

Segnalazioni di maltrattamento in età infantile: valutazione qualitativa sul territorio calabrese

The reports of suspected child maltreatment: a qualitative evaluation by the pediatric setting from Calabria

Debora De Bartolo • Francesco Ausania • Santo Gratteri • Pietrantonio Ricci

Abstract

The purpose of this work is to explore the phenomenon of child maltreatment in Calabria, by providing an “indirect” qualitative interpretation of the phenomenon and by identifying causes and risk factors that can determine the “susceptibility” of children to be victims of violence.

A retrospective study was conducted, we have collected the reports of suspected child maltreatment in the health community services. The comparison between results of our study and those of literature showed a comparable trend of the phenomenon. The knowledge of the qualitative characteristics represent basic elements to create prevention programs.

Key words: reports, child maltreatment, child abuse, neglect, risk factors, prevention

Riassunto

Il presente lavoro si propone di indagare il fenomeno del maltrattamento in età pediatrica sul territorio calabrese, fornendo una lettura qualitativa “indiretta” del fenomeno ed individuando cause e fattori di rischio in grado di determinare la “pre-disposizione” dei minori all’essere vittima di violenza.

È stato condotto uno studio retrospettivo, nel quale sono stati arruolati casi di segnalazioni provenienti dai servizi sanitari territoriali. Il confronto dei risultati del nostro studio con i dati di letteratura mostra un andamento del fenomeno sostanzialmente sovrapponibile. La conoscenza delle caratteristiche qualitative delle segnalazioni di maltrattamento consente altresì la possibilità di suggerire programmi di prevenzione.

Parole chiave: segnalazioni, maltrattamento minorile, abuso su minori, trascuratezza, fattori di rischio, prevenzione

Per corrispondenza: Debora De Bartolo, Università Magna Graecia, Dipartimento di Medicina Legale, Viale Europa Loc. Germaneto, 88100. Catanzaro, Italy, e-mail: debora.debartolo@yahoo.it

Debora DE BARTOLO, Medico chirurgo e Dottoranda di ricerca Università Magna Graecia di Catanzaro
Francesco AUSANIA, Specialista medico legale, Università Magna Graecia di Catanzaro
Santo GRATTERI, Professore associato di Medicina Legale, Università Magna Graecia di Catanzaro
Pietrantonio RICCI, Professore Ordinario di Medicina Legale, Università Magna Graecia di Catanzaro

1. Introduzione

Il maltrattamento verso i minori rappresenta uno dei fenomeni più comuni ma ancora poco diagnosticati che colpiscono i bambini di tutto il mondo. Costituisce un evento sentinella nella comunità, riflettendo l'efficacia delle strategie di prevenzione, dei piani di sicurezza sociale e delle cure primarie per i bambini (1).

Diverse ricerche hanno evidenziato la consistente associazione tra il maltrattamento infantile e l'aumento del rischio di problemi di salute nonché dello sviluppo di psicopatologie in età adulta (2-3-4).

L'OMS definisce il maltrattamento sui minori 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 di responsabilità, fiducia o potere" (5-6). Va tuttavia osservato che tale suddivisione in tipologie se ben risponde ad esigenze descrittive non rappresenta l'articolazione complessa della violenza all'infanzia che certamente non si presenta quasi mai in forme separate o scindibili.

Riguardo alla diffusione del fenomeno una prima conclusione condivisa dalla letteratura sottolinea, salvo qualche eccezione, l'incremento negli anni delle segnalazioni di minori in condizioni di disagio e/o delle denunce contro adulti autori di violenze. Quadri attendibili dell'entità del fenomeno possono essere definiti nei Paesi in cui esistono registri nazionali, che consentono di dare un'interpretazione metodologicamente uniforme alle differenze statistiche. Nel report del *Department Of Health & Human Services* degli Stati Uniti, pubblicato nel 2016, si evidenzia che il numero e il tasso delle vittime di maltrattamento hanno avuto delle oscillazioni durante gli ultimi 5 anni. Inoltre il confronto tra le stime delle vittime dal 2010 (698,000) al 2014 (702,000) mostra un incremento inferiore all'1% (7). Viceversa, il numero di minori all'interno dei piani di protezione del bambino in Inghilterra è aumentato del 62%, da 26.400 nel 2006 (8) a 42.900 nel 2012 (9); i dati dal Galles, Irlanda del Nord e Scozia mostrano trends analoghi (10).

Alcuni autori suggeriscono che i tassi di maltrattamento registrati dai servizi di protezione dell'infanzia siano sotto-stimati rispetto alla reale prevalenza nella popolazione generale (11-12-13). Il 75% degli abusi non viene infatti identificato e segnalato alle autorità competenti, ciò impedisce di intervenire precocemente e prevenire ulteriori maltrattamenti (14-15-16). La grandezza del divario tra i casi segnalati registrati e i reali livelli di prevalenza nella popolazione generale è complesso da valutare perché spesso i maltrattamenti si verificano in casa o in ambienti privati, dove sia il rilevamento che la segnalazione sono difficili (17).

