

IL TRAUMA PSICOLOGICO NEI MINORI VITTIME DI VIOLENZA ASSISTITA E FAMILIARE: CONSEGUENZE CLINICHE E IMPLICAZIONI PER L'INTERVENTO ISTITUZIONALE

INDICE

INTRODUZIONE.....	3
-------------------	---

Capitolo I:

La violenza domestica e la violenza assistita: definizioni e inquadramento teorico

1.1 La violenza domestica: inquadramento del fenomeno.....	5
1.1.1 Definizione di violenza domestica.....	6
1.1.2 Le forme della violenza domestica.....	7
1.1.3 Inquadramento giuridico della violenza domestica.....	9
1.2 La violenza assistita: definizione e caratteristiche.....	12
1.2.1 Definizione di violenza assistita.....	12
1.2.2 Modalità di esposizione alla violenza.....	14
1.2.3 La violenza assistita come forma di maltrattamento psicologico.....	15
1.3 Diffusione del fenomeno.....	17
1.3.1 Dati internazionali (OMS).....	18
1.3.2 Dati europei.....	19
1.3.3 Dati italiani (ISTAT).....	20

Capitolo II:

Il trauma psicologico in età evolutiva

2.1 Il trauma psicologico: definizione e tipologie.....	23
2.1.1 Definizione di trauma psicologico.....	24
2.1.2 Trauma di tipo I e Trauma di tipo II: dall'evento singolo alla traumatizzazione cronica	25
2.1.3 Trauma relazionale precoce.....	27
2.2 Le conseguenze del trauma nei minori.....	29
2.2.1 Il Disturbo da Stress Post-Traumatico Complesso (C-PTSD).....	30
2.2.2 Sintomi e manifestazioni nei minori.....	32
2.2.3 Impatto sullo sviluppo emotivo, cognitivo e relazionale.....	33
2.3 Meccanismi di adattamento e difesa.....	36

2.3.1 Dissociazione nei minori.....	37
2.3.2 Meccanismi di difesa psicologica.....	39
2.3.3 Funzione adattiva e rischio evolutivo.....	42

Capitolo III:

Implicazioni cliniche e istituzionali della violenza assistita

3.1 La rete di protezione del minore.....	43
3.1.1 Il ruolo dei servizi sociali e sanitari.....	43
3.1.2 Il ruolo dell'Autorità Giudiziaria e delle Forze dell'Ordine.....	45
3.1.3 La collaborazione tra Istituzioni.....	47
3.2 Elementi fondamentali nella presa in carico del minore vittima di violenza assistita.....	48
3.2.1 L'importanza dell'ascolto e dell'approccio non giudicante.....	49
3.2.2 Stabilità, prevedibilità e costruzione della fiducia.....	50
3.2.3 L'importanza dell'intervento precoce.....	51
3.3 Dal focus sulla vittima al focus sul maltrattante.....	53
3.3.1 Oltre la vittima: limiti e squilibri nella raccolta delle informazioni familiari.....	54
3.3.2 Stereotipi, resistenze e difficoltà nella valutazione del maltrattante.....	55
3.3.3 Il ruolo dell'operatore nella raccolta delle informazioni.....	57
 CONCLUSIONI.....	 59
 BIBLIOGRAFIA.....	 61

Introduzione

La violenza domestica rappresenta una delle forme di maltrattamento più diffuse e al tempo stesso più difficili da riconoscere nella sua complessità. Quando si manifesta, non coinvolge esclusivamente la vittima diretta delle condotte violente, ma investe inevitabilmente anche i figli che assistono agli episodi di abuso o che crescono in un clima caratterizzato da paura, controllo e instabilità emotiva. In questi casi si parla di violenza assistita, una forma di vittimizzazione che può compromettere profondamente il percorso di sviluppo del minore, influenzandone il benessere psicologico, emotivo, cognitivo e relazionale.

Negli ultimi decenni la ricerca scientifica ha evidenziato come l'esposizione cronica a esperienze traumatiche precoci possa produrre conseguenze che si estendono ben oltre l'infanzia, incidendo sulla costruzione dell'identità, sulla regolazione delle emozioni, sulle modalità di attaccamento e sulla capacità di instaurare relazioni significative nel corso della vita. Il trauma relazionale, infatti, non si limita a generare sintomi osservabili, ma modifica profondamente il modo in cui il bambino interpreta se stesso, gli altri e il mondo circostante.

L'obiettivo del presente elaborato è approfondire il fenomeno della violenza domestica e della violenza assistita, analizzandone le principali caratteristiche e le ripercussioni sullo sviluppo del minore attraverso la letteratura psicologica più significativa. Dopo un primo inquadramento teorico e normativo del fenomeno, verranno esaminate le conseguenze psicologiche dell'esposizione alla violenza, con particolare attenzione ai traumi complessi, ai meccanismi di adattamento e di difesa, ai processi dissociativi e agli effetti sullo sviluppo emotivo, cognitivo e relazionale del bambino. Nell'ultima parte dell'elaborato saranno approfondite le implicazioni cliniche e operative, evidenziando l'importanza di un intervento precoce, multidisciplinare e orientato alla tutela del minore. In tale prospettiva, particolare rilievo assume anche il ruolo delle Istituzioni e delle Forze dell'Ordine, spesso tra i primi soggetti chiamati a intercettare situazioni di violenza familiare e ad attivare i percorsi di protezione previsti dall'ordinamento.

Comprendere gli effetti della violenza assistita significa riconoscere che il bambino non è un semplice spettatore della violenza, bensì una vittima a tutti gli effetti, portatrice di bisogni

specifici di tutela, ascolto e cura. Solo attraverso una conoscenza approfondita del fenomeno è possibile promuovere interventi realmente efficaci, capaci di interrompere la trasmissione intergenerazionale della violenza e favorire percorsi di resilienza e di recupero.

Capitolo I

LA VIOLENZA DOMESTICA E LA VIOLENZA ASSISTITA: DEFINIZIONI E INQUADRAMENTO TEORICO

1.1 La violenza domestica: inquadramento del fenomeno

La violenza domestica rappresenta un fenomeno complesso e diffuso, che si sviluppa all'interno delle relazioni familiari e affettive e che, per lungo tempo, è stato sottovalutato o interpretato in maniera riduttiva. Negli ultimi decenni, tuttavia, l'attenzione scientifica, sociale e istituzionale nei confronti di tale fenomeno è cresciuta significativamente, portando ad una progressiva ridefinizione dei suoi confini e delle sue caratteristiche.

Tradizionalmente associata alla sola dimensione fisica, la violenza domestica è oggi riconosciuta come un fenomeno multidimensionale, che comprende una pluralità di comportamenti abusanti, tra cui forme di violenza psicologica, emotiva, economica e di controllo coercitivo. Tali forme possono manifestarsi in modo isolato o, più frequentemente, intrecciarsi tra loro, dando origine a dinamiche relazionali complesse e spesso difficili da riconoscere, soprattutto per chi le vive (Consiglio d'Europa, 2011).

Un elemento centrale nella comprensione della violenza domestica è la sua natura relazionale: essa si sviluppa infatti all'interno di legami affettivi caratterizzati da vicinanza, dipendenza e continuità nel tempo. Questo aspetto contribuisce a rendere particolarmente delicata la sua individuazione e gestione, in quanto la violenza si inserisce in contesti che, almeno apparentemente, dovrebbero essere connotati da protezione e cura. In questo senso, la violenza domestica non può essere interpretata come un insieme di episodi isolati, ma come un fenomeno strutturato, inserito in dinamiche relazionali complesse e continuative (Luberti & Pedrocco Biancardi, 2005; Coordinamento Italiano dei Servizi contro il Maltrattamento e l'Abuso all'Infanzia [CISMAI], 2017).

Proprio per la sua articolazione, la violenza domestica si configura come un ambito che coinvolge diversi attori a livello di prevenzione, rilevazione e intervento. In particolare, essa richiede

l'interazione di prospettive e competenze appartenenti a differenti settori, tra cui quello giuridico, quello sociale e quello sanitario-psicologico. La presa in carico delle situazioni di violenza, infatti, non può prescindere da un approccio multidisciplinare, capace di coniugare tutela legale, supporto sociale e intervento clinico, soprattutto nei casi in cui siano coinvolti minori (CISMAI, 2017).

Alla luce di tali considerazioni, appare evidente la necessità di adottare definizioni chiare e condivise del fenomeno, fondamentali per orientare sia la ricerca scientifica sia le pratiche di intervento. Nel paragrafo seguente verranno pertanto analizzate le principali definizioni di violenza domestica proposte dalle organizzazioni internazionali e dalla letteratura scientifica.

1.1.1 Definizione di violenza domestica

Nel tentativo di definire la violenza domestica, è necessario distinguere, pur riconoscendone la frequente sovrapposizione, tale concetto da quello di violenza di genere.

L'art. 3 della Convenzione del Consiglio d'Europa sulla prevenzione e la lotta contro la violenza nei confronti delle donne e la violenza domestica (*Convenzione di Istanbul*) definisce la violenza domestica come *“tutti gli atti di violenza fisica, sessuale, psicologica o economica che si verificano all'interno della famiglia o del nucleo familiare o tra attuali o precedenti coniugi o partner, indipendentemente dal fatto che l'autore di tali atti condivida o abbia condiviso la stessa residenza con la vittima”* (Consiglio d'Europa, 2011, art. 3). Tale definizione consente di includere l'insieme delle condotte abusive che si sviluppano all'interno di relazioni familiari o affettive, indipendentemente dal genere delle persone coinvolte.

Diversamente, la violenza di genere indica una specifica forma di violenza basata sull'appartenenza di genere, che colpisce prevalentemente le donne. In tal senso, l'art. 1 della Dichiarazione sull'eliminazione della violenza contro le donne, adottata dall'Assemblea Generale delle Nazioni Unite, definisce tale fenomeno come: *“ogni atto di violenza fondata sul genere che provochi un danno o una sofferenza fisica, sessuale o psicologica per le donne, incluse le minacce di compiere tali atti, la coercizione o la privazione arbitraria della libertà”* (Assemblea Generale delle Nazioni Unite, 1993, art. 1).

Il rapporto tra violenza domestica e violenza di genere è ulteriormente chiarito dalla Convenzione di Istanbul, che riconosce la violenza contro le donne come una violazione dei diritti umani e una forma di discriminazione, sottolineando al contempo come la violenza domestica possa riguardare anche altri soggetti vulnerabili, quali minori e anziani (Consiglio d'Europa, 2011).

Sebbene i due concetti non coincidano, numerosi studi evidenziano come la violenza domestica sia frequentemente caratterizzata da dinamiche di genere, configurandosi, in molti casi, anche come violenza di genere. A livello internazionale, l'Organizzazione Mondiale della Sanità stima che circa una donna su tre abbia subito nel corso della vita forme di violenza fisica o sessuale, nella maggior parte dei casi da parte di partner o ex (OMS, 2021).

Alla luce di tali considerazioni, nel presente elaborato si adopera una definizione ampia di violenza domestica, comprensiva di tutte le forme di abuso che si manifestano nel contesto familiare o relazionale, indipendentemente dal genere della vittima, pur riconoscendo la rilevanza delle dimensioni di genere che frequentemente caratterizzano il fenomeno.

1.1.2 Le forme della violenza domestica

La violenza domestica si configura come un fenomeno articolato e complesso, che può riguardare chiunque, in quanto non esiste un profilo specifico della persona che subisce violenza; essa può interessare individui appartenenti a qualsiasi contesto sociale, economico e culturale senza distinzioni di età o etnia. La violenza non si esaurisce nella sola dimensione fisica, ma comprende una pluralità di forme di abuso che possono manifestarsi in maniera isolata o, più frequentemente, intrecciarsi tra loro. La letteratura evidenzia come tali forme condividano una comune finalità di controllo, dominio e sopraffazione all'interno della relazione, pur esprimendosi attraverso modalità differenti (OMS, 2021; Consiglio d'Europa, 2011).

Tra le principali forme di violenza domestica si annoverano la violenza fisica, psicologica, emotiva, verbale, economica e il controllo coercitivo.

La violenza fisica rappresenta la forma più visibile e riconoscibile e comprende tutti gli atti diretti a compromettere l'integrità fisica della persona, quali spintoni, schiaffi, morsi, pugni, calci, testate, fino all'uso di oggetti per colpire o minacciare. Questa

forma di violenza può variare per intensità e gravità, fino a esiti estremi.

Accanto alla dimensione fisica, la violenza psicologica comprende i comportamenti volti a minare l'autostima, l'identità ed il benessere emotivo della vittima, attraverso strategie di svalutazione, umiliazione, minaccia, intimidazione e isolamento. Si tratta della forma più difficile da identificare, poiché spesso meno evidente rispetto a quella fisica, ma al contempo particolarmente pervasiva e dannosa, in quanto agisce nel tempo consumando progressivamente le risorse personali della vittima. Un elemento particolarmente rilevante è il carattere subdolo di tali dinamiche: l'esposizione prolungata a messaggi denigratori e svalutanti può condurre la vittima a interiorizzare tali contenuti, arrivando a percepirli come veritieri e a sviluppare una rappresentazione negativa di sé. In questo processo, non è raro che si instauri un profondo senso di colpa, che porta la persona a ritenersi responsabile anche delle reazioni violente del partner o dell'autore del maltrattamento, contribuendo a mantenere e rafforzare la relazione disfunzionale (Luberti & Pedrocco Biancardi, 2005; Hirigoyen, 2000).

La violenza emotiva si manifesta invece attraverso comportamenti che colpiscono direttamente la sfera affettiva della vittima, quali rifiuto, freddezza, indifferenza, svalutazione o manipolazione emotiva. Essa può contribuire a generare sentimenti di insicurezza, dipendenza e paura, rafforzando il legame disfunzionale con l'autore della violenza. In molti casi, tali dinamiche si esprimono anche attraverso critiche mirate ai ruoli significativi ricoperti dalla vittima, come quello di partner, madre o figura di riferimento familiare. La sistematica delegittimazione di tali ruoli può compromettere ulteriormente il senso di efficacia personale, alimentando vissuti di inadeguatezza e contribuendo a un progressivo indebolimento dell'identità e dell'autonomia della persona (Luberti & Pedrocco Biancardi, 2005).

La violenza verbale si esprime invece mediante l'uso di parole offensive, insulti, denigrazioni e minacce, finalizzate a ferire e intimidire la vittima. Sebbene non comporti necessariamente un danno fisico immediato, essa può avere un impatto significativo sul piano psicologico e relazionale, contribuendo a rafforzare dinamiche di potere e sottomissione (OMS, 2021; Consiglio d'Europa, 2011).

La violenza economica riguarda il controllo e la limitazione dell'autonomia finanziaria della vittima, attraverso comportamenti quali l'impedimento all'accesso alle risorse economiche, il divieto o

l'ostacolo all'attività lavorativa, la sottrazione o la gestione unilaterale del denaro. Tale forma di abuso contribuisce a creare una condizione di dipendenza che rende particolarmente difficile per la vittima sottrarsi alla persona maltrattante. Questa tipologia di violenza si inserisce, inoltre, in un contesto storico e culturale in cui, per lungo tempo, i ruoli di genere hanno attribuito all'uomo la funzione di principale detentore delle risorse economiche, mentre alla donna è stato tradizionalmente assegnato un ruolo prevalentemente domestico e di cura. Sebbene negli ultimi decenni si sia assistito a un progressivo incremento dell'autonomia economica femminile e della partecipazione delle donne al mercato del lavoro, tali cambiamenti non si sono distribuiti in modo uniforme all'interno della società. In alcuni contesti, soprattutto caratterizzati da maggiore vulnerabilità sociale e culturale, la ridefinizione dei ruoli può essere vissuta come una minaccia agli equilibri tradizionali, contribuendo talvolta al mantenimento o all'accentuazione di dinamiche di controllo economico. In questo senso, la violenza economica può essere interpretata anche come uno strumento volto a ristabilire i rapporti di potere asimmetrici, limitando l'autonomia e la libertà decisionale della vittima (Consiglio d'Europa, 2011).

Il controllo coercitivo, infine, rappresenta una forma trasversale di violenza che si realizza attraverso un insieme sistematico di comportamenti finalizzati a esercitare dominio e controllo sulla vittima. Esso può includere sorveglianza costante, limitazione dei contatti sociali, controllo degli spostamenti e delle comunicazioni, fino alla regolazione degli aspetti più quotidiani della vita. Questa forma di violenza, spesso invisibile, è oggi riconosciuta come centrale nella comprensione delle dinamiche della violenza domestica (Stark, 2007).

Le diverse forme di violenza domestica presentate, pur distinguendosi per caratteristiche precise, tendono frequentemente a coesistere e a rafforzarsi reciprocamente, configurando contesti relazionali complessi e difficili da interrompere. La loro comprensione risulta fondamentale soprattutto in relazione agli effetti che tali dinamiche possono avere sui minori esposti, come verrà approfondito nei paragrafi successivi.

1.1.3 Inquadramento giuridico della violenza domestica

Nel contesto italiano, la violenza domestica trova un preciso riconoscimento anche sul piano giuridico, attraverso un insieme di

disposizioni normative volte alla tutela della vittima e al contrasto delle condotte maltrattanti all'interno delle relazioni familiari.

