bambini al di sotto dei 15 anni a causa dei maltrattamenti subiti (Who, 2013). Negli Usa, nel 2013, i Child protective services hanno ricevuto 3,5 milioni di segna-

lazioni con 3,2 milioni di bambini abusati oggetto di indagine e 679.000 bambini vittime accertate di maltrattamento che rappresentano il 9,1% dei bambini americani; tra questi sono stati inclusi 1.520 bambini deceduti a causa dei maltrattamenti subiti (U.S. Department of Health and Human Services, 2013). Nel 2012 in Usa è stata fatta una stima di 220 milioni di dollari annui per spese relative a indagini, affidamenti, salute fisica e mentale, criminalità giovanile e adulta e altro (Gelles e Perlman, 2012).

Gli organismi internazionali e nazionali insistono sulla necessità della prevenzione dell'abuso all'infanzia, raccomandando un'implementazione del sistema di monitoraggio del fenomeno per avere una conoscenza rigorosa, necessaria alla predisposizione di programmi di prevenzione mirati (Who, 2006; 2014). È stato rilevato quanto un efficace sistema di prevenzione sia stato responsabile della diminuzione dell'incidenza dell'abuso sessuale in Usa nel periodo 1992-1999 (Jones, Finkelhor e Kopiec, 2001).

L'ampio corpo di ricerche prodotte e i report nazionali e internazionali sull'abuso e sul maltrattamento all'infanzia indicano con forza la necessità di progettare programmi di prevenzione del fenomeno declinabile a più livelli. A livello di prevenzione primaria per sensibilizzare alla tutela e favorire il benessere dei minori prima dell'insorgere del problema; a livello di prevenzione secondaria per intervenire precocemente quando compaiono i primi segni di abuso e traumatismo; a livello di prevenzione terziaria per ridurre il danno prodotto dalla violenza interpersonale tramite la presa in carico del sistema relazionale abusante.

Se molti sono gli studi sugli esiti sul *child abuse*, più rare sono le indagini sulle ricadute che tale fenomeno ha sulle spese che lo Stato deve affrontare per le sequele prodotte dall'abuso nel breve e nel lungo periodo nell'individuo e nella comunità. La consapevolezza dell'impegno economico richiesto agli Stati può orientare a progettare programmi di prevenzione *evidence based* che pur comportando una spesa nell'immediato possono rappresentare un rilevante risparmio successivo, contenendo o evitando le sequele della disfunzionalità personale.

Nel presente lavoro si intende fornire una panoramica sull'abuso perpetrato sui minori per mettere in risalto sia gli esiti delle relazioni maltrattanti sulla formazione della personalità, sia il loro impatto sulla comunità per i rilevanti costi economici richiesti per fronteggiarlo, gravanti sul bilancio statale e sul Pil nazionale. L'esperienza del Centro

provinciale Giorgio Fregosi - Spazio sicuro di Roma è stata in questo senso un osservatorio privilegiato per un approfondimento del fenomeno *child abuse* e di tutte le sue articolazioni. Pertanto sarà illustrata l'attività specialistica svolta nel Centro e alcune caratteristiche delle tipologie di abuso trattate.

2. L'abuso e il maltrattamento all'infanzia

L'abuso all'infanzia diviene oggetto sistematico di studio negli anni sessanta a opera del pediatra statunitense Kempe (Kempe e al., 1962) che, descrivendo la «sindrome del bambino battuto», mise in evidenza la correlazione tra le gravi lesioni fisiche rilevate nei bambini e il maltrattamento fisico. Questo primo studio aprì la strada a indagini che inizialmente si soffermarono sugli aspetti più visibili del maltrattamento per poi ampliare la prospettiva, considerando la multiformità e compresenza di fattori avversi. Contemporaneamente studi osservativi e ricerche empiriche in ambito infantile forniscono una visione del bambino come persona autonoma, con bisogni fisici, emotivi, psicologici e sociali specifici e con una traiettoria evolutiva che richiede di essere rispettata e favorita dagli adulti che ne hanno cura e responsabilità.

Un punto di svolta nel riconoscimento della soggettività dei bambini è rappresentato dalla Convenzione internazionale sui diritti del fanciullo di New York del 1989, ratificata dal Parlamento italiano nel 1991 (legge n. 176). Da allora è stata tracciata una linea di demarcazione tra il «diritto naturale» dei genitori sui figli e il riconoscimento dei minori come soggetti di diritto.

La Convenzione europea sull'esercizio dei diritti dei fanciulli di Strasburgo del 1996, esecutiva in Italia dal 2003 (legge n. 77), ribadisce i principi per la protezione dei minori che, pur non vincolanti sul piano giuridico, si riverberano sulle politiche sociali e sulla normativa, concorrendo a mutamenti favorevoli per una efficace tutela dei bambini e degli adolescenti.

In Italia la consapevolezza dei bisogni dei bambini, tra i quali in primo luogo il bisogno di attaccamento ai *caregiver*, l'accresciuta conoscenza e competenza degli operatori socio-sanitari territoriali, promuove iniziative psico-socio-educative specie a partire dalla legge del 28 agosto 1997 n. 285 «Disposizioni per la prevenzione di diritti e di opportunità per l'infanzia e l'adolescenza».

Nonostante una maggiore sensibilità ai temi dell'infanzia e il finanziamento di specifici progetti di prevenzione, le misure per la protezione dei minori, non solo in Italia, sono frammentarie, non poste a sistema, vi è un insufficiente aggiornamento sui dati di prevalenza e incidenza e scarsi finanziamenti per ricerca e azioni di prevenzione e contrasto (Gruppo Crc, 2015).

In Italia (legge n. 451/1977) è attribuito al Parlamento l'incarico di istituire una Commissione parlamentare per l'infanzia e l'adolescenza «con compiti di indirizzo e controllo sulla concreta attuazione degli accordi internazionali e della legislazione relativi ai diritti e allo sviluppo dei soggetti in età evolutiva» e nel 2014 è rinnovato l'Osservatorio nazionale per l'infanzia e l'adolescenza composto da rappresentanti della pubblica amministrazione nazionale e locale, associazioni, organizzazioni del volontariato e del terzo settore ed esperti dell'infanzia e dell'adolescenza, collegati con il Garante nazionale per l'infanzia e l'adolescenza, istituzione nata nel 2011. Il compito della Commissione è quello di produrre, ogni biennio, un Piano nazionale di azioni di intervento per la tutela dei diritti e lo sviluppo dei soggetti in età evolutiva[1].

