



Più forti insieme.



SISTEMA SANITARIO REGIONALE

AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA
POLICLINICO UMBERTO I



SAPIENZA
UNIVERSITÀ DI ROMA

L'IMPATTO DELLA VIOLENZA ASSISTITA SUI MINORI

A cura di E.Arigliani, M.Aricò, M.Romani, C. Sogos, M. Ferrara

Elaborato di ricerca – Progetto denominato: Piattaforma interattiva “Moduli Rosa” – Formazione e-learning specialistica per tutte le professionalità che a vario titolo entrano in contatto con i minori vittime di violenza assistita o con i minori orfani di crimini domestici.



*Progetto realizzato con il contributo della Presidenza del Consiglio dei Ministri –
Dipartimento per le Politiche della Famiglia*



**Dipartimento
per le politiche della famiglia**

Presidenza del Consiglio dei Ministri

INDICE

Introduzione

Parte I: Maltrattamento, trascuratezza e violenza assistita in un campione di adolescenti affetti da disturbi internalizzanti ed esternalizzanti.

- Background
- Obiettivi
- Materiali e metodi
- Risultati
- Discussione
- Limiti
- Conclusioni

Parte II: Valutazione psicodiagnostica di madri e bambini residenti nelle case rifugio Telefono Rosa

- Background
- Obiettivi
- Materiali e metodi
- Risultati
- Discussione e limiti
- Conclusioni

Bibliografia

Progetto Moduli Rosa: l'impatto della violenza assistita sui minori

Nell'ambito del progetto "Moduli Rosa", promosso dall'Associazione Nazionale Volontarie Telefono Rosa, il Dipartimento di Neuroscienze e Salute Mentale del Policlinico Umberto I, istituto di Neuropsichiatria Infantile, ha condotto lo studio oggetto del presente report.

Sono state realizzate due indagini in parallelo:

- uno studio clinico osservazionale su un campione di nuclei madri-figli ospiti (attuali o pregressi) delle case rifugio Telefono Rosa;
- uno studio clinico retrospettivo su pazienti con disturbi psicopatologici diagnosticati dai servizi dedicati agli adolescenti nell'istituto di Neuropsichiatria Infantile del Policlinico Umberto I.

Gli obiettivi finali e complessivi sono stati i seguenti:

- sensibilizzare gli operatori che si occupano dell'assistenza a donne vittime di violenza domestica rispetto al benessere globale, fisico e psichico, dei minori esposti;
- facilitare la rilevazione tempestiva di eventuali conseguenze psicopatologiche del trauma;
- favorire, tra gli operatori sanitari, una maggiore consapevolezza dell'incidenza della violenza domestica sulla popolazione psichiatrica di minori.

Parte I

**MALTRATTAMENTO, TRASCURATEZZA E VIOLENZA ASSISTITA
IN UN CAMPIONE DI ADOLESCENTI AFFETTI
DA DISTURBI INTERNALIZZANTI ED ESTERNALIZZANTI**

Background

Il maltrattamento infantile è considerato il più rilevante fattore di rischio modificabile per psicopatologia (Danese 2020). Poiché la prevalenza del fenomeno nella popolazione generale è stimata essere di almeno un bambino esposto ogni 4 (Radford et al. 2011), esperienze di abuso nell'infanzia appaiono contribuire in modo sostanziale all'incidenza di disturbi di salute mentale (Chandan et al. 2019) e influenzano lo sviluppo infantile in ogni dominio (Zeanah and Humphreys 2018).

Quando si parla di maltrattamento, il "Maltreatment classification system" (Cicchetti 1993) è il sistema di classificazione più utilizzato e accettato nella letteratura internazionale. Esso definisce quattro tipi di maltrattamento: fisico, sessuale, psicologico, trascuratezza (in inglese "neglect"). La stessa suddivisione è riproposta dalle linee guida adottate dalla Società italiana neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza (SINPIA 2007). E' ormai universalmente riconosciuta come forma di maltrattamento di minori anche la "violenza assistita", traduzione italiana dei termini inglesi "domestic violence" o "intimate partner violence". Il CISMAI (Coordinamento italiano dei servizi contro il maltrattamento e l'abuso) ne ha fornito, nel 2017, la definizione italiana, che individua come violenza assistita quelle situazioni in cui il bambino non è direttamente vittima di abuso ma testimone di atti di violenza subiti da un genitore o da un altro componente della famiglia (CISMAI 2017).

Lo studio nasce con l'intento di focalizzarsi maggiormente sulla violenza assistita, tuttavia è apparso evidente, sin dalle prime fasi dello studio, che in una popolazione di minori come il campione in oggetto è molto difficile indagare una forma di maltrattamento in modo isolato rispetto alle altre, poiché la sovrapposizione tra forme diverse di maltrattamento è un fenomeno comune, la norma più che l'eccezione (Vachon et al. 2015). Dunque, abbiamo incluso nel campione di studio anche soggetti esposti ad abuso fisico, psicologico, sessuale e neglect.

L'organizzazione mondiale della sanità (OMS) definisce maltrattamento "tutti i comportamenti che provocano un danno reale o potenziale alla salute, alla sopravvivenza, allo sviluppo o alla dignità del bambino". Si sottolinea che tali comportamenti avvengono "nell'ambito di una relazione di responsabilità, fiducia o potere"(OMS 1999). Una quota molto rilevante delle esperienze di maltrattamento, infatti, avviene in ambito intrafamiliare e questo è il motivo per cui il maltrattamento resta un fenomeno di difficile rilevamento.

Subire una o più forme di maltrattamento nelle fasi precoci dello sviluppo, specialmente all'interno delle relazioni primarie di cura, è causa di profonde conseguenze a livello biologico e neurobiologico e di alterazioni del funzionamento di molti domini, dalle funzioni cognitive, alla regolazione emotiva, ai processi di ricompensa (van der Kolk 2003).

Esiste un'importante mole di evidenze che correla le esperienze traumatiche ai disturbi dell'umore e ai tentativi di suicidio (Norman et al. 2012); ciò appare più tipicamente dall'adolescenza in poi, mentre nei bambini in età scolare, e più spesso tra i maschi, è possibile riscontrare una maggiore frequenza di problemi comportamentali (Villodas et al. 2015).

Si evidenzia dunque la necessità di riconoscere il maltrattamento infantile come fattore critico che influenza il processo di diagnosi e cura in psichiatria (Teicher, Gordon, and Nemeroff 2021) e si propone una maggiore attenzione al rilevamento dello stesso al fine di fornire un'adeguata risposta clinica (Duffee et al. 2021).

Non sono presenti, al meglio della nostra conoscenza, studi che indaghino l'abuso su minori in popolazioni cliniche psichiatriche in Italia, nonostante l'attenzione al fenomeno stia crescendo anche tra la letteratura nazionale (Ricciutello et al. 2012; Massi and Ruggeri 2020). La prima parte del nostro studio propone, tramite un'indagine retrospettiva su cartelle cliniche, di esplorare la frequenza di esperienze di maltrattamento intrafamiliare tra gli adolescenti afferenti ai servizi di psichiatria, di esplorare gli indicatori di rischio di esperienze traumatiche intrafamiliari e le correlazioni psicopatologiche. Disegni simili di analisi retrospettive (Cancilliere et al. 2021; Ford et al. 2011; Ford, Wasser, and Connor 2011; Ford, Connor, and Hawke 2009) o cross-sectional (Greger et al. 2015; Rahman et al. 2018) sono stati utilizzati per esplorare il fenomeno in USA, Spagna e Norvegia.

Obiettivi

Ci si pone l'obiettivo di testare le seguenti ipotesi:

- le esperienze di maltrattamento nella nostra popolazione sono molto più frequenti di quanto non deducibile dalle segnalazioni ufficiali;
- la popolazione clinica presenta fattori di rischio sociodemografici sovrapponibili a quanto dimostrato per campioni di comunità;
- la popolazione clinica esposta non si differenzia da un gruppo clinico non esposto al maltrattamento in termini di tipologia e gravità psicopatologica.

Materiali e metodi

Campione

Abbiamo condotto uno studio clinico retrospettivo su cartelle cliniche di adolescenti ricoverati presso i servizi psichiatrici della Neuropsichiatria Infantile del Policlinico Umberto I tra gennaio 2019 e dicembre 2020. Da notare che il periodo di interesse è coinciso con l'inizio della pandemia da Sars-Cov2, che ha comportato una diminuzione del numero di pazienti afferiti ai servizi nel primo semestre del 2020.

Abbiamo incluso pazienti di età compresa tra i 13 ed i 18 anni. La scelta di una popolazione di adolescenti è stata secondario alla considerazione che, seppur gli effetti cumulativi del trauma siano individuabili già in età precoce, essi si correlano a psicopatologia in modo più evidente durante l'adolescenza (Cuevas et al. 2009); inoltre, in questa fase di vita, aumentano le segnalazioni di abuso effettuate tramite self-reports (US Department of Health and Human Services, Administration on Children youth and Families, 2006).

La selezione è stata effettuata in base alla diagnosi di dimissione, inclusa tra i disturbi internalizzanti o esternalizzanti, come concettualizzati da (Achenbach 1966). Per assegnare la diagnosi all'una o all'altra dimensione, sono state seguite le raccomandazioni indicate da (Achenbach et al. 2016). Criteri di esclusione sono stati la presenza di diagnosi di disabilità intellettiva (QI <70) o di un disturbo dello spettro schizofrenico. Tale scelta è stata legata da un lato alla necessità di utilizzare informazioni e questionari self-reports, che in tale popolazioni dimostrano minore coerenza (Finlay and Lyons 2001), dall'altro dall'obiettivo di restringere il campo di studio a disturbi meglio caratterizzati come sequele di esperienze avverse infantili (Dube et al. 2003). Eventuali ulteriori diagnosi in comorbidità con disturbi esternalizzanti o internalizzanti (disturbi del comportamento alimentare, disturbi di personalità, abuso di sostanze) non hanno costituito elemento di esclusione, a meno che non costituissero la diagnosi principale o il motivo del ricovero. Per l'individuazione dei pazienti è stato utilizzato il sistema informatico in uso al Policlinico Umberto I e, tramite lo stesso, si sono visualizzate le diagnosi inserite nelle schede di dimissione ospedaliera (SDO) dei pazienti, codificate, come da normativa D.M. 380/2000, secondo l'ICD9-CM. Per un approccio più conservativo, qualunque paziente avesse una diagnosi internalizzante o esternalizzante è stato incluso nella selezione iniziale, senza considerare, ad una prima analisi, l'ordine di eventuali diagnosi in comorbidità.