Il nostro Paese è ancora oggi privo di un sistema informativo per la raccolta dati, istituzionalizzato ed omogeneo,

sul maltrattamento nei confronti dei bambini e, di conseguenza, di un adeguato sistema di monitoraggio.

Si segnala un'indagine realizzata in collaborazione con Cismai, Terre des Hommes, che offre un contributo importante alla rappresentazione della dimensione del fenomeno in Italia e colma un vuoto di conoscenze segnalato da anni a livello istituzionale e dalla società civile. I dati riportati nel documento costituiscono la prima quantificazione del fenomeno del maltrattamento sui minori, registrandone la dimensione in 31 Comuni italiani (nessun Comune coinvolto in Calabria). La popolazione minorile raggiunta è stata di 758.932, con un numero di minori presi in carico per maltrattamento pari a 7.464. In altre parole, 1 minore su 100 fra la popolazione minorile residente risulta vittima di maltrattamento (18).

L'individuazione e la conoscenza di fattori di rischio è fondamentale per poter individuare ed arginare il maltrattamento. Generalmente molteplici fattori di rischio interagiscono tra loro (19-20); la disabilità del bambino o di un genitore, disturbi dell'umore rappresentano condizioni critiche (21-22), bambini con difficoltà di apprendimento, disturbi della condotta, malattie croniche, ritardo mentale, prematurità, o altri handicap sono ad aumentato rischio di incorrere in abusi (23). Tra i fattori di rischio noti per l'abuso fisico si evidenziano: gravidanza in età adolescenziale, gravidanza indesiderata, prematurità, disturbi dello sviluppo e/o malattia cronica, abuso di sostanze, difficoltà economiche (24).

David Finkelhor, esperto di fama internazionale nel campo della prevenzione del maltrattamento sui minori, ha sottolineato l'importanza delle indagini epidemiologiche per risalire all'origine del problema, al fine di generare programmi adeguati volti all'eliminazione del maltrattamento infantile (25).

Tuttavia, sul territorio calabrese non è presente un osservatorio regionale sul maltrattamento infantile; le stime di cui disponiamo sono pertanto lacunose e non sufficienti a definire un fenomeno che riveste notevole rilevanza sociale.

Il presente lavoro si propone di indagare indirettamente, attraverso l'analisi delle segnalazioni di maltrattamento infantile, tale fenomeno sul territorio calabrese per darne una connotazione qualitativa; identificando possibili fattori di rischio per consentire, in futuro, l'elaborazione di linee guida basate sull'evidenza, al fine di poter individuare precocemente le situazioni a rischio per porre in essere interventi mirati alla diagnosi ed alla prevenzione.

2. Materiali e Metodi

È stato condotto uno studio retrospettivo (2004-2012), che ha coinvolto pediatri di libera scelta e pediatri operanti presso i servizi Sanitari territoriali (consultori familiari), in grado di fornire utili dati sulle segnalazioni di minori mal-

trattati residenti in Calabria (province di Cosenza, Catanzaro, Reggio Calabria, Vibo Valentia e Crotone). Non sono stati individuati criteri di esclusione ed il maltrattamento è stato valutato nelle sue diverse forme.

Quale strumento di indagine è stato elaborato un questionario, dopo una analisi delle pubblicazioni di letteratura (26,30) sul maltrattamento infantile, strutturato in modo tale da poter rilevare informazioni sia sotto il profilo quantitativo che qualitativo.

La prima parte del questionario ha permesso di indagare il fenomeno del maltrattamento in modo quanti-qualitativo:

- numero delle segnalazioni di minorenni maltrattati e distinzione per genere;
- caratteristiche delle vittime di segnalazione maltrattamento (nati prematuri, basso peso alla nascita, portatori di handicap, sviluppo psico-fisico inadeguato per l'età, presenza di segni di trascuratezza (malnutrizione, disidratazione, scarsa igiene...altro), presenza di disturbi del comportamento (aggressività, sbalzi improvvisi di umore, disturbi del comportamento alimentare...altro);
- tipologie di maltrattamento (shaken baby syndrome, abuso fisico, abuso sessuale, trascuratezza grave (fisica e/o affettiva), maltrattamento psicologico, patologia delle cure (Sd di Münchausen)) per fasce d'età (neonato (0-30 giorni), 1-12 mesi, 1-3 anni, 4-6 anni, 7-9 anni, >10 anni).

Mentre nella seconda parte si sono indagati alcuni caratteri socio-culturali, quali la stratificazione familiare delle vittime e l'identificazione dei possibili autori del maltrattamento:

- livello economico della famiglia (monoreddito, genitori entrambi lavoratori);
- livello d'istruzione dei genitori delle ipotetiche vittime (basso (analfabeta/licenza elementare), medio (licenza media/ diploma), alto (laurea));
- caratteristiche genitori delle vittime: (età (20-29/ 30-39/ 40-50 anni), nazionalità, presenza di handicap fisici o psichici);
- presunti autori del maltrattamento (madre, padre, compagno di uno dei genitori, altri familiari, estranei alla vittima).

La somministrazione dei questionari è stata effettuata previo contatto diretto con i pediatri del territorio; si è provveduto a contattare telefonicamente le diversi sedi dei consultori presenti sul territorio calabrese nonché una serie di pediatri di libera scelta (contatti di medici pediatri che hanno partecipato a seminari e congressi scientifici in Calabria) e chiesta la loro eventuale disponibilità ad aderire allo studio, il documento è stato distribuito mediante posta elettronica.

L'indagine è stata svolta in ottemperanza dei dispositivi normativi relativi alla raccolta ed alla gestione dei dati personali con particolare riguardo al *Decreto Legislativo n° 196 del 2003 del Testo Unico sulla Privacy*. Pertanto tutte le informazioni sono state raccolte in forma anonima. La ricerca, comprensiva della analisi dei dati, è stata condotta dal Maggio 2012 al Giugno 2013. Complessivamente sono stati inviati 210 questionari, uno per ciascun medico partecipante allo studio.

3. Risultati

Uno dei primi quesiti rivolti agli intervistati mirava a verificare se nella loro attività professionale (range 2004-2012) avessero riscontrato e segnalato casi di maltrattamento. Il 41% ha risposto negativamente. Complessivamente sono state circa 1.225 le segnalazioni di maltrattamento (un solo caso di maltrattamento fatale è stato riportato all'attenzione).

Per la valutazione delle segnalazioni di maltrattamento in relazione all'età sono state considerate 6 fasce: 0-30 giorni, 1-12 mesi, 1-3 anni, 4-6 anni, 7-9 anni, >10 anni. Dall'esame dei dati emergono due tendenze prevalenti. In primis, si evidenzia come la quasi totalità del campione ricada in età scolare (94,7%) e come la fascia scolare primaria (6-10 anni) sia prevalente rispetto alle altre, sebbene non maggioritaria. Nello specifico si evidenzia un picco nella fascia 7-9 anni (40,2%), mentre nelle altre fasce d'età i valori ottenuti sono: 0,6% 0-30 giorni, 0,8% 1-12 mesi, 3,7% 1-3 anni, 23,5% 4-6 anni, 31% >10anni. Si può inoltre sottolineare come i casi di maltrattamento segnalati sono stati riscontrati in misura notevolmente limitata in età prescolare: solo il 5%. La seconda tendenza ad emergere è il maggior numero di femmine (59%) tra i casi segnalati.

Elementi molto importanti, in quanto potenziali indicatori di rischio di abuso, sono le caratteristiche psico-fisiche delle vittime evidenziabili alla valutazione medica. Nella nostra casistica risulta non elevato, in termini di stima percentuale, sia il numero di bambini con una storia riferita di basso peso alla nascita (1,4%) che quello dei nati pre-termine (1,15%). I minori portatori di handicap e con sviluppo psico-fisico inadeguato per l'età rappresentano il 13,8% del campione. Il profilo psico-fisico dei casi segnalati è quello di un bambino irrequieto, aggressivo, con sbalzi improvvisi di umore, disturbi del comportamento alimentare, turbe del sonno, pavor nocturnus, etc. (disturbi del comportamento 35%) e con evidenti segni di trascuratezza (sanitaria, educativa, alimentare, nell'abbigliamento...) (49,4%) (tab. 1).

	%
	<i>Genere</i>
Maschi	41 %
Femmine	59 %
	<i>Età</i>
0-30 giorni	0,6 %
1-12 mesi	0,8 %
1-3 anni	3,7 %
4-6 anni	23,5 %
7-9 anni	40,2 %
>10 anni	31 %
	<i>Caratteristiche psico-fisiche dei casi segnalati</i>
Bambini prematuri	1,15 %
Basso peso alla nascita	1,4 %
Handicap	6,18 %
Sviluppo fisico e mentale inadeguato per l'età	7 %
Disturbi del comportamento	35 %
Evidenza di trascuratezza	49,4 %

Tab. 1. Caratteristiche delle presunte vittime

In merito alle forme di maltrattamento un dato importante che emerge dallo studio è la gravità della trascuratezza che, nelle sue diverse forme (trascuratezza emozionale, ambientale, sanitaria, educativa, alimentare), appare decisamente più frequente (39,6%) rispetto alle altre tipologie considerate, seguita dall'abuso psicologico (29%).

La percentuale di sospette vittime di violenza sessuale è del 18,7%, quella di abuso fisico del 10,3 %, mentre la casistica di Sindrome di Münchhausen per procura rappresenta una quota residuale, coinvolgendo solo il 2,2% del campione. Nessun caso di Shaken Baby Syndrome è stato segnalato nei questionari (Fig. 1).

Correlando l'età delle vittime con il tipo di maltrattamento è risultato evidente come la trascuratezza e l'abuso psicologico siano le forme prevalenti di segnalazioni di maltrattamento tra i 4 e 9 anni, mentre il maltrattamento fisico e l'abuso sessuale sono più consistenti nella fascia 7-9 anni e >10 anni.

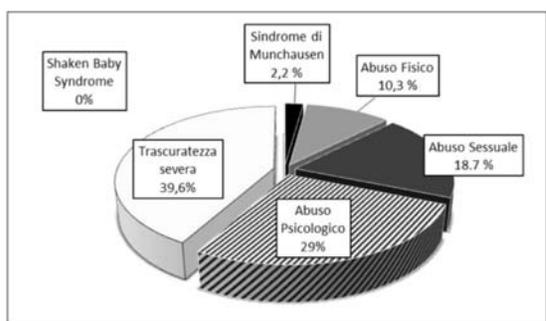


Fig. 1. Tipologia di maltrattamento segnalato

Riguardo ai presunti responsabili del maltrattamento sono state considerati tre tipologie di contesto: “*familiare intra-domestico*” (abusanti familiari e conviventi del bambino); “*familiare extra-domestico*” (familiari non conviventi); “*extra-familiare extra-specifico*” (autori di maltrattamento pressoché estranei alla vittima ed alla sua famiglia). L'85% di maltrattamento ed abuso si consuma nel contesto familiare intra-domestico e vede tra gli ipotetici autori: madre, padre e compagno di uno dei genitori. Se a tale percentuale si aggiunge anche la quota di familiari non conviventi (6%), si può sostenere che i familiari rappresentano i principali autori nelle segnalazioni di maltrattamento. La percentuale di perpetratori “*estranei*” alla vittima è del 9%.

La trascuratezza e la patologia delle cure si verificano quasi esclusivamente in ambito familiare, soprattutto da parte delle madri che generalmente sono responsabili delle cure dei figli. Nello specifico dall'analisi dei questionari è emerso che le madri sono possibili responsabili di trascuratezza nel 73,6% dei casi e subito dopo di abuso psicologico (13,2%), mentre la Sindrome di Münchhausen per procura (perpetrata esclusivamente dalle madri) si riscontra ancora in basse percentuali. Dalle segnalazioni è emerso che l'abuso sessuale sia perpetrato maggiormente dai padri (43,5%), da altri familiari (46%) e dai compagni dei genitori (39,6%). Significativa è anche la percentuale di violenza psicologica determinata da parenti ed altri familiari (37%). Infine gli estranei alla vittima sono perpetratori prevalentemente di abuso sessuale (70,2%) e fisico (29,7%).

L'ultima parte del questionario ha fornito un'immagine socio-culturale delle famiglie dei bambini segnalati per maltrattamento.

Si tratta di famiglie che in genere hanno problemi economici, condizioni di lavoro precarie, monoreddito nel 71% del campione; livello d'istruzione medio-basso (97%) ed età media dei genitori concentrata nelle fasce 30-39 anni (57%) e 20-29 anni (36%). Si segnalano altresì la presenza di handicap fisico o psichico in uno dei due genitori nel 3,4% delle famiglie analizzate. Per quanto concerne la nazionalità delle famiglie delle vittime risalta la netta prevalenza di italiani; i probabili autori di maltrattamento di origine straniera sfiorano solo il 2,9% (tab. 2).

	%
<i>Presunti Autori del maltrattamento</i>	
Madre	50
Padre	25
Partner di uno dei due genitori	10
Altro membro della famiglia	6
Estraneo alla vittima	9
<i>Livello economico della famiglia</i>	
Famiglia monoreddito	71
<i>Età dei genitori</i>	
Entrambi i genitori impiegati	29
20-29 anni	36
30-39 anni	57
40-50 anni	7
<i>Grado di istruzione dei genitori</i>	
Basso (analfabeta, scuole elementari)	50
Medio (scuole secondarie)	47
Alto (laurea)	3

Tab. 2. Presunti autori & contesto socio-culturale

4. Conclusioni

Lo studio, lungi dal volersi presentare come esaustivo, intende fornire una lettura qualitativa “indiretta” del fenomeno del maltrattamento infantile sul territorio calabrese. La ricerca ha la principale finalità di cogliere il punto di vista degli operatori sanitari intervistati, infatti il campione analizzato non considera casi di maltrattamento accertato dall'autorità giudiziaria ma esclusivamente casi di segnalazioni di maltrattamento.

Si può sottolineare come il campione analizzato confermi molte delle caratteristiche qualitative del fenomeno condivisi dalla letteratura scientifica.

Molti autori sottolineano che, nella pratica clinica, le diverse forme di violenza sono compresenti (31); difatti nella nostra casistica ci si trova perlopiù di fronte a situazioni “miste” di maltrattamento. È possibile apprezzare come, tra le diverse tipologie di maltrattamento segnalate, la trascuratezza grave sia quella con incidenza più alta (39,6%), seguita dall'abuso psicologico (29%). Tale risultato è in linea con i dati nazionali del report di ricerca (C.R. T.I.) della regione Lombardia (32), e con i dati internazionali del *Child Protection Registers* (fig. 2).

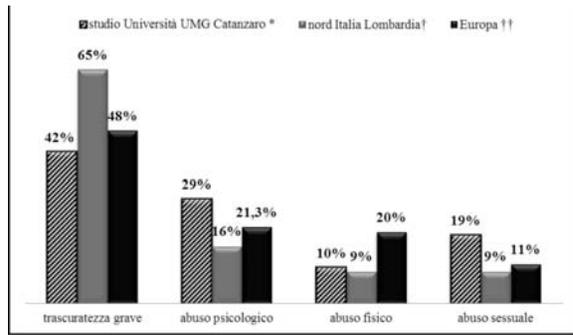


Fig. 2. Confronto della diffusione tra le diverse tipologie di abuso

* Studio Child Abuse and Neglect (UMG) Calabria; † (C.R.T.I.) Lombardia; †† Child Protection Registers (EU).

Dalla figura 2 si evidenzia la netta prevalenza della trascuratezza nei confronti dei minori; mentre emerge, come dato positivo, la diminuzione dell'abuso sessuale che resta, tuttavia, percentualmente più alto nella casistica delle segnalazioni del nostro campione.

La prevalenza del sesso femminile emerso dalle segnalazioni (59%) è affiancabile ai risultati accertati della letteratura; le bambine sono infatti il target più esposto a violenza, ben il 52,51% pari a 3.901 dei 7.464 minori presi in carico per maltrattamento dai Servizi Sociali italiani è femmina (33).

Dall'analisi del campione analizzato, in merito al genere, è emerso che il sesso maschile è sempre più spesso vittima di violenza assistita e maltrattamento fisico. Viceversa il sesso femminile può considerarsi un fattore di rischio per la violenza sessuale, dato confermato dai risultati di una meta-analisi di 331 studi con 7.6% di maschi e 18% di femmine vittime di abuso sessuale (34).

Per quanto concerne la fascia d'età esposta a maggiore rischio, le stime variano a seconda della fonte, alcune ricerche indicano che il maltrattamento si concentri soprattutto sui bambini più piccoli, in particolare quelli di età inferiore ai 4 anni (35). I neonati ed i bambini in età prescolare sarebbero esposti ad altissimo rischio di maltrattamento, in ragione della loro dipendenza, della loro vulnerabilità e della loro relativa "invisibilità sociale".

Nella nostra casistica la fascia d'età più soggetta a segnalazione di maltrattamento è risultata quella scolare (94,7%), si riscontra un'analogia tendenza nel Rapporto Governativo degli Stati Uniti sull'incidenza dell'abuso e maltrattamento in infanzia e adolescenza (NIS-4) (36) che colloca nella fascia 6-8 anni il più alto tasso di fenomeni di maltrattamento.

Le vittime presentano nel 49,4% dei casi segni di incuria (forma di maltrattamento maggioritaria sul territorio oggetto di studio), nonché forme di disabilità fisiche o mentali, come sostenuto da alcuni autori il quoziente intellettivo risulta uno dei possibili fattori di rischio individuali per la vittimizzazione sessuale in età evolutiva (37-38).

Le presunte violenze consumate in ambiente familiare rappresentano l'85% del nostro campione. Confrontando questo dato con quelli presenti in letteratura (fig. 3), si può affermare che il maltrattamento intra-familiare è notevolmente diffuso e che purtroppo, per la sua natura, non si pone all'attenzione se non quando ha raggiunto livelli di

gravità tali da determinare spesso conseguenze rilevanti sulla salute dei minori.

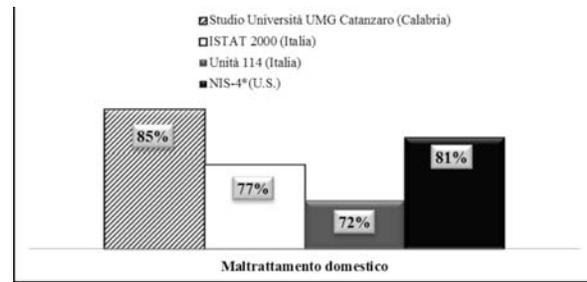


Fig. 3. Maltrattamento e Violenza Domestica

*NIS-4: Fourth National Incidence Study of Child Abuse and Neglect, U.S. Department of Health and Human Services, 2007

Nel 2000 i dati ISTAT e del ministero dell'Interno in tema di violenza domestica ed extrafamiliare dimostravano che gli autori degli abusi sono nel 77% dei casi persone conosciute dalla vittima. Questo andamento è stato riscontrato anche nella nostra ricerca e da alcune analisi sulla popolazione Americana ed Inglese, in cui si evidenzia che l'81,1% di maltrattamenti si verifica in contesti familiari (36-39) (fig. 2). Anche in merito agli autori dei maltrattamenti c'è concordanza tra i nostri risultati e quelli presenti in letteratura. Gli autori degli abusi sono soprattutto individui di sesso maschile (50-72%), principalmente il padre biologico (37-54%) o i loro sostituti (rapporti più recenti suggeriscono un aumento rischio per i bambini quando in casa ci sono uomini adulti estranei) (40-41); mentre le madri hanno maggiore responsabilità per negligenza e trascuratezza grave (42-43).

Tali caratteristiche quantitative rappresenteranno utili elementi per generare programmi di prevenzione multidisciplinari. In virtù del fatto che più dell'80% della violenza e trascuratezza si consuma tra le mura domestiche, l'attenzione deve indubbiamente essere focalizzata sulle dinamiche delle relazioni all'interno della famiglia e sui problemi che ciascuno manifesta, più che sui singoli individui.

Pertanto la tutela del minore vittima di violenza, trascuratezza ed 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.

La ricerca, la raccolta regolare di dati, il monitoraggio e la valutazione dei programmi sono essenziali per il successo di un approccio sistematico al maltrattamento sui minori finalizzato a minimizzare la probabilità di violenza futura e le conseguenze sociali e sanitarie a lungo termine. Il riconoscimento e la segnalazione urgente per questi bambini è particolarmente importante al fine di prevenire ulteriori danni gravi o il reiterarsi del maltrattamento (44-45). Un bambino maltrattato ha una probabilità del 50% di sperimentare abusi ricorrenti e una probabilità del 10% di essere vittima di maltrattamento fatale se l'abuso non viene rilevato precocemente (46). A tal proposito potrebbe risultare molto utile la diffusione di uno screening strutturato per i professionisti al fine di diminuire l'ambiguità nell'identifi-

cazione del maltrattamento, infatti procedure standardizzate potrebbero aiutare a ridurre la natura soggettiva della valutazione del rischio (47). Fondamentale è l'aggiornamento e la formazione specifica degli operatori Sanitari per il riconoscimento e la segnalazione dei maltrattamenti; un recente studio italiano ha infatti dimostrato che su un campione di 273 medici (pediatri, medici di famiglia, medici ospedalieri) il 51,5% ha scarse conoscenze delle modalità di segnalazione all'autorità giudiziaria dei casi di abusi sui minori; più di un terzo non ha letto articoli scientifici inerenti al fenomeno del maltrattamento su minori ed il 75,6% ha dichiarato di non aver mai partecipato a corsi o meeting di formazione in materia di maltrattamento (48).

Accrescere il numero di interventi in materia di maltrattamento condotti in modo da generare evidenza è quindi fondamentale per assicurare che un approccio basato sull'evidenza venga usato in futuro per garantire una efficace prevenzione primaria e secondaria, limitando le conseguenze del maltrattamento.

Riferimenti bibliografici

- Jenny, C., & Committee on Child Abuse and Neglect, American Academy of Pediatrics. (2007). Recognizing and responding to medical neglect. *Pediatrics*, 120 (6), 1385-9.
- Wegman, H.L., & Stetler, C. (2009). A meta-analytic review of the effects of childhood abuse on medical outcomes in adulthood. *Psychosom Med*, 71 (8), 805-12.
- MacMillan, H.L., Fleming, J.E., Streiner, D.L., Lin, E., Boyle, M.H., Jamieson, E., et al. (2001). Childhood abuse and lifetime psychopathology in a community sample. *Am J Psychiatry*, 158 (11), 1878-83.
- Springer, K.W., Sheridan, J., Kuo, D., & Carnes, M. (2007). Long-term physical and mental health consequences of childhood physical abuse: results from a large population-based sample of men and women. *Child Abuse Negl*, 31 (5), 517-30.
- Report of the consultation on child abuse prevention, 29-31 March 1999. Geneva, World Health Organization, 1999 (document WHO/HSC/PVI/99.1). Available from <http://apps.who.int/iris/handle/10665/65900?mode=full>
- Butchart, A., Harvey, A. P., Mian, M., & Fürniss, T. (2006). Preventing child maltreatment: a guide to taking action and generating evidence. Geneva, World Health Organization. Available from http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43499/1/9241594365_eng.pdf
- U.S. Department of Health & Human Services, Administration for Children and Families, Administration on Children, Youth and Families, Children's Bureau. (2016). Child maltreatment 2014. Available from <http://www.acf.hhs.gov/programs/cb/research-data-technology/statistics-research/child-maltreatment>
- Department for Children, Schools and Families. (2009). Referrals, assessments and children and young people who are the subject of a child protection plan, England-Year ending 31 March 2009. Retrieved from <https://www.dcsf.gov.uk/rsgateway/DB/SFR/s000873/index.shtml>
- Department for Education. (2012). Characteristics of children in need in England, 2011-12, 31 October. Retrieved from <http://www.education.gov.uk/rsgateway/DB/SFR/s001095/index.shtml>
- Radford, L., Corral, S., Bradley, C., Fisher, H., Collishaw, S., Bassett, C., & Howat, N. (2011). Child abuse and neglect in the UK today. London: NSPCC. www.nspcc.org.uk/childstudy
- Flaherty, E.G., Sege, R.D., & Hurley, T.P. (2008). Translating child abuse research into action. *Pediatrics*, 122 (Supplement 1), 51-55.
- Swahn, M.H., Whitaker, D.J., Phippen, C.B., Leeb, R.T., Teplin, L.A., Abram, K.M., et al. (2006). Concordance between self-reported maltreatment and court records of abuse or neglect among high risk youths. *Am J Public Health*, 96 (10), 1849-1853.
- Munro, E. (2011). The Munro review of child protection: Final report. A child-centred system. Retrieved from [http://www.education.gov.uk/munroreview/downloads/8875DfE Munro Report TAGGED.pdf](http://www.education.gov.uk/munroreview/downloads/8875DfE%20Munro%20Report%20TAGGED.pdf)
- Cerezo, M.A., & Pons-Salvador G. (2004). Improving child maltreatment detection systems: a large-scale case study involving health, social services, and school professionals. *Child Abuse Negl*, 28 (11), 1153-1169.
- Kerker, B.D., Horwitz, S.M., Leventhal, J.M., Plichta, S., & Leaf, P.J. (2000). Identification of violence in the home: pediatric and parental reports. *Arch Pediatr Adolesc Med*, 154 (5), 457-462.
- Kunen, S., Hume, P., Perret, J.N., Mandry, C.V., & Patterson, T.R. (2003). Underdiagnosis of child abuse in emergency departments. *Acad Emerg Med*, 10, 546.
- Radford, L., Corral, S., Bradley, C., & Fisher, H.L. (2013) The prevalence and impact of child maltreatment and other types of victimization in the UK: Findings from a population survey of caregivers, children and young people and young adults. *Child Abuse & Neglect*, 37 (10), 801- 813.
- Bollini, A., Giannotta, F., & Angeli, A. (2013). Maltrattamento sui bambini: quante vittime in Italia. I° indagine nazionale qualitativa sul maltrattamento a danno di bambini. Available: www.terredeshommes.it/dnload/dossier-bambini-maltrattati-tdh-cismai.pdf
- Svedin, C.G., Wadsby, M., & Sydsj, G. (2005). Mental health, behaviour problems and incidence of child abuse at the age of 16 years. A prospective longitudinal study of children born at psychosocial risk. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 14 (7), 386-96.
- Wu, S.S., Ma, C.X., Carter, R.L., Ariet, M., Feaver, E.A., Resnick, M.B. et al. (2004). Risk factors for infant maltreatment: a population-based study. *Child Abuse Negl*, 28 (12), 1253-64.
- Kendall, T.K., Lyon, T., Taliaferro, G., & Little L. (2005). Why child maltreatment researchers should include children's disability status in their maltreatment studies. *Child Abuse Negl*, 29, 147-51.
- Wilson, S.L., Kuebli, J.E., & Hughes, H.M. (2005). Patterns of maternal behavior among neglectful families: implications for research and intervention. *Child Abuse Negl*, 29 (9), 985-1001.
- Swerdlin, A., Berkowitz, C., & Craft, N. (2007). Cutaneous signs of child abuse. *J Am Acad Dermatol*, 57 (3), 371-92.
- Rivara, F.P., DiGuseppi, C., Thompson, R.S., & Calonge, N. (1989). Risk of injury to children less than 5 years of age in day care versus home care settings. *Pediatrics*, 84 (6), 1011-6.
- Finkelhor, D. (1999). The science. *Child Abuse and Neglect*, 23 (10), 969-974.
- Stith, S.M., Liu, T., Davies, L.C., Boykin, E.L., Alder, M.C., Harris, J.M. et al. (2009). Risk factors in child maltreatment: A meta-analytic review of the literature. *Aggression and Violent Behavior*, 14 (1), 13-29.
- Sidebotham, P., Heron, J. & ALSPAC Study Team. (2006). Child maltreatment in the "children of the nineties": a cohort study of risk factors. *Child Abuse Negl*, 30 (5), 497-522.
- Campbell, K.A., Cook, L.J., LaFleur, B.J., & Keenan, H.T. (2010). Household, family, and child risk factors after an investigation for suspected child maltreatment: a missed opportunity for prevention. *Arch Pediatr Adolesc Med*, 164 (10), 943-9.
- Mersky, J.P., Berger, L.M., Reynolds, A.J., & Gromoske, A.N. (2009). Risk factors for child and adolescent maltreatment: a longitudinal investigation of a cohort of inner-city youth. *Child Maltreat*, 14 (1), 73-88.
- Chaffin, M., Kelleher, K., & Hollenberg, J. (1996). Onset of phy-