Sul piano legislativo, la normativa italiana sui comportamenti penalmente rilevanti riguardanti l'abuso e il maltrattamento all'infanzia e all'adolescenza indica responsabilità, forme di intervento e procedure per la tutela all'infanzia e all'adolescenza ed è costantemente aggiornata in quanto emergono forme nuove particolarmente sfuggenti come l'abuso sessuale on line e l'adescamento (*grooming*)[2].

La protezione dei minori coinvolge molti operatori di istituzioni pubbliche e di associazioni del privato sociale con competenze diverse – sociali, giuridiche, mediche, psicologiche, educative – nonché diverse istituzioni – famiglia, scuola, altre agenzie formative, organismi sociali e giuridico/giudiziari, forze dell'ordine e per tale motivo ogni iniziativa è necessariamente inserita in una prospettiva multi-istituzionale e pluridisciplinare, richiedendo un'integrazione tra professionisti dei diversi settori che operano entro una comune cornice giuridica.

Servizi sociali, aziende sanitarie locali, tribunali per i minorenni e ordinari del settore civile e penale, case famiglia e altre strutture protette, forze dell'ordine, ospedali, organismi specializzati nell'accoglienza di bambini, adolescenti e famiglie coinvolti in situazioni di abuso e mal-

[1] L'ultimo Piano nazionale è del 2011.

[2] Per un approfondimento si rinvia a: Allegro, Nanni e Pugliese, 2005.

trattamento del pubblico e del privato sociale sono impegnati a dare concretezza alla protezione dei minori con interventi di accoglienza, prevenzione, sensibilizzazione, messa in protezione, valutazione delle condizioni socio-ambientali, diagnosi psicologica dei bambini e di chi è responsabile del loro accudimento, trattamento clinico. Questi interventi sono finanziati da Enti locali, Regione, Provincia o Città metropolitane e Comuni che, in linea con il principio di sussidiarietà, affidano in convenzione la gestione delle strutture altamente specializzate nella prevenzione e contrasto alla vittimizzazione infantile con bandi pubblici di gara.
È in questa ottica che la Provincia di Roma nel 1999 istituisce un Polo specialistico per erogare un servizio per bambini e adolescenti vittime di abuso e maltrattamento – il Centro provinciale Giorgio Fregosi – proponendosi di affidarlo in gestione a organismi del terzo settore con il mandato istituzionale di cooperazione con i servizi socio-sanitari pubblici nel territorio a vasta area, coincidente con l'area metropolitana di Roma capitale e, tramite questi, con gli organismi giudiziari.

3. Diffusione del fenomeno

Il fenomeno dell'abuso e del maltrattamento perpetrato sui minori è inquadrabile in una prospettiva multidisciplinare che si estende dal campo clinico a quello sociale, educativo, giuridico e giudiziario. In ambito clinico si dibatte ormai da molti anni sugli effetti negativi del maltrattamento sull'individuo in età evolutiva, che influenzano il versante fisico, emotivo, cognitivo, comportamentale e perfino neurobiologico, aumentando il rischio di esiti disadattivi durante lo sviluppo e in età adulta, che a loro volta possono contribuire al mantenimento dei comportamenti abusanti verso la generazione successiva (Bartlett e Easterbrooks, 2015).
Il maltrattamento e l'abuso verso i minori – *child abuse* – è definito dall'Organizzazione mondiale della sanità (Who, 2006, p. 10) come «tutte le forme di maltrattamento fisico e/o emotivo, abuso sessuale, incuria o trattamento negligente nonché sfruttamento sessuale o di altro genere che provocano un danno reale o potenziale alla salute, alla sopravvivenza, allo sviluppo o alla dignità del bambino, nell'ambito di una relazione caratterizzata da responsabilità, fiducia o potere». È una definizione che comprende i comportamenti commissivi e

omissivi intrafamiliari ed extrafamiliari, indipendentemente dalla presenza di intenzionalità dell'abusante o dalla determinazione di cause e conseguenze.

È necessario distinguere le forme di abuso che si presentano nella forma della trascuratezza, dovuta a estrema povertà da quelle derivanti da incuria genitoriale – *neglect* – per l'incapacità a fornire protezione, sicurezza, stabilità, prevedibilità ai bambini. Si tratta della forma tra le più lesive, silenti e insidiose per lo sviluppo infantile con considerevoli danni che si dispiegano nel futuro (Nassisi e al., 2012) che ha visto una crescita negli Usa, rispetto ad altre tipologie, tra il 1990 e il 1998 (Finkelor e al., 2005). In Inghilterra, nel 2007, il 44% dei bambini in carico ai Servizi di protezione è risultato vittima di incuria (Department for Children, Schools and Families, 2008).

Per intercettare i fattori eziologici dell'abuso e del maltrattamento all'infanzia occorre considerare la multifattorialità delle esperienze avverse entro cui si iscrive l'evento, ma anche tutti quei fattori che possono fare da barriera al rischio, ovvero i fattori protettivi. In ogni caso, nella valutazione delle condizioni pregiudizievoli per lo sviluppo di un bambino occorre indagare molteplici aspetti co-occorrenti: individuali, relazionali e ambientali.

Le forme di abuso sono multiple, frequentemente compresenti, tanto che l'Organizzazione mondiale della sanità (Who, 2013) le menziona come *adverse childhood experiences* con gli effetti nocivi per i bambini e con sequele che si prolungano nel tempo. In particolare Nurius e colleghi (2015) hanno messo in luce che le esperienze avversive precoci esercitano la loro influenza anche negli anni successivi dello sviluppo, in un processo a cascata di accumulazione di eventi stressanti che incrementano il rischio della compromissione del funzionamento adattivo dell'individuo.