Strumenti

L'esposizione al maltrattamento è stata definita seguendo quanto indicato dalla definizione (OMS 1999) e dalle linee guida (S.I.N.P.I.A 2007); le esperienze di maltrattamento sono state classificate secondo il MCS (Cicchetti 1993) in abuso fisico, psicologico, sessuale, neglect e la violenza assistita. L'indagine è stata focalizzata su avvenimenti intrafamiliari, dunque non sono state annoverati come esposti i pazienti per i quali era nota esperienza di violenza interpersonale extrafamiliare, come bullismo, aggressioni, violenza psicologica a scuola o tra pari. Al contempo, esperienze traumatiche non violente (eventi naturali, malattie, incidenti, trasferimenti) non sono state prese in considerazione. Il rilevamento di maltrattamento è stato effettuato tramite diverse possibili metodiche non reciprocamente esclusive (Boxer and Terranova 2008) :

- test "Inventario degli eventi stressanti e traumatici della vita" (Giannantonio 2009), di cui sono state considerate in particolare le risposte alle domande n12 e n15; questo test è un adattamento italiano del "Life Stressor Checklist – Revised" (Wolfe et al. 1997). Richiede al soggetto di indicare quali delle esperienze proposte lo abbiano riguardato in prima persona, a che età, quanto (in una scala da 1 a 5) siano state disturbanti in quel momento e quanto il ricordo sia causa di disagio nel momento attuale;
- colloqui clinici con il paziente e con i genitori;
- documentazione legale o dei servizi sociali;
- giudizio clinico.

Un' "esposizione" è stata considerata tale se una o più delle suddette informazioni fosse presente in cartella clinica, o nella relazione di dimissione, o nella documentazione che costituisce ogni fascicolo.

Per ogni paziente sono stati estratti dati sociodemografici, clinici e psicometrici. I dati sociodemografici presi in considerazione sono stati: età, sesso, nazionalità, numero di persone nel nucleo familiare, separazione, età dei genitori, status socioeconomico dei genitori e come media (riassunto nell' indice di Hollingshead), la presenza di patologie psichiatriche nei genitori o in altri familiari, presenza di abuso di sostanze in famiglie, segnalazione pregressa ai servizi sociali, storia di adozione.

L' indice di Hollingshead - Index of Social Position, (Hollingshead 1957) - è una misura riassuntiva dello status socioeconomico di un individuo o di un nucleo familiare; si basa su due variabili: il livello educativo e lavoro svolto. Il livello educativo è misurato su una scala di sette

punti, tipo di lavoro viene classificato su una scala di nove punti. Si utilizza un algoritmo per ponderare entrambe le variabili. Se entrambi i genitori lavorano si usa la media dei loro indici, se solo un genitore lavora si usa solo il suo indice.

I dati clinici estratti sono stati: diagnosi, servizio di afferenza, eventuale diagnosi pregressa, terapia farmacologica in atto. Le diagnosi sono state raggruppate come internalizzanti ed esternalizzanti (Achenbach 1966) ed è stato possibile utilizzarle in modo dicotomico, poiché in soli 2 casi sul totale erano entrambe presenti nello stesso paziente. In tali casi, è stata utilizzata la diagnosi principale come indicato in SDO e rappresentate il motivo del ricovero studiato.

Tra i dati psicometrici sono state considerate le seguenti scale:

- Il *Children's Depression Inventory 2 (CDI2)* (Kovacs 2011), versione italiana a cura di Mauro Camuffo e Rita Cerutti, modulo self report; è un questionario autocompilato rispetto a sintomi depressivi nelle 2 settimane precedenti l'intervista. Studia due domini principali, problemi emozionali, a sua volta composta da due sottoscale (umore negativo e autostima negativa) e problemi funzionali (sottoscale inefficacia e problemi interpersonali). Il punteggio totale viene convertito in punti T che sono interpretati come segue: <40 inferiore alla media, 40-59 nella media, 60-64 superiore alla media, 65-69 elevato, >70 molto elevato.
- La scala *Multidimensional Anxiety Scale for Children (MASC 2)* (March 2013), edizione italiana a cura di Claudio Paloscia, Alessia Giangregori, Rossella Guerini e Francesco M. Melchiori. È una scala self-report per ragazzi dagli 8 ai 19 anni, sviluppata nel 2013 da una versione originale (March 1997). Utilizza 6 scale e 4 sottoscale che sono: ansia da separazione/paura, indice di ansia generalizzata, ansia sociale totale (umiliazione e rifiuto, ansia da prestazione come sottoscale), ossessioni e compulsioni, sintomi fisici totale (panico e tensione/irrequietezza come sottoscale), evitamento del danno. Il punteggio è valutato in punti T.
- La *Barratt Impulsiveness Scale 11 (BIS-11)* (Patton, Stanford, and Barratt 1995), edizione italiana (Fossati et al. 2001). Studia l'impulsività ed individua tre fattori che esprimono tre costrutti diversi dell'impulsività: *l'impulsività cognitiva*, intesa come disattenzione ed instabilità cognitiva, *l'impulsività motoria*, intesa come instabilità motoria e mancanza di perseveranza e *l'impulsività non pianificativa*, intesa come la

mancanza di auto-controllo e l'intolleranza alla complessità cognitiva. E' composta da 30 domande con risposte da 1 a 4 indicando la frequenza.

- Il Difficulties in Emotion Regulation Strategies (DERS) (Gratz and Roemer 2004) , edizione italiana (Giromini et al. 2012). E' un questionario *self-report* che misura le difficoltà di rilevanza clinica nella regolazione delle emozioni di natura negativa. E' composto da 36 item a risposta multipla che misurano caratteristici *pattern* individuali di regolazione delle emozioni espressi nelle 6 scale: (1) *non acceptance* : non accettazione delle risposte emotive, (2) *goal* : difficoltà nell'adottare comportamenti orientati verso un obiettivo (3) *impulse*, ovvero difficoltà nel controllo degli impulsi (4) *awareness*, mancanza di consapevolezza emotiva (5) *strategies*, accesso limitato alle strategie di regolazione emotiva (6) *clarity*, mancanza di chiarezza emotiva. E' composta da 36 domande con risposte da 1 a 4 indicando la frequenza.

Analisi

L'analisi statistica è stata condotta utilizzando il software statistico IBM SPSS Statistics version 22.0 (IBM Corp, Armonk, NY, USA). Dopo una prima analisi di frequenza delle variabili nei due gruppi, sono state condotte comparazioni tra i gruppi utilizzando il test del chi-quadro per le variabili quantitative, il test t di Student per le variabili qualitative, il test di Mann-Whitney per le misure psicometriche. Per vagliare le ipotesi di rischio sono stati elaborati dei modelli di regressione logistica. La significatività statistica è stata considerata <0.01.

Risultati

Campione degli esposti

La ricerca tramite diagnosi inserita in SDO ha individuato 229 pazienti. Di questi, sono stati eliminati 14 pazienti perchè affetti da disabilità intellettiva, 3 per la presenza di disturbi dello spettro schizofrenico, 12 perchè presenti più di una volta, 28 per irreperibilità di sufficienti informazioni cliniche e di scale psicometriche.

Il campione finale è stato costituito da 172 pazienti (48 maschi e 124 femmine, età media 15,3 anni); di questi 56 (32%) sono risultati esposti a maltrattamento.

Prendendo in considerazione il campione degli esposti, la violenza assistita è il tipo prevalente di esposizione (63.8%), seguita da maltrattamento psicologico (48.3%) e fisico (25.9%). L'abuso sessuale è dichiarato da 3 pazienti (5.2%) – Figura 1.

In 25 casi su 58 (43,1%) si sovrappongono più di un maltrattamento: 33,7% è esposto a due tipologie, mentre il 10,3% a tre. La combinazione più comune fra coloro che subiscono più di una tipologia di violenza è maltrattamento psicologico + violenza assistita (15.5% del totale) seguito dalla combinazione maltrattamento psicologico + maltrattamento fisico (13.8% del totale).

La violenza è segnalata nel 76% dei casi dal paziente stesso, nel 15% dalla madre e nel 9% dal personale sanitario.

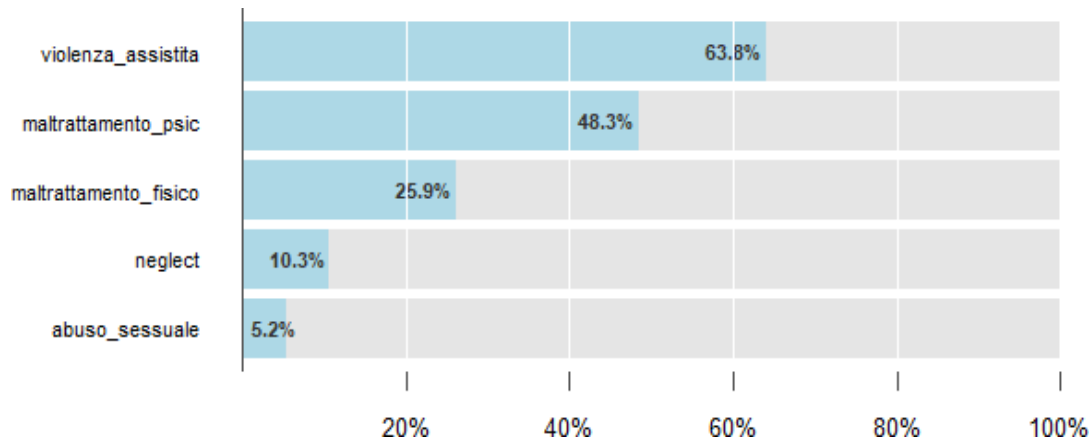


Figura 1. Analisi di frequenza delle tipologie di maltrattamento tra gli esposti.

Comparazione tra gruppi

La tabella 1 fornisce una sintesi delle caratteristiche del campione e compara i gruppi esposti/non esposti per ognuna delle variabili estratte. È possibile notare che gli esposti mostrano una frequenza significativamente più elevata delle seguenti variabili: sesso femminile, origine straniera, famiglie monoparentali o separate, presa in carico dai servizi sociali territoriali, ospedalizzazione in regime di degenza, utilizzo di terapia farmacologica. Anche la situazione socioeconomica familiare, misurata con l'indice Hollingshead (Hollingshead 1957), mostra differenze significative fra esposti e non esposti ($p < 0.1$) (figura 2).

Il confronto tra i punteggi ai test psicometrici rilevati tra gli esposti e quelli dei non esposti ha evidenziato molteplici differenze statisticamente significative (Tabella 2), con punteggi più elevati (indice di maggiore gravità clinica) nell'ambito di depressione, ansia, disregolazione emotiva; non si rilevano differenze sull'impulsività.

VARIABILE	TOTALE	NON ESPOSTI	ESPOSTI	Chi ² quadro/ t Student
N.	172	114	58	-
Età	15,3	15,36	15,33	-
Sesso (n. di femmine)	124 (72%)	69%	79%	.19
Nazionalità (n. di stranieri)	22 (12%)	11%	15%	.16
N. di persone nel nucleo familiare	4,05	5,05	3,81	.05
Famiglia monoparentale	10 (5,8%)	1,7%	12,7%	<0.01
Separazione	62 (36%)	27%	60%	<0.01
Età della madre	48	48	48	.36
Età del padre	51	52	51	.37
P. psichiatriche Madre	38 (22%)	24,5%	26,4%	.51
P. psichiatriche Padre	19 (11%)	8,7%	24,5%	<0.01
P. psichiatriche in famiglia	39 (22%)	15,9%	43,1%	<0.01
Abuso di sostanze in famiglia	21 (12%)	9,3%	23,1%	<0.01
Servizi sociali/ tribunale	20 (11%)	4,7%	24,4%	<0.01
Adozione	13 (7%)	10%	10%	.44
Dist. Internalizzanti	123 (71%)	81%	76,4%	.19
Dist. Esternalizzanti	32 (18%)	15%	18%	
Ricovero in degenza	85 (49,5%)	35%	77%	<0.01
Ricovero in DH	87 (50,5%)	85%	15%	
Presenza di una diagnosi pregressa	77 (44%)	60,3%	66,9%	.17
Terapia farmacologica in atto	90 (52%)	35%	67%	<0.01

Tabella 1, sintesi dei dati e comparazione tra gruppi.

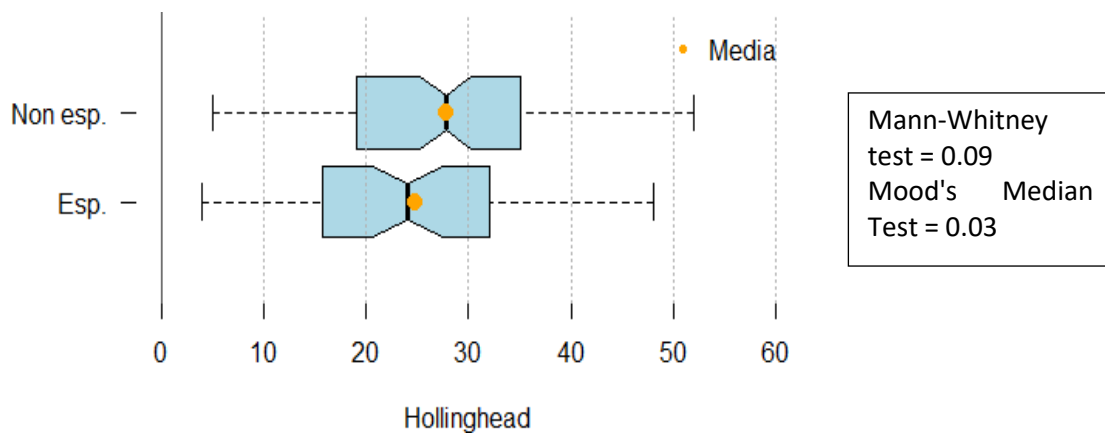


Figura 2, Differenze rispetto alla situazione socioeconomica calcolata con l'indice di Hollingshead.

Confronto media punteggi test fra esposti e non esposti									
<i>*In evidenza le differenze statisticamente significative (test Mann-Whitney)</i>									
TEST	var	test_mw	non_esp	esp	TEST	var	test_mw	non_esp	esp
CDI	tot	0.019	61.8	68.1	DERS	non_accept	0.05	17.8	19.8
	emotivi	0	59.7	67.1		goals	0.17	17.8	19.1
	umore_neg	0.003	58.7	67.1		impulse	0.05	16.3	19.5
	austostima_neg	0.006	60.7	68.3		awareness	0.67	19	19.4
	funzionali	0.038	67.3	73.7		strategies	0.06	23.2	27.7
	inefficacia	0.016	61	67.7	clarity	0.18	14	15.8	
	interpersonali	0.15	62.2	66.8	BIS	tot	0.31	67.7	69.5
MASC	tot	0.14	70.7	75.3		impulsivita_attentiva	0.22	18.2	19.6
	separation_panic	0.72	59.1	57.7	impuls_motoria	0.08	20.3	23.2	
	gen_anxiety	0.02	59	66.4	impuls_non_pianificata	0.54	30	30.4	
	social_anxiety	0.16	59	62.5					
	hr	0.09	56.1	60.8					
	pf	0.27	58.3	61.5					
	oc	0.01	55.5	62.5					
	ps	0.01	62.7	69.9					
	p	0.01	59.9	67.2					
	tr	0.01	61.1	68.3					
ha	0.45	49.1	50.7						

Tabella 2. confronto tra i punteggi ottenuti ai test psicometrici.

Modelli di regressione logistica

Attraverso la regressione logistica è possibile individuare, a parità di altre condizioni ritenute rilevanti, quelle dimensioni sociodemografiche che influiscono sulle probabilità di esposizione. Allo scopo viene stimato un modello statistico di regressione logistica, in questo modello lineare la variabile dipendente è binaria, mentre le stime delle variabili esplicative, se sono statisticamente significative ($p < 0.1$), indicano l'impatto sulla probabilità del verificarsi o meno della condizione della variabile dipendente (risultare esposti o meno).

Sono selezionate le variabili esplicative che, presumibilmente, possono avere un'influenza sulla probabilità di esposizione. Il modello è specificato come segue:

$$\begin{aligned} \text{Esposizione}_i = & \text{Intercetta} + \text{sesso}_i + \text{separ}_i + \text{pat_psich}_i + \text{sostanze}_i \\ & + \text{hollingshead}_i + \varepsilon_i \end{aligned}$$

Le stime del modello logit relativo alla variabile dipendente "esposizione" indicano che le condizioni che aumentano le probabilità di essere esposti a violenza in modo statisticamente significativo sono la presenza di almeno una patologia psichiatrica in famiglia (presente o nello storico) e la separazione dei genitori (tabella 3), che aumentano la probabilità di essere esposti a violenza di più di 3 volte.

Vengono stimati dei modelli analoghi al primo, distinguendo fra i vari tipi di violenza. Si escluderà l'abuso sessuale e il neglect a causa di un numero insufficiente di dati.

L'esposizione a violenza assistita è soprattutto legata alla condizione coniugale dei genitori ed alla salute mentale dei membri della famiglia (tabella 4), l'esposizione a violenza psicologica è soprattutto legata alla presenza di patologie psichiatriche in famiglia (tabella 5). Le variabili che influiscono sulla probabilità di subire maltrattamento fisico disegnano un quadro molto diverso dagli altri tipi di maltrattamento: in questo caso l'abuso di sostanze in famiglia ed il sesso, non significativi negli altri modelli, sono le variabili che spiegano i motivi dell'esposizione (tabella 6). Le femmine, a parità di altre condizioni, hanno quasi 10 volte le probabilità di subire maltrattamento fisico rispetto ai maschi ed una situazione di abuso di sostanze in famiglia aumenta la probabilità di maltrattamenti di ben 16 volte. Il 30.8% delle pazienti femmine, in concomitanza con l'abuso di sostanze in famiglia, hanno subito maltrattamenti fisici. Di contro, nessuno dei pazienti maschi i quali non hanno problemi di abuso di sostanze in famiglia ha subito maltrattamenti fisici.

Stime modello logit

Var. dipendente: esposizione

	OddsRatio	Std. Err.	z	P> z	
seesso	1.71	0.8	1.144	0.253	
separazione	3.27	1.34	2.899	0.004	***
pat_psich_famiglia	3.49	1.553	2.812	0.005	***
abuso_sostanze_fam	2.07	1.224	1.235	0.217	
hollingshaed	0.99	0.018	-0.443	0.658	

** , ** , *** significatività statistica rispettivamente al 10%, 5% e 1%*

Tabella 3: regressione logistica, variabile dipendente esposizione al maltrattamento.

Stime modello logit

Var. dipendente: violenza assistita

	OddsRatio	Std. Err.	z	P> z	
seesso	1.97	1.114	1.205	0.228	
separazione	4.62	2.209	3.196	0.001	***
pat_psich_famiglia	3.79	1.84	2.75	0.006	***
abuso_sostanze_fam	2.44	1.48	1.467	0.142	
hollingshaed	0.98	0.022	-0.835	0.404	

** , ** , *** significatività statistica rispettivamente al 10%, 5% e 1%*

Tabella 4: regressione logistica, variabile dipendente violenza assistita

Stime modello logit

Var. dipendente: maltrattamento psicologico

	OddsRatio	Std. Err.	z	P> z	
sezzo	1.13	0.577	0.24	0.811	
separazione	1.24	0.586	0.451	0.652	
pat_psich_famiglia	2.94	1.43	2.213	0.027	**
abuso_sostanze_fam	1.15	0.718	0.221	0.825	
hollingshaed	0.99	0.021	-0.46	0.646	

, **, * significatività statistica rispettivamente al 10%, 5% e 1%*

Tabella 5: regressione logistica, variabile dipendente maltrattamento psicologico

Stime modello logit

Var. dipendente: maltrattamento fisico

	OddsRatio	Std. Err.	z	P> z	
sezzo	9.61	11.876	1.832	0.067	*
separazione	2.01	1.588	0.883	0.377	
pat_psich_famiglia	2.84	2.23	1.328	0.184	
abuso_sostanze_fam	16.02	12.909	3.441	0.001	***
hollingshaed	0.96	0.037	-1.068	0.286	

, **, * significatività statistica rispettivamente al 10%, 5% e 1%*

Tabella 6: regressione logistica, variabile dipendente maltrattamento fisico

Discussione

Dati di frequenza

Attraverso la revisione di cartelle cliniche, abbiamo individuato che il 32% dei pazienti inclusi nell'indagine risulta esposto a qualche forma di maltrattamento e che solo nel 9% dei casi si tratta di casi noti ai servizi sociali o di segnalazioni del personale medico. Come ipotizzato, il nostro dato di frequenza risulta drasticamente superiore all'atteso. I più recenti dati ufficiali sul maltrattamento su minori in Italia, infatti, stimano una prevalenza di 9 esposti su 1000 nella popolazione minorile generale e di 23/1000 tra gli stranieri (CISMAI 2020). La disparità di tali evidenze conferma l'osservazione del gap esistente tra segnalazioni documentate e riferito soggettivo di maltrattamento (MacMillan, Jamieson, and Walsh 2003). Ciò è particolarmente vero per la fascia di età di nostro interesse, gli adolescenti. Studi negli UK e negli USA mostrano infatti una relazione inversa tra età e tassi di segnalazioni per tutte le forme di maltrattamento, tranne che per gli abusi sessuali (US Department of Health and Human Services, Administration on Children youth and Families, 2006). Il contrario succederebbe per indagini condotte con self-reports o report dei genitori (Everson et al. 2008; Finkelhor 2008). Il rischio di sotto-rilevamento del problema del maltrattamento di minori da parte dei servizi aumenta per la fascia di età adolescenziale (Gilbert et al. 2009). Confrontando il dato con studi metodologicamente più simili al nostro, ovvero che hanno intervistato direttamente i minori rispetto ad esperienze di maltrattamento, troviamo evidenze sovrapponibili a quanto da noi rilevato. Un'indagine eseguita tramite interviste telefoniche in America tra il 2013 ed il 2014 ha mostrato che il 15.2% dei minori risultava esposto (Finkelhor et al. 2015); tuttavia, tra gli adolescenti, i quali avevano sostenuto l'intervista in prima persona, la percentuale di positività per maltrattamento intrafamiliare diventava del 38.1% (Finkelhor et al. 2015). Un altro studio su una popolazione psichiatrica clinica in adolescenza hanno mostrato percentuali di esposizione a violenza domestica del 57.5 % (Álvarez Lister et al. 2017).

Caratteristiche dell'esposizione

Abbiamo rilevato che la forma che più frequentemente viene dichiarata è la violenza assistita (63%), seguita dal maltrattamento psicologico (49%), con un'ampia fetta di sovrapposizione (25% del totale). Quest'ultima non sorprende, essendo la violenza domestica addirittura talvolta considerata una forma di maltrattamento psicologico (Monteleone, 1999). La

discrepanza tra la violenza assistita (violenza tra partner intimi) riferita dalle madri (15%) e quella riferita dai ragazzi (63%) fa riflettere sul vissuto dei minori rispetto a situazioni di conflittualità accesa. La violenza domestica come definita dal CISMAI presupporrebbe una chiara disparità di potere tra colui che attua violenza e colui che la subisce (CISMAI 2017), ma per i minori vivere in un ambiente dove avvengono litigi accesi o ad atti aggressivi, viene percepito nell'ambito di violenza assistita anche se dal punto di vista della donna ciò non lo sarebbe.

Il maltrattamento psicologico è soggetto al giudizio di chi rileva il fenomeno e può essere facilmente sopra o sottostimato (Vachon et al. 2015; Everson et al. 2008). Se da un lato è spesso un fenomeno satellite di altre tipologie di abuso, è stato dimostrato come il suo impatto sia deleterio anche in modo indipendentemente e come ci sia una chiara correlazione con l'emergere di psicopatologia (Khan et al. 2015; Teicher, Gordon, and Nemeroff 2021). Il dato sulla sovrapposizione di due (33,9% del campione) o tre (12,5%) forme di maltrattamento rappresenta una conferma di quanto osservato in letteratura rispetto alla probabilità, per un bambino che subisce una forma di abuso, di subirne altre successivamente (Ford and Delker 2018). Il numero di diversi tipi di maltrattamenti a cui si è esposti e l'impatto degli stessi sullo sviluppo di psicopatologia avrebbero una correlazione quasi lineare poiché più sono le tipologie, peggiore è l'outcome (Dube et al. 2003; Jonson-Reid, Kohl, and Drake 2012).-Anche nella nostra popolazione, i soggetti esposti hanno dimostrato una gravità di malattia aumentata, come deducibile sia dall'elevata frequenza di ospedalizzazione sia dai risultati dei test psicometrici. Ciò conferma quanto osservato da precedenti studi, in cui la frequenza di abuso fisico e sessuale negli *outpatients* è risultata dell'11% (Ford et al. 2011) mentre negli *inpatients* le stesse risultavano del 47% e del 33% (Ford, Connor, and Hawke 2009) e del 50% (Fehon, Grilo, and Lipschitz 2001) . E' da tenere in considerazione il punto di osservazione privilegiato che si ha quando un paziente è ricoverato, che apre la possibilità di approfondimento diagnostici prolungati e, tra l'altro, scevri dall'influenza genitoriale. Si intuisce quanto il sentirsi in un ambiente protetto e lontani dagli attori di violenza possa facilitare la *disclosure* di maltrattamenti specie se intrafamiliari. E' da considerare la possibilità che l'elevata frequenza di maltrattamento tra gli *inpatients* possa anche essere una bias metodologico, secondario alla natura retrospettiva delle nostra indagine, per la più facile accessibilità dei dati clinici dei pazienti degenti rispetto ai non.

Limiti dello studio

Il disegno retrospettivo dello studio costituisce un limite nella qualità delle informazioni raccolte poiché non tutti i pazienti hanno ricevuto valutazioni psicodiagnostiche uguali; dunque, non è stato possibile uniformare completamente il campione rispetto ad alcune variabili (informazioni anamnestiche, test somministrati). Ciò potrebbe aver causato alcuni possibili bias metodologici, che si rendono evidenti soprattutto rispetto alle considerazioni sulla gravità clinica del campione degli esposti.

L'analisi retrospettiva delle cartelle rispetto alla definizione di esposizione, inoltre, non ci ha permesso di indagare le caratteristiche del maltrattamento subito in termini di frequenza, severità, età alla prima esposizione, che rappresenterebbero informazioni importanti per classificare l'esposizione (Boxer and Terranova 2008). Un altro possibile limite è rappresentato dalla popolazione oggetto di studio, che, essendo costituita da pazienti afferenti ad un centro di terzo livello, limita la possibilità di generalizzare le evidenze poiché costituisce una popolazione ad alto rischio.

Conclusioni

Nel nostro campione le esperienze di maltrattamento riferite dai pazienti afferenti ad un servizio di terzo livello per adolescenti con problemi psichiatrici sono molto più comuni di quanto presumibile dalle segnalazioni ufficiali. La nostra popolazione riferisce soprattutto violenza domestica, violenza psicologica e maltrattamento fisico, spesso in sovrapposizione. I modelli di regressione logistica hanno individuato alcuni specifici fattori di rischio familiari. I pazienti esposti mostrano livelli di gravità di patologia maggiore: più frequenti ospedalizzazioni, ricorso a terapia farmacologica, risultati più elevati per ansia, depressione e disregolazione emotiva. L'intervento clinico tramite approfondimenti diagnostici o test specifici mostra differenze nella probabilità di rilevamento di esperienze traumatiche.

Anche se una parte della letteratura ammonisce rispetto al problema dei falsi positivi (McTavish et al. 2020), riteniamo che i dati della nostra ricerca dimostrino che il maltrattamento è un fenomeno presente ma che rimane spesso sommerso tra i pazienti psichiatrici. E' necessario che le evidenze di letteratura rispetto alla possibilità rilevamento ed intervento nei casi di abuso siano traslate nella pratica clinica in un modo integrato tra tutti i servizi coinvolti, al fine di offrire ai minori i processi di diagnosi e cura che meglio possano aiutarli (Zeanah 2019)

Parte II

**VALUTAZIONE PSICODIAGNOSTICA DI MADRI E BAMBINI
RESIDENTI NELLE CASE RIFUGIO TELEFONO ROSA**

Background

La seconda parte dello studio ha come oggetto l'indagine effettuata su un campione di nuclei madri-figli ospiti (attuali o pregressi) delle case rifugio Telefono Rosa, esposti ad esperienze di violenza domestica accertata.

La violenza assistita intrafamiliare è stata definita come «l'esperire da parte del bambino/a qualsiasi forma di maltrattamento compiuto attraverso atti di violenza fisica, verbale, psicologica, sessuale ed economica su figure di riferimento o su altre figure affettivamente significative adulte o minori. Il bambino può farne esperienza direttamente (quando essa avviene nel suo campo percettivo), indirettamente (quando il minore è a conoscenza della violenza), e/o percependone gli effetti. Si include l'assistere a violenze di minori su altri minori e/o su altri membri della famiglia e ad abbandoni e maltrattamenti ai danni di animali domestici» (CISMAI 2017). Nella definizione di violenza assistita è implicita una chiara asimmetria della relazione tra vittima e abusante; ciò significa che ne vengono escluse le situazioni di conflittualità - anche violenta - in cui i due partner siano alla pari.

La violenza assistita è una tipologia di abuso il cui impatto sul minore è stato riconosciuto solo di recente, da quando si è capito che il bambino non è un "semplice testimone" (Edleson et al. 2007) ma una vera e propria vittima, per il fatto di crescere in un'atmosfera violenta, imprevedibile, con un costante vissuto di rischio per la propria e altrui incolumità.