- sical abuse and neglect: psychiatric, substance abuse, and social risk factors from prospective community data. *Child Abuse Negl*, 20 (3), 191-203.
- Ney, P.G., Fung, T., & Wickett, A.R. (1994). The worst combinations of child abuse and neglect. *Child Abuse Negl*, 18 (9), 705-14.
- Di Blasio, P., & Rossi, G. (2004). *Trascuratezza, maltrattamento e abuso in danno dell'infanzia: Servizi e Centri presenti in Regione Lombardia*. Centro di Ricerca delle Tecnologie dell'Istruzione (C.R.T.I.), Centro Studi e Documentazione sui Servizi alla Persona G.M. (MI). Retrieved November, 20, 2014 from http://centridiricerca.unicatt.it/cridee_Reglom.pdf
- Dossier "La condizione delle bambine e ragazze nel mondo 2013" TerreDesHommes. (n.d.). Retrieved November, 12, 2014 from <http://www.terredeshommes.it/download/Dossier-InDifesa20-13.pdf>
- Stoltenborgh, M., Van Ijzendoorn, M., Euser, E., & Bakermans-Kranenburg, M. (2011). A global perspective on child sexual abuse: Meta analysis of prevalence around the world. *Child Maltreatment*, 16 (2), 79-101.
- Leeb, R.T., Paulozzi, L.J., Melanson, C., Simon, T.R., & Arias I. (2008). *Child maltreatment surveillance. National Center for Injury Prevention and Control dovp. DHHS CDC*. Retrieved December, 10, 2014 from http://www.cdc.gov/violenceprevention/pdf/CM_Surveillance-a.pdf.
- Fourth National Incidence Study of Child Abuse and Neglect (NIS-4). (2007). *U.S. Department of Health and Human Services. Report to Congress*. (n.d.). Retrieved November, 20, 2014 from http://www.acf.hhs.gov/sites/default/files/opre/nis4_report_congress_full_pdf_jan2010.pdf
- Black, D.A., Heyman, R.E., & Slep, A.M. S. (2001). Risk factors for child sexual abuse. *Aggression and Violent. Behavior*, 6 (2-3), 203-229.
- Hibbard, R.A., Desch, L.W., American Academy of Pediatrics Committee on Child Abuse and Neglect, & American Academy of Pediatrics Council on Children With Disabilities. (2007). Maltreatment of children with disabilities. *Pediatrics*, 119 (5), 1018-25.
- Kajese, T.M., Nguyen, L.T., Pham, G.Q., Pham, V.K., Melhorn, K., & Kallail, K.J. (2011). Characteristics of Child Abuse Homicides in the State of Kansas From 1994 to 2007. *Child Abuse & Neglect*, 35 (2), 147-54.
- Schnitzer, P.G., & Ewigman, B.G. (2005). Child deaths resulting from inflicted injuries: household risk factors and perpetrator characteristics. *Pediatrics*, 116 (5), 687-93.
- Stiffman, M.N., Schnitzer, P.G., Adam, P., Kruse, R.L., & Ewigman, B.G. (2002). Household composition and risk of fatal child maltreatment. *Pediatrics*, 109 (4), 615-21.
- Klevens, J., & Leeb, R.T. (2010). Child maltreatment fatalities in children under 5: Findings from the National Violence Death Reporting System. *Child Abuse & Neglect*, 34 (4), 262-266.
- Sidebotham, P., Bailey, S., Belderson, P., & Brandon, M. (2011). Fatal child maltreatment in England, 2005-2009. *Child Abuse & Neglect*, 35 (4), 299-306.
- Lynne, E.G., Gifford, E.J., Evans, K.E., & Rosch, J.B. (2015). Barriers to Reporting Child Maltreatment: Do Emergency Medical Services Professionals Fully Understand Their Role as Mandatory Reporters? *NCMed J*, 76 (1), 13-18.
- Sibert, J. R., Lyons, R. A., Butler, I., Morgan, R. J. H., Rolfe, K., Barber, et al. (2002). The incidence of severe physical child abuse in Wales. *Child Abuse Neglect*, 26 (3), 267-276.
- Ermertcan, A.T., & Ertan, P. (2010). Skin manifestations of child abuse. *Indian J Dermatol Venereol Leprol*, 76 (4), 317-26.
- Markenson, D., Tunik, M., Cooper, A., Olson, L., Cook, L., Matza-Haughton, H., et al. (2007). A national assessment of knowledge, attitudes, and confidence of prehospital providers in the assessment and management of child maltreatment. *Pediatrics*, 119 (1), 103-108.
- Romeo, L., Gibelli, D., Giannotta, F., Zocchi, M.T., Rossi, R.C., Kustermann, A., et al. (2016). Can family pediatricians in Italy identify child abuse? A survey. *Minerva Pediatr*, 68(3), 230-6.