La fattispecie di riferimento è rappresentata dall'art. 572 del Codice Penale, che disciplina il reato di maltrattamenti contro familiari o conviventi. Tale norma punisce chiunque maltratti una persona della famiglia o comunque convivente, o una persona sottoposta alla sua autorità o affidata per ragioni di educazione, istruzione, cura, vigilanza o custodia, o per l'esercizio di una professione o di un'arte. La rilevanza di questa disposizione risiede nella sua capacità di ricomprendere una pluralità di comportamenti lesivi, non limitati alla violenza fisica, ma estesi anche a forme di abuso psicologico e morale, purché caratterizzati da abitudine e da una condizione di sofferenza continuativa per la vittima (Codice Penale, 1930, art. 572).

La previsione normativa si inserisce in un più ampio quadro di tutela dei soggetti vulnerabili, ovvero di tutte quelle persone che, per condizioni personali, relazionali o contestuali, anche in relazione a fattori quali dipendenza economica, isolamento sociale o presenza di minori, si trovano in una posizione di particolare fragilità o difficoltà nel sottrarsi alle dinamiche abusive. In tali situazioni, la vittima può trovarsi in una condizione di dipendenza o di costrizione tale da non percepire reali alternative all'accettazione dell'abuso, rendendo necessaria una risposta istituzionale rafforzata (Consiglio d'Europa, 2011; OMS, 2021).

Accanto alla previsione codicistica, negli ultimi anni il legislatore ha introdotto ulteriori strumenti volti a rafforzare la tutela della vittima di violenza domestica e di genere. In particolare, la legge 19 luglio 2019, n. 69, nota come "Codice Rosso", ha rappresentato un intervento significativo in tale ambito, introducendo modifiche al codice penale e al codice di procedura penale finalizzate a garantire una maggiore tempestività nella gestione dei procedimenti relativi a reati quali i maltrattamenti contro familiari o conviventi, gli atti persecutori (*stalking*) e la violenza sessuale (L. 19 luglio 2019, n. 69).

La principale innovazione della normativa consiste nell'introduzione di una sorta di "corsia preferenziale" per tali procedimenti, con l'obiettivo di ridurre i tempi di intervento e prevenire l'aggravarsi della situazione di violenza. In questa prospettiva, è previsto che la polizia giudiziaria, una volta acquisita la notizia di reato, la comunichi senza ritardo all'autorità giudiziaria. A sua volta, il pubblico ministero è tenuto ad assumere tempestivamente informazioni dalla vittima, entro un termine di tre giorni, così da

valutare in tempi brevi l'eventuale adozione di misure necessarie alla tutela della vittima (L. 19 luglio 2019, n. 69).

Un ulteriore rafforzamento degli strumenti di protezione è stato introdotto con la legge 24 novembre 2023, n. 168, recante modifiche al codice penale, al codice di procedura penale e altre disposizioni in materia di tutela delle vittime di violenza domestica e di genere (c.d. “riforma Roccella”), che si inserisce in continuità con il “Codice Rosso”, ampliandone e potenziandone l'efficacia. In particolare, tale intervento normativo ha inciso in modo significativo sulle misure cautelari e di prevenzione, prevedendo un rafforzamento del divieto di avvicinamento ai luoghi frequentati dalla persona offesa e introducendo un utilizzo più esteso e strutturato degli strumenti di controllo elettronico a distanza. In questo contesto, il giudice può disporre l'applicazione di modalità di monitoraggio elettronico a distanza, quali il cosiddetto “braccialetto elettronico”, al fine di verificare il rispetto delle prescrizioni imposte all'autore del reato, ai sensi dell'art. 275-bis del Codice di procedura penale (Codice di procedura penale, 1988, art. 275-bis). Tali strumenti consentono un controllo continuo e immediato, permettendo di rilevare eventuali violazioni e di attivare tempestivamente l'intervento delle autorità competenti. La normativa più recente tende inoltre a rendere sempre più centrale l'utilizzo di tali dispositivi nei casi di maggiore rischio, rafforzando la funzione preventiva e protettiva delle misure cautelari (L. 24 novembre 2023, n. 168).

L'impianto complessivo delle riforme si fonda sulla consapevolezza che, nei casi di violenza domestica e di genere, il fattore tempo riveste un ruolo cruciale: una risposta istituzionale rapida ed efficace, affiancata dall'adozione di strumenti concreti di controllo e protezione, può contribuire in modo determinante a interrompere le condotte violente e a ridurre il rischio di escalation (L. 19 luglio 2019, n. 69; L. 24 novembre 2023, n. 168).

L'inquadramento giuridico della violenza domestica evidenzia, dunque, come il fenomeno non sia soltanto oggetto di analisi psicologica e sociale, ma rappresenti anche una questione di rilevanza penale e di tutela dei diritti fondamentali della persona. In questo senso, la normativa vigente si inserisce in una prospettiva più ampia di protezione della vittima, che richiede un'integrazione tra interventi giuridici, sociali e psicologici, soprattutto nei casi in cui siano coinvolti minori.

In tale prospettiva, l'inquadramento giuridico del fenomeno assume particolare rilevanza anche sul piano applicativo, in quanto le norme trovano concreta attuazione nell'ambito dell'attività degli operatori impegnati nella gestione delle situazioni di violenza domestica, per i quali risulta essenziale integrare la conoscenza normativa con la comprensione delle dinamiche psicologiche e relazionali coinvolte.

1.2 La violenza assistita: definizione e caratteristiche

All'interno del più ampio fenomeno della violenza domestica, un'attenzione crescente è stata rivolta, negli ultimi anni, alla condizione dei minori esposti a tali dinamiche, anche quando non ne sono destinatari diretti. In questo contesto si colloca il concetto di violenza assistita, che fa riferimento all'esperienza del minore che assiste, direttamente o indirettamente, a episodi di violenza all'interno del contesto familiare o relazionale.

Si tratta di una forma particolarmente insidiosa di esposizione alla violenza, in quanto spesso meno visibile rispetto alle forme dirette di abuso, ma comunque in grado di incidere profondamente sullo sviluppo emotivo, relazionale e psicologico del bambino. La letteratura scientifica ha progressivamente riconosciuto la violenza assistita come una specifica forma di maltrattamento, sottolineandone le caratteristiche peculiari e le possibili conseguenze a breve e lungo termine.

Alla luce di tali considerazioni, nei paragrafi che seguono verranno analizzate le principali definizioni di violenza assistita, le modalità attraverso cui essa si manifesta e il suo inquadramento come forma di maltrattamento psicologico.

1.2.1 Definizione di violenza assistita

Nel tentativo di definire la violenza assistita, è necessario fare riferimento ai principali contributi della letteratura scientifica e alle definizioni elaborate dagli organismi specializzati nella tutela dell'infanzia. Tra queste, una delle più autorevoli è quella proposta dal CISMAI (Coordinamento Italiano dei Servizi contro il Maltrattamento e l'Abuso all'Infanzia), che definisce la violenza assistita 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. Di particolare gravità è la*

condizione degli orfani denominati speciali, vittime di violenza assistita da omicidio, omicidi plurimi, omicidio-suicidio. Il bambino può fare esperienza direttamente (quando essa avviene nel suo campo percettivo), indirettamente (quando il minore è a conoscenza della violenza), e/o percependone gli effetti acuti e cronici, fisici e psicologici. 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. La violenza sulle donne è un fenomeno diffuso, ancora sottovalutato e scarsamente rilevato, che può mettere a rischio, a partire dalle prime fasi della gravidanza, la salute psico-fisica e la vita stessa, sia delle madri che dei figli. Il coinvolgimento dei bambini nella violenza domestica può avvenire non solo durante la convivenza dei genitori, ma anche nelle fasi di separazione e dopo la separazione stessa. Queste ultime due fasi sono particolarmente a rischio per il coinvolgimento dei figli da parte del partner violento, il quale può utilizzare i bambini come strumento per reiterare i maltrattamenti sulla madre e per continuare a controllarla. Inoltre, in queste fasi aumenta il rischio di escalation della violenza e la possibilità di un esito letale. Le dinamiche della violenza domestica interferiscono sulla relazione con i figli, alterando l'espressione delle funzioni genitoriali della madre e del padre maltrattante e i modelli di attaccamento” (CISMAI, 2017).

Tale definizione evidenzia come la violenza assistita non si limiti alla mera osservazione di episodi violenti, ma comprenda una pluralità di esperienze che coinvolgono il minore anche a livello emotivo e relazionale. Il bambino, infatti, può essere esposto alla violenza non solo assistendo direttamente agli episodi, ma anche percependone le conseguenze, interiorizzando il clima di paura e instabilità o cogliendo segnali indiretti, quali tensioni, silenzi, alterazioni comportamentali degli adulti di riferimento.

La violenza assistita si configura, dunque, come una forma complessa di esposizione alla violenza, che si sviluppa all'interno delle relazioni significative e che coinvolge profondamente il sistema di attaccamento del minore. In questo senso, essa assume una rilevanza particolare, in quanto il bambino si trova a vivere un'esperienza di minaccia proprio all'interno di un contesto che dovrebbe garantire protezione e sicurezza (CISMAI, 2017).

La letteratura internazionale tende a ricondurre tale fenomeno all'interno della più ampia categoria delle *Adverse Childhood Experiences (ACE)*, definite come esperienze traumatiche o altamente stressanti vissute durante l'infanzia, tra cui rientrano l'esposizione alla violenza domestica, i maltrattamenti, gli abusi, la trascuratezza e altre

condizioni familiari disfunzionali (Centers for Disease Control and Prevention [CDC], 2021). L'esposizione alla violenza domestica rappresenta infatti un importante fattore di rischio per lo sviluppo psicologico del minore. In linea con questa prospettiva, anche l'Organizzazione Mondiale della Sanità sottolinea come l'esposizione a contesti familiari violenti possa determinare conseguenze significative sul benessere emotivo, cognitivo e relazionale del bambino (OMS, 2021).

Alla luce di tali considerazioni, la violenza assistita viene oggi sempre più riconosciuta non solo come una condizione accessoria rispetto alla violenza domestica, ma come una forma autonoma di maltrattamento, meritevole di specifica attenzione sul piano clinico, sociale e giuridico.

1.2.2 Modalità di esposizione alla violenza

Come già evidenziato nella definizione proposta nel paragrafo precedente, la violenza assistita può configurarsi attraverso modalità di esposizione sia diretta sia indiretta. Tuttavia, tale distinzione richiede un ulteriore approfondimento, al fine di cogliere in modo più preciso la complessità delle esperienze vissute dal minore all'interno di contesti familiari violenti.

L'esposizione diretta si verifica quando il bambino assiste in prima persona agli episodi di violenza, vedendo o udendo comportamenti aggressivi tra le figure di riferimento. In queste situazioni, il minore può trovarsi a osservare scene di violenza fisica o verbale, percepire urla, minacce o richieste di aiuto, vivendo un'esperienza altamente destabilizzante sul piano emotivo.

Accanto a questa dimensione, l'esposizione indiretta comprende tutte quelle situazioni in cui il minore, pur non assistendo direttamente agli episodi violenti, ne percepisce gli effetti o ne viene comunque a conoscenza. Ciò può avvenire attraverso segnali fisici o comportamenti delle vittime, cambiamenti nel clima familiare, racconti o semplicemente attraverso la percezione di una tensione costante all'interno del contesto relazionale e familiare.

Particolarmente significativa è, inoltre, l'esposizione continuativa a un clima familiare caratterizzato da paura, instabilità e conflittualità, anche in assenza di episodi di violenza esplicita. In linea con quanto evidenziato dal CISMAI, l'esposizione prolungata a tali contesti può configurarsi come una forma di traumatizzazione cronica,

in grado di incidere su molteplici aree di funzionamento del minore. Pur senza entrare nel dettaglio degli esiti, che saranno approfonditi nei capitoli successivi, è possibile evidenziare come tali esperienze possano influenzare la sfera emotiva, cognitiva, comportamentale e relazionale del bambino, contribuendo a compromettere il suo senso di sicurezza e la qualità delle relazioni significative (CISMAI, 2017).

In alcune circostanze, il minore può essere coinvolto attivamente nelle dinamiche familiari, ad esempio tentando di intervenire per interrompere i conflitti, assumendo un ruolo di mediazione o cercando di proteggere la persona vittima della violenza. Tali situazioni risultano particolarmente gravose, in quanto espongono il bambino a responsabilità non adeguate alla sua età e contribuiscono ad amplificare il carico emotivo e lo stress. In questi casi, il minore non è soltanto spettatore, ma diventa parte attiva di una dinamica relazionale disfunzionale (CISMAI, 2017; Luberti & Grappolini, 2017).

Alla luce di tali considerazioni, la violenza assistita deve essere intesa come una condizione articolata, che include una pluralità di modalità di esposizione e che si sviluppa all'interno di contesti relazionali caratterizzati da dinamiche di potere, controllo e sopraffazione.

1.2.3 La violenza assistita come forma di maltrattamento psicologico

La violenza assistita è oggi ampiamente riconosciuta in letteratura come una specifica forma di maltrattamento psicologico, in quanto coinvolge il minore all'interno di dinamiche relazionali caratterizzate da paura, sopraffazione e perdita di sicurezza. Già prima della diffusione del termine “*violenza assistita*”, diversi autori avevano infatti analizzato gli effetti della violenza domestica sui figli, inserendoli all'interno delle categoria del maltrattamento psicologico. In questa prospettiva, essa si configura come la reiterazione di pattern comportamentali e modelli relazionali che trasmettono al bambino l'idea di non essere amato né desiderato e che il proprio valore sia subordinato alla soddisfazione dei bisogni altrui (Luberti & Grappolini, 2017).

Il maltrattamento psicologico comprende una pluralità di comportamenti, tra cui il biasimo e le critiche continue, l'isolamento, l'impedimento delle relazioni sociali e dei rapporti con i pari e con altri familiari, la disparità di trattamento tra fratelli, le minacce,

nonché la creazione di un clima relazionale caratterizzato da ostilità, paura e ansia. Rientra inoltre in tale categoria anche il consentire che il bambino assista alla violenza o ai conflitti tra i genitori, o alle aggressioni fisiche di un genitore nei confronti dell'altro o di altri membri della famiglia (Di Blasio, 2000). In questo senso, la violenza assistita si colloca pienamente all'interno del maltrattamento psicologico, condividendone le dinamiche e gli effetti disfunzionali.

Un elemento particolarmente rilevante è rappresentato dal ruolo della minaccia all'interno delle relazioni violente. Come sottolineato da Monteleone (1999), rientrano tra i comportamenti che inducono terrore non solo gli atti violenti diretti, ma anche la minaccia di fare del male ad altri in presenza del bambino e il permettere intenzionalmente che egli assista o sia coinvolto in comportamenti violenti. Tali dinamiche contribuiscono a generare uno stato di paura diffusa e costante, che coinvolge il minore anche quando non è direttamente destinatario della violenza.

In linea con tale prospettiva, la letteratura evidenzia come la minaccia possa risultare, in molti casi, ancora più pervasiva della violenza fisica, in quanto costringe la vittima a vivere in una condizione di allerta continua, caratterizzata dal timore costante per la propria incolumità e per quella dei propri cari. Nel contesto della violenza domestica, ad esempio, la madre può trovarsi a temere non solo per sé, ma anche per la sicurezza dei figli, contribuendo così a generare un clima altamente destabilizzante per il minore (Monteleone, 1999; Luberti & Grappolini, 2017).

Un ulteriore aspetto centrale riguarda le dinamiche di controllo psicologico esercitate dal maltrattante, che possono portare la vittima a sviluppare una percezione distorta della relazione. Herman (2005) evidenzia come, attraverso tecniche di coercizione e manipolazione, l'autore della violenza possa essere percepito come onnipotente, inducendo nella vittima la convinzione che ogni forma di resistenza sia inutile e che la propria sopravvivenza dipenda dall'ottenimento della sua indulgente approvazione. In tali condizioni, si può instaurare un paradossale meccanismo per cui il persecutore viene progressivamente percepito come il proprio salvatore, generando sentimenti di gratitudine e dipendenza che compromettono profondamente la coscienza di sé della vittima (Herman, 2005; Di Blasio, 2000).

Quando tali dinamiche si sviluppino in presenza di un minore, esse assumono una rilevanza ancora maggiore, in quanto il bambino assiste non solo alla violenza, ma anche alle modalità con cui la vittima si

relaziona al maltrattante. Il fatto che il genitore maltrattato manifesti atteggiamenti di dipendenza, compiacenza o persino gratitudine nei confronti dell'autore della violenza contribuisce a trasmettere al minore una rappresentazione profondamente distorta delle relazioni affettive.

In questo modo, il bambino può interiorizzare modelli relazionali ambivalenti, nei quali la violenza viene percepita come parte integrante del legame affettivo. Ciò non implica che tale relazione possa essere definita come autenticamente affettiva; tuttavia, sul piano esperienziale, il minore apprende a interpretare la relazione significativa anche attraverso dinamiche di paura, controllo e dipendenza. Questo processo contribuisce alla costruzione di schemi relazionali disfunzionali, che potranno influenzare, nelle fasi successive dello sviluppo, il modo di concepire e vivere i legami significativi (Di Blasio, 2000; Luberti & Grappolini, 2017).

All'interno di tali dinamiche, il minore non è dunque un semplice osservatore, ma un soggetto coinvolto in un sistema relazionale disfunzionale, nel quale interiorizza modelli fondati sulla paura, sull'instabilità e sulla svalutazione. L'esposizione a questi contesti può incidere significativamente sullo sviluppo emotivo e relazionale, compromettendo il senso di sicurezza e la qualità dei legami di attaccamento, nonché evolvere in esiti differenti, che saranno oggetto di approfondimento nei capitoli successivi.

Alla luce di tali considerazioni, la violenza assistita deve essere intesa non come una condizione accessoria rispetto alla violenza domestica, ma come una forma autonoma e specifica di maltrattamento psicologico, che richiede un riconoscimento e un intervento mirati sul piano clinico, sociale e giuridico.

1.3 Diffusione del fenomeno

Al fine di comprendere pienamente la rilevanza della violenza domestica e, nello specifico, della violenza assistita, risulta necessario collocare il fenomeno all'interno di un quadro epidemiologico più ampio.

L'analisi dei dati disponibili a livello internazionale, europeo e nazionale consente infatti di evidenziare come tali forme di violenza non rappresentino eventi isolati, ma costituiscano un problema diffuso e strutturale, con un impatto significativo sul piano sociale e sanitario.

In questa prospettiva, i dati forniti da organismi quali l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS, 2021), le principali istituzioni europee e le indagini statistiche nazionali (Istituto Nazionale di Statistica [ISTAT], 2025) permettono di delineare la portata del fenomeno, contribuendo a rafforzare la consapevolezza circa la necessità di interventi di prevenzione, tutela e presa in carico delle vittime, in particolare dei minori esposti a contesti familiari violenti.

1.3.1 Dati internazionali (OMS)

A livello internazionale, la violenza rappresenta un fenomeno di rilevanza globale, riconosciuto come un problema di salute pubblica di ampia portata. Il *World Report on Violence and Health* dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) costituisce una delle prime analisi sistematiche del fenomeno su scala globale, evidenziando come la violenza incida profondamente sul benessere fisico, psicologico e sociale degli individui (OMS, 2002).

Secondo i dati riportati, ogni anno milioni di persone nel mondo sono vittime di violenza, con conseguenze che si riflettono non solo sul piano individuale, ma anche su quello sociale ed economico. In particolare, il fenomeno della violenza interpersonale coinvolge in modo significativo adolescenti e giovani: si stima che ogni giorno oltre 500 giovani muoiano a causa di atti di violenza, mentre tra i 3,5 e i 7,5 milioni vengono ricoverati annualmente per le stesse cause (Istituto Superiore di Sanità, 2002).

Parallelamente, la violenza domestica rappresenta una delle forme più diffuse e pervasive di abuso. Secondo l'OMS, una quota significativa di donne a livello globale subisce violenza fisica o sessuale da parte del partner nel corso della vita, con percentuali che in alcuni contesti raggiungono livelli estremamente elevati (OMS, 2002). Tale fenomeno non riguarda esclusivamente le vittime dirette, ma coinvolge inevitabilmente anche i minori presenti nel contesto familiare.

Numerosi studi evidenziano infatti come milioni di bambini nel mondo siano esposti a situazioni di violenza all'interno delle mura domestiche, risultando vittime indirette di tali dinamiche. L'esposizione alla violenza familiare, anche in assenza di un coinvolgimento diretto, può determinare conseguenze significative sullo sviluppo emotivo, cognitivo e relazionale del minore. Allo stesso tempo è opportuno sottolineare come la violenza assistita risulti

ancora difficilmente quantificabile nei principali studi epidemiologici, in quanto spesso non rilevata come categoria autonoma, ma inclusa all'interno delle più ampie indagini sulla violenza domestica. Ciò contribuisce a una possibile sottostima del fenomeno, nonostante la sua rilevanza clinica e sociale.

Alla luce di tali dati, emerge con chiarezza come la violenza costituisca un fenomeno complesso e diffuso, che richiede un approccio integrato e multidisciplinare, in grado di considerare non solo le vittime dirette, ma anche coloro che, pur non essendo destinatari diretti degli atti violenti, ne subiscono gli effetti in modo significativo, come nel caso dei minori esposti a violenza domestica, la cui condizione richiede un'attenzione specifica sia sul piano clinico sia su quello della prevenzione e della tutela.

1.3.2 Dati europei

A livello europeo, la violenza di genere rappresenta un fenomeno diffuso e strutturale, che incide in modo significativo sulla sicurezza, sulla salute e sulla qualità della vita delle persone. I dati più recenti, elaborati a livello dell'Unione Europea, consentono di delineare un quadro aggiornato della diffusione del fenomeno, evidenziandone la rilevanza sia sul piano individuale sia su quello sociale.

Un'indagine condotta tra il 2020 e il 2024, coordinata da Eurostat, dall'Agenzia dell'Unione europea per i diritti fondamentali e dall'Istituto europeo per l'uguaglianza di genere, ha coinvolto oltre 114.000 donne tra i 18 e i 74 anni nei Paesi membri, fornendo una fotografia ampia e articolata delle esperienze di violenza nell'Unione europea (Eurostat et al., 2024).

I risultati evidenziano come circa una donna su tre nell'UE abbia subito, nel corso della propria vita, una forma di violenza fisica e/o sessuale a partire dall'età di 15 anni. In particolare, circa il 30% delle donne ha subito violenza fisica, minacce o violenza sessuale, mentre una quota significativa, pari a circa il 17%, ha dichiarato di aver subito violenza da parte di un partner intimo nel corso della vita.

L'analisi dei dati mette inoltre in luce differenze tra i diversi Paesi membri: alcuni Stati, come Finlandia, Svezia e Ungheria, registrano percentuali particolarmente elevate di donne che riferiscono di aver subito violenza nel corso della vita, con valori che in alcuni casi superano il 50%. Tali differenze devono tuttavia essere

interpretate con cautela, in quanto possono essere influenzate da vari fattori, tra cui il diverso livello di consapevolezza sociale, la propensione alla denuncia e le modalità di rilevazione dei dati.

La violenza di genere nell'Unione Europea non riguarda esclusivamente la sfera privata, ma si configura come un fenomeno complesso che si manifesta in molteplici forme, tra cui violenza fisica, sessuale, psicologica ed economica, sia all'interno delle relazioni affettive sia in contesti sociali più ampi (Eurostat et al., 2024).

Essa è strettamente connessa agli squilibri di potere tra i generi e risulta influenzata da fattori culturali, sociali ed economici.

Particolare rilievo assume il contesto domestico, all'interno del quale si verifica una quota significativa degli episodi di violenza. In tale ambito, si stima che circa il 18% delle donne nell'UE abbia subito violenza fisica o sessuale, o minacce, da parte di un partner intimo nel corso della vita, mentre circa il 32% abbia subito forme di violenza psicologica (Eurostat et al., 2024). Questi dati evidenziano come la violenza domestica rappresenti una dimensione centrale del fenomeno, con conseguenze rilevanti anche per i minori che vivono in tali contesti.

Analogamente a quanto osservato a livello internazionale, anche in ambito europeo la violenza domestica non coinvolge esclusivamente le vittime dirette, ma ha ricadute significative sui bambini e sugli adolescenti presenti nel contesto familiare. L'esposizione a tali dinamiche può incidere profondamente sullo sviluppo emotivo e relazionale del minore, influenzando la costruzione dei modelli affettivi e relazionali nelle successive fasi della vita.

Alla luce di tali evidenze, emerge la necessità di un approccio integrato a livello europeo, che non si limiti alla repressione dei comportamenti violenti, ma che includa interventi di prevenzione, protezione delle vittime e promozione dell'uguaglianza di genere. In questa direzione si collocano anche le recenti iniziative normative dell'Unione Europea, volte a rafforzare la tutela delle vittime e a contrastare in modo più efficace le diverse forme di violenza di genere.

1.3.3 Dati italiani (ISTAT)

Nel contesto italiano, il fenomeno della violenza di genere continua a rappresentare una problematica sociale di ampia diffusione e rilevanza. I dati più recenti diffusi dall'Istat attraverso l'indagine

“La violenza contro le donne, dentro e fuori la famiglia- Primi risultati 2025” evidenziano come la violenza maschile contro le donne interessi ancora una parte consistente della popolazione femminile italiana.

Secondo le stime preliminari dell’indagine, sono circa 6 milioni e 400 mila, pari al 31,9% delle donne italiane tra i 16 e i 75 anni, coloro che hanno subito almeno una forma di violenza fisica o sessuale nel corso della vita. In particolare, il 18,8% ha subito violenze fisiche, mentre il 23,4% violenze sessuali; tra queste ultime, il 5,7% ha subito stupri o tentati stupri (ISTAT, 2025).

La violenza si manifesta sia all’interno sia all’esterno delle relazioni affettive. Considerando le donne che hanno o hanno avuto un partner, il 12,6% dichiara di aver subito violenza fisica o sessuale nell’ambito della coppia, mentre il 26,5% riferisce episodi di violenza da parte di parenti, amici, colleghi, conoscenti o sconosciuti. Inoltre, alle violenze fisiche e sessuali si affiancano frequentemente forme di violenza psicologica ed economica, che contribuiscono a mantenere situazioni di controllo e dipendenza.

Particolarmente significativo risulta il ruolo degli ex partner, responsabili di una quota rilevante delle violenze più gravi. L’indagine evidenzia infatti che il 63,8% degli stupri è commesso da partner o ex partner, confermando come il contesto relazionale rappresenti uno degli ambiti maggiormente a rischio per le donne (ISTAT, 2025).

L’analisi mette inoltre in evidenza un importante aspetto sommerso della violenza. Soltanto il 13,3% delle donne che hanno subito violenze fisiche o sessuali dichiara di aver denunciato almeno uno degli episodi subiti. Rimane pertanto significativa la quota di vittime che non si rivolge alle autorità, spesso per paura, vergogna o dipendenza emotiva ed economica dal partner violento (ISTAT, 2025).

Un ulteriore elemento di rilievo riguarda le conseguenze psicologiche della violenza. Tra le donne che hanno subito ripetute violenze da parte del partner o dell’ex partner emergono frequentemente perdita di fiducia e autostima, ansia, attacchi di panico, depressione, disturbi del sonno e difficoltà nella gestione delle relazioni familiari e genitoriali (ISTAT, 2025).

L’indagine evidenzia inoltre come la violenza assistita coinvolga un numero ancora significativo di minori. Come anticipato in precedenza, in molte situazioni di violenza domestica i figli assistono direttamente agli episodi violenti, con possibili ripercussioni

sullo sviluppo emotivo, relazionale e comportamentale. La presenza di tali dinamiche all'interno del nucleo familiare può incidere significativamente sull'equilibrio emotivo e sul percorso evolutivo dei minori esposti, influenzandone la percezione delle relazioni affettive e del senso di sicurezza (ISTAT, 2025).

Nel complesso, i dati italiani confermano come la violenza di genere rappresenti un fenomeno strutturale e multidimensionale, che richiede interventi integrati di prevenzione, protezione e sostegno alle vittime, nonché una particolare attenzione ai minori coinvolti nei contesti caratterizzati da violenza domestica. Proprio in considerazione della particolare vulnerabilità dei minori e della rilevanza delle ripercussioni derivanti dall'esposizione a tali contesti, nel capitolo successivo verranno approfonditi gli effetti della violenza assistita sullo sviluppo del bambino, con particolare attenzione alle conseguenze emotive, relazionali e comportamentali.

Capitolo II

IL TRAUMA PSICOLOGICO IN ETA' EVOLUTIVA

“Dopo un’esperienza traumatica, il sistema umano di auto-conservazione sembra essere in uno stato di allerta permanente, come se il pericolo potesse tornare da un momento all’altro”

Judith Lewis Herman

2.1 Il trauma psicologico: definizione e tipologie

L’esposizione alla violenza domestica e assistita può rappresentare, per il minore, un’esperienza estremamente destabilizzante, capace di incidere non soltanto sul benessere immediato del bambino, ma anche sull’equilibrio emotivo e sui processi di crescita psicologica del minore. In età evolutiva, infatti, le esperienze traumatiche assumono una rilevanza particolare, poiché si inseriscono in una fase in cui la personalità, i modelli di attaccamento e le capacità di regolazione emotiva sono ancora in fase di formazione.

Nell’ambito della violenza assistita, il bambino si trova frequentemente esposto a contesti caratterizzati da paura, imprevedibilità, tensione e instabilità relazionale. Tali esperienze possono compromettere il senso di sicurezza e influenzare il modo in cui il minore percepisce sé stesso, gli altri e le relazioni affettive. In questa prospettiva, la sofferenza del bambino non deriva esclusivamente dal singolo episodio violento, ma anche dalla ripetuta esposizione a un ambiente percepito come minaccioso proprio all’interno del contesto familiare, che dovrebbe invece garantire protezione e accudimento.

La letteratura psicologica e psicotraumatologica ha progressivamente evidenziato come le esperienze traumatiche precoci possano influenzare in modo significativo il funzionamento emotivo, cognitivo e relazionale dell’individuo, con possibili ripercussioni anche nelle successive fasi dello sviluppo. In particolare, i contesti relazionali in cui il bambino sperimenta contemporaneamente il bisogno di vicinanza e la paura nei confronti delle stesse figure di

riferimento, rappresentano situazioni ad elevato impatto traumatico, capaci di interferire con l'organizzazione dei modelli di attaccamento e con la costruzione dell'identità personale, incidendo in modo stabile sullo sviluppo psicologico del minore e aumentando la vulnerabilità a un'ampia varietà di disturbi psichici non solo durante l'infanzia, ma anche in età adulta (Liotti & Farina, 2011).

Tale prospettiva trova fondamento nell'idea che lo sviluppo della mente umana avvenga principalmente all'interno delle relazioni interpersonali precoci. Le prime esperienze relazionali rivestono infatti un ruolo centrale nella costruzione delle capacità emotive, cognitive e relazionali del bambino. Quando tali relazioni risultano caratterizzate da paura, instabilità o traumatizzazione, anche i processi di sviluppo psicologico e neurobiologico possono subire alterazioni significative.

In questa prospettiva, il trauma evolutivo non viene considerato esclusivamente come conseguenza di singoli eventi traumatici, ma come il possibile esito di esperienze relazionali disfunzionali protratte nel tempo, capaci di compromettere i processi di adattamento e sviluppo del bambino all'interno dell'ambiente relazionale (Liotti & Farina, 2011). Alla luce di tali considerazioni, appare quindi necessario approfondire il concetto di trauma psicologico e le principali forme attraverso cui esso può manifestarsi in età evolutiva.

2.1.1 Definizione di trauma psicologico

Il termine “trauma” deriva dal greco e significa “ferita”. In ambito psicologico, il trauma non coincide esclusivamente con l'evento in sé, ma anche con il modo in cui l'esperienza viene vissuta, interpretata ed elaborata dalla persona (Liotti & Farina, 2011).

Secondo la Substance Abuse and Mental Health Service Administration (SAMHSA), il trauma può derivare da *“un evento, una serie di eventi o un insieme di circostanze vissute da un individuo come fisicamente o emotivamente dannose o potenzialmente letali, con effetti negativi duraturi sul funzionamento e sul benessere mentale, fisico, sociale, emotivo o spirituale dell'individuo”* (SAMHSA, 2012, p. 2). Tale definizione, ampiamente richiamata nella letteratura psicotraumatologica contemporanea, evidenzia come il trauma rappresenti un fenomeno complesso, caratterizzato non soltanto dalla presenza di un evento critico, ma anche dalle

conseguenze persistenti che esso può determinare sul funzionamento globale della persona.

La letteratura psicologica e psicotraumatologica ha progressivamente posto l'attenzione sul fatto che il trauma non possa essere definito esclusivamente sulla base della gravità oggettiva dell'esperienza vissuta, ma debba essere considerato anche in relazione alle capacità del soggetto di sostenerne le conseguenze emotive (Liotti & Farina, 2011). Uno stesso evento può quindi assumere significati e implicazioni differenti a seconda dell'età, delle risorse personali, del contesto relazionale e della presenza o meno di figure protettive.

In età evolutiva tale aspetto assume una rilevanza particolare, poiché il bambino dipende profondamente dalle figure adulte per il proprio senso di sicurezza e protezione. Per questo motivo, esperienze che nell'adulto possono risultare dolorose ma non necessariamente traumatiche possono invece assumere, nel minore, un impatto profondamente destabilizzante. E' il caso, ad esempio, dell'abbandono o della trascuratezza emotiva, che nell'infanzia possono compromettere il senso di sicurezza e la capacità di regolazione emotiva del bambino, proprio perché le figure di accudimento costituiscono il principale riferimento affettivo e protettivo per la sopravvivenza psicologica del minore (Liotti & Farina, 2011).

La psicotraumatologia contemporanea evidenzia inoltre come il trauma non riguardi soltanto le conseguenze immediate dell'evento stressante, ma possa produrre alterazioni significative nei processi emotivi, cognitivi e relazionali dell'individuo, soprattutto quando le esperienze traumatiche si verificano in modo precoce o ripetuto nel tempo. Per questo motivo, il trauma psicologico viene oggi considerato un fenomeno complesso e multidimensionale, il cui impatto varia in relazione alle caratteristiche dell'esperienza vissuta e alle risorse del soggetto esposto.

2.1.2 Trauma di tipo I e Trauma di tipo II: dall'evento singolo alla traumatizzazione cronica

La letteratura psicotraumatologica ha progressivamente evidenziato come non tutte le esperienze traumatiche si manifestino secondo le stesse modalità. Alcuni autori, tra cui Lenore Terr, hanno proposto una distinzione tra forme di traumatizzazione legate a eventi singoli e circoscritti nel tempo (*Trauma di tipo I, "t"*) e forme di traumatizzazione derivanti dall'esposizione ripetuta e prolungata a condizioni di minaccia o sofferenza (*Trauma di tipo II, "T"*). Tale distinzione risulta particolarmente utile per comprendere la varietà

delle esperienze traumatiche che possono interessare il minore nel corso dello sviluppo (Terr, 1991).

Nel primo caso (tipo I), il trauma è associato a un evento improvviso, identificabile e delimitato nel tempo, percepito come una minaccia per l'integrità fisica o psicologica della persona. Rientrano in questa categoria esperienze quali incidenti, calamità naturali, aggressioni, lutti traumatici o altri eventi eccezionali che interrompono bruscamente il senso di sicurezza dell'individuo. Sebbene tali eventi possano produrre conseguenze psicologiche rilevanti, essi presentano generalmente un inizio e una fine chiaramente riconoscibili.

Diversa è la situazione delle forme di traumatizzazione cronica (tipo II), nelle quali la minaccia non è rappresentata da un singolo episodio, ma da una condizione persistente che si prolunga nel tempo. In questi casi l'individuo è esposto ripetutamente a esperienze caratterizzate da paura, insicurezza, imprevedibilità o assenza di protezione, con effetti cumulativi sul funzionamento psicologico. La sofferenza non deriva esclusivamente dai singoli eventi, ma dalla loro continuità e dalla costante necessità di adattarsi a un contesto percepito come minaccioso (Terr, 1991; Liotti & Farina, 2011).

Questa seconda forma di traumatizzazione può risultare particolarmente dannosa durante l'infanzia, fase nella quale le competenze emotive, cognitive e relazionali sono ancora in via di sviluppo. Quando la minaccia è continuativa, il bambino può trovarsi costretto a vivere in uno stato di costante allerta, sviluppando strategie di adattamento funzionali alla sopravvivenza nel breve termine ma potenzialmente disfunzionali nel lungo periodo.

Tale prospettiva assume particolare rilevanza nell'ambito della violenza assistita. Il minore che cresce in un contesto caratterizzato da conflitti, intimidazioni, minacce o aggressioni tra le figure genitoriali non è generalmente esposto a un singolo evento traumatico, bensì a una condizione relazionale persistente e imprevedibile. La casa, che dovrebbe rappresentare un luogo di protezione e sicurezza, può trasformarsi in una fonte costante di tensione e paura.

In queste situazioni il trauma non deriva soltanto dall'osservazione dei singoli episodi di violenza, ma dall'esposizione continuativa a un clima relazionale caratterizzato da instabilità e insicurezza. Per questo motivo la violenza assistita viene frequentemente considerata una forma di traumatizzazione complessa, in grado di incidere profondamente sullo sviluppo emotivo, cognitivo e relazionale del minore. Tale aspetto introduce il tema del trauma relazionale precoce, una condizione particolarmente rilevante nell'ambito della violenza assistita e delle esperienze di maltrattamento cronico, che sarà

approfondita nel paragrafo successivo (Liotti & Farina, 2011; Luberti & Grappolini, 2017).

2.1.3 Trauma relazionale precoce

Il trauma relazionale precoce si sviluppa all'interno delle prime relazioni di accudimento, quando il bambino sperimenta il *caregiver* non come fonte stabile di protezione, regolazione e sicurezza, ma come figura imprevedibile, spaventata, spaventante, assente o direttamente minacciosa. Nelle prime fasi dello sviluppo, infatti, il bambino non possiede ancora strumenti per regolare i propri stati emotivi e fisiologici: la regolazione avviene attraverso la relazione con l'adulto, che riconosce i suoi bisogni, interpreta i suoi segnali e risponde in modo coerente e rassicurante. Quando la relazione di attaccamento funziona adeguatamente, il caregiver è in grado di accogliere il disagio del bambino, proteggerlo da livelli eccessivi di attivazione emotiva e aiutarlo a modulare le proprie emozioni attraverso continui processi di co-regolazione. In questo scambio reciproco, il bambino apprende progressivamente a riconoscere e gestire i propri stati interni, sviluppando fiducia nella disponibilità dell'adulto di riferimento, nelle proprie capacità di affrontare le difficoltà e nella sicurezza dell'ambiente circostante (Luberti & Grappolini, 2017). La qualità di tale relazione si riflette anche sul piano neurofisiologico: attraverso il tono della voce, le espressioni facciali, il contatto fisico e la vicinanza emotiva, il caregiver trasmette segnali di sicurezza che consentono al bambino di organizzare progressivamente le proprie risposte emotive e comportamentali. La sintonizzazione affettiva costituisce infatti il fondamento dell'attaccamento sicuro e permette al bambino di interiorizzare modelli relazionali basati sulla fiducia, sulla prevedibilità e sulla possibilità di ricevere aiuto nei momenti di difficoltà. Come osserva van der Kolk, i bambini sviluppano un legame di attaccamento con chiunque svolga stabilmente il ruolo di caregiver, ma la qualità di tale legame esercita un'influenza determinante sul loro sviluppo. Attraverso le continue interazioni con la figura di riferimento, il bambino apprende progressivamente a tollerare gli stati di attivazione emotiva, a rassicurarsi e a sviluppare forme sempre più autonome di autoregolazione (Van der Kolk, 2015).

Quando, al contrario, il caregiver è fonte di paura o non riesce a svolgere una funzione responsiva e regolativa, il bambino può trovarsi in una condizione paradossale: la stessa figura verso cui è biologicamente spinto a cercare vicinanza e protezione diventa anche la fonte di pericolo. In questi casi il sistema di attaccamento e il

sistema di difesa si attivano contemporaneamente, senza possibilità di una soluzione organizzata. Il bambino non riesce infatti né ad allontanarsi dalla fonte della minaccia, poiché da essa dipende per la propria sopravvivenza fisica ed emotiva, né a ricercarne la vicinanza come fonte di conforto e protezione. Si determina così quella che Main e Hesse (1995, citati in Luberti & Grappolini, 2017) hanno definito una condizione di “paura senza soluzione”, nella quale i sistemi motivazionali dell’attaccamento e della difesa entrano in conflitto senza possibilità di integrazione. La letteratura collega tale configurazione all’attaccamento disorganizzato, caratterizzato da comportamenti contraddittori di avvicinamento e allontanamento, stati di paura, confusione e disorganizzazione comportamentale. Tale modalità di funzionamento è stata osservata non solo nei casi di maltrattamento e abuso, ma anche in presenza di caregiver emotivamente indisponibili, gravemente trascuranti o portatori di esperienze traumatiche non elaborate, che possono risultare contemporaneamente spaventanti e spaventati agli occhi del bambino (Luberti & Grappolini, 2017).

Nelle situazioni di violenza domestica, tale dinamica assume una particolare rilevanza poiché il clima di pericolo costante interferisce con la funzione protettiva e regolativa della relazione madre-bambino. La madre, esposta alla violenza e impegnata alla sopravvivenza propria e dei figli, può trovarsi in una condizione di allarme, paura o indisponibilità emotiva che rende più difficile rispondere in modo stabile e rassicurante ai bisogni del bambino. Quest’ultimo, a sua volta, non trova sempre nell’adulto una base sicura capace di contenere la paura e di restituire prevedibilità all’esperienza. In questo modo, la relazione può diventare segnata da scambi discontinui, da difficoltà di comunicazione e da mancate esperienze di riparazione, fondamentali per costruire una rappresentazione di sé come efficace, del caregiver come affidabile e della relazione come sicura (Luberti & Grappolini, 2017; Liotti & Farina, 2011).

Il trauma relazionale precoce, quindi, non riguarda soltanto l’esposizione a un evento traumatico, ma la compromissione della matrice relazionale attraverso cui il bambino costruisce il senso di sé, dell’altro e del mondo. Le prime esperienze con il caregiver contribuiscono infatti alla formazione dei Modelli Operativi Interni (MOI), ossia rappresentazioni mentali implicite di sé, dall’altro e delle relazioni che guidano le aspettative del bambino nei confronti del mondo interpersonale. Attraverso tali modelli, il minore costruisce progressivamente un’immagine di sé come degno o meno di cura e

protezione e dell'altro come disponibile e affidabile oppure imprevedibile e minaccioso. I MOI si organizzano a partire dalle esperienze relazionali ripetute e costituiscono uno dei principali meccanismi attraverso cui le prime relazioni di attaccamento influenzano lo sviluppo successivo.

Se l'ambiente è caratterizzato da paura, imprevedibilità, trascuratezza o violenza, tali modelli possono strutturarsi intorno all'insicurezza, alla sfiducia e alla percezione dell'altro come potenzialmente minaccioso. In questo senso, il trauma relazionale precoce costituisce una condizione particolarmente pervasiva, poiché si verifica all'interno delle relazioni primarie da cui il bambino dipende per la propria sopravvivenza fisica ed emotiva. La sua specificità risiede proprio nel coinvolgimento delle figure che dovrebbero garantire protezione e sicurezza, rendendo più difficile per il minore sviluppare una rappresentazione coerente di sé, dell'altro e delle relazioni (Luberti & Grappolini, 2017).

2.2 Le conseguenze del trauma nei minori

L'esposizione a esperienze traumatiche durante l'infanzia non determina esclusivamente una sofferenza transitoria, ma può incidere in modo significativo sui processi di sviluppo del minore. Quando il trauma si verifica all'interno delle relazioni di accudimento o si prolunga nel tempo, esso può influenzare la costruzione dell'identità, le capacità di regolazione emotiva, il funzionamento cognitivo e la qualità delle relazioni interpersonali. Gli effetti del trauma non dipendono esclusivamente dalla gravità dell'evento vissuto, ma anche dall'età del bambino, dalla durata dell'esposizione, dalla presenza di figure protettive e dalle risorse individuali disponibili per affrontare l'esperienza (Herman, 2005; Liotti & Farina, 2011).

La letteratura scientifica evidenzia come le esperienze traumatiche precoci possano produrre conseguenze eterogenee, che si manifestano in forme differenti a seconda della fase evolutiva e delle caratteristiche del contesto relazionale in cui il minore è inserito. In particolare, l'esposizione prolungata a condizioni di minaccia, imprevedibilità o violenza può compromettere i processi di adattamento e aumentare la vulnerabilità a difficoltà emotive, comportamentali e relazionali che possono persistere anche nel corso della vita adulta. Come osserva Herman (2005), mentre un trauma vissuto in età adulta può destabilizzare una personalità già strutturata, il trauma cronico infantile interviene durante la costruzione stessa della personalità, costringendo il bambino a sviluppare strategie di adattamento e sopravvivenza psicologica all'interno di un contesto nel

quale le figure di riferimento non rappresentano una fonte stabile di protezione e sicurezza.

In questa prospettiva, il trauma infantile non può essere considerato esclusivamente come la conseguenza di un singolo evento traumatico, ma come un'esperienza che può incidere profondamente sui processi di sviluppo e sull'organizzazione della personalità (Herman, 2005).

Alla luce di tali considerazioni, nei paragrafi successivi verranno analizzati il disturbo da stress post-traumatico complesso e il suo inquadramento teorico, le principali manifestazioni del trauma nei minori e l'impatto che le esperienze traumatiche possono esercitare sullo sviluppo emotivo, cognitivo e relazionale.

2.2.1 Il Disturbo da Stress Post-Traumatico Complesso (C-PTSD)

Per lungo tempo il Disturbo da Stress Post-Traumatico (PTSD) ha rappresentato la principale categoria diagnostica utilizzata per descrivere le conseguenze psicologiche degli eventi traumatici. Tuttavia, numerosi autori hanno evidenziato come tale diagnosi non fosse sufficiente a comprendere gli effetti delle esperienze traumatiche croniche e ripetute, soprattutto quando queste si verificano durante l'infanzia e all'interno delle relazioni di accudimento. Judith Herman osservò come le vittime di abusi infantili, violenza domestica protratta, prigionia o altre forme di traumatizzazione continuativa presentassero un quadro clinico più ampio e articolato rispetto a quello descritto dal PTSD tradizionale (Herman, 2005).

A partire da tali osservazioni venne elaborato il costrutto di *Disorders of Extreme Stress Not Otherwise Specified* (DESNOS), successivamente approfondito da numerosi studi empirici (van der Kolk et al., 2005). Tale percorso teorico ha portato al riconoscimento, nell'undicesima edizione dell'*International Classification of Diseases* (ICD-11), del Disturbo da Stress Post-Traumatico Complesso (*Complex Post-Traumatic Stress Disorder*; C-PTSD), oggi considerato una condizione distinta dal PTSD pur condividendone alcuni elementi fondamentali (OMS, 2018).

Secondo l'ICD-11, il C-PTSD comprende i sintomi nucleari del PTSD, ossia la risperimentazione dell'evento traumatico attraverso ricordi intrusivi, flashback o incubi, l'evitamento persistente di pensieri, emozioni o situazioni associate al trauma e uno stato di iperattivazione caratterizzato da ipervigilanza e accentuata risposta di allarme. A tali manifestazioni si aggiungono alterazioni più pervasive e durature che interessano l'organizzazione del Sé, in particolare la

regolazione emotiva, la percezione di sé e il funzionamento relazionale (M. Cloitre et al., 2005).

Sul piano emotivo, le persone che hanno vissuto esperienze traumatiche croniche possono presentare difficoltà persistenti nella regolazione degli stati affettivi, oscillando tra intensa attivazione emotiva, rabbia, paura, sentimenti di vuoto e fenomeni dissociativi. Sul piano identitario, è frequente la presenza di sentimenti di vergogna, colpa, impotenza e una rappresentazione di sé come persona danneggiata, indegna o priva di valore. Le relazioni interpersonali risultano spesso compromesse dalla difficoltà a fidarsi degli altri, dalla paura dell'intimità e dalla tendenza all'isolamento o, al contrario, alla ricerca di legami caratterizzati da forte dipendenza emotiva (Herman, 2005).

Una particolare rilevanza assume il C-PTSD nei minori esposti a forme di traumatizzazione relazionale cronica, tra cui la violenza assistita. Sebbene il bambino non sia necessariamente destinatario diretto delle aggressioni, l'esposizione reiterata a episodi di violenza tra le figure di riferimento costituisce un'esperienza altamente traumatica, soprattutto quando si verifica all'interno dell'ambiente familiare, che dovrebbe rappresentare il principale contesto di protezione e sicurezza. In tali situazioni il minore è costretto a confrontarsi con un clima di costante minaccia, imprevedibilità e paura, senza avere la possibilità concreta di sottrarsi all'esperienza o di modificarne l'esito (Herman, 2005; Luberti & Grappolini, 2017).

La violenza assistita risulta particolarmente dannosa poiché coinvolge simultaneamente il sistema di attaccamento e il sistema di difesa. Il bambino assiste infatti alla minaccia, alla sofferenza o alla vittimizzazione di una figura dalla quale dipende affettivamente e materialmente, sperimentando sentimenti di impotenza e insicurezza che possono compromettere il senso di protezione di base. In tali condizioni, l'esposizione prolungata alla violenza può favorire lo sviluppo di modalità di adattamento fondate sull'ipervigilanza, sul controllo costante dell'ambiente, sulla disregolazione emotiva e sulla costruzione di rappresentazioni di sé e degli altri caratterizzate da sfiducia e vulnerabilità (Herman, 2005; Luberti & Grappolini, 2017).

La letteratura evidenzia come il C-PTSD sia particolarmente associato a traumi interpersonali precoci e ripetuti, quali maltrattamento infantile, grave trascuratezza, abuso sessuale, violenza assistita e violenza domestica protratta. In tali contesti il trauma non si configura come un evento isolato, ma come una condizione relazionale continuativa che interferisce con i processi di sviluppo e

con la costruzione della personalità. Come sottolinea Herman, il bambino esposto a un ambiente traumatico cronico è costretto a sviluppare strategie di adattamento finalizzate alla sopravvivenza psicologica, che possono includere ipervigilanza, dissociazione, sottomissione, controllo e frammentazione dell'identità (Herman, 2005).

Sebbene il Disturbo da Stress Post-Traumatico Complesso non sia attualmente incluso come diagnosi autonoma nel DSM-5-TR (American Psychiatric Association [APA], 2022), numerose evidenze empiriche ne supportano la validità clinica e l'utilità descrittiva nel comprendere gli esiti della traumatizzazione cronica e relazionale, in particolare quando il trauma si verifica durante l'infanzia e coinvolge le figure di riferimento dalle quali il minore dipende per la propria protezione e sicurezza (Brewin et al., 2017).

2.2.2 Sintomi e manifestazioni nei minori

Le esperienze traumatiche vissute durante l'infanzia possono manifestarsi attraverso un ampio spettro di sintomi che coinvolgono la sfera emotiva, comportamentale, cognitiva e somatica. La natura e l'intensità delle manifestazioni dipendono da molteplici fattori, tra cui l'età del minore, la durata dell'esposizione all'evento traumatico, la presenza di figure di supporto e le caratteristiche individuali del bambino. In età evolutiva, infatti, il trauma non si esprime necessariamente attraverso sintomi identici a quelli osservabili nell'adulto, ma può assumere forme differenti in relazione al livello di sviluppo raggiunto e alle competenze emotive e cognitive disponibili (Herman, 2005).

Sul piano emotivo, i minori esposti a esperienze traumatiche possono manifestare stati persistenti di paura, ansia, tristezza, vergogna e senso di colpa. Sono frequenti irritabilità, rabbia intensa e difficoltà nella regolazione delle emozioni, con rapide oscillazioni dell'umore e reazioni sproporzionate agli stimoli ambientali. In molti casi il bambino vive una costante sensazione di minaccia, mantenendo uno stato di allerta che può persistere anche in assenza di un pericolo reale (Luberti & Grappolini, 2017).

Dal punto di vista comportamentale, il trauma può tradursi in atteggiamenti aggressivi, oppositivi o provocatori, così come in comportamenti di ritiro sociale, isolamento e passività. Alcuni bambini mostrano regressioni evolutive, quali perdita temporanea di competenze già acquisite, difficoltà nel controllo sfinterico, alterazioni

del sonno o comportamenti dipendenti tipici di fasi precedenti dello sviluppo. In alcuni casi possono emergere iperattività, impulsività e difficoltà nel controllo della condotta, soprattutto quando il trauma è stato prolungato e vissuto all'interno del contesto familiare (Luberti & Grappolini, 2017).

Le conseguenze del trauma interessano anche il funzionamento cognitivo. Numerosi studi hanno evidenziato difficoltà di concentrazione, problemi di memoria, riduzione delle capacità attentive e compromissione dei processi di apprendimento. L'attivazione cronica dei sistemi di difesa può infatti limitare le risorse cognitive disponibili, interferendo con il rendimento scolastico e con la capacità del minore di elaborare in modo efficace le informazioni provenienti dall'ambiente (van der Kolk, 2015).

Accanto alle manifestazioni emotive, comportamentali e cognitive, sono frequenti sintomi di natura somatica. Il disagio psichico può esprimersi attraverso cefalee ricorrenti, dolori addominali, disturbi gastrointestinali, alterazioni del sonno, stanchezza persistente e altri sintomi fisici privi di una chiara causa organica (Luberti & Grappolini, 2017). Humphreys e Campbell (2004, citati in Luberti & Grappolini, 2017) hanno inoltre osservato una maggiore incidenza di allergie, dermatiti, asma e infezioni respiratorie nei bambini esposti a situazioni di violenza domestica.

Tra le manifestazioni associate alle esperienze traumatiche infantili possono comparire anche fenomeni dissociativi, che rappresentano particolari strategie di adattamento psicologico a situazioni percepite come estremamente minacciose o incontrollabili. Tali aspetti, per la loro rilevanza clinica e il loro stretto legame con i traumi complessi, saranno approfonditi nei paragrafi successivi.

Le manifestazioni sintomatologiche descritte non rappresentano conseguenze isolate, ma si intrecciano con i processi di crescita e maturazione del bambino, influenzandone progressivamente lo sviluppo emotivo, cognitivo e relazionale. Per tale motivo risulta necessario approfondire in che modo il trauma possa incidere sulla costruzione dell'identità, sui modelli relazionali e sul percorso evolutivo complessivo del minore.

2.2.3 Impatto sullo sviluppo emotivo, cognitivo e relazionale

Le manifestazioni sintomatologiche descritte nel paragrafo precedente non rappresentano conseguenze isolate del trauma, ma

possono influenzare profondamente il percorso evolutivo del minore, incidendo sulla costruzione dell'identità, sulle competenze cognitive, sulla regolazione delle emozioni e sulle modalità di relazione con gli altri. Quando le esperienze traumatiche si verificano in età precoce e coinvolgono le figure di riferimento, il loro impatto tende infatti a estendersi oltre la fase immediata dell'evento, contribuendo a plasmare il modo in cui il bambino interpreta sé stesso, gli altri e il mondo circostante (Luberti & Grappolini, 2017).

Sul piano emotivo, il trauma relazionale originatosi nel corso dell'infanzia può ostacolare lo sviluppo di adeguate capacità di regolazione affettiva. Il minore può crescere in una condizione di persistente allerta, caratterizzata dalla difficoltà di riconoscere, comprendere e modulare i propri stati emotivi. Le emozioni possono essere percepite come imprevedibili, travolgenti o pericolose, favorendo oscillazioni tra intensa attivazione emotiva e strategie di evitamento o controllo. Nel tempo, tali difficoltà possono riflettersi sulla costruzione dell'identità personale, alimentando sentimenti di insicurezza, vergogna, scarsa autostima e una percezione di sé come vulnerabile, inadeguato o poco degno di cura e protezione (Luberti & Grappolini, 2017).

Anche lo sviluppo cognitivo può risentire in modo significativo dell'esposizione prolungata a condizioni traumatiche. La costante attivazione dei sistemi di difesa tende infatti a indirizzare le risorse mentali verso il monitoraggio delle minacce ambientali, limitando le energie disponibili per l'esplorazione, l'apprendimento e la riflessione. Oltre alle difficoltà attentive e mnestiche già descritte, il trauma può compromettere la capacità di attribuire significato alle proprie esperienze, di organizzare una narrazione coerente di sé e di sviluppare adeguate competenze di mentalizzazione, ossia la capacità di comprendere i propri stati mentali e quelli altrui. In alcuni casi il bambino può sviluppare convinzioni profonde di sfiducia, impotenza o pericolosità del mondo, che influenzano il modo in cui interpreta gli eventi futuri e le relazioni interpersonali (Liotti & Farina, 2011).

Le conseguenze più pervasive emergono spesso sul piano relazionale. Quando la figura di riferimento rappresenta contemporaneamente una fonte di protezione e una fonte di paura, il bambino può sviluppare modelli di attaccamento caratterizzati da ambivalenza, sfiducia e difficoltà nella regolazione della vicinanza emotiva. La relazione non viene più vissuta come uno spazio sicuro di crescita e sostegno, ma come una realtà imprevedibile, dalla quale dipendono contemporaneamente sicurezza e sofferenza.

Gli esiti relazionali del trauma non seguono tuttavia un'unica direzione evolutiva. Alcuni individui sviluppano una forte dipendenza affettiva, caratterizzata dalla continua ricerca di rassicurazioni, approvazione e conferme esterne. La paura dell'abbandono e il bisogno di mantenere il legame con l'altro possono tradursi nella difficoltà a tollerare la separazione, nell'eccessiva preoccupazione per il giudizio altrui e nella tendenza a subordinare i propri bisogni a quelli delle persone significative. In questi casi il senso di sicurezza personale appare fortemente dipendente dalla presenza e dalla disponibilità dell'altro.

Altri individui, invece, sviluppano modalità relazionali apparentemente opposte. L'esposizione ripetuta a esperienze di rifiuto, imprevedibilità o mancata protezione può condurre il minore a considerare la dipendenza dagli altri come una condizione potenzialmente pericolosa. Ne deriva la costruzione di modelli relazionali fondati sull'autosufficienza estrema, sull'ipercontrollo emotivo e sulla convinzione di dover affrontare autonomamente le difficoltà della vita. In questi casi il bisogno di vicinanza non scompare, ma viene progressivamente inibito, poiché associato alla possibilità di sofferenza e vulnerabilità. La persona può apparire particolarmente autonoma e indipendente, pur sperimentando profonde difficoltà nel chiedere aiuto, nell'affidarsi agli altri e nel vivere relazioni caratterizzate da autentica reciprocità (Liotti & Farina, 2011).

La letteratura sull'attaccamento disorganizzato suggerisce che tali modalità relazionali possano essere comprese alla luce delle cosiddette *strategie controllanti*, sviluppate dal bambino nel tentativo di organizzare una relazione percepita come imprevedibile e fonte di sofferenza. Quando il caregiver rappresenta contemporaneamente una figura di protezione e una fonte di paura, il sistema di attaccamento può risultare profondamente destabilizzato. Per ridurre il senso di disorientamento associato a tale esperienza, il minore può sviluppare modalità relazionali finalizzate a mantenere un certo controllo sulla relazione e a renderla maggiormente prevedibile.

Tra queste si distinguono, in particolare, le *strategie controllanti punitive* e quelle *controllanti accudenti* (Main & Cassidy, 1988). Nelle prime, il bambino tende ad assumere atteggiamenti dominanti, oppositivi o coercitivi nei confronti del caregiver, cercando di controllare la relazione attraverso l'aggressività, la critica o la sfida. Sebbene tali comportamenti possano apparire come manifestazioni di forza e autonomia, essi rappresentano spesso un tentativo di difendersi dai vissuti di vulnerabilità e impotenza associati al legame di

attaccamento. Nel lungo periodo tali modalità possono favorire conflittualità relazionale, difficoltà nella gestione della rabbia e una tendenza a concepire le relazioni come rapporti di potere nei quali mantenere il controllo diventa una condizione necessaria per sentirsi al sicuro.

Nelle strategie controllanti accidenti, al contrario, il bambino assume precocemente un ruolo di cura e protezione nei confronti del genitore percepito come fragile o bisognoso di sostegno. Si verifica così una progressiva inversione dei ruoli, nella quale il minore rinuncia ai propri bisogni di accudimento per assumersi responsabilità emotive non adeguate alla sua età. Questi bambini appaiono spesso particolarmente maturi, responsabili e attenti ai bisogni altrui; tuttavia tale apparente competenza può nascondere una precoce rinuncia ai propri bisogni emotivi e una marcata difficoltà nel riconoscere e comunicare il proprio disagio.

L'evoluzione di tali strategie contribuisce a spiegare la varietà degli esiti osservabili in adolescenza e in età adulta. Alcuni individui mantengono una costante ricerca dell'altro come fonte di regolazione emotiva e sicurezza; altri giungono invece a una progressiva svalutazione dei bisogni di attaccamento e dell'importanza stessa delle relazioni affettive. In questi casi l'autosufficienza estrema, l'evitamento dell'intimità e il rifiuto della vulnerabilità non rappresentano una reale assenza del bisogno relazionale, bensì una modalità difensiva finalizzata a prevenire nuove esperienze di sofferenza emotiva (Liotti & Farina, 2011).

In definitiva, gli effetti del trauma sullo sviluppo emotivo, cognitivo e relazionale non si limitano alla comparsa di specifici sintomi, ma contribuiscono a modellare il modo in cui il minore costruisce la propria identità, interpreta le relazioni e affronta il mondo. Le difficoltà nella regolazione emotiva, la compromissione di alcune funzioni cognitive superiori e l'instabilità dei modelli relazionali rappresentano aspetti strettamente interconnessi che possono influenzare il percorso evolutivo ben oltre l'infanzia, aumentando il rischio di disagio psicologico e relazionale nelle fasi successive della vita (Liotti & Farina, 2011).

2.3 Meccanismi di adattamento e difesa

Le conseguenze del trauma infantile non possono essere comprese esclusivamente come espressione di una condizione patologica. Molte delle manifestazioni emotive, cognitive e comportamentali descritte nei paragrafi precedenti rappresentano infatti tentativi di adattamento a contesti percepiti come minacciosi,

imprevedibili o caratterizzati da una persistente mancanza di sicurezza. In particolare, quando il trauma si sviluppa all'interno delle relazioni di accudimento, il bambino è costretto a elaborare strategie che gli consentano di preservare il legame con le figure di riferimento e, al contempo, di proteggersi dall'eccessiva sofferenza emotiva (Liotti & Farina, 2011).

In tali circostanze, l'organismo mobilita una serie di risorse psicologiche finalizzate alla sopravvivenza e alla riduzione del disagio. Alcune di queste strategie operano in modo automatico e inconsapevole e possono risultare funzionali nel breve periodo, poiché permettono al minore di affrontare esperienze che eccedono le sue capacità di elaborazione emotiva. Tuttavia, quando tali modalità difensive si consolidano e persistono nel tempo, possono interferire con il normale percorso evolutivo, influenzando la costruzione dell'identità, la regolazione delle emozioni e la qualità delle relazioni interpersonali (Liotti & Farina, 2011).

Tra i principali meccanismi osservabili nei minori esposti a esperienze traumatiche figurano la dissociazione e diversi processi difensivi che consentono di mantenere una distanza psicologica da emozioni, ricordi o vissuti percepiti come intollerabili. Sebbene tali strategie svolgano inizialmente una funzione protettiva, il loro utilizzo rigido e prolungato può contribuire alla comparsa di difficoltà emotive e relazionali nelle successive fasi dello sviluppo. Per comprendere pienamente l'impatto del trauma sul percorso evolutivo del bambino, risulta pertanto necessario approfondire il ruolo della dissociazione e dei principali meccanismi di difesa che caratterizzano l'adattamento alle esperienze traumatiche precoci.

2.3.1 Dissociazione nei minori

La dissociazione rappresenta una delle principali modalità attraverso cui la mente infantile può reagire a esperienze traumatiche intense, ripetute o non elaborabili. In età evolutiva, essa non deve essere intesa soltanto come un sintomo isolato, ma come una risposta difensiva estrema che interviene quando il bambino non riesce a integrare l'esperienza traumatica all'interno della propria continuità psichica. Il trauma, infatti, può attivare meccanismi arcaici di difesa dalla minaccia, come il freezing, l'immobilizzazione e il distacco dall'esperienza ordinaria di sé e del mondo esterno. Tale distacco determina una sospensione delle normali capacità di riflessione, mentalizzazione e costruzione di significato, ostacolando

l'integrazione dell'evento traumatico nella memoria autobiografica e nella rappresentazione coerente di sé (Liotti & Farina, 2011).

In questa prospettiva, la dissociazione può essere considerata una forma di disintegrazione dell'esperienza: emozioni, immagini, sensazioni corporee, suoni e pensieri connessi al trauma non vengono organizzati in un racconto unitario, ma restano frammentati e possono riattivarsi nel presente sotto forma di flashback, reazioni corporee automatiche, stati di allarme, ottundimento emotivo o sensazioni di estraneità. Van der Kolk sottolinea come, nella dissociazione, il trauma non venga semplicemente ricordato, ma rivissuto attraverso frammenti sensoriali e corporei che irrompono nel presente, spesso senza che il soggetto riesca a collegarli consapevolmente all'esperienza originaria (van der Kolk, 2015).

Nei minori esposti a violenza domestica o violenza assistita, tali processi assumono una particolare rilevanza, poiché il trauma si verifica spesso all'interno dell'ambiente che dovrebbe garantire sicurezza, protezione e continuità affettiva. Il bambino può trovarsi a vivere in uno stato di minaccia costante, nel quale la paura non è legata a un singolo episodio, ma a un clima relazionale imprevedibile. Quando le risposte di attacco o fuga non sono possibili, la dissociazione può diventare una strategia di sopravvivenza: il bambino "si spegne", si distacca dalle emozioni, dal corpo o dalla realtà circostante, riducendo il contatto con un'esperienza percepita come intollerabile.

La letteratura distingue, in particolare, tra sintomi dissociativi di distacco e sintomi di compartimentazione. I primi comprendono depersonalizzazione, derealizzazione, ottundimento emotivo, stati di confusione, alterazioni della vigilanza e sensazioni di estraneità rispetto al proprio corpo o al mondo esterno. Il bambino può apparire assente, "spento", poco reattivo, oppure può riferire di sentirsi lontano da sé, dagli altri o da ciò che accade. Nei casi più intensi, tale condizione può assumere la forma di uno spegnimento emotivo e corporeo, nel quale la persona non riesce a pensare, sentire o attribuire significato a ciò che sta vivendo.

I sintomi di compartimentazione riguardano invece la difficoltà a integrare contenuti mentali che normalmente dovrebbero essere collegati tra loro. Possono manifestarsi attraverso amnesie dissociative, lacune nella memoria, ricordi traumatici frammentati, difficoltà a costruire narrazioni autobiografiche coerenti e stati dell'Io non pienamente integrati. In età evolutiva ciò può incidere profondamente sulla costruzione dell'identità, poiché il bambino non riesce a organizzare in modo unitario le esperienze vissute, le

emozioni provate e le rappresentazioni di sé e degli altri (Liotti & Farina, 2011; van der Kolk, 2015).

La dissociazione può inoltre presentarsi anche sul piano corporeo. Nei bambini traumatizzati, il disagio psichico può essere espresso attraverso sintomi somatici, alterazioni della percezione corporea, dolori, disturbi gastrointestinali, cefalee o stati di torpore e immobilità. In questa prospettiva, il corpo diventa il luogo in cui il trauma continua a manifestarsi, anche quando non è disponibile una piena consapevolezza verbale dell'esperienza vissuta. Il corpo conserva tracce del trauma e può riattivare risposte fisiologiche di difesa anche in assenza di un pericolo reale nel presente (Liotti & Farina, 2011).

Nei minori, tali manifestazioni rischiano di essere fraintese. Il bambino dissociato può apparire distratto, oppositivo, disinteressato o emotivamente freddo, mentre in realtà sta mettendo in atto una modalità estrema di protezione psichica. Allo stesso modo, il bambino "spento" o silenzioso può ricevere meno attenzione rispetto al bambino agitato o iperattivo, pur presentando una sofferenza profonda. Van der Kolk evidenzia infatti come, nei bambini traumatizzati, la mancanza di presenza e di coinvolgimento possa risultare particolarmente dannosa, poiché rischia di compromettere progressivamente la possibilità di vivere il presente, apprendere dall'esperienza e costruire relazioni significative (Van der Kolk, 2015).

La dissociazione, quindi, pur avendo inizialmente una funzione protettiva, può diventare nel tempo un ostacolo allo sviluppo. Essa protegge il minore dall'impatto immediato di emozioni intollerabili, ma al tempo stesso interferisce con la regolazione emotiva, con la memoria, con la mentalizzazione, con l'apprendimento e con la costruzione di un senso stabile di sé. Per questo motivo, nei percorsi di valutazione e intervento, è fondamentale riconoscere non solo le manifestazioni più evidenti del trauma, ma anche quelle più silenziose e meno visibili, nelle quali il bambino non esprime il dolore attraverso l'agitazione o la rabbia, ma attraverso il distacco, l'assenza, il ritiro e la difficoltà a sentirsi pienamente presente nella propria esperienza.

2.3.2 Meccanismi di difesa psicologica

Accanto ai fenomeni dissociativi, i minori esposti a esperienze traumatiche possono sviluppare diversi meccanismi di difesa psicologica finalizzati a contenere emozioni, pensieri e vissuti percepiti come eccessivamente dolorosi o minacciosi. Tali processi

rappresentano tentativi di adattamento che consentono al bambino di preservare, almeno temporaneamente, un senso di sicurezza interna e di continuità psicologica. Nell'ambito degli sviluppi traumatici, queste strategie possono essere comprese come modalità attraverso cui il minore cerca di fronteggiare esperienze che eccedono le sue capacità di elaborazione emotiva e cognitiva.

Nel contesto del trauma relazionale precoce, tali meccanismi assumono una particolare rilevanza. Quando il bambino è esposto a situazioni caratterizzate da violenza, trascuratezza o imprevedibilità, la possibilità di attribuire significato all'esperienza e di integrarla nella propria storia personale può risultare compromessa. Di conseguenza, il minore può ricorrere a modalità difensive che gli consentono di mantenere il legame con le figure di riferimento e di ridurre il senso di minaccia percepito.

Tra i meccanismi più frequentemente osservati vi è la *negazione*, attraverso la quale il bambino tende a minimizzare o escludere dalla consapevolezza aspetti particolarmente dolorosi della realtà. Nei contesti di violenza domestica, ad esempio, il minore può interpretare come normali comportamenti gravemente disfunzionali oppure attribuire a sé stesso la responsabilità dei conflitti familiari, nel tentativo di preservare un'immagine rassicurante delle figure di accudimento (Luberti, Grappolini, 2017).

Strettamente collegata alla negazione è la *rimozione*, che consiste nell'esclusione inconsapevole di ricordi, emozioni o rappresentazioni percepite come intollerabili. Sebbene tali contenuti non siano immediatamente accessibili alla coscienza, essi possono continuare a influenzare il comportamento, le relazioni e la regolazione emotiva del bambino. In alcuni casi, la rimozione può contribuire alla frammentazione dei ricordi traumatici e alla difficoltà di costruire una narrazione coerente della propria esperienza (Liotti & Farina, 2011; van der Kolk, 2015).

Particolare importanza assume inoltre il fenomeno dell'*identificazione* con l'aggressore, descritto da Ferenczi come una possibile risposta del bambino esposto a situazioni di abuso o maltrattamento (Ferenczi, 1933). Quando la figura che dovrebbe offrire protezione rappresenta al tempo stesso una fonte di paura, il minore può interiorizzarne atteggiamenti, modalità relazionali o convinzioni, nel tentativo di ridurre il senso di impotenza e mantenere il legame affettivo. Sebbene questa strategia possa avere una funzione protettiva nel breve periodo, essa può favorire la successiva

riproduzione di modelli relazionali disfunzionali e contribuire alla trasmissione intergenerazionale della violenza.

Un ulteriore meccanismo frequentemente riscontrato nei bambini traumatizzati è la *scissione*, attraverso la quale aspetti contraddittori dell'esperienza vengono mantenuti separati anziché integrati. Il minore può così percepire sé stesso o le figure significative come completamente buoni o completamente cattivi, oscillando tra idealizzazione e svalutazione. Tale modalità riflette la difficoltà di tollerare l'ambivalenza emotiva e di costruire rappresentazioni complesse e realistiche delle relazioni significative (van der Kolk, 2015).

Nei minori vittime di trauma sono inoltre frequenti forme di *evitamento* emotivo e relazionale. Il bambino può imparare a evitare emozioni, ricordi, persone o situazioni che richiamano l'esperienza traumatica, limitando progressivamente il contatto con il proprio mondo interno. Come evidenziato da van der Kolk, queste strategie rappresentano spesso tentativi di sopravvivenza psicologica che consentono di ridurre temporaneamente il dolore emotivo; tuttavia, se mantenute nel tempo, possono ostacolare lo sviluppo della consapevolezza emotiva, della capacità riflessiva e delle competenze relazionali (van der Kolk, 2015).

Dal punto di vista dell'attaccamento, tali meccanismi difensivi possono essere interpretati come tentativi di adattamento a contesti relazionali percepiti come insicuri o imprevedibili. Bowlby osserva come il bambino, per preservare la relazione con le figure da cui dipende per la propria sopravvivenza, possa sviluppare strategie comportamentali e rappresentazionali finalizzate a ridurre il conflitto tra il bisogno di vicinanza e la paura della figura di riferimento (Bowlby, 1999).

È importante sottolineare che questi meccanismi non devono essere interpretati esclusivamente come manifestazioni patologiche. Nella fase immediatamente successiva all'esperienza traumatica essi svolgono infatti una funzione protettiva, consentendo al minore di affrontare eventi che superano le sue risorse di elaborazione psicologica. Tuttavia, quando diventano rigidi, persistenti e generalizzati, possono ostacolare l'integrazione dell'esperienza traumatica e interferire con il normale percorso di sviluppo. Per tale motivo, comprendere la loro funzione adattiva rappresenta un passaggio fondamentale per analizzare il momento in cui tali strategie cessano di essere protettive e diventano fattori di rischio evolutivo.

2.3.3 Funzione adattiva e rischio evolutivo

La presenza di meccanismi dissociativi e difensivi nei minori esposti a esperienze traumatiche evidenzia la straordinaria capacità dell'organismo di adattarsi anche a condizioni profondamente avverse. Tali strategie consentono al bambino di preservare un equilibrio psicologico minimo e di continuare a funzionare in contesti caratterizzati da paura, instabilità o violenza.

Tuttavia, il costo di questo adattamento può emergere nel corso dello sviluppo. Modalità di funzionamento nate per garantire la sopravvivenza psicologica possono infatti consolidarsi e influenzare la percezione di sé, delle relazioni e del mondo circostante. In questo senso, il disagio manifestato dal minore non rappresenta semplicemente l'effetto diretto dell'evento traumatico, ma anche il risultato delle strategie che egli ha dovuto costruire per convivere con esso (van der Kolk, 2015; Bowlby, 1999).

La comprensione di tali processi permette di attribuire un significato evolutivo ai sintomi osservabili, superando una lettura esclusivamente patologica del comportamento del bambino e riconoscendo il ruolo che tali strategie hanno svolto nel tentativo di garantire protezione e continuità psicologica.

Capitolo III

IMPLICAZIONI CLINICHE E ISTITUZIONALI DELLA VIOLENZA ASSISTITA

3.1 La rete di protezione del minore

L'esposizione del minore alla violenza domestica richiede un intervento che non può limitarsi al solo trattamento delle conseguenze psicologiche del trauma, ma deve coinvolgere un sistema integrato di soggetti istituzionali e professionali chiamati a garantire la protezione, la sicurezza e il benessere del bambino. La complessità delle situazioni di violenza assistita impone infatti una risposta coordinata, nella quale competenze differenti concorrono alla valutazione del rischio, all'attivazione delle misure di tutela e alla successiva presa in carico del minore e del suo nucleo familiare.

In tale contesto, la tutela del minore rappresenta un obiettivo condiviso che richiede una costante collaborazione tra servizi sociali, servizi sanitari, autorità giudiziaria e forze dell'ordine, ciascuno nell'ambito delle proprie competenze. L'efficacia dell'intervento dipende non solo dalla tempestività dell'azione, ma anche dalla capacità delle diverse istituzioni di comunicare tra loro, condividere informazioni rilevanti e costruire un percorso unitario, evitando interventi frammentati che potrebbero determinare ulteriori condizioni di vulnerabilità per il minore.

Alla luce di tali considerazioni, nei paragrafi che seguono saranno analizzati il ruolo dei principali soggetti coinvolti nella rete di protezione, le rispettive funzioni e l'importanza di un approccio multidisciplinare quale elemento imprescindibile per garantire un'efficace tutela dei minori vittime di violenza assistita.

3.1.1 Il ruolo dei servizi sociali e sanitari

Quando emerge un sospetto di violenza domestica o di violenza assistita, i servizi sociali e sanitari rappresentano generalmente i primi soggetti istituzionali chiamati a riconoscere la situazione di rischio, valutarne la gravità e predisporre un intervento finalizzato alla tutela del minore. La loro funzione non si esaurisce nell'accertamento delle condizioni di pregiudizio, ma comprende un

insieme di attività di valutazione, sostegno, protezione e presa in carico, orientate a garantire il superiore interesse del minore e a promuoverne il benessere psicofisico (CISMAI, 2017).

La rilevazione della violenza assistita costituisce una fase particolarmente delicata, poiché tale fenomeno non sempre emerge attraverso una richiesta esplicita di aiuto. Nella pratica, infatti, le situazioni possono manifestarsi in modo diretto oppure presentarsi in forma mascherata, mediante sintomi aspecifici del bambino, difficoltà relazionali, problematiche scolastiche o richieste formulate per motivazioni apparentemente differenti. Per tale ragione, gli operatori dei servizi sociali e sanitari devono possedere competenze specifiche che consentano di riconoscere precocemente gli indicatori di rischio, evitando di interpretare come semplice conflittualità familiare situazioni caratterizzate da maltrattamenti o violenza domestica (CISMAI, 2017).

Una volta individuata una possibile situazione di pregiudizio, i servizi sono chiamati a realizzare una valutazione complessiva dei bisogni del minore e del nucleo familiare. Tale attività non riguarda esclusivamente l'accertamento della presenza della violenza, ma comprende l'analisi delle condizioni di sviluppo del bambino, delle relazioni familiari, delle capacità genitoriali, delle risorse presenti nel contesto e dei fattori di rischio e di protezione. L'obiettivo consiste nell'elaborare un quadro conoscitivo il più possibile completo, indispensabile per individuare gli interventi maggiormente adeguati alla specifica situazione (Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, 2017).

I servizi sociali svolgono un ruolo centrale nella costruzione del progetto di aiuto, attraverso attività di sostegno alla genitorialità, monitoraggio delle condizioni familiari, accompagnamento della madre vittima di violenza e attivazione delle risorse territoriali disponibili. Parallelamente, i servizi sanitari intervengono nella valutazione clinica e psicologica del minore, nell'individuazione delle eventuali conseguenze fisiche e psichiche dell'esposizione alla violenza e nella predisposizione dei necessari percorsi terapeutici e riabilitativi. La presa in carico deve quindi considerare il bambino non soltanto quale testimone di episodi violenti, ma come vittima diretta di una forma di maltrattamento capace di compromettere il suo sviluppo emotivo, cognitivo e relazionale (CISMAI, 2017).

Nell'ambito sanitario assumono particolare rilievo figure professionali quali lo psicologo, il neuropsichiatra infantile, il pediatra, il medico di medicina generale e gli altri professionisti coinvolti nell'assistenza del

minore, mentre nell'area sociale il ruolo dell'assistente sociale risulta determinante per l'analisi della situazione familiare, il coordinamento degli interventi e il raccordo con la rete territoriale. Ciascuna figura contribuisce, secondo le proprie competenze, alla definizione di un progetto condiviso di tutela e sostegno, evitando interventi frammentari o scollegati tra loro (CISMAI, 2017).

Proprio la complessità delle situazioni di violenza assistita rende indispensabile una presa in carico multidisciplinare. Le indicazioni elaborate dal CISMAI evidenziano come gli interventi debbano svilupparsi attraverso fasi logicamente interconnesse — rilevazione, protezione, valutazione, trattamento, monitoraggio e follow-up — coinvolgendo professionisti appartenenti agli ambiti sociale, sanitario, educativo e psicologico. Tale approccio consente di garantire continuità assistenziale, uniformità nella valutazione del rischio e maggiore efficacia nella protezione del minore, riducendo il rischio di interventi disomogenei o di una sottovalutazione della violenza (CISMAI, 2017).

Infine, nell'esercizio delle rispettive competenze, i professionisti dei servizi sociali e sanitari sono tenuti ad adempiere ai doveri previsti dall'ordinamento qualora emergano situazioni di pregiudizio per il minore. In particolare, quando ricorrono le condizioni previste dalla legge, essi sono chiamati ad attivare le competenti autorità mediante le opportune segnalazioni o denunce, affinché possano essere adottati i necessari provvedimenti di protezione. Le modalità di intervento dell'autorità giudiziaria e il ruolo delle Forze dell'Ordine saranno approfonditi nel paragrafo successivo.

3.1.2 Il ruolo dell'Autorità Giudiziaria e delle Forze dell'Ordine

Quando emerge una situazione di violenza domestica, l'intervento dell'Autorità Giudiziaria e delle Forze dell'Ordine assume un ruolo fondamentale sia per l'accertamento dei fatti e delle eventuali responsabilità penali, sia per l'adozione delle misure necessarie alla tutela delle vittime. Qualora nel nucleo familiare siano presenti figli minorenni, all'intervento penale si affianca quello dell'Autorità Giudiziaria minorile, chiamata a valutare l'eventuale situazione di pregiudizio e ad adottare i provvedimenti civili necessari alla protezione del minore.

La segnalazione delle situazioni di pregiudizio costituisce uno dei momenti centrali del sistema di tutela dell'infanzia. Quando i servizi sociali, i servizi sanitari, le istituzioni scolastiche o altri soggetti

istituzionali rilevano elementi che facciano presumere una situazione di rischio per il minore, sono tenuti ad attivare le autorità competenti affinché venga valutata l'adozione dei provvedimenti più idonei alla sua protezione. Parallelamente, quando emergono fatti costituenti reato perseguibile d'ufficio, i pubblici ufficiali e gli incaricati di pubblico servizio hanno l'obbligo di presentare denuncia all'Autorità Giudiziaria o ad un ufficiale di polizia giudiziaria, ai sensi dell'art. 331 del Codice di procedura penale.

Sotto il profilo giudiziario, assumono rilievo sia la Procura della Repubblica ordinaria, competente per l'esercizio dell'azione penale e per l'accertamento delle responsabilità dell'autore della violenza, sia la Procura presso il Tribunale per i Minorenni, la quale interviene nei casi in cui la situazione familiare determini un pregiudizio per il minorenni. In tali circostanze, il Pubblico Ministero minorile può promuovere l'adozione di provvedimenti civili da parte del Tribunale per i Minorenni, finalizzati alla tutela del bambino, attraverso una valutazione delle capacità genitoriali, delle condizioni del nucleo familiare e dell'eventuale necessità di limitare o sospendere la responsabilità genitoriale.

Le Forze dell'Ordine rappresentano frequentemente il primo presidio istituzionale chiamato a intervenire nelle situazioni di violenza domestica. Attraverso l'intervento sul luogo dei fatti, l'identificazione delle persone coinvolte, la raccolta delle prime dichiarazioni e della documentazione utile alle indagini, esse svolgono un ruolo essenziale sia nell'accertamento del reato sia nella protezione immediata delle vittime. In presenza di figli minorenni, particolare attenzione deve essere rivolta alla loro esposizione alla violenza, evitando che siano considerati meri spettatori dell'evento criminoso. La violenza assistita costituisce infatti una forma di maltrattamento che deve essere adeguatamente documentata e rappresentata negli atti di polizia giudiziaria, affinché l'Autorità Giudiziaria possa disporre tempestivamente gli interventi di tutela ritenuti necessari (CISMAI, 2017).

Come illustrato nel primo capitolo, la legge n. 69 del 2019 (c.d. *Codice Rosso*) ha introdotto un rafforzamento della tempestività della risposta giudiziaria nei procedimenti relativi ai reati di violenza domestica e di genere, prevedendo procedure accelerate volte ad assicurare una più rapida tutela delle vittime. A tali strumenti si affiancano le misure cautelari personali previste dal Codice di procedura penale, tra cui l'allontanamento dalla casa familiare (art. 282-bis c.p.p.) e il divieto di avvicinamento ai luoghi frequentati dalla

persona offesa (art. 282-ter c.p.p.), eventualmente accompagnate dall'applicazione di strumenti di controllo elettronico nei casi previsti dalla legge. Tali misure perseguono una finalità preventiva, mirando ad interrompere la condotta violenta e a garantire l'incolumità della vittima e dei figli minorenni eventualmente coinvolti.

Durante lo svolgimento delle indagini risulta inoltre fondamentale evitare fenomeni di vittimizzazione secondaria delle vittime, compresi eventuali minori coinvolti. Per tale motivo, l'attività investigativa deve essere svolta con modalità compatibili con le esigenze di tutela del minore, limitando, ove possibile, la reiterazione delle audizioni e assicurando che ogni intervento sia orientato al superiore interesse del bambino. In tale prospettiva, l'azione dell'Autorità Giudiziaria si integra con quella dei servizi sociali e sanitari, secondo modalità di collaborazione che saranno approfondite nel paragrafo successivo.

3.1.3 La collaborazione tra Istituzioni

La tutela del minore vittima di violenza assistita richiede un sistema di intervento fondato sulla collaborazione tra tutte le istituzioni coinvolte. La complessità di tali situazioni rende infatti insufficiente l'azione isolata del singolo servizio, imponendo un approccio integrato nel quale ciascun soggetto opera secondo le proprie competenze, condividendo informazioni, obiettivi e strategie di intervento. Solo attraverso una risposta coordinata è possibile garantire una protezione efficace del minore, evitando sovrapposizioni, ritardi o lacune nella presa in carico.

Le indicazioni elaborate dal CISMAI sottolineano come gli interventi debbano svilupparsi secondo un modello multidisciplinare e interistituzionale, capace di coinvolgere stabilmente i servizi sociali, i servizi sanitari, le istituzioni scolastiche, l'autorità giudiziaria, le Forze dell'Ordine, i centri antiviolenza e tutti i professionisti chiamati ad intervenire nella specifica situazione. Tale collaborazione deve essere presente fin dalle prime fasi della rilevazione, proseguendo durante la valutazione del rischio, la progettazione degli interventi, il trattamento e il successivo monitoraggio del caso (CISMAI, 2017). Elemento essenziale del lavoro di rete è lo scambio tempestivo e corretto delle informazioni tra i diversi servizi. La condivisione delle informazioni rilevanti consente infatti una più accurata valutazione del rischio e favorisce decisioni coerenti con il superiore interesse del minore. Tale scambio deve naturalmente avvenire nel rispetto della normativa in materia di riservatezza e protezione dei dati personali, ma non può tradursi in una frammentazione delle conoscenze

disponibili, che rischierebbe di compromettere la comprensione complessiva della situazione familiare e la tempestività degli interventi.

La continuità della presa in carico rappresenta un ulteriore principio fondamentale. I percorsi di tutela del minore non si esauriscono con la gestione dell'emergenza, ma richiedono un accompagnamento costante nel tempo, attraverso interventi progressivamente adattati all'evoluzione della situazione familiare e ai bisogni del bambino. Per tale ragione, ogni cambiamento nel percorso assistenziale dovrebbe essere condiviso tra i professionisti coinvolti, evitando interruzioni o discontinuità che potrebbero compromettere l'efficacia dell'intervento.

Uno dei principali rischi evidenziati dalla letteratura riguarda infatti la frammentazione della presa in carico. Interventi non coordinati, valutazioni divergenti o comunicazioni incomplete tra i diversi servizi possono determinare risposte contraddittorie, duplicazione delle attività o, al contrario, omissioni nella tutela del minore. Tali criticità possono inoltre esporre il bambino a fenomeni di vittimizzazione secondaria, costringendolo a ripetere il proprio racconto a numerosi operatori o a vivere esperienze istituzionali incoerenti e disorganizzate (CISMAI, 2017).

In questa prospettiva, il lavoro di rete non rappresenta soltanto uno strumento organizzativo, ma costituisce un vero e proprio principio metodologico dell'intervento nei casi di violenza assistita. La collaborazione stabile tra istituzioni consente infatti di integrare le diverse competenze professionali, costruire progetti condivisi e assicurare risposte tempestive, coerenti e personalizzate, orientate alla tutela del superiore interesse del minore e alla prevenzione di ulteriori esperienze traumatiche.

3.2 Elementi fondamentali nella presa in carico del minore vittima di violenza assistita

La presa in carico del minore vittima di violenza assistita non può limitarsi all'interruzione della situazione di rischio o all'attivazione delle misure di protezione previste dall'ordinamento, ma richiede un intervento capace di rispondere ai bisogni psicologici, relazionali ed evolutivi del bambino. La letteratura evidenzia infatti come l'esposizione alla violenza all'interno del contesto familiare possa compromettere profondamente il senso di sicurezza, la fiducia nelle figure adulte e il normale sviluppo emotivo e relazionale del minore (OMS, 2021; CISMAI, 2017).

Per tale ragione, gli interventi rivolti ai bambini che hanno assistito a episodi di violenza devono fondarsi su principi condivisi dalla letteratura scientifica e dalla pratica clinica, orientati non soltanto alla protezione immediata, ma anche alla prevenzione degli effetti traumatici a medio e lungo termine. L'obiettivo è favorire un percorso di recupero che consenta al minore di ricostruire un senso di sicurezza, sviluppare relazioni affidabili e acquisire progressivamente adeguate strategie di adattamento (van der Kolk, 2015).

Nei paragrafi che seguono saranno analizzati alcuni degli elementi ritenuti fondamentali nella presa in carico del minore vittima di violenza assistita, con particolare riferimento all'importanza dell'ascolto e dell'approccio non giudicante, alla necessità di garantire stabilità e continuità nelle relazioni di cura e al valore dell'intervento precoce quale fattore protettivo per ridurre il rischio di cronicizzazione delle conseguenze traumatiche.

3.2.1 L'importanza dell'ascolto e dell'approccio non giudicante

Tra gli elementi fondamentali della presa in carico del minore vittima di violenza assistita assume particolare rilievo la qualità della relazione che gli operatori riescono a costruire con il bambino. L'ascolto rappresenta infatti il primo strumento di tutela e di intervento, purché sia condotto nel rispetto dei tempi evolutivi del minore, senza pressioni, interpretazioni affrettate o aspettative che possano influenzarne il racconto (CISMAI, 2017).

L'approccio dell'operatore deve essere caratterizzato da accoglienza, disponibilità e assenza di giudizio. Il bambino esposto alla violenza domestica vive frequentemente sentimenti di paura, vergogna, colpa e confusione, che possono rendere difficile raccontare quanto accaduto o persino riconoscere la violenza come tale. Per questa ragione è fondamentale che l'adulto eviti domande suggestive, interpretazioni personali o atteggiamenti che possano indurre il minore a sentirsi responsabile degli eventi vissuti (Van der Kolk, 2015).

L'ascolto non consiste esclusivamente nella raccolta delle informazioni utili alla ricostruzione dei fatti, ma costituisce esso stesso un intervento terapeutico. Sentirsi creduto, rispettato e accolto permette infatti al bambino di sperimentare una relazione diversa rispetto a quelle caratterizzate da paura, controllo o imprevedibilità che spesso hanno contraddistinto il contesto familiare di provenienza. La validazione delle emozioni rappresenta, in tale prospettiva, un passaggio fondamentale per favorire la progressiva elaborazione dell'esperienza traumatica (Liotti, 2005).

Particolare attenzione deve essere posta anche alle modalità comunicative adottate dagli operatori. È necessario utilizzare un linguaggio comprensibile, adeguato all'età e al livello di sviluppo del minore, rispettandone i tempi e lasciando spazio ai silenzi, senza forzare il racconto. L'obiettivo non è ottenere nell'immediato una narrazione completa e dettagliata, bensì creare uno spazio percepito come sicuro nel quale il bambino possa esprimere emozioni, pensieri e vissuti senza il timore di essere giudicato o non creduto (CISMAI, 2017).

In tale contesto, la figura dell'operatore assume un ruolo centrale quale adulto affidabile e prevedibile. La continuità della relazione, la coerenza dei comportamenti e la capacità di offrire una presenza stabile costituiscono elementi che favoriscono il recupero del senso di sicurezza compromesso dall'esposizione alla violenza e rappresentano il presupposto indispensabile per ogni successivo intervento di sostegno psicologico e terapeutico (Liotti, 2005; van der Kolk, 2015).

3.2.2 Stabilità, prevedibilità e costruzione della fiducia

Tra gli elementi fondamentali della presa in carico del minore vittima di violenza assistita assume particolare rilievo la qualità della relazione che gli operatori riescono a costruire con il bambino. L'ascolto rappresenta infatti il primo strumento di tutela e di intervento, purché sia condotto nel rispetto dei tempi evolutivi del minore, senza pressioni, interpretazioni affrettate o aspettative che possano influenzarne il racconto (Coordinamento Italiano dei Servizi contro il Maltrattamento e l'Abuso all'Infanzia [CISMAI], 2017).

L'approccio dell'operatore deve essere caratterizzato da accoglienza, disponibilità e assenza di giudizio. Il bambino esposto alla violenza domestica vive frequentemente sentimenti di paura, vergogna, colpa e confusione, che possono rendere difficile raccontare quanto accaduto o persino riconoscere la violenza come tale. Per questa ragione è fondamentale che l'adulto eviti domande suggestive, interpretazioni personali o atteggiamenti che possano indurre il minore a sentirsi responsabile degli eventi vissuti (van der Kolk, 2015).

L'ascolto non consiste esclusivamente nella raccolta delle informazioni utili alla ricostruzione dei fatti, ma costituisce esso stesso uno strumento di cura. Sentirsi creduto, rispettato e accolto permette infatti al bambino di sperimentare una relazione diversa rispetto a quelle caratterizzate da paura, controllo o imprevedibilità che spesso hanno contraddistinto il contesto familiare di provenienza. La

validazione delle emozioni rappresenta, in tale prospettiva, un passaggio essenziale per favorire la progressiva elaborazione dell'esperienza traumatica (Liotti, 2005).

La qualità di questa relazione favorisce inoltre la costruzione di un clima di fiducia, indispensabile affinché il bambino possa riconoscere l'adulto come una figura affidabile e disponibile ad accogliere i suoi vissuti. La letteratura più recente descrive tale processo attraverso il costrutto della fiducia epistemica, intesa come la disponibilità dell'individuo a considerare l'altro una fonte credibile di conoscenza e di significato. Nei bambini esposti a esperienze traumatiche questa fiducia risulta frequentemente compromessa, poiché le figure che avrebbero dovuto garantire protezione e sicurezza hanno rappresentato, al contrario, una fonte di paura o di minaccia. Per questo motivo la relazione terapeutica assume un valore riparativo, offrendo al minore un contesto stabile, prevedibile e non giudicante nel quale possa gradualmente riacquisire fiducia nell'altro e nella possibilità di attribuire significato alle proprie esperienze (Fonagy & Allison, 2014; Liotti, 2005).

In questa prospettiva, particolare attenzione deve essere posta anche alle modalità comunicative adottate dagli operatori. È necessario utilizzare un linguaggio comprensibile, adeguato all'età e al livello di sviluppo del minore, rispettandone i tempi e lasciando spazio ai silenzi, senza forzare il racconto. L'obiettivo non è ottenere nell'immediato una narrazione completa e dettagliata, bensì creare uno spazio percepito come sicuro nel quale il bambino possa esprimere emozioni, pensieri e vissuti senza il timore di essere giudicato o non creduto (CISMAI, 2017).

In tale contesto, la figura dell'operatore assume un ruolo centrale quale adulto affidabile e prevedibile. La continuità della relazione, la coerenza dei comportamenti e la capacità di offrire una presenza stabile favoriscono il recupero del senso di sicurezza compromesso dall'esposizione alla violenza e costituiscono il presupposto indispensabile per ogni successivo intervento di sostegno psicologico e terapeutico (Liotti, 2005; van der Kolk, 2015).

3.2.3 L'importanza dell'intervento precoce

La tempestività della presa in carico rappresenta uno dei principali fattori di protezione nei confronti del minore vittima di violenza assistita. Sebbene gli effetti dell'esposizione alla violenza possano incidere significativamente sullo sviluppo emotivo, relazionale e cognitivo del bambino, numerosi studi evidenziano come

un intervento precoce sia in grado di ridurre il rischio di cronicizzazione del trauma e di favorire percorsi evolutivi maggiormente adattivi (CISMAI, 2017).

Intervenire tempestivamente significa interrompere quanto prima l'esposizione del minore alla violenza, garantire condizioni di protezione e attivare percorsi di sostegno adeguati ai suoi bisogni evolutivi. Quanto più precocemente il bambino può sperimentare un ambiente sicuro e relazioni affidabili, tanto maggiori risultano le possibilità di contenere gli effetti del trauma e promuovere un progressivo recupero del benessere psicologico (van der Kolk, 2015).

L'efficacia dell'intervento precoce non dipende esclusivamente dalla rapidità dell'attivazione dei servizi, ma anche dalla qualità della presa in carico. È infatti necessario che il minore possa beneficiare di interventi coordinati, continuativi e personalizzati, capaci di accompagnarlo nelle diverse fasi della crescita e di adattarsi all'evoluzione dei suoi bisogni. Una risposta frammentata o tardiva rischia, al contrario, di compromettere il percorso di recupero e di consolidare modalità relazionali disfunzionali già sviluppatesi nel contesto familiare violento (CISMAI, 2017).

Un intervento tempestivo consente inoltre di rafforzare le risorse individuali del bambino e di favorire lo sviluppo della resilienza. Quest'ultima non rappresenta una caratteristica innata, ma un processo dinamico che si costruisce attraverso la presenza di relazioni significative, esperienze correttive positive e contesti capaci di sostenere il minore nella rielaborazione delle esperienze traumatiche. In tale prospettiva, la rete dei servizi assume un ruolo determinante nel promuovere fattori protettivi che possano modificare favorevolmente la traiettoria evolutiva del bambino (Liotti, 2005).

L'obiettivo della presa in carico non consiste soltanto nel ridurre i sintomi conseguenti all'esposizione alla violenza, ma anche nel restituire al minore la possibilità di costruire relazioni sicure, sviluppare un'immagine positiva di sé e affrontare le successive fasi dello sviluppo con maggiori risorse personali. Per questo motivo, la letteratura concorda nel ritenere l'intervento precoce uno degli strumenti più efficaci per prevenire la stabilizzazione delle conseguenze traumatiche e promuovere un recupero duraturo del benessere psicologico e relazionale (Liotti, 2005; van der Kolk, 2015).

3.3 Dal focus sulla vittima al focus sul maltrattante

Nel corso degli ultimi anni, la ricerca scientifica e la pratica professionale hanno progressivamente orientato l'attenzione verso la tutela delle vittime di violenza domestica e dei minori che assistono agli episodi di maltrattamento, favorendo lo sviluppo di strumenti normativi, servizi specialistici e percorsi di presa in carico sempre più strutturati. Tale evoluzione rappresenta un importante traguardo nella protezione delle persone più vulnerabili e ha contribuito ad accrescere la consapevolezza degli effetti che la violenza assistita produce sullo sviluppo del bambino (CISMAI, 2017).

Accanto a questo fondamentale cambiamento, una parte della letteratura più recente evidenzia tuttavia la necessità di ampliare la prospettiva di osservazione, dedicando maggiore attenzione anche alla figura dell'autore della violenza. Come sottolinea Grassini (2025), gli interventi dei servizi risultano frequentemente concentrati sulla vittima e, in particolare, sulla valutazione delle competenze genitoriali della madre, mentre il coinvolgimento del maltrattante nei percorsi di valutazione e presa in carico appare spesso più limitato. La letteratura internazionale descrive tale fenomeno attraverso l'espressione *invisible men*, con riferimento alla sostanziale marginalità degli uomini autori di violenza nei percorsi di tutela minorile (Grassini, 2025).

Secondo Grassini (2025), questa limitata attenzione nei confronti del maltrattante è riconducibile a una pluralità di fattori. Tra questi rientrano la priorità attribuita alla protezione della vittima e dei figli, le difficoltà nel coinvolgere gli autori della violenza nei percorsi di valutazione, la presenza di stereotipi professionali e la limitata disponibilità di strumenti specificamente orientati alla loro osservazione. Il rischio è quello di disporre di una conoscenza solo parziale del funzionamento familiare, con una raccolta di informazioni spesso molto approfondita sulla vittima e sensibilmente meno articolata rispetto al presunto autore della violenza.

Ciò non significa ridurre la centralità della tutela della vittima né attenuare la responsabilità del maltrattante. Al contrario, una comprensione realmente completa delle dinamiche della violenza domestica richiede che l'attenzione degli operatori si estenda all'intero sistema familiare, considerando anche le caratteristiche personali, relazionali e comportamentali dell'autore della violenza. Una valutazione più ampia consente infatti di comprendere meglio i fattori che favoriscono il mantenimento delle condotte violente e di progettare interventi maggiormente efficaci, sia nella protezione del

minore sia nella prevenzione della reiterazione della violenza (Grassini, 2025).

Alla luce di tali considerazioni, nei paragrafi successivi verranno approfondite alcune criticità che possono incidere sulla conoscenza del maltrattante, analizzando i limiti nella raccolta delle informazioni, gli stereotipi che possono influenzare il processo valutativo e il ruolo dell'operatore nella costruzione di una valutazione il più possibile completa, obiettiva e multidisciplinare.

3.3.1 Oltre la vittima: limiti e squilibri nella raccolta delle informazioni familiari

La letteratura scientifica evidenzia come, nei procedimenti di tutela dei minori esposti a violenza domestica, la valutazione si concentri prevalentemente sulla vittima e sui figli, mentre il padre o il presunto autore delle condotte violente rimane spesso una figura meno esplorata dal punto di vista clinico e relazionale. Tale squilibrio informativo può determinare una ricostruzione solo parziale del funzionamento familiare, limitando la possibilità di comprendere pienamente le dinamiche che alimentano e mantengono la violenza (Grassini, 2025).

Le informazioni raccolte nel corso della presa in carico provengono, nella maggior parte dei casi, dai colloqui con la madre, dalle dichiarazioni dei minori, dalle relazioni dei servizi sociali, dagli accertamenti sanitari e dagli atti dell'autorità giudiziaria. Più raramente è possibile acquisire elementi approfonditi direttamente dal presunto maltrattante, sia per ragioni legate alla sicurezza della vittima sia per le caratteristiche del procedimento penale e dei percorsi di tutela. Ne deriva una naturale asimmetria nella disponibilità delle informazioni, che la letteratura invita a riconoscere come possibile limite metodologico nella valutazione del nucleo familiare (Grassini, 2025).

Anche sotto il profilo operativo, infatti, il contatto tra le forze dell'ordine e il presunto autore del reato risulta frequentemente limitato nelle fasi iniziali del procedimento. Dopo la presentazione della denuncia, l'indagato non viene immediatamente informato dell'esistenza del procedimento, proprio al fine di garantire la sicurezza della persona offesa e degli eventuali figli minori. L'attività investigativa si sviluppa inizialmente attraverso la raccolta delle dichiarazioni della vittima, delle testimonianze e degli ulteriori elementi probatori, mentre il primo confronto diretto con l'indagato avviene, di regola, in una fase successiva del procedimento,

nell'ambito delle attività coordinate dall'autorità giudiziaria e nel rispetto delle garanzie previste dal codice di procedura penale. Tale assetto processuale, pur essendo essenziale per assicurare la tutela della vittima e la genuinità delle indagini, comporta inevitabilmente una minore disponibilità di informazioni dirette sul funzionamento psicologico e relazionale del presunto maltrattante nelle fasi iniziali della presa in carico.

Proprio per questo motivo, diversi autori sottolineano l'importanza di sviluppare, quando le condizioni di sicurezza lo consentano e senza compromettere la protezione della vittima, strumenti e percorsi capaci di approfondire anche il ruolo del maltrattante. Comprendere le modalità relazionali, gli schemi di funzionamento e i fattori di rischio che caratterizzano l'autore della violenza non significa attenuarne la responsabilità, ma acquisire una lettura più completa delle dinamiche familiari e predisporre interventi maggiormente efficaci sia sul piano della tutela dei minori sia su quello della prevenzione della recidiva (Grassini, 2025; CISMAI, 2017).

3.3.2 Stereotipi, resistenze e difficoltà nella valutazione del maltrattante

La valutazione del maltrattante rappresenta uno degli aspetti più complessi dell'intervento nei casi di violenza domestica. Se la tutela della vittima e dei minori costituisce correttamente la priorità dell'azione professionale, la comprensione delle caratteristiche dell'autore della violenza risulta spesso ostacolata dalla limitata disponibilità di informazioni, dalla complessità delle dinamiche relazionali e dalla difficoltà di ottenere una narrazione attendibile dei fatti (Grassini, 2025).

Una delle principali criticità riguarda gli atteggiamenti difensivi che frequentemente emergono durante il percorso valutativo. La letteratura evidenzia come il maltrattante tenda spesso a negare o minimizzare gli episodi di violenza, ad attribuire la responsabilità alla vittima oppure a giustificare il proprio comportamento attraverso fattori esterni, mostrando una limitata capacità di riconoscere la gravità delle proprie condotte. Possono inoltre manifestarsi modalità comunicative caratterizzate da reticenza, manipolazione del racconto, razionalizzazione dei comportamenti violenti e tentativi di ottenere consenso da parte dell'operatore, rendendo particolarmente complessa la ricostruzione della vicenda e la valutazione del rischio (Centro di Ascolto Uomini Maltrattanti [CAM], 2020; Demurtas & Peroni, 2019).

A rendere ulteriormente articolata la valutazione contribuisce la possibile presenza di problematiche psicologiche, relazionali o di abuso di sostanze. Sebbene tali condizioni possano incidere sulle modalità con cui la violenza si manifesta e sul rischio di recidiva, esse non possono essere considerate causa del comportamento violento né utilizzate per giustificarlo. I programmi rivolti agli autori di violenza sottolineano infatti la necessità di mantenere costantemente il focus sull'assunzione di responsabilità dell'uomo, distinguendo gli eventuali fattori di vulnerabilità personale dalla scelta consapevole di esercitare violenza all'interno della relazione affettiva (Demurtas & Peroni, 2019; CAM, 2020).

La valutazione professionale può inoltre essere condizionata dalla presenza di stereotipi, che rischiano di ricondurre il maltrattante esclusivamente a condizioni di disagio psichico, dipendenza o marginalità sociale. La letteratura evidenzia invece come gli autori di violenza costituiscano una popolazione eterogenea e come la violenza domestica debba essere interpretata principalmente quale modalità relazionale orientata all'esercizio del potere e del controllo sull'altro, indipendentemente dalla presenza di eventuali disturbi psicopatologici (Convenzione del Consiglio d'Europa, 2011; Demurtas & Peroni, 2019).

Ne consegue che la valutazione del maltrattante non può fondarsi esclusivamente sul colloquio con l'interessato, ma richiede una raccolta sistematica di informazioni provenienti da fonti differenti, una costante valutazione del rischio e il confronto tra tutti i professionisti coinvolti. Gli standard internazionali raccomandano infatti un approccio multidisciplinare, fondato sull'integrazione delle informazioni provenienti dall'autorità giudiziaria, dalle forze dell'ordine, dai servizi sociali, dai servizi sanitari, dai centri antiviolenza e dai programmi specialistici rivolti agli autori di violenza, così da costruire una valutazione il più possibile completa, attendibile e orientata alla tutela delle vittime e dei minori (CAM, 2020; Grassini, 2025).

Permangono tuttavia inevitabili limiti valutativi, derivanti sia dalla reticenza dell'autore sia dalla natura stessa delle dinamiche violente, frequentemente caratterizzate da manipolazione, negazione e frammentarietà delle informazioni disponibili. Per tale ragione, la letteratura concorda nel ritenere che soltanto una lettura integrata del caso, supportata dal lavoro di rete e dalla condivisione delle informazioni tra i diversi servizi coinvolti, possa consentire una comprensione sufficientemente accurata del funzionamento

relazionale del maltrattante e del livello di rischio associato alla situazione familiare (Grassini, 2025; Cismai, 2017).

3.3.3 Il ruolo dell'operatore nella raccolta delle informazioni

La qualità della valutazione delle situazioni di violenza domestica dipende in larga misura dalle modalità con cui vengono raccolte e interpretate le informazioni disponibili. In tale prospettiva, il ruolo dell'operatore non consiste esclusivamente nell'acquisizione delle dichiarazioni delle persone coinvolte, ma richiede la costruzione di un processo valutativo fondato su un approccio metodologicamente rigoroso, multidisciplinare e privo di pregiudizi. L'obiettivo non è confermare ipotesi formulate in fase iniziale, bensì ricostruire nel modo più completo possibile il funzionamento del sistema familiare, integrando informazioni provenienti da fonti differenti e valutandole criticamente (Cismai, 2017; Grassini, 2025).

L'adozione di un approccio non giudicante rappresenta una condizione essenziale per favorire una comunicazione autentica con tutti i soggetti coinvolti. Ciò implica la capacità di ascoltare senza assumere posizioni precostituite, creando un contesto relazionale che permetta a ciascun componente della famiglia di esprimere il proprio punto di vista. Parallelamente, risulta fondamentale prestare attenzione non soltanto ai contenuti verbali, ma anche agli aspetti relazionali, alle modalità comunicative, alle incongruenze narrative e alle dinamiche che emergono durante gli incontri, elementi che possono fornire informazioni significative ai fini della valutazione (Cam, 2020; Demurtas & Peroni, 2019).

La raccolta delle informazioni dovrebbe inoltre avvenire attraverso strumenti e contesti differenti, integrando colloqui individuali, osservazioni dirette, incontri protetti e momenti di osservazione delle interazioni familiari nei luoghi neutri, quando previsti dall'autorità giudiziaria o dai servizi competenti. Nessuna fonte informativa, infatti, può essere considerata esaustiva se valutata isolatamente: la comprensione delle dinamiche familiari richiede il confronto tra le prospettive della vittima, del minore, del presunto autore della violenza e degli altri professionisti coinvolti nella presa in carico, quali assistenti sociali, psicologi, educatori e operatori delle forze dell'ordine (Cismai, 2017).

Solo attraverso una valutazione costruita in modo progressivo, fondata sull'integrazione delle diverse informazioni disponibili e sul confronto interdisciplinare, è possibile ridurre il rischio di interpretazioni parziali o distorte e formulare decisioni realmente

orientate alla tutela del minore e della vittima. In tale prospettiva, la raccolta delle informazioni non rappresenta una semplice fase procedurale dell'intervento, ma costituisce il presupposto indispensabile per una presa in carico efficace, rispettosa della complessità delle relazioni familiari e coerente con il principio del superiore interesse del minore (Convenzione sui diritti dell'infanzia, 1989; Cismai, 2017).

Conclusioni

L'analisi sviluppata nel presente elaborato ha evidenziato come la violenza domestica costituisca un fenomeno estremamente complesso, le cui conseguenze si estendono ben oltre gli episodi di aggressione fisica o psicologica. Quando il bambino cresce in un contesto caratterizzato da paura, imprevedibilità e sopraffazione, l'intera esperienza evolutiva viene profondamente influenzata, determinando modificazioni nei processi di sviluppo emotivo, cognitivo e relazionale.

La letteratura scientifica dimostra come la violenza assistita rappresenti una forma di trauma relazionale cronico, capace di incidere sulla costruzione dell'identità, sulla regolazione delle emozioni, sulla qualità dei legami di attaccamento e sulle capacità di adattamento del minore. Molti dei comportamenti osservabili durante l'infanzia non devono essere interpretati esclusivamente come manifestazioni patologiche, bensì come strategie di sopravvivenza sviluppate per fronteggiare condizioni relazionali percepite come minacciose. Sebbene tali strategie possano risultare inizialmente funzionali alla protezione psicologica del bambino, il loro mantenimento nel tempo può compromettere il normale percorso evolutivo e aumentare il rischio di difficoltà psicologiche anche nell'età adulta.

Alla luce di tali considerazioni emerge l'importanza di una lettura del comportamento del minore che tenga conto della sua storia relazionale e traumatica, evitando interpretazioni riduttive o esclusivamente sintomatologiche. Un intervento tempestivo, multidisciplinare e centrato sui bisogni del bambino rappresenta uno strumento fondamentale per limitare gli effetti della traumatizzazione cronica e favorire percorsi di recupero e resilienza.

In questo contesto assume particolare rilievo anche il ruolo delle Istituzioni, dei Servizi Sanitari, della scuola, dell'Autorità Giudiziaria e delle Forze dell'Ordine, chiamati a collaborare nell'individuazione precoce delle situazioni di rischio e nell'attivazione delle misure di protezione previste dalla normativa vigente. La capacità di riconoscere i segnali, anche quelli meno evidenti, può fare la differenza nel garantire sicurezza, continuità affettiva e adeguati percorsi di sostegno ai minori coinvolti.

Dal punto di vista personale, l'approfondimento di questa tematica ha rappresentato un'importante occasione di riflessione sia

come studentessa di Psicologia sia come appartenente all'Arma dei Carabinieri. Lo studio della violenza assistita ha consentito di comprendere quanto sia fondamentale integrare competenze psicologiche e operative nella gestione di situazioni familiari altamente conflittuali, riconoscendo nel minore una vittima che necessita di protezione, ascolto e interventi specifici.

La consapevolezza degli effetti profondi che la violenza esercita sullo sviluppo del bambino rafforza la necessità di promuovere una cultura della prevenzione, della formazione e della collaborazione tra le diverse figure professionali coinvolte. Solo attraverso un approccio integrato sarà possibile offrire ai minori vittime di violenza assistita non soltanto tutela immediata, ma anche concrete opportunità di ricostruzione del proprio percorso di vita.

Bibliografia

- American Psychiatric Association.** (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed., text rev.; DSM-5-TR)*. American Psychiatric Association Publishing.
- Assemblea Generale delle Nazioni Unite.** (1989). *Convenzione sui diritti dell'infanzia e dell'adolescenza*. New York, 20 novembre 1989.
- Assemblea Generale delle Nazioni Unite.** (1993). *Dichiarazione sull'eliminazione della violenza contro le donne* (Risoluzione 48/104 del 20 dicembre 1993).
- Bowlby J.** (1999). *Attaccamento e perdita. Vol. 1: L'attaccamento alla madre*, Bollati Boringhieri, Torino, ed. Italiana.
- C.R. Brewin et al.** (2017). *A Review of Current Evidence Regarding the ICD-11 Proposals for Diagnosing PTSD and Complex PTSD*, Clinical Psychology Review.
- Brewin, C. R., Cloitre, M., Hyland, P., Shevlin, M., Maercker, A., Bryant, R. A., Humayun, A., Jones, L. M., Kagee, A., Rousseau, C., Somasundaram, D., Suzuki, Y., Wessely, S., van Ommeren, M., & Reed, G. M.** (2017). *A review of current evidence regarding the ICD-11 proposals for diagnosing PTSD and complex PTSD*. Clinical Psychology Review, 58, 1–15.
- Centers for Disease Control and Prevention.** (2021). *Preventing adverse childhood experiences (ACEs): Leveraging the best available evidence*. U.S. Department of Health and Human Services
- Centro di Ascolto Uomini Maltrattanti di Firenze, Ferrara, Roma, Cremona e Nord Sardegna.** (2018-2020). *Protocolli di formazione per operatori socio sanitari e per operatori che lavorano con uomini. Progetto cam-biamenti maschili 2018-2020*.
- Coordinamento Italiano dei Servizi contro il Maltrattamento e l'Abuso all'Infanzia (CISMAI).** (2017). *Requisiti minimi degli interventi nei casi di violenza assistita da maltrattamento sulle madri*.
- M. Cloitre, D.W. Garvert, B. Weiss, E.B. Carlson, R.A. Bryant.** (2005). *Distinguishing PTSD, Complex PTSD, and Borderline Personality Disorder*, in *European Journal of Traumatic Stress*.
- Codice penale.** (1930). *Regio decreto 19 ottobre 1930, n. 1398. Approvazione del testo definitivo del Codice penale*.
- Codice di procedura penale.** (1988). *Decreto del Presidente della Repubblica 22 settembre 1988, n. 447. Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana*.
- Consiglio d'Europa.** (2011). *Convenzione del Consiglio d'Europa sulla prevenzione e la lotta contro la violenza nei confronti delle donne e la violenza domestica (Convenzione di Istanbul)*.

Demurtas, P., & Peroni, C. (2019). *Trattare i maltrattanti: I programmi per gli autori di violenza alla luce degli standard internazionali*.

Di Blasio, P. (2000). *Psicologia del bambino maltrattato*. Il Mulino.

Eurostat, European Union Agency for Fundamental Rights, & European Institute for Gender Equality. (2024). *EU gender-based violence survey - Key results*. Publication Office of the European Union.

S. Ferenczi. (1933). *Confusione delle lingue tra gli adulti e il bambino*, Opere, Raffaello Cortina, Milano.

Fonagy, P., Allison, E. (2014). *The role of mentalizing and epistemic trust in the therapeutic relationship*. *Psychotherapy*, 51(3), 372-380.

Grassini, M. (2025). *Between risk and relationship: Involving fathers perpetrators of violence in child protection assessment*. *Erickson, Relational Social Work*, Vol. 9, n. 1, pp. 87-109.

Herman, J.L. (2005). *Guarire dal trauma. Affrontare le conseguenze della violenza, dall'abuso domestico al terrorismo*, Edizioni Scientifiche Ma. Gi., Roma.

Hirigoyen, M-F. (2000). *Molestie morali. La violenza perversa nella famiglia e nel lavoro*. Einaudi.

Istituto Nazionale di Statistica. (2025). *La violenza contro le donne, dentro e fuori la famiglia. Primi risultati 2025*.

Istituto Superiore di Sanità. (2002). *Rapporto mondiale su violenza e salute*. Epicentro.

Legge 19 luglio 2019, n. 69. (2019). *Modifiche al codice penale, al codice di procedura penale e altre disposizioni in materia di tutela delle vittime di violenza domestica e di genere*. Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana.

Legge 24 novembre 2023, n. 168. (2023). *Disposizioni per il contrasto della violenza sulle donne e della violenza domestica*. Gazzetta ufficiale della Repubblica Italiana, n. 275 del 24 novembre 2023.

Lenore C. Terr. (1991). *Childhood traumas: an outline and overview*, *American Journal of Psychiatry*.

Liotti, G., & Farina, A. (2011). *Sviluppi traumatici. Eziopatogenesi, clinica e terapia della dimensione dissociativa*, Raffaello Cortina, Milano.

Luberti, R., & Pedrocco Biancardi, M. T. (2005). *La violenza assistita intrafamiliare. Percorsi di aiuto per bambini che vivono in famiglie violente*. FrancoAngeli.

Luberti, R., Grappolini, C. (2017). *Violenza assistita, separazioni traumatiche, maltrattamenti multipli. Percorsi di protezione e di cura con bambini e adulti*, Erickson, Trento.

Main, M., Cassidy, J. (1988). *Categories of Response to Reunion with the Parent at Age 6*, in *Developmental Psychology*, vol. 24, n. 3.

Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali. (2017). *Linee di indirizzo nazionali. L'intervento con bambini e famiglie in situazione di vulnerabilità. Promozione della genitorialità positiva*.

Monteleone, R. (1999). *La violenza assistita intrafamiliare*. In M. Monteleone (a cura di), *I bambini e la violenza assistita in famiglia*. FrancoAngeli.

Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS). (2002). *World report on violence and health*.

Organizzazione Mondiale della Sanità. (2018). *International Classification of Diseases 11th Revision (ICD-11)*, Geneva.

Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS). (2021). Violence against women prevalence estimates, 2018: Global, regional and national prevalence estimates for intimate partner violence against women and global and regional prevalence estimates for non-partner sexual violence against women.

Organizzazione Mondiale della Sanità. (2021). *INSPIRE: Seven strategies for ending violence against children*.

Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA). (2012). *Trauma and Justice Strategic Initiative*. U.S. Department of Health and Human Services.

Stark, E. (2007). *Coercive control: How men entrap women in personal life*. Oxford University Press.

Van der Kolk, B.A., Roth, S., Pelcovitz, D., Sunday, S., Spinazzola, J. (2005). *Disorders of Extreme Stress: The Empirical Foundation of a Complex Adaptation to Trauma*, in *Journal of Traumatic Stress*.

Van der Kolk, B.A. (2015). *Il corpo accusa il colpo. Mente, corpo e cervello nell'elaborazione delle memorie traumatiche*. Raffaello Cortina Editore.