Le modificazioni a cui il cervello va incontro di fronte ad eventi di maltrattamento compiuti dai caregivers primari, in modo spesso cronico e cumulativo, comportano non solo un'alterata interpretazione di stimoli sensoriali innocui, ma condizionano memoria, apprendimento, skills sociali ed interpersonali (Shonkoff, Boyce, and McEwen 2009). La figura 3 riassume le principali risposte fisiologiche al trauma nel bambino e i loro effetti deleteri nel lungo termine (Forkey et al. 2021).

Area	Impact	Specifics	Implications and Associations
Brain connectivity ⁹³	Cortisol acts on rapidly developing brain structures	Amygdala overactive; hippocampus underactive; prefrontal cortex not accessible	Preliminary association with more severe clinical course in major depressive disorder
Epigenetic changes ²¹	Methylation patterns impacted by threat, mediated by cortisol	Methyl groups attach to promoter region or come off promoter regions of genes, leading to the transcription or lack of transcription of genes	Adult stress and reactivity behavior ^{231,232}
Immune function ⁸⁰	Alteration of immune system in response to constant threat	Inflammatory system up-regulated; humoral immunity diminished; cytokine-induced "sickness behavior" ⁸¹ (feeling sick)	Symptoms including the following: decreased appetite, fatigue, mood changes including depression and irritability, poor cognitive function

Figura3. Le risposte fisiologiche al trauma nel bambino (Forkey et al. 2021)

Obiettivi

Gli obiettivi dello studio sono stati:

- 1) caratterizzare i minori vittima di violenza assistita per quanto concerne il profilo di neurosviluppo e il rischio psicopatologico;
- 2) esplorare i vissuti traumatici di donne esposte a violenza domestica e il loro rischio psicopatologico.

L'obiettivo finale è quello di fornire indicazioni agli operatori che si prendono cura dei nuclei madri-bambini rispetto a tematiche neuropsichiatriche.

Materiali e metodi

Illustreremo di seguito i materiali ed i metodi dello studio.

Il campione è stato costituito da bambini e madri:

- che fossero in contatto con l'Associazione Nazionale Volontarie Telefono Rosa; la selezione è stata infatti effettuata dagli operatori dell'associazione;
- che avessero una storia accertata di esposizione a violenza domestica;
- che fossero ospiti attuali o pregressi delle Case Rifugio Telefono Rosa;
- che abbiamo dato la propria disponibilità a partecipare allo studio, letto, compreso e fornito il consenso informato.

Sono stati dunque approfondite le situazioni relative a 9 madri e 14 bambini.

La valutazione è stata effettuata mediante:

- incontro con le madri, che ha previsto un colloquio sulle esperienze di violenza subita e l'anamnesi medica relativa ai bambini;
- osservazione non strutturata dei bambini;
- questionari self-report compilati dalle madri rispetto alla propria esperienza e questionari compilati dalle madri e relativi ai bambini.

La valutazione è stata svolta presso le sedi dell'associazione. Le madri hanno infatti mostrato resistenze e difficoltà organizzative alla proposta di effettuare valutazioni strutturate presso il dipartimento di neuropsichiatria infantile.

Per la valutazione delle madri sono stati proposti:

- *Revised Conflict Tactics Scale (CTS-2)* (Straus et al. 1996). E' una scala utilizzata a livello internazionale per valutare il conflitto all'interno della coppia ed individuare

dinamiche di abuso e maltrattamento. Lo strumento indaga: violenza fisica, violenza sessuale, violenza psicologica, lesioni fisiche subite, dinamiche di negoziazione e compromesso all'interno di una relazione. La scala fornisce una misura di frequenza, riferendosi ai 12 mesi precedenti, e una misura di severità. Poiché tutte le donne da noi intervistate sono state esposte a violenza in un periodo precedente agli ultimi 12 mesi, si è effettuato uno scoring solo qualitativo della scala.

- Il *Trauma Symptoms Inventory 2 (TSI2)* (Briere 2011). È uno strumento utilizzato per lo studio della sintomatologia connessa al trauma relativa ai sei mesi precedenti la somministrazione; è composto da 136 domande. Individua 12 scale cliniche e 4 scale di sintesi.
- La *Symptom Check-List-90-R (SCL90)* (Prunas et al. 2012); è uno strumento self-report molto utilizzato in ambito clinico e di ricerca per la valutazione di sintomi psichiatrici; fa riferimento alla settimana precedente la somministrazione. È un test autosomministrato composto da 90 domande. Dal punteggio è possibile individuare il (GSI) Global Severity Index e 9 aree di sintomi. Il GSI è indicatore globale di intensità e di profondità del disagio psichico riportato dal soggetto.

Per la valutazione dei bambini sono stati proposti:

- *Trauma symptom checklist for young children (TSCYC)*, (Briere et al. 2005). È un test compilato dalle madri del bambino, si riferisce al mese precedente. Viene utilizzato nei bambini tra i 3 e i 12 anni. Individua 9 scale cliniche.
- *Child Behavior Checklist* di M. Achenbach 2001. È un questionario compilato dai genitori utilizzato per ottenere informazioni sull'adattamento, sulle competenze, sui problemi comportamentali ed emotivi del bambino e dell'adolescente. Abbiamo utilizzato le due diverse versioni disponibili per fascia di età. Sono state analizzate le scale sindromiche, che individuano otto dimensioni di sintomi. Le scale sindromiche riassumono i punteggi tra problemi internalizzanti, esternalizzanti e problemi totali. Esistono poi le scale DSM orientate, che individuano disturbi sulla base dei sintomi indicati dal DSM 5.
- *Developmental Profile-3 (DP-3)*, di Gerald D. Alpern 2015, strumento utilizzato per lo screening dei ritardi di sviluppo. Abbiamo utilizzato la forma di questionario per il genitore o altro caregiver. Il DP-3 consente di ottenere una descrizione esaustiva e dettagliata delle competenze dei bambini, dalla nascita fino ai 12.11 anni, in

riferimento a cinque diverse aree di funzionamento, permettendo di individuare eventuali ritardi di acquisizione che possono essere oggetto di approfondimento diagnostico e di intervento. Fornisce un Punteggio di Sviluppo Generale e un punteggio per ciascuna delle cinque scale che raggruppano gli item (motoria, comportamenti adattivi, socio-emotiva, cognitiva, comunicazione).

Risultati

Il campione è composto da 9 nuclei familiari, un totale di 9 madri e 14 bambini di età compresa tra gli 11 mesi ed i 13 anni.

L'età media delle madri è risultata 34 anni, 8 su 9 erano straniere, 5 vivevano in casa rifugio, 4 in autonomia; 4 avevano più di 2 figli, 5 avevano 1 figlio.

I bambini valutati sono stati 14, di età media di 6 anni e mezzo. 12 su 14 sono nati in Italia.

Dalla raccolta anamnestica non risultano ritardi di sviluppo in nessun soggetto. In due bambini vi erano informazioni di rilievo nell'anamnesi patologica remota.

	Madri		Minori
<i>Numero</i>	9	<i>Numero</i>	14
<i>Età media</i>	34	<i>Età media</i>	6,5 (range 11 mesi – 13 anni)
<i>Nazionalità</i>	8/9 straniere	<i>Nazionalità</i>	12/14 nati in Italia
	5 in casa rifugio 4 in autonomia		9 in casa rifugio 5 in autonomia
<i>N. figli</i>	4 con >= 2 figli 5 con 1 figlio	<i>Sviluppo</i>	Adeguito in tutto il campione (come da info anamnestiche)
		<i>Anamnesi remota</i>	2/14 evento clinico importante (epilessia rolandica, trauma cranico da incidente stradale)

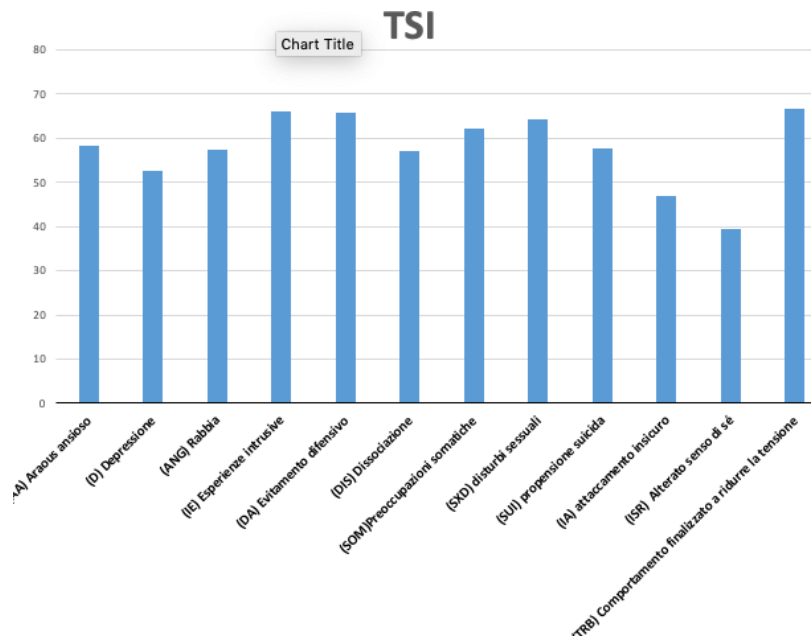
Tutte le donne hanno dichiarato di aver subito diverse tipologie di violenza ed hanno risposto in modo positivo alle 4 scale individuate dal test CTS2 (violenza fisica, violenza sessuale, violenza psicologica, lesioni fisiche subite).

Tutte le donne hanno dichiarato che i bambini hanno assistito in modo diretto o indiretto alla violenza perpetrata a proprio danno dal partner, talvolta in modo episodico. In tutti i casi studiati l'abusante era il padre dei bambini. Non sono state descritte forme di abuso sui bambini. Le tempistiche comprese tra azioni di violenza, nascita dei bambini e allontanamento sono risultate molto variabili; in 3 casi l'allontanamento è avvenuto quando i minori avevano meno di 12 mesi, in 11 casi quando avevano più di 12 mesi.

Esposizione a violenza	
Madri	
<i>Durata</i>	> 12 mesi in 14/14, talvolta in modo episodico
<i>Tipologia</i>	Mista in 14/14
<i>Altre forme di maltrattamento subito</i>	1 caso riferisce esposizione a violenza nella famiglia di origine
Minori	
<i>Durata</i>	Range 4 mesi – 4 anni, 3/14 < di 12 mesi
<i>Tipologia</i>	Mista in 14/14
<i>Autore</i>	Padre in 14/14
<i>Altre forme di maltrattamento subito</i>	Non riferite in 14/14

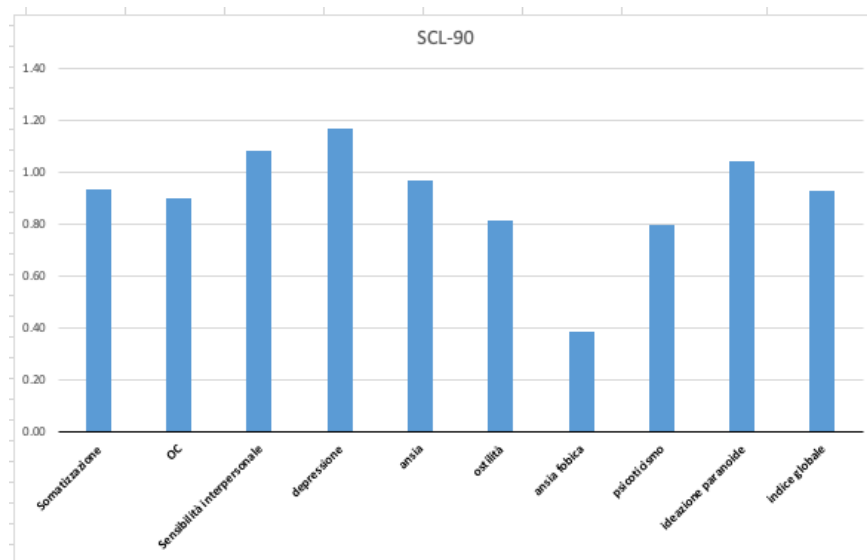
I risultati dei test somministrati alle madri sono stati i seguenti.

- Il test TSI2 è stato compilato da 6 madri. Tutte le donne hanno compilato il test in modo valido, ovvero le scale Livello di risposta e Risposte atipiche sono risultate inferiori ai cut-off, indicando di aver compilato il test in modo collaborante. Risultati medi: i punteggi medi si avvicinano o superano il range clinico in 6 scale sintomatologiche. Le scale per le quali si evidenziano punteggi medi più elevati sono: esperienze intrusive, evitamento difensivo, disturbi sessuali, preoccupazioni somatiche, comportamento finalizzato a ridurre la tensione. Risultati individuali clinici: 3 madri su 6 risultano positive a sintomi da stress post traumatico come espresso nella scala fattoriale "trauma". Due casi su 6 sono risultati clinici in tutte le scale fattoriali.



- Il test SCL90 è stato completato da 7 madri.

Risultati medi: i punteggi medi più elevati si rilevano per depressione, sensibilità interpersonale, ideazione paranoide. Risultati individuali clinici: in 3 casi l'indice globale è risultato di interesse clinico.

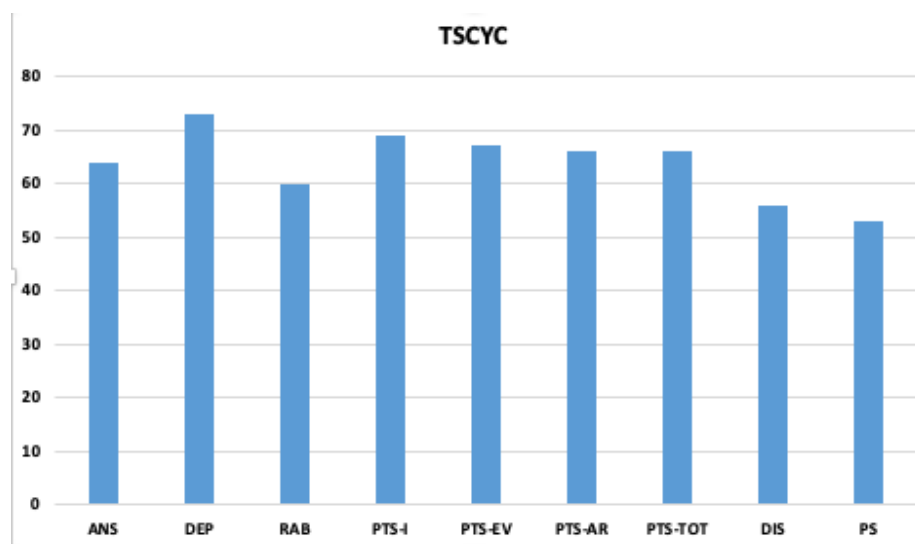


Complessivamente, dunque, i dati sulle 9 mamme intervistate mostrano che, mediamente, i sintomi da stress posttraumatico sono presenti in un range borderline/subclinico; non si evidenziano sintomi psicopatologici severi, tuttavia la scala della depressione mostra punteggi

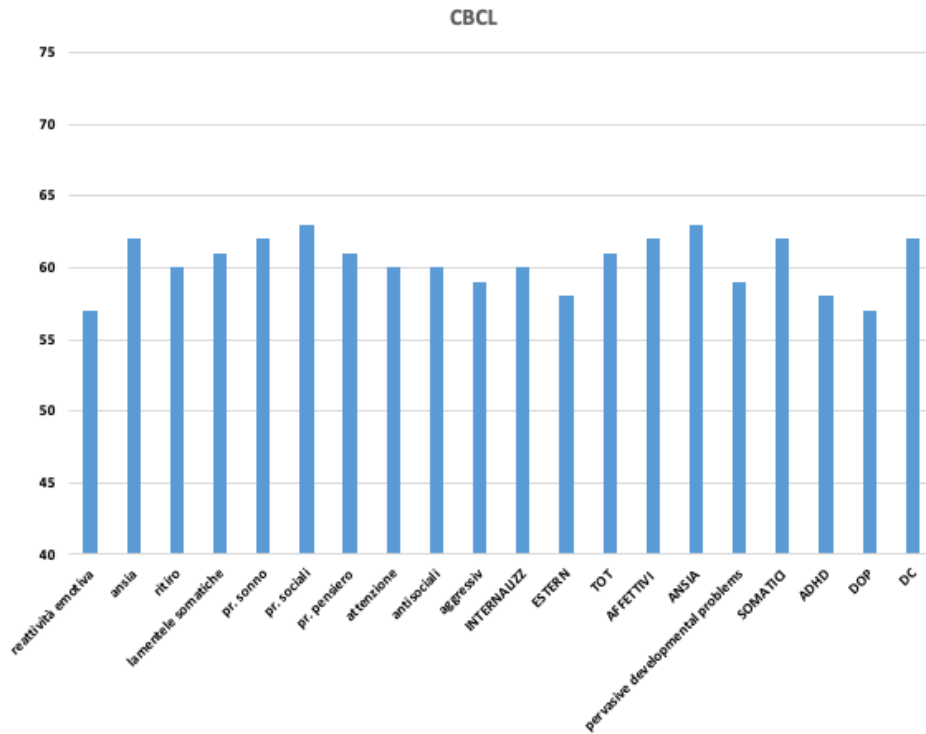
mediamente al di sopra delle altre scale. 3 signore su 9 mostrano punteggi elevati in numerose scale di entrambi i test, facendo ipotizzare una maggiore vulnerabilità psicopatologica.

Rispetto alla valutazione dei bambini, i risultati sono stati i seguenti.

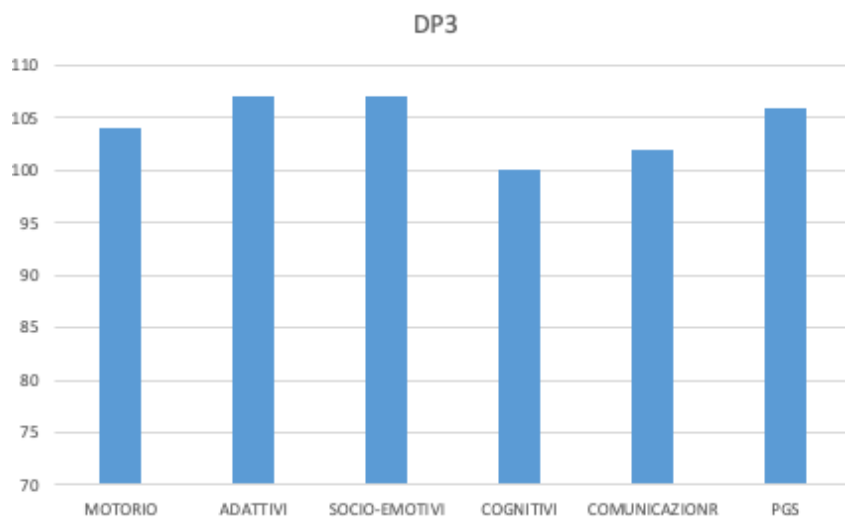
- Il test TSCYC è stato compilato dalle madri di 8 bambini. Al TSCYC i punteggi medi risultano in fascia clinica per sintomi post traumatici, sia nella scala totale che nelle sottoscale. La scala con punteggi medi maggiori è quella della depressione. 4 bambini hanno punteggi clinici nella scala del trauma. Punteggi medi elevati si riscontrano anche nelle scale dei problemi d'ansia e della depressione. 4 bambini su 8 risultano in fascia clinica per ansia e depressione. I profili individuali mostrano che 6 bambini hanno punteggi in fascia clinica in numerose scale.



- Il test CBCL è stato completato dalle madri di 9 bambini. I punteggi medi si collocano al di sopra della fascia di rischio in 14 scale, anche se non si raggiungono punteggi in fascia clinica. La scala con i punteggi medi più elevati è quella dell'ansia (pT 64), seguita da problemi sociali (pT63) e lamentele somatiche (pT 62). 5 bambini sono risultati clinici (pT >65) per problemi internalizzanti, 1 per problemi esternalizzanti, 5 per problemi totali. Punteggi al limite della significatività clinica sono stati riscontrati in 2 bambini per problemi internalizzanti, 2 per problemi esternalizzanti e 2 per problemi totali. 6 bambini hanno riportato punteggi clinici (>pT65) in almeno una scala DSM orientata.



- Al test DP3 i punteggi medi ottenuti risultano lievemente superiori alla media della popolazione generale; la media del punteggio generale di sviluppo è stato 104. Nessun bambino ha ottenuto punteggi in fascia clinica (<75).



Complessivamente, dai test relativi ai bambini non emergono disturbi dello sviluppo e si rileva che le competenze sono in linea per età. Sintomi da stress posttraumatico vengono tuttavia identificati in 4 bambini; tra i sintomi psicopatologici prevalgono sintomi internalizzanti, soprattutto ansia. Rispetto al totale dei questionari compilati, per più della metà dei bambini le madri segnalano problemi in una o più scale del test CBCL.

Discussione e limiti

Lo studio presentato è un'esperienza pilota che tuttavia rappresenta un importante tentativo di mettere in relazione il mondo delle associazioni in difesa e a protezione delle donne vittime di violenza ed il mondo della neuropsichiatria infantile.

I risultati delle valutazioni effettuate segnalano che sintomi da stress post-traumatico sono presenti sia tra le madri che tra i bambini. Anche tra le dimensioni psicopatologiche, sia madri che bambini mostrano frequentemente punteggi in fascia clinica, più spesso per depressione ed ansia.

Ciò appare in linea con la letteratura e dà un'ulteriore conferma alla dimostrazione che la violenza assistita sia fonte di stress non solo per le madri ma anche per i bambini.

Sia la selezione del campione per lo studio pilota che le indagini effettuate sono state influenzate da alcune caratteristiche insite nella popolazione oggetto di studio che, se da un lato hanno rappresentato delle limitazioni alle possibilità di indagine, da un altro ci permettono di riflettere con maggiore consapevolezza sulla realtà che le donne abusate ed i loro bambini vivono ogni giorno. Non è stato infatti possibile effettuare valutazioni strutturate, con un utilizzo di test di sviluppo o test neuropsicologici, per l'impossibilità di ospitare i nuclei madre-bambino in ambito ospedaliero. Ciò è stato motivato, soprattutto, dalla limitata autonomia e libertà di movimento connessa alla necessità di garantire protezione per molte delle donne in studio, oppure dalla limitata autonomia nel fornire informazioni cliniche sui minori a causa di contenziosi giuridici in corso con i padri dei bambini. Molte delle donne inoltre hanno mostrato una limitata padronanza della lingua italiana ed una impossibilità di compilazione di questionari.

Un altro elemento da considerare è che la proposta della valutazione è apparsa per le donne ed i bambini un motivo di stress. Si è chiesto infatti di ricordare eventi traumatici per le signore, di focalizzare l'attenzione su situazioni problematiche su se stesse e sui propri bambini.

Nonostante questi limiti, le madri risultavano motivate dall'idea che si desse attenzione ad eventuali bisogni clinici dei loro figli e che mostrassero disponibilità verso le richieste di Telefono Rosa.

I bambini in età scolare hanno mostrato una buona accoglienza delle valutazioni effettuate e buona collaborazione, mentre si sono incontrate resistenze nei due ragazzi di età >11 anni, che hanno preferito non completare alcuni questionari.

La prima riflessione riguarda aspetti metodologici e contestuali: gli operatori devono aver presente le resistenze e le difficoltà logistiche che si possono incontrare nel proporre valutazioni psichiatriche a nuclei familiari seguiti per violenza domestica. Appare necessaria un'adeguata informazione sulle motivazioni ed implicazioni delle stesse specialmente verso la salute dei bambini, motivo su cui le madri si dimostrano molto sensibili.

Dai test somministrati si evidenzia che sintomi da trauma e sintomi psicopatologici sono presenti sopra la soglia clinica sia tra le madri che tra i bambini. Nonostante ciò, nessuno dei soggetti in esame era stato segnalato a servizi di neuropsichiatria. Al contrario, si notano punteggi buoni nei questionari che indicano il livello di sviluppo dei bambini. Ciò fa riflettere sulla possibilità che i minori in esame siano iperinvestiti da parte dei caregiver e che le loro difficoltà siano sottovalutate o restino sullo sfondo rispetto a situazioni così complesse come l'abuso intrafamiliare.

Conclusioni

In conclusione, il messaggio finale dell'indagine condotta evidenzia il ruolo centrale degli operatori nell'essere "sentinelle" rispetto a comportamenti o sintomi emotivi mostrati dai bambini, alla luce della consapevolezza che si tratti di minori che assistono a violenza domestica. Allo stesso tempo, essi possono essere mediatori verso valutazioni specialistiche che potrebbero spaventare le madri.

Riteniamo che la nostra ricerca mostri quanto sia importante un dialogo attivo e costruttivo tra la sanità ed il terzo settore, che permetta la presa in carico sia delle madri che dei bambini vittime di violenza assistita con un'adeguata attenzione non solo ad aspetti giuridico-legali ma anche psicologici e adattivi.

BIBLIOGRAFIA

- Achenbach, Thomas M. 1966. "The Classification of Children's Psychiatric Symptoms: A Factor-Analytic Study." *Psychological Monographs: General and Applied* 80 (7): 1.
- Achenbach, Thomas M, Masha Y Ivanova, Leslie A Rescorla, Lori V Turner, and Robert R Althoff. 2016. "Internalizing/Externalizing Problems: Review and Recommendations for Clinical and Research Applications." *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 55 (8): 647–56.
<https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.jaac.2016.05.012>.
- Álvarez Lister, María, Noemí Pereda, Georgina Guilera, Judit Abad, and Anna Segura Montagut. 2017. "Victimization and Poly-Victimization in Adolescent Outpatients from Mental Health Centers: A Case-Control Study." *Journal of Family Violence* 32 (February).
<https://doi.org/10.1007/s10896-016-9831-1>.
- Boxer, Paul, and Andrew M Terranova. 2008. "Effects of Multiple Maltreatment Experiences among Psychiatrically Hospitalized Youth." *Child Abuse & Neglect* 32 (6): 637–47.
<https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2008.02.003>.
- Briere, John. 2011. *Trauma Symptom Inventory-2 (TSI-2) Professional Manual*.
- Briere, John, Kerri Johnson, Angela Bissada, Linda Damon, Julie Crouch, Eliana Gil, Rochelle Hanson, and Vickie Ernst. 2005. "Trauma Symptom Checklist for Young Children." *Child Abuse & Neglect*.
- Cancilliere, Mary Kathryn, Brian Kavanaugh, Mary Bodzy, and Karen Holler. 2021. "Psychiatric Outcomes of Childhood Maltreatment: A Retrospective Chart Review from a Children's Psychiatric Inpatient Program." *Child Psychiatry & Human Development*, 1–12.
- Chandan, Joht S, Tom Thomas, Krishna M Gokhale, Siddhartha Bandyopadhyay, Julie Taylor, and Krishnarajah Nirantharakumar. 2019. "The Burden of Mental Ill Health Associated with Childhood Maltreatment in the UK, Using The Health Improvement Network Database: A Population-Based Retrospective Cohort Study." *The Lancet Psychiatry* 6 (11): 926–34.
- Cicchetti, Dante. 1993. "Defining Child Maltreatment: The Interface between Policy and Research. In *Child Abuse, Child Development, and Social Policy*." *Ablex*.
- CISMAI. 2017. "Requisiti Minimi Nei Casi Di Violenza Assistita Da Maltrattamento Sulle

Madr.”

- . 2020. “Il Indagine Nazionale Sul Maltrattamento Dei Bambini e Degli Adolescenti in Italia.”
- Cuevas, Carlos A, David Finkelhor, Richard Ormrod, and Heather Turner. 2009. “Psychiatric Diagnosis as a Risk Marker for Victimization in a National Sample of Children.” *Journal of Interpersonal Violence* 24 (4): 636–52. <https://doi.org/10.1177/0886260508317197>.
- Danese, Andrea. 2020. “Annual Research Review: Rethinking Childhood Trauma-new Research Directions for Measurement, Study Design and Analytical Strategies.” *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 61 (3): 236–50.
- Dube, Shanta R, Vincent J Felitti, Maxia Dong, Wayne H Giles, and Robert F Anda. 2003. “The Impact of Adverse Childhood Experiences on Health Problems: Evidence from Four Birth Cohorts Dating Back to 1900.” *Preventive Medicine* 37 (3): 268–77. [https://doi.org/10.1016/s0091-7435\(03\)00123-3](https://doi.org/10.1016/s0091-7435(03)00123-3).
- Duffee, James, Moira Szilagyi, Heather Forkey, and Erin T Kelly. 2021. “Trauma-Informed Care in Child Health Systems.” *Pediatrics* 148 (2).
- Edleson, Jeffrey L, Amanda L Ellerton, Ellen A Seagren, Staci L Kirchberg, Sarah O Schmidt, and Amirthini T Ambrose. 2007. “Assessing Child Exposure to Adult Domestic Violence.” *Children and Youth Services Review* 29 (7): 961–71. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2006.12.009>.
- Everson, Mark D, Jamie B Smith, Jon M Hussey, Diana English, Alan J Litrownik, Howard Dubowitz, Richard Thompson, Elizabeth Dawes Knight, and Desmond K Runyan. 2008. “Concordance between Adolescent Reports of Childhood Abuse and Child Protective Service Determinations in an At-Risk Sample of Young Adolescents.” *Child Maltreatment* 13 (1): 14–26.
- Fehon, Dwain C, Carlos M Grilo, and Deborah S Lipschitz. 2001. “Correlates of Community Violence Exposure in Hospitalized Adolescents.” *Comprehensive Psychiatry*. Netherlands: Elsevier Science. <https://doi.org/10.1053/comp.2001.24580>.
- Finkelhor, David. 2008. *Childhood Victimization: Violence, Crime, and Abuse in the Lives of Young People*. oxford university Press.
- Finkelhor, David, Heather A Turner, Anne Shattuck, and Sherry L Hamby. 2015. “Prevalence of Childhood Exposure to Violence, Crime, and Abuse: Results from the National Survey of Children’s Exposure to Violence.” *JAMA Pediatrics* 169 (8): 746–54.

- Finlay, William M L, and Evanthia Lyons. 2001. "Methodological Issues in Interviewing and Using Self-Report Questionnaires with People with Mental Retardation." *Psychological Assessment* 13 (3): 319.
- Ford, Julian D., and Brianna C. Delker. 2018. "Polyvictimization in Childhood and Its Adverse Impacts across the Lifespan: Introduction to the Special Issue." *Journal of Trauma and Dissociation* 19 (3): 275–88. <https://doi.org/10.1080/15299732.2018.1440479>.
- Ford, Julian D., Kerry Gagnon, Daniel F. Connor, and Geraldine Pearson. 2011. "History of Interpersonal Violence, Abuse, and Nonvictimization Trauma and Severity of Psychiatric Symptoms among Children in Outpatient Psychiatric Treatment." *Journal of Interpersonal Violence*. SAGE PublicationsSage CA: Los Angeles, CA. <https://doi.org/10.1177/0886260510393009>.
- Ford, Julian D., Tobias Wasser, and Daniel F. Connor. 2011. "Identifying and Determining the Symptom Severity Associated with Polyvictimization among Psychiatrically Impaired Children in the Outpatient Setting." *Child Maltreatment* 16 (3): 216–26. <https://doi.org/10.1177/1077559511406109>.
- Ford, Julian D, Daniel F Connor, and Josephine Hawke. 2009. "Complex Trauma among Psychiatrically Impaired Children: A Cross-Sectional, Chart-Review Study." *The Journal of Clinical Psychiatry* 70 (8): 0.
- Forkey, Heather, Moira Szilagyi, Erin T Kelly, James Duffee, Sarah H Springer, Kristine Fortin, Veronnie Fay Jones, Vaden Greiner, Mary Booth, and Todd J Ochs. 2021. "Trauma-Informed Care." *Pediatrics* 148 (2).
- Fossati, A, A Di Ceglie, E Acquarini, and E S Barratt. 2001. "Psychometric Properties of an Italian Version of the Barratt Impulsiveness Scale-11 (BIS-11) in Nonclinical Subjects." *Journal of Clinical Psychology* 57 (6): 815–28. <https://doi.org/10.1002/jclp.1051>.
- Giannantonio, M. 2009. *Psicotraumatologia. Fondamenti e Strumenti Operativi*. Edited by Torino: Centro Scientifico Editor.
- Gilbert, Ruth, Cathy Spatz Widom, Kevin Browne, David Fergusson, Elspeth Webb, and Staffan Janson. 2009. "Burden and Consequences of Child Maltreatment in High-Income Countries." *The Lancet* 373 (9657): 68–81. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(08\)61706-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(08)61706-7).
- Giromini, Luciano, Patrizia Velotti, Gaia De Campora, Laura Bonalume, and Giulio Cesare Zavattini. 2012. "Cultural Adaptation of the Difficulties in Emotion Regulation Scale:

- Reliability and Validity of an Italian Version.” *Journal of Clinical Psychology* 68 (9): 989–1007.
- Gratz, Kim L, and Lizabeth Roemer. 2004. “Multidimensional Assessment of Emotion Regulation and Dysregulation: Development, Factor Structure, and Initial Validation of the Difficulties in Emotion Regulation Scale.” *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment* 26 (1): 41–54.
- Greger, Hanne Klæboe, Arne Kristian Myhre, Stian Lydersen, and Thomas Jozefiak. 2015. “Previous Maltreatment and Present Mental Health in a High-Risk Adolescent Population.” *Child Abuse and Neglect* 45: 122–34.
<https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2015.05.003>.
- Hollingshead, A.B. 1957. “Two Factor Index of Social Position.” *Yale University Press, New Haven*.
- Jonson-Reid, Melissa, Patricia L Kohl, and Brett Drake. 2012. “Child and Adult Outcomes of Chronic Child Maltreatment.” *Pediatrics* 129 (5): 839–45.
<https://doi.org/10.1542/peds.2011-2529>.
- Khan, Alaptagin, Hannah C McCormack, Elizabeth A Bolger, Cynthia E McGreenery, Gordana Vitaliano, Ann Polcari, and Martin H Teicher. 2015. “Childhood Maltreatment, Depression, and Suicidal Ideation: Critical Importance of Parental and Peer Emotional Abuse during Developmental Sensitive Periods in Males and Females.” *Frontiers in Psychiatry* 6 (March): 42. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2015.00042>.
- Kolk, Bessel A van der. 2003. “The Neurobiology of Childhood Trauma and Abuse.” *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America* 12 (2): 293–317, ix.
[https://doi.org/10.1016/s1056-4993\(03\)00003-8](https://doi.org/10.1016/s1056-4993(03)00003-8).
- Kovacs, Maria. 2011. *Children’s Depression Inventory 2nd Edition (CDI 2): Technical Manual*. Multi-Health Systems.
- MacMillan, Harriet L, Ellen Jamieson, and Christine A Walsh. 2003. “Reported Contact with Child Protection Services among Those Reporting Child Physical and Sexual Abuse: Results from a Community Survey.” *Child Abuse & Neglect* 27 (12): 1397–1408.
<https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2003.06.003>.
- March, John S. 2013. *Multidimensional Anxiety Scale for Children (MASC 2): Technical Manual*. Multi-Health Systems Incorporated.
- Massi, Laura, and Martina Ruggeri. 2020. “Il Trauma Complesso Come Disturbo Dello

Sviluppo: Analisi Di Un Caso Clinico." *Il Trauma Complesso Come Disturbo Dello Sviluppo: Analisi Di Un Caso Clinico*, 107–17.

- McTavish, Jill, Andrea Gonzalez, Nancy Santesso, Jennifer Macgregor, Chris McKee, and Harriet MacMillan. 2020. "Identifying Children Exposed to Maltreatment: A Systematic Review Update." *BMC Pediatrics* 20 (March). <https://doi.org/10.1186/s12887-020-2015-4>.
- Norman, Rosana E., Munkhtsetseg Byambaa, Rumna De, Alexander Butchart, James Scott, and Theo Vos. 2012. "The Long-Term Health Consequences of Child Physical Abuse, Emotional Abuse, and Neglect: A Systematic Review and Meta-Analysis." *PLoS Medicine* 9 (11). <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001349>.
- OMS. 1999. "Report of the Consultation on Child Abuse Prevention."
- Patton, Jim H, Matthew S Stanford, and Ernest S Barratt. 1995. "Factor Structure of the Barratt Impulsiveness Scale." *Journal of Clinical Psychology* 51 (6): 768–74.
- Prunas, Antonio, Irene Sarno, Emanuele Preti, Fabio Madeddu, and Marco Perugini. 2012. "Psychometric Properties of the Italian Version of the SCL-90-R: A Study on a Large Community Sample." *European Psychiatry* 27 (8): 591–97.
- Radford, Lorraine, Susana Corral, Christine Bradley, Helen Fisher, Claire Bassett, Nick Howat, and Stephan Collishaw. 2011. "Child Abuse and Neglect in the UK Today."
- Rahman, Abdul, Andrea Perri, Avril Deegan, Jennifer Kuntz, and David Cawthorpe. 2018. "On Becoming Trauma-Informed: Role of the Adverse Childhood Experiences Survey in Tertiary Child and Adolescent Mental Health Services and the Association with Standard Measures of Impairment and Severity." *The Permanente Journal* 22.
- Ricciutello, Cosimo, Mariagnese Cheli, Maria Elena Montenegro, Michela Campieri, Andrea Fini, and Francesca Pincanelli. 2012. "Violenza Intrafamiliare e Salute Mentale in Adolescenza: Il Trauma Complesso Come Disturbo Dello Sviluppo." *Rivista Di Psichiatria* 47 (5): 413–23.
- S.I.N.P.I.A. 2007. "Linee Guida in Tema Di Abuso Sui Minorenni."
- Shonkoff, Jack P, W Thomas Boyce, and Bruce S McEwen. 2009. "Neuroscience, Molecular Biology, and the Childhood Roots of Health Disparities: Building a New Framework for Health Promotion and Disease Prevention." *Jama* 301 (21): 2252–59.
- Straus, Murray, Sherry Hamby, Sue Boney-McCoy, and David Sugarman. 1996. "The Revised Conflict Tactics Scales (CTS2): Development and Preliminary Psychometric Data."

Journal of Family Issues - J FAM ISS 17 (May): 283–316.

<https://doi.org/10.1177/019251396017003001>.

Teicher, Martin H, Jeffrey B Gordon, and Charles B Nemeroff. 2021. "Recognizing the Importance of Childhood Maltreatment as a Critical Factor in Psychiatric Diagnoses, Treatment, Research, Prevention, and Education." *Molecular Psychiatry*.

<https://doi.org/10.1038/s41380-021-01367-9>.

Vachon, David D, Robert F Krueger, Fred A Rogosch, and Dante Cicchetti. 2015. "Assessment of the Harmful Psychiatric and Behavioral Effects of Different Forms of Child Maltreatment." *JAMA Psychiatry* 72 (11): 1135–42.

<https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2015.1792>.

Villodas, Miguel T, Alan J Litrownik, Richard Thompson, Deborah Jones, Scott C Roesch, Jon M Hussey, Stephanie Block, Diana J English, and Howard Dubowitz. 2015.

"Developmental Transitions in Presentations of Externalizing Problems among Boys and Girls at Risk for Child Maltreatment." *Development and Psychopathology* 27 (1): 205–19.

Wolfe, Jessica, Rachel Kimerling, J Wilson, and T M Keane. 1997. "Assessing Psychological Trauma and PTSD." *Gender Issues in the Assessment of Posttraumatic Stress Disorder, IJWTM Keane, Editor. New York: Guilford*, 192–238.

Zeanah, Charles H. 2019. "Navigating the Science-practice Gap in Child Maltreatment." *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. Wiley Online Library.

Zeanah, Charles H, and Kathryn L Humphreys. 2018. "Child Abuse and Neglect." *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 57 (9): 637–44.