Nel panorama italiano, le Linee guida Sinpia del 2007 forniscono le caratteristiche delle diverse forme dell'abuso sui minori: fisico, psicologico, patologia delle cure (incuria, discuria, ipercuria), abuso sessuale (intra ed extra familiare) a cui vanno aggiunte la violenza assistita con i bambini testimoni dell'alta conflittualità tra i genitori e la controversa categoria Pas - *Parent alienation syndrome.*

Il *Global status report on violence prevention* (Who, 2014) riporta i dati di prevalenza sulla violenza interpersonale raccolti da 133 paesi tramite questionari fatti compilare da istituzioni pubbliche e del privato sociale, con il coinvolgimento di più dell'80% della popolazione mondiale. Da questa indagine risulta che il 22,6% degli adulti ha subito

abuso fisico nell'infanzia, il 36% abuso emozionale e il 16,3% è stato vittima di trascuratezza fisica. Ricorrendo a una metanalisi sulla violenza sessuale, il report riporta la prevalenza dell'abuso sessuale, differenziata per genere, con il 18% delle bambine vittimizzate e il 7,6% dei bambini (Stoltenborgh e al., 2011).

I dati di prevalenza registrati nell'anno 2013 dal Center of Disease Control and Prevention evidenziano la gravità del fenomeno del maltrattamento sui minori, che negli Stati Uniti coinvolge circa 700.000 minori segnalati dai servizi di protezione, dato che aumenta negli studi di comunità, evidenziando che un bambino su quattro ha subìto almeno una volta nella vita un'esperienza di maltrattamento. La tipologia di abuso prevalente è la trascuratezza (78%), seguita dall'abuso fisico (18%) e dall'abuso sessuale (9%), mentre il restante 11% dei minori ha subito altre forme di abuso tra cui quello psicologico (Cdc, 2015). In questo rapporto viene anche sottolineato che circa 1.500 bambini sono morti nel 2013 per abusi e maltrattamenti e che il 27% sul totale dei bambini segnalati per abuso e maltrattamento, in quello stesso anno, ha un'età inferiore ai tre anni. Inoltre è indicato anche il costo che comporta la presa in carico da parte dei diversi servizi di cura: 124 miliardi ogni anno.

Anche in Europa vi è un'alta prevalenza del maltrattamento infantile (Who, 2013): la trascuratezza – *neglect* – coinvolge un alto numero di minori, sia nella forma emotiva (18,4%), che nella forma fisica (16,3%); l'abuso emotivo è subito dal 29,1% dei minori e l'abuso fisico dal 22,9%; infine, l'abuso sessuale coinvolge il 13,4% delle bambine e il 5,7% dei bambini. Ogni anno in Europa muoiono 852 bambini e il dato di incidenza sembra essere sottostimato in quanto per molti altri decessi non vi è evidenza certa di associazione al maltrattamento. Nel report europeo, tra i dati di prevalenza si segnalano 55 milioni di minori vittime di abuso fisico, 44 milioni vittime di abuso emotivo e 18 milioni vittime di abuso sessuale.

In Italia un'indagine promossa da organismi del terzo settore (Terre des Hommes, Cismai e Agia, 2015), riferita a 231 comuni italiani con popolazione minorile a carico al 31 dicembre 2013 (pari a 2,4 milioni di minori residenti in Italia, che rappresentano il 25% della popolazione minorile italiana), ha evidenziato dati di prevalenza con il 47,1% di trascuratezza materiale e affettiva, il 19,4% di violenza assistita, il 13,7% di maltrattamento psicologico, l'8,4% di patologie delle cure, il 6,9% di maltrattamento fisico, il 4,2% abuso sessuale e l'1,2% altro.

4. Esiti a lungo termine del maltrattamento e abuso all'infanzia

Gli esiti del maltrattamento sul bambino riguardano tutte le aree dello sviluppo e gli effetti a lungo termine includono l'abuso di sostanze, la povertà, i comportamenti sessuali a rischio e il maggiore ricorso ai servizi sociali (Who, 2013). Oltre agli effetti psicologici, vi sono evidenze di effetti negativi sulla salute fisica del bambino e di modificazioni a livello neurobiologico (Widom e al., 2012). Altre evidenze scientifiche e cliniche riguardano il fatto che spesso, nei nuclei di famiglie maltrattanti, i genitori hanno vissuto a loro volta storie infantili di povertà, trascuratezza o abuso, riproponendo alla generazione successiva le modalità di accudimento disfunzionali di cui sono stati vittima e perpetuando una catena intergenerazionale dell'abuso (Jaffee e al., 2013; Widom, Czaja e DuMont, 2015).

I minori che hanno subìto maltrattamento fisico, abuso psicologico o trascuratezza presentano un alto rischio di sviluppare disturbi del comportamento durante l'infanzia e l'adolescenza e di sviluppare una sintomatologia depressiva, ansiosa, disturbi alimentari, comportamenti suicidari durante l'adolescenza (Norman e al., 2012).

Le esperienze di abuso infantile aumentano la probabilità della comparsa di una costellazione di sintomi e disfunzionalità che si prolungano in età adulta, specie se lo stress è cumulativo; possono presentarsi, come conseguenza delle condizioni maltrattanti, disturbi fisici, psicologici e psicopatologici, danni neurobiologici, disabilità cognitive e socio-emotive, dipendenza da sostanze, comportamenti delinquenziali e criminali in età adulta. In particolare nelle famiglie multiproblematiche si sommano i fattori negativi (povertà, violenza di coppia, psicopatologia, tossicodipendenza, alcolismo, criminalità, ambiente sociale degradato) determinando un rischio cumulativo che produce uno stress tale da sovrastare le capacità adattive dei bambini, anche di quelli più resilienti (Jaffee e al., 2007).

Le ricerche in campo psicopatologico e psicodinamico hanno posto in evidenza le dinamiche delle famiglie maltrattanti e le caratteristiche dei genitori abusanti, i modelli relazionali, gli stili di accudimento, il clima affettivo, le rappresentazioni dei figli da parte dei genitori, l'accudimento inadeguato, la scarsa responsività, l'intrusività e la violazione dei confini fisici (Ammaniti, 2015).

Se il maltrattamento è a esordio precoce, avviene nel sistema di cura primario, è cumulativo e cronico, provoca un «trauma complesso» (Cook e al., 2005) che ha effetti pervasivi sullo sviluppo neurobiologi-

co, fisico e psicologico. Inoltre l'esposizione infantile a traumi interpersonali può generare disturbi dell'umore, di ansia o di comportamento dirompente in un'associazione con il disturbo postraumatico da stress (Ptsd) del 40% (D'Andrea e al., 2015).
Questi dati mettono in luce che oltre a un intervento diretto sui minori maltrattati, le relazioni familiari sono l'elemento cruciale su cui intervenire per spezzare la catena della violenza (Jaffee e al., 2013). L'indagine sul contesto relazionale rende l'*assessment* diagnostico più complesso dovendo valutare, oltre all'adattamento infantile, le dinamiche intrafamiliari e le caratteristiche di personalità dei genitori, anche non abusanti, e delle altre figure significative nella vita del bambino per poter disporre di tutti gli elementi utili per misure adeguate di intervento (Nicolais, 2015).

5. L'impatto del maltrattamento sui minori sulla spesa pubblica

Per intervenire efficacemente sul fenomeno del maltrattamento sui minori è necessario considerare i costi per la protezione, ovvero per mettere in atto tutti quegli interventi che facciano cessare la situazione di maltrattamento e assicurino il ripristino del benessere fisico, psicologico e sociale del minore. Oltre a questi sono rilevanti anche i costi per la prevenzione, che in modo più efficace possano promuovere il benessere del minore a rischio e generare un risparmio economico sui costi di protezione.
Già nel 2006 l'Organizzazione mondiale della sanità rilevava la carenza di dati epidemiologici sul fenomeno del maltrattamento sui minori e la necessità di studi sperimentali per valutare l'efficacia degli interventi per contrastarlo (Who, 2006). Inoltre metteva in luce che tra le cause dello scarso investimento sulle politiche di prevenzione vi sono la sottostima dell'impatto negativo a lungo termine del maltrattamento infantile sulla salute e la difficoltà di avere un immediato ritorno dell'investimento pubblico, visto che gli effetti dei programmi di prevenzione sono spesso a lungo termine (Who, 2006).
In questo decennio la sensibilizzazione sul fenomeno ha prodotto studi empirici più puntuali sull'epidemiologia del maltrattamento sui minori e sull'efficacia degli interventi messi in atto per contrastarli.
Le aree prevalenti che richiedono una spesa pubblica per contrastare gli effetti negativi del maltrattamento ai minori riguardano la spesa per

la salute, fisica e mentale, per il sistema di protezione infantile, per gli interventi giudiziari e il costo per la perdita di produttività.

In Italia un primo studio nazionale (Terre des Hommes, Cismai e Bocconi, 2015), con un approccio basato sull'incidenza, e dal titolo evocativo – *Tagliare sui bambini è davvero un risparmio?* – analizza il fenomeno del maltrattamento infantile a livello nazionale, documentando l'impatto sulla spesa statale nell'immediato e nel ciclo di vita del maltrattato. I risultati mettono in evidenza che i costi per la collettività causati dal maltrattamento infantile ammontano a più di 13 miliardi di euro all'anno, pari allo 0,84% del Pil nazionale. Nello stesso studio, prendendo come anno di riferimento il 2010 e calcolando i nuovi casi (incidenza), è stato rilevato che le spese hanno riguardato i *costi diretti* consistenti in spese ospedaliere, per i servizi di salute mentale, per le strutture protette che accolgono donne vittime di violenza e i loro figli, per i servizi sociali professionali, i costi per gli affidamenti familiari, le spese per gli interventi diretti di legge con la mobilitazione delle forze dell'ordine e degli organismi giudiziari. Solo per il Tribunale per i minorenni nel 2010 sono stati spesi 50.216 euro senza calcolare i costi per gli adulti abusanti. Per quanto riguarda i *costi indiretti* sono stati considerati gli impegni economici per l'educazione speciale per bambini maltrattati che hanno riportato danni socio-cognitivi o anomalie in qualche area dello sviluppo; ma anche spese per la gestione della criminalità adulta e della delinquenza giovanile, come anche per la perdita di produttività lavorativa di quegli adulti che sono stati bambini e adolescenti vittime di maltrattamento.

James Heckman (2000) ha considerato gli effetti che lo squilibrio tra l'infanzia svantaggiata e quella protetta produce in età adulta con un minore successo sociale ed economico per quegli individui che hanno usufruito di uno scarso apprendimento che non ha permesso lo sviluppo di abilità di buon livello. La tesi dell'economista di Chicago è che prima si investe in capitale umano, più si risparmia, in quanto si mette in moto un processo dinamico di promozione di abilità cognitive, sociali, motivazionali a partire dalla prima infanzia, utilizzando le risorse familiari e informali, prima ancora dell'intervento delle agenzie educative istituzionali. Tale politica sociale proietta l'individuo verso il successo personale e sociale e garantisce un futuro risparmio per lo Stato.

Fang e colleghi (2012) hanno stimato i costi diretti e indiretti, a partire dai 6 anni di età e fino ai 65 anni, per ogni bambino vittima di violenza, considerando un costo medio di 97.952 dollari per ogni nuovo ca-

so, a cui si deve aggiungere il costo medio di 339.367 dollari, stimato per ogni caso di maltrattamento che ha un esito fatale e che quindi ha un rilevante costo sociale in termini di perdita della produttività. I costi individuali, moltiplicati per il numero di nuovi casi di maltrattamento infantile segnalati ogni anno, a cui bisogna aggiungere i costi diretti e indiretti associati al maltrattamento prima dei sei anni di età, generano cifre di proporzioni così grandi da giustificare un investimento economico per la ricerca e la prevenzione.
Nel 2005 è stata realizzata una prima indagine da parte del National children's alliance sulla valutazione economica svolta in due comunità Usa che usano differenti modelli di indagine/presa in carico per la specifica tipologia di *child sexual abuse* sui minori. Ciò allo scopo di esaminare le risorse economiche investite, i costi e il loro ritorno in termini di benefici, confrontando i due tipi di investimenti economici per il contrasto del *child sexual abuse* effettuato dai servizi tradizionali per la protezione dei minori e dai servizi che utilizzando l'approccio integrato nel Child advocacy center - Cac (Shadoin e al., 2008). L'approccio tradizionale ricorre a organismi separati per far fronte alle diverse forme di protezione e di applicazione della legge, mentre quello integrato si avvale di un'équipe multidisciplinare che integra l'azione sociale con quella sanitaria-psicologica e legale.
I risultati sono riportati nella tabella 1 che evidenzia come l'utilizzo dei servizi integrati con l'approccio Cac consenta un risparmio di circa il 26,5% per ogni caso trattato dai servizi tradizionali.

Tabella 1 - Riepilogo dei costi/benefici di programmi di Comunità per il contrasto al maltrattamento infantile

Contrasto al *Child sexual abuse*	Servizi tradizionali non Cac	Servizi Cac
Costo in dollari	Costo riferimento	45% in più
Casi affrontati	Casi riferimento	202% in più
Costo n. 1000 Bambini/anno	Costo riferimento	41% in meno
Costo caso singolo	3.949 $	2.902 $

Fonte: National children's advocacy center (www.nationalcac.org).

Una maggiore consapevolezza dei costi che gravano sui bilanci statali può essere un punto di partenza per considerare in una luce diversa un impegno economico sistematico sulla prevenzione e sulle azioni di contrasto all'abuso all'infanzia che costituisce un investimento per il

futuro producendo, tramite un'allocazione di risorse in settori mirati e con programmi metodologicamente solidi ed empiricamente controllati, un ritorno economico che ripagherebbe le spese effettuate nell'immediato, costituendo un risparmio futuro.

6. Quale prevenzione?

Per risultare efficace un intervento di prevenzione sugli esiti maladattivi deve avvalersi di studi e ricerche che forniscano ipotesi sui diversi fattori eziologici dei disturbi psicopatologici, sui processi e meccanismi che contribuiscono al rischio o alla guarigione, sui precursori della salute e della malattia. L'indagine sui fattori eziologici individuabili in un individuo o in un contesto familiare/ambientale o nelle relazioni tra loro fanno luce su tutte quelle variabili che, associate, aumentano la probabilità di esordio di una disfunzionalità e del loro dinamico intersecarsi con i fattori di protezione che ne impediscono l'insorgenza o ne limitano gli effetti avversi.

Per la prevenzione in questo ambito e per la progettazione degli interventi a favore dell'infanzia vittimizzata è necessaria l'adozione di un'ottica multidimensionale per considerare la tipologia del maltrattamento, la compresenza di diverse forme, il tempo, la frequenza, la precocità, la gravità dell'evento, i rischi per gli esiti a lungo termine, i diversi fattori etiologici individuali, familiari, relazionali, contestuali, sociali, con una particolare attenzione alla qualità degli scambi interattivi dinamici che il bambino ha con l'ambiente di accudimento. In particolare la genitorialità – *parenting* – è un'area di accurata osservazione per individuare la responsività dei genitori ai bisogni del bambino e la propensione al maltrattamento.

Studi di psicopatologia infantile hanno dimostrato il valore centrale delle relazioni familiari nel favorire la traiettoria evolutiva, per cui la qualità relazionale tra genitori e figli nell'infanzia produce uno sviluppo ottimale e contribuisce a interrompere il circolo della violenza (Jaffee e al., 2013). Sulla base degli studi nel campo dell'*infant research* è ormai riconosciuta l'efficacia di programmi di prevenzione focalizzati sulla promozione della qualità della relazione genitore-bambino nel ridurre i rischi psicopatologici (Who, 2006; Zeanah e al., 2001).

Negli Usa già dal 1965 viene attivato un programma *Head start*, che ha riguardato 18 milioni di persone di basso ceto sociale. Rifinanziato nel 1995, l'*Early head start* è stato progettato maggiormente mirato alla

prima infanzia (0-3 anni) e ha prodotto 693 programmi di prevenzione primaria con modalità *home visiting* a famiglie svantaggiate con figli neonati e altri figli (Ammaniti e al., 2002).

Un'indagine effettuata per conto del Commitee for Economic Development e altri partner (Heckman, 2007) sui costi di un programma di politica sociale per diminuire lo svantaggio socio-economico e culturale ha permesso di constatare che la massima redditività in termini di benefici economici, ovvero di risparmio ottenuto, si ha nel periodo di sviluppo precoce (0-3 anni) e via decrescendo fino all'uscita dell'adolescenza. Lo studio ha messo in evidenza che per ogni dollaro investito in programmi a sostegno dell'infanzia e dell'adolescenza più svantaggiata si ha un ritorno economico in termini di risparmio di spesa successiva che va dai 3 ai 17 dollari su ogni dollaro investito.

Il presupposto per il maggiore risparmio degli interventi precoci è che la traiettoria di sviluppo si avvantaggia delle competenze socio-cognitive-motivazionali-affettive che si costruiscono a partire dalla primissima infanzia nell'interazione con i genitori e, nel corso dello sviluppo, anche con tutti quegli adulti che hanno un ruolo nel sostegno alla crescita e che in varia forma forniscono occasioni di stimolo, motivando i bambini e gli adolescenti alla promozione di sé e a ingaggiare una sfida positiva con le proprie potenzialità e risorse. Inoltre un intervento mirato al sostegno alla genitorialità, alla promozione delle competenze dei genitori a riconoscere i bisogni dei figli e alla presa in carico dell'intero nucleo familiare può massimizzare i risultati rispetto a un numero maggiore di interventi frammentati rivolti a ogni singolo membro della famiglia.

Pertanto, impegni di spesa per la riduzione dello svantaggio economico e sociale dei nuclei familiari fragili producono argini a comportamenti individuali e intergenerazionali come dispersione scolastica, gravidanze in adolescenza, problemi di salute, inoccupazione, criminalità, illegalità, antisocialità che ricadono sulla comunità sociale obbligata all'erogazione di ingenti risorse economiche per coloro che non hanno avuto la possibilità di raggiungere il successo socio-economico o che hanno intrapreso la strada dell'illegalità.

Un altro studio (Doyle e al., 2009) a favore di interventi di prevenzione precoci, parte dal presupposto che le disuguaglianze socio-economiche si riflettono negativamente su molti aspetti dello sviluppo infantile, producendo squilibri nello sviluppo cognitivo, comportamentale ed emotivo. Un disadattamento prende forma nel contesto di cura avverso dei primi anni di vita che produce, se i fattori di rischio non

sono compensati da fattori di protezione, problematiche socio-emotive alla base di molte disfunzioni sociali successive. Gli interventi di prevenzione precoci nella vita di un bambino e nel suo contesto di vita producono molti benefici a livello individuale, sociale, governativo. A livello individuale supportando lo sviluppo cognitivo, le abilità sociali ed emotive, i livelli d'istruzione con possibilità di produzione di reddito da adulti. A livello sociale facendo registrare una riduzione della delinquenza e della criminalità. A livello governativo consentendo risparmi per le spese di welfare e permettendo maggiori entrate tributarie per i conquistati livelli di produttività.

Inoltre, il contributo delle neuroscienze evolutive ha evidenziato la maggiore plasticità del cervello fin dal periodo neonatale essendo, in questo periodo, particolarmente sensibile ai cambiamenti dell'ambiente. Programmi basati su *home visiting* hanno mostrato che il periodo 0-5 anni è quello in cui possono essere potenziate le abilità socio-emotive e cognitive. Nella popolazione svantaggiata, un efficace programma preventivo dovrebbe iniziare già prima della nascita in quanto il comportamento materno durante la gravidanza ha un impatto significativo sulla salute del figlio come dimostrano gli effetti dell'abuso di sostanze tossiche durante la gravidanza sul feto e danni perinatali con i successivi ritardi evolutivi prodotti. Il programma statunitense *Nurse family partnerships* con interventi di un'infermiera dal periodo prenatale ai due anni di età del bambino ha dato buoni risultati come si evince da tre studi randomizzati controllati (Olds e al., 2004).

Uno studio su 20 programmi di prevenzione precoce (età 0-5 anni), rivolti alle famiglie e alla relazione precoce genitori-figli, sui costi tangibili (spese mediche da mancato lavoro) e intangibili (sofferenze personali e tutto ciò che richiedono), testimonia l'efficacia degli investimenti e i futuri risparmi, considerando ciascun programma e i risultati nelle diverse aree: salute, sviluppo cognitivo, comportamentale ed emotivo, nei risultati occupazionali, nel contrasto al *child abuse* e alla sua trasmissione intergenerazionale, nel contrasto alla criminalità giovanile e adulta (Karoly, Kilburn e Cannon, 2005).

L'operatività svolta in un centro specialistico sulla prevenzione e sul contrasto all'abuso infantile conferma l'importanza di una presa in carico e di un'accoglienza precoce per mettere in sicurezza i bambini, ma anche per intervenire tempestivamente sulla genitorialità fornendo maggiori risorse all'intero nucleo familiare.

7. L'esperienza del Centro provinciale Giorgio Fregosi - Spazio sicuro di Roma

Il Centro provinciale Giorgio Fregosi svolge vari interventi specialistici di valutazione clinica e di trattamento psicologico di bambini/adolescenti e genitori coinvolti in situazioni di abuso interpersonale di diversa gravità, cronicità e tipologia. Gli interventi si realizzano a partire dalle segnalazioni e dagli invii provenienti dai servizi socio-sanitari-giudiziari, dagli organismi giudiziari e dalle forze dell'ordine del territorio della città metropolitana di Roma capitale quando ravvisano, nel contesto di vita dei bambini, situazioni di pregiudizio e di rischio evolutivo-adattivo dovuto alle diverse condizioni di abuso.

Il *modello sociale* del Centro, denominato Spazio sicuro, è centrato sull'approfondimento dei differenti livelli del funzionamento familiare e del contesto di vita del bambino, sull'adeguatezza genitoriale nel far fronte ai bisogni del bambino, lavorando in rete con gli operatori del Servizio territoriale competente. Il *modello clinico* è volto ad accertare la gravità dei sintomi del bambino e il suo funzionamento adattivo, indagare sulle capacità di accudimento dei genitori e di altri *caregiver*. Inoltre è orientato a individuare i pattern interattivi disfunzionali tra i genitori e i figli, a comprendere la specificità del contesto di sviluppo del bambino e dell'adolescente ove possono essere rintracciati fattori protettivi o di rischio, consentendo di fare ipotesi prognostiche e piani successivi di intervento. Infine nel Centro si attuano trattamenti clinici per il ripristino del benessere personale e per l'elaborazione del trauma delle piccole vittime.

In cinque anni di attività del Centro sono stati incontrate 372 famiglie per un numero di utenti (bambini, adolescenti e genitori ed altri adulti di riferimento) superiore a 1.000. Tuttavia Spazio sicuro è stato impossibilitato ad accogliere tutte le 842 richieste pervenute nei cinque anni e ha attualmente 73 nuclei familiari in lista di attesa pari a circa 200 utenti da avviare nei percorsi di valutazione e trattamento clinico.

Nella quasi totalità dei casi accolti al Centro le forme di abuso sono compresenti (ad esempio alla trascuratezza può essere associato il maltrattamento fisico sul bambino oppure la violenza assistita); nella tabella 2 per meglio evidenziare la distribuzione delle diverse tipologie di abuso è stata considerata solo quella primaria, ovvero quella segnalata dai servizi socio-giudiziari. L'abuso psicologico è quasi sempre presente ma in questa tabella è stato inserito solo quando è l'unica tipologia segnalata.

Tabella 2 - Tipologie di abuso e maltrattamento. Progetto Spazio sicuro: ottobre 2010 - settembre 2015. Famiglie accolte per valutazioni psicologiche e trattamenti clinici: n. 372

Tipologia di abuso primaria	Numerosità	%
Incuria/trascuratezza/ipercura	119	32
Alta conflittualità/Alienazione genitoriale	96	26
Violenza assistita	73	20
Abuso sessuale presunto/accertato	56	15
Maltrattamento fisico	19	5
Abuso psicologico in assenza di altri abusi	9	2
Totale	372	100

Fonte: Centro provinciale Giorgio Fregosi: report periodici per l'Ente committente Dipartimento IX - Servizio 2, «Immigrazione - Interventi in campo sociale», Città metropolitana di Roma capitale.

Questi dati sottolineano quanto la prevalenza dell'incuria (mancanza di cure e/o presenza di cure materiali inadeguate), grave patologia delle cure che mette a rischio fisico i bambini per le deprivazioni subite, specie nelle fasi precoci di vita, risulta preponderante nel campione di famiglie accolte al Centro. La prevalenza dell'incuria, tra le tipologie di abuso rilevata al Centro è in linea con i dati riportati dall'indagine epidemiologica nazionale Terre des Hommes, Cismai e Agia (2015) e con i dati statunitensi del 2013 (Cdc, 2015). Inoltre l'alta conflittualità tra i genitori, seconda categoria prevalente, pone i figli in un pressante conflitto di lealtà difficile da elaborare sia cognitivamente, sia affettivamente, che, nei casi più estremi, i bambini risolvono reprimendo in loro il desiderio di uno dei due genitori che escludono dalla loro vita, ma non certo dalla loro mente. Questi bambini in molti casi sono costretti a incontri estremamente vincolati con il genitore escluso, che si prolungano nel tempo, mantenendo viva la sofferenza e costringendoli a una adesione non consapevole ad uno dei due genitori.
La complessità dell'indagine su tutte le forme maltrattanti rende necessaria la sinergia tra gli operatori coinvolti per sviluppare modalità di prevenzione e di intervento multiprofessionali e multidisciplinari che contribuiscano alla promozione della salute mentale infantile nei nuclei familiari fragili e all'interruzione del ciclo della violenza tra le generazioni. La cooperazione con i servizi socio-giudiziari, oltre a garantire un approfondimento clinico e sociale, velocizza i procedimenti sociali e giudiziari, evitando di lasciare troppo a lungo i bambini «sospesi» nei giudizi della magistratura minorile.

Un maggior impiego di risorse, conoscitive ed economiche, che consentano di attuare programmi multidimensionali a lungo termine, che vadano oltre alla gestione delle emergenze e alla messa in protezione dei minori maltrattati, può quindi rivelarsi un investimento per promuovere la qualità della vita della popolazione e il pieno rispetto dei diritti dei minori.

I bandi per l'affidamento in gestione di queste tipologie di Centri specialistici per il contrasto al *child abuse* ad associazioni specialistiche del terzo settore dovrebbero garantire sia coperture adeguate per le spese necessarie all'*assessment* clinico e sociale, sia continuità e un'ampia temporalità del periodo di gestione, sia forme di accreditamento opportunamente monitorate; infine sarebbe opportuna una maggiore diffusione di Poli specialistici per assorbire la rilevante mole di richieste provenienti dai servizi socio-sanitari dall'area regionale e dalle corti minorili, civili e penali.

Riferimenti bibliografici

Allegro S., Nanni W. e Pugliese V., 2005, *Fuori dalla rete. Procedure Operative per la tutela delle vittime minorenni di abuso sessuale online*, disponibile all'indirizzo internet: www.savethechildren.it/IT/Tool/Pubblicazioni/Related?id_object =25 &id_ category=23.

Ammaniti M., Nicolais G. e Speranza A.M., 2002, *La prevenzione del maltrattamento: il sostegno ai genitori*, in Ministero del Lavoro e delle Politiche sociali. Centro di documentazione e analisi per l'infanzia e l'adolescenza, *La prevenzione del disagio nell'infanzia e nell'adolescenza. Le politiche e i servizi di promozione e tutela, l'ascolto del minore e il lavoro di rete. Atti e approfondimenti del seminario nazionale*, Istituto degli Innocenti di Firenze, Firenze 24 settembre, pp. 102-115.

Ammaniti M., 2015, *Abuso e trascuratezza nell'infanzia: implicazioni cliniche*, «Infanzia e Adolescenza - Quaderni», vol. 14, n. 1, pp. 2-21.

Bartlett J. e Easterbrooks M.A., 2015, *The Moderating Effect of Relationships on Intergenerational Risk for Infant Neglect by Young Mothers*, «Child Abuse & Neglect», vol. 45, pp. 21-34, doi: 10.1016/j.chiabu.2015.02.018.

Cdc - Centers for Disease Control and Prevention, 2015, *Child Maltreatment,* disponibile all'indirizzo internet: www.cdc.gov/violenceprevention/pdf/childmaltreatment-facts-at-a-glance.pdf.

Cook A., Spinazzola J., Ford J., Lanktree C., Blaustein M., Cloitre M., DeRosa R., Hubbard R., Kagan R., Liautaud J., Mallah K., Olafson E. e van der Kolk B.A., 2005, *Complex Trauma in Children and Adolescents*, «Psychiatric Annals», vol. 35, n. 5, pp. 390-398.

D'Andrea W., For J., Stolbach B., Spinazzola J. e van der Kolk B.A, 2015, *Comprendere il trauma interpersonale nei bambini*, «Infanzia e Adolescenza - Quaderni», vol. 14, n. 1, pp. 61-92.

Department for Children, Schools and Families, 2008, *Referrals, Assessments and Children and Young People who are the Subject of a Child Protection Registers: Year Ending 31 March 2007*, Department for Children, Schools and Families, Londra.

Doyle O., Harmon C.P., Heckman J.J. e Tremblay R.E., 2009, *Investing in Early Human Development: Timing and Economic Efficiency*, «Economics and Human Biology», vol. 7, n. 1, pp. 1-6, doi: 1016/ehb2009.01.002.

Heckman J.J., 2000, *Policies to Foster Human Capital*, «Research in Economics», n. 54, pp. 3-56, doi: 10.1006/reec.1999.0225.

Heckman J.J. e Masterov D.V., 2007, *The Productivity Argument for Investing in Young Children*, pp. 1-96, disponibile all'indirizzo internet: http://jenni.uchicago.edu/Invest.

Fang X., Brown D.S., Florence C.S. e Mercy J.A., 2012, *The Economic Burden of Child Maltreatment in the United States and Implications for Prevention*, «Child Abuse & Neglect», vol. 36, n. 2, pp. 156-165, doi: 10.1916/j.chiabu.2011.10.006.

Finkelor D., Ormrod R., Turner H. e Hamby S.L., 2005, *The Victimization of Children and Youth: A Comprehensive, National Survey*, «Child Maltreatment», vol. 10, n. 1, pp. 5-25.

Gelles R.J. e Perlman S., 2012, *Estimated Annual Cost of Child Abuse and Neglect*, Ncjrs, Chicago, Illinois, disponibile all'indirizzo internet: www.preventchildabuse.org.

Gruppo di lavoro per la Convenzione sui diritti dell'infanzia e dell'adolescenza (Gruppo Crc), *8° Rapporto di aggiornamento sul monitoraggio della Convenzione sui diritti dell'infanzia e dell'adolescenza in Italia 2014-2015*, disponibile all'indirizzo internet: www.gruppocrc.net/-documenti.

Gruppo di lavoro Sinpia sugli abusi in età evolutiva, 2007, *Linee guida in tema di abuso sui minori*, disponibile all'indirizzo internet: www.sinpia.eu/atom/allegato/154.pdf.

Jaffee S.R., Caspi A., Moffitt T.E., Polo-Tomás M. e Taylor A., 2007, *Individual, Family, and Neighborhood Factors Distinguish Resilient from Non-Resilient Maltreated Children. A Cumulative Stressors*, «Child Abuse & Neglect», vol. 31, n. 3, pp. 231-253.

Jaffee S.R., Bowes L., Queller-Morin I., Fisher H.L., Moffit T., Merrick M. e Arseneault L., 2013, *Safe, Stable, Nurturing Relationships Break in the Intergenerational Cycle of Abuse: A Prospective Nationally Representative Cohort of Children in the United Kingdom*, «Journal of Adolescent Health», n. 53, S4-S10, disponibile al sito internet: www.jahonline.org.

Jones L.M., Finkelhor D. e Kopiec K., 2001, *Why is Sexual Abuse Declining? A Survey of State Child Protection Administrators*, «Child Abuse & Neglect», vol. 25, n. 9, pp. 1139-1158.

Karoly L., Kilburn M.R. e Cannon J.S., 2005, *Early Childhood Intervention. Proven Results, Future Promise*, «Rand Labor and Population», pp. 1-202, disponibile all'indirizzo internet: www.ramd.org.

Kempe C.H., Silverman F.N., Steele B.F., Droegemueller W. e Silver H.K., 1962, *The Battered Child Syndrome*, «Journal of the American Medical Association», n. 181, pp. 17-24, doi: 10.1001/Jama.1962.03050270019004.

Nassisi V., Cammarella A., Ferracci A., Gizzi N., Grava C. e Menozzi F., 2012, *La trascuratezza nell'infanzia: un'esperienza del «Centro Fregosi» - Spazio Sicuro della Provincia di Roma per il maltrattamento e l'abuso all'infanzia*, «Infanzia e adolescenza», vol. 11, n. 3, pp. 202-212, doi: 10.1177/1077559504271287.

Nicolais G., 2015, *Metodologie valutative nell'abuso e nella trascuratezza: per una diagnosi non solipsistica*, «Infanzia e Adolescenza - Quaderni», vol. 14, n. 1, pp. 45-60.

Norman R.E., Byambaa M, De R, Butchart A, Scott J e Vos T., 2012, *The Long-Term Health Consequences of Child Physical Abuse, Emotional Abuse: A Systematic Review and Meta-Analysis*, vol. 9, n. 11, pp. 1-31, doi: 10.1371/journal.pmed.1001349.

Nurius P. S., Green S., Logan-Greene P. e Borja S., 2015, *Life Course Pathways of Adverse Childhood Experiences toward Adult Psychological Well-being: A Stress Process Analysis*, «Child abuse & neglect», vol. 45, pp. 143-153, doi: 10.1016/j.chiabu.2015.03.008.

Olds D.L., Kitzman H., Cole R., Robinson J., Luckey D.W., Henderson C.R., Hanks C., Bondy J. e Holmberg J., 2004, *Effects of Nurse Home Visiting on Maternal Life Course and Child Development: Age 6 Follow-up Results of Randomized Trial*, «Pediatric», vol. 114, n. 6, pp. 1550-1559.

Shadoin A.L., Magnusun S.N., Overman L.B., Formby J. e Shao L., 2008, *Cost-benefit Analysis of Communities With and Without Child Advocacy Center*, disponibile al sito internet: www.nationalcac.org.

Stoltenborgh M., van Ijzendoorn M.H., Emser E.M. e Bakermans-Kranenburg M.J., 2011, *A Global Perspective on Child Abuse: Meta Analysis of Prevalence around the World*, «Child Maltreatment», vol. 16, n. 2, pp. 79-101.

Terre des Hommes e Cismai, 2013, *Maltrattamento sui bambini: quante le vittime in Italia? Prima indagine nazionale quali-quantitativa sul maltrattamento a danno dei bambini*, disponibile al sito internet: http://garanteinfanzia.org.

Terre des Hommes, Cismai e Agia, 2015, *Indagine nazionale sul maltrattamento dei bambini e degli adolescenti in Italia. Risultati e Prospettive*, disponibile al sito internet: http://gterredeshommes.it.

Terre des Hommes-Cismai-Bocconi, 2015, *Studio nazionale. Tagliare sui bambini è davvero un risparmio? Spesa pubblica: l'impatto della mancata prevenzione nella violenza esercitata sui minori*, disponibile al sito internet: www.terredeshommes.it.

U.S. Department of Health and Human Services, 2013, *Administration for Children and Families*, *Child Maltreatment* 2013, disponibile all'indirizzo

internet: www.acf.gov.programs/cb/research-data-technology/statistic-reseach/childmaltreatment.

Who, 2006, *Prevenire il maltrattamento sui minori: indicatori operativi e strumenti di analisi,* disponibile all'indirizzo internet: http://apps.Who.int/iris/beatstream/10665/ 43499/3/9241594365_ ita.pdf.

Who - Regional Office for Europe, 2013, *European Report on Preventing Child Maltreatment*, disponibile all'indirizzo internet: www.euro.Who.int/-data/assets/pdf-file/0019/217018/European-report-on-preventing-child-maltreatment.pdf.

Who, 2014, *Global Status Report on Violence Prevention*, disponibile all'indirizzo internet: www.Who.int/violence_injury_prevention/violence/status_report 2014.

Widom C.S., Czaja S.J., Bentley T. e Johnson M.S., 2012, *A prospective Investigation of Physical Health Outcomes and Neglected Children: New Findings from 30 Year Follow Up*, «American Journal of Public Health», vol. 102, n. 6, pp. 1135-1144, doi: 10.2105/AJPH.2011.300636.

Widom C.S., Czaja S.J. e DuMont K.A., 2015, *Intergenerational Transmission of Child Abuse and Neglect: Real or Detection Bias*?, «Science», n. 27, pp. 1480-1485, doi: 10.1126/science.1259917.

Zeanah C.H, Larrieu J.A., Heller S.S., Valliere J. Hinshaw-Fuselier S., Aoki J. e Drilling M., 2001, *Evaluation of a Preventive Intervention for Maltreated Infants and Toddlers in Foster Care*, «Journal of the American Academy on Child and Adolescent Psychiatry», n. 40, pp. 214-221.