

Linee guida
in tema di abuso
sui minori

EDITING

BARBARA MIORELLI

IMPAGINAZIONE

LORENZA FAES

COPERTINA

GIORDANO PACENZA

© 2007 Edizioni Erickson
Loc. Spini 154, settore E
38100 Gardolo (TN)
Tel. 0461 950690
Fax 0461 950698
www.erickson.it
info@erickson.it

Stampa

Esperia srl – Lavis (TN)

ISBN: 978-88-6137-139-2

*Tutti i diritti riservati. Vietata
la riproduzione con qualsiasi mezzo effettuata,
se non previa autorizzazione dell'Editore.*



S.I.N.P.I.A.

Società Italiana di Neuropsichiatria
dell'Infanzia e dell'Adolescenza

Linee guida in tema di abuso sui minori

Erickson

**Gruppo di lavoro SINPIA
sugli abusi in età evolutiva**

xxx

INDICE

<i>Premessa</i>	7
Capitolo 1	
Criteri generali	9
Capitolo 2	
Strategie di prevenzione e di contrasto	13
Capitolo 3	
Classificazioni	17
Capitolo 4	
Fattori di rischio e protettivi	23
Capitolo 5	
Abuso fisico e patologia delle cure	27
Capitolo 6	
L'abuso sessuale	33
Capitolo 7	
Criteri di valutazione	65
Capitolo 8	
Procedure operative clinica e psicosociale	77
<i>Bibliografia</i>	91

Il presente lavoro è stato pubblicato sul «Giornale di Neuropsichiatria dell'Età Evolutiva», vol. 25, aprile 2005, supplemento 1, dalla Pacini Editore Medicina di Pisa.

Premessa

Questo documento è il risultato di un lavoro di integrazione e raccordo di alcuni documenti esistenti sul territorio nazionale, relativi al tema degli abusi in età evolutiva, rappresentativi del contributo di agenzie locali e di coordinamento nazionale e rispondenti ai criteri di validità, attendibilità, applicabilità clinica e multidisciplinarietà.

Il documento si riferisce prioritariamente alle competenze specifiche del neuropsichiatra infantile nel percorso di rilevazione, diagnosi e trattamento degli abusi in età evolutiva e tiene conto delle indicazioni contenute nel Piano Sanitario Nazionale, nel Progetto Obiettivo Materno Infantile e nel Progetto Obiettivo Salute Mentale, riferiti al triennio 2001/2003.

Le singole raccomandazioni sono definite in accordo alla seguente classificazione, mutuata dalle linee guida dell'*American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*:

- *Standard minimo*: raccomandazioni basate su evidenze sostanziali quali quelle derivate da almeno due rigorosi studi controllati, in doppio cieco. Tali indicazioni dovrebbero essere seguite nella quasi totalità dei casi (90%) e i motivi della loro eventuale non osservanza dovrebbero essere riportati in cartella.
- *Linea guida clinica*: raccomandazioni basate su significative ma limitate evidenze cliniche (studi in aperto, singoli casi) ma condivise dalla maggioranza degli esperti. Dovrebbero essere applicate nella maggioranza dei casi (75%), ma nella pratica clinica dovrebbero essere tenute sempre presenti le necessarie eccezioni.

- *Opzione clinica*: pratica accettabile ma non derivata da sufficienti e incontrovertibili evidenze cliniche. Dovrebbe essere considerata appropriata in alcuni casi ma da evitare in altri.

Per ogni raccomandazione è anche specificata la *forza dell'evidenza* e la *forza della raccomandazione* utilizzando i criteri dell'*American Association of Pediatrics*:

- *buona/forte*: basata su evidenze scientifiche di alta qualità e/o forte consenso clinico
- *sufficiente*: basata su evidenze scientifiche limitate o di modesta qualità metodologica
- *scarsa*: scarse evidenze scientifiche e limitato consenso clinico.

Capitolo 1

Criteri generali

Definizioni

Secondo la definizione dell'OMS, si configura una condizione di abuso e di maltrattamento allorché i genitori, tutori o persone incaricate della vigilanza e custodia di un bambino approfittano della loro condizione di privilegio e si comportano in contrasto con quanto previsto dalla Convenzione Onu di New York sui Diritti del Fanciullo del 1989.

Il maltrattamento si concretizza ne «gli atti e le carenze che turbano gravemente i bambini e le bambine, attentano alla loro integrità corporea, al loro sviluppo fisico, affettivo, intellettuale e morale, le cui manifestazioni sono la trascuratezza e/o lesioni di ordine fisico e/o psichico e/o sessuale da parte di un familiare o di terzi», come da definizione del IV Seminario Criminologico (Consiglio d'Europa, Strasburgo 1978).

Una condizione di abuso e maltrattamento può concretizzarsi in una condotta attiva (percosse, lesioni, atti sessuali, ipercura) o in una condotta omissiva (incuria, trascuratezza, abbandono).

L'assenza di evidenze traumatiche nel fisico non può escludere l'ipotesi di abuso e maltrattamento.

Aspetti clinici ed evolutivi

Qualsiasi forma di violenza costituisce sempre un attacco confusivo e destabilizzante alla personalità in formazione di un bambino,

provocando in molti casi gravi conseguenze a breve, medio e lungo termine sul processo di crescita specie nei casi in cui l'esperienza assume un carattere traumatico (Jones e Barlow, 1990; Malacrea, 1994; Pynoos, Steinberg e Wraith, 1995; Yule, 2000; Pine e Cohen, 2002; Caffo, Camerini e Florit, 2004). Un'esperienza fortemente stressante e/o traumatica, se non rilevata, diagnosticata e curata, può produrre disturbi psicopatologici o di devianza nell'età adulta. Oltre alle condizioni di abuso (fisico, sessuale, psicologico) occorre considerare le condizioni di grave trascuratezza (materiale e/o emotiva).

Il modello interpretativo clinico e psicosociale delle condizioni di abuso e di grave trascuratezza che attualmente offre il maggior numero di evidenze scientifiche è rappresentato dalla *psicopatologia dello sviluppo* (Cicchetti e Rizley, 1981; Cicchetti e Toth, 1995; Cohen e Caffo, 1998; Rutter, 2002; 2005). La psicopatologia dello sviluppo consiste nello studio delle origini e del decorso dei *pattern* individuali di disadattamento comportamentale, qualunque sia l'età d'inizio, di qualunque tipo siano le cause, di qualunque tipo le trasformazioni nelle manifestazioni comportamentali, e comunque complesso sia il decorso dei percorsi di sviluppo. Questo approccio multidisciplinare e multicontestuale consente di prendere in considerazione il repertorio comportamentale emergente nel bambino, le funzioni cognitive e linguistiche, i processi sociali ed emozionali, e i cambiamenti nelle strutture anatomiche e nei processi fisiologici del cervello, attraverso il corso dell'esistenza. In particolare, occorre tenere presenti, nell'interpretazione eziopatogenetica e degli esiti delle condizioni di abuso o di grave trascuratezza, alcuni principi di base.

- L'insorgere di un disagio o di un vero e proprio disturbo (ovvero di una condizione psicopatologica) a partire da una condizione di abuso o di grave trascuratezza viene interpretato, in una prospettiva ecologica (Belsky, 1980; 1993), come l'esito di un processo complesso, legato all'equilibrio e al bilancio tra fattori protettivi e fattori di rischio: il disagio o il disturbo si possono più facilmente determinare allorché i secondi risultano essere prevalenti e preponderanti rispetto ai primi nel corso della storia evolutiva di un individuo e in un particolare momento del suo sviluppo.
- Le conseguenze di una precoce, severa e prolungata esposizione a una condizione di abuso e/o di trascuratezza si riflette in un disfunzionamento psicologico e adattivo che coinvolge il comportamento e le competenze sociali (Manly, Cicchetti e Barnett, 1994).

- Pynoos e colleghi (1995) hanno proposto un modello relativo agli effetti post-traumatici basato sul paradigma della psicopatologia dello sviluppo, secondo il quale le nuove esposizioni a esperienze traumatiche vengono comprese all'interno di una rete interattiva. Secondo questo modello uno stressor non ha un effetto che segue semplicemente una relazione lineare, ma interagisce con il bambino in una fase particolare dello sviluppo e genera una serie di reazioni complesse. Le esperienze traumatiche successive producono nuove fonti di angoscia e sono associate ai propri *reminder* e ai propri stress secondari, agli sforzi di adattamento da parte del soggetto, alla sua personalità emergente e alla psicopatologia legata allo stress. In un contesto di psicopatologia evolutiva, vengono considerate la capacità di recupero e la vulnerabilità; le reazioni in bambini molto piccoli possono interferire con il raggiungimento di importanti traguardi dello sviluppo. I sistemi fisiologici e biochimici del bambino possono essere compromessi portando a una scarsa capacità di recupero e a una maggiore tendenza al crollo nel caso di stress successivi (Kendall-Tackett, 2000).
- In ambito psicosociale, le cause e gli esiti delle condizioni di abuso e di grave trascuratezza rispondono ai principi di *multicausalità* (un particolare evento non conduce necessariamente al medesimo esito, psicopatologico o non, in ogni individuo; l'effetto di ogni singolo fattore di rischio dipende dal momento in cui interviene e dalla combinazione con altri fattori) e di *equifinalità* (all'interno di ogni sistema è presente un ampio ventaglio di percorsi che conducono allo stesso esito; diverse combinazioni di fattori di rischio possono portare allo stesso tipo di disturbo) (Cicchetti e Rogosh, 1996).

È necessario non sovrapporre e non confondere le definizioni cliniche e psicosociali delle condizioni di abuso e di grave trascuratezza con quelle legali e giudiziarie. Ad esempio, può avvenire che condizioni di abuso psicologico non necessariamente sanzionabili penalmente, come l'«abuso verbale» (corrispondente a violenze verbali reiterate rivolte ai figli) o l'esposizione alla violenza domestica, producano effetti altrettanto severi e pervasivi, sul piano clinico, rispetto alle esperienze di vittimizzazione fisica o sessuale.

Gli esiti clinici dell'abuso e della trascuratezza sono quindi variabili e incostanti, e si manifestano in funzione dei fattori di rischio e protettivi presenti nel soggetto e nell'ambiente familiare e sociale,

interpretabili alla luce della psicopatologia dello sviluppo.¹ Le conseguenze riguardano funzioni psicologiche e adattive quali l'organizzazione del Sé, la regolazione degli affetti, lo sviluppo dei pattern di attaccamento, lo sviluppo dell'autostima, le relazioni con i coetanei e l'adattamento sociale (Cicchetti e Rizley, 1981). Tali conseguenze possono derivare anche da fattori «periferici» all'esperienza di abuso, legati ai mutamenti ambientali ai quali il bambino o l'adolescente è sottoposto a seguito di quell'esperienza (Bauserman, Rind e Tromovitch, 1998), oltre alle possibili vittimizazioni secondarie legate a interventi psicosociali impropri e inadeguati (Jones, 1991), all'invasività del procedimento giudiziario (De Cataldo Neuburger, 2005) o al protratto coinvolgimento in una denuncia infondata (Fonagy e Sandler, 2002; Gulotta e Cutica, 2004).

Le diverse forme di abuso durante l'infanzia e l'adolescenza rappresentano un importante fattore di rischio specifico per molteplici disturbi psicopatologici in età adulta (Kaufman, 1996).

Il danno cagionato è tanto maggiore quanto più:

1. il maltrattamento resta sommerso e non viene individuato;
2. il maltrattamento è ripetuto nel tempo ed effettuato con violenza e coercizione;
3. la risposta di protezione alla vittima nel suo contesto familiare o sociale ritarda;
4. il vissuto traumatico resta non espresso o non elaborato;
5. la dipendenza fisica e/o psicologica e/o sessuale tra la vittima e il soggetto maltrattante è forte;
6. il legame tra la vittima e il soggetto maltrattante è di tipo familiare;
7. lo stadio di sviluppo e i fattori di rischio presenti nella vittima favoriscono un'evoluzione negativa (Barnett, Manly e Cicchetti, 1993; Wolfe e Mc Gee, 1994; Fergusson e Mullen, 1999).

Le dotazioni di personale socio-assistenziale e sanitario con competenze specifiche e adeguata formazione nel settore risultano ancora insufficienti in tutto il territorio nazionale, così come risulta spesso inadeguata la sinergia tra percorso clinico, giuridico e socio-assistenziale.

¹ In seguito a tali considerazioni è stato deciso, nella presente revisione, di sostituire il termine troppo deterministico di «indicatori» con quello di «esiti clinici».

Capitolo 2

Strategie di prevenzione e di contrasto

Le strategie di prevenzione dei fenomeni di abuso e di maltrattamento si fondano in primo luogo sul rinforzo delle competenze autoprotettive e delle capacità di *resilience* presenti nel bambino.

La resilience

Una particolare attenzione meritano i fattori capaci di rendere un soggetto più «resistente» alle sollecitazioni stressanti o traumatiche che lo possono investire. Si tratta della cosiddetta *resilience*, che Rutter (1985) definisce come «un fenomeno manifestato da soggetti giovani che evolvono favorevolmente anche se hanno sperimentato una forma di stress che nella popolazione generale è conosciuta come capace di comportare un serio rischio di conseguenze sfavorevoli» e Hernandez Cordoba (1997) come «capacità che ha un sistema per resistere ai cambiamenti provocati dall'esterno, per sovrapporsi e superare queste crisi, approfittando del cambiamento qualitativo e mantenendo la coesione strutturale attraverso il processo di sviluppo».

La resilience si costituisce attraverso un processo nel corso dello sviluppo, processo che si attua su due assi: l'asse intrapsichico e quello relazionale-interattivo. Gli aspetti fondanti di questo processo sono almeno tre (Delage, 2003):

- la differenziazione tra sistema delle emozioni e sistema cognitivo, che consente al soggetto di «prendere distanza» dalle proprie rea-

- zioni emotive ed elaborarle attraverso le operazioni di razionalizzazione;
- la presenza di necessarie e sufficienti abilità cognitive (QI, strategie di *problem solving*, capacità di concettualizzare e pianificare);
 - la formazione di meccanismi di difesa «normali» o «nevrotici», tali da consentire stili di *coping* maggiormente funzionali e adattivi (Kernberg, Weiner e Bardenstein, 2001).

I fattori a partire dai quali è possibile valutare la qualità della resilience riguardano sia l'ambiente psicosociale, sia l'individuo e le sue caratteristiche personali.

I *fattori psicosociali* concernono diversi aspetti: la qualità dei legami familiari, il livello dell'integrazione scolastica e sociale e gli eventuali problemi che si sono posti, la presenza di valori morali e religiosi.

I *fattori individuali* comprendono le risorse cognitive, il tipo di temperamento (più o meno eccitabile e adattabile), la qualità dei pattern di attaccamento.

Un'interessante prospettiva di ricerca e di intervento riguarda proprio le strategie di rinforzo della resilience a partire da interventi psicosociali preventivi indirizzati sui genitori, sulle prime fasi dello sviluppo interattivo del bambino e sui reciproci pattern di attaccamento (Ammaniti et al., 2002; Ammaniti, Nicolais e Speranza, 2004): sostegno alla genitorialità attraverso *home visiting* o programmi *multicomponent* (Andrews et al., 1982). Vi sono evidenze che i fattori protettivi possono ridurre direttamente gli effetti del rischio, favorire le competenze e rafforzare l'individuo nei confronti delle avversità, consolidando le sue capacità di *coping* e di resilience (Garmezy, Masten e Telligan, 1984).

Criteri di prevenzione a livello sociale

Per contrastare il fenomeno dell'abuso si rendono necessarie le seguenti strategie di intervento preventivo (Cohen et al., 2001):

- rilevamento dei dati e mappatura delle risorse sul territorio nazionale;
- livelli di formazione: dalla formazione diffusa a quella specialistica;

- organizzazione di servizi integrati «in rete»; intese tra le istituzioni interessate; rapporto con il privato sociale (Caffo, 2003a);
- intese a livello nazionale e internazionale per la lotta allo sfruttamento sessuale dei bambini a fini commerciali;
- informazione globale per la diffusione di una cultura dell'infanzia; patto d'intesa con i media.

Criteria di prevenzione a livello familiare e individuale

La prevenzione per gli abusi in età evolutiva implica una molteplicità di approcci orientati al bambino, alle famiglie, alle vittime, agli abusanti e alla società.

Verso i bambini: è necessario attuare interventi di prevenzione primaria rivolti a un potenziamento delle capacità autoprotettive e di resilience; individuare e sostenere i casi a rischio sociale e psicopatologico; individuare nelle diverse fasce d'età i segnali che consentano a genitori, insegnanti, pediatri (quegli adulti che stanno quotidianamente più vicini al bambino) di individuare le condizioni «a rischio».

Verso le famiglie: è necessario offrire sostegno alle situazioni vulnerabili sul piano sociale e/o psicopatologico; approfondire i fattori di rischio e i fattori protettivi attraverso l'uso di metodiche standardizzate per lo studio della psicopatologia della coppia genitoriale e delle relazioni intrafamiliari; potenziare/implementare le capacità genitoriali nei casi a rischio psicosociale.

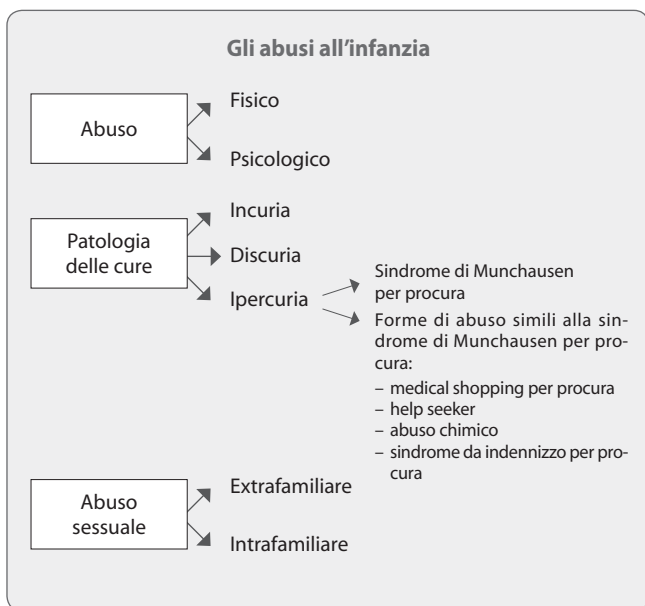
Verso i luoghi dei bambini: è utile coordinare programmi sul rischio nelle strutture educative; sollecitare, facilitare e sostenere le occasioni di ascolto del bambino; favorire la presentazione di un modello sociale (relazioni e valori) rispettoso verso le esigenze del bambino.

Verso i Servizi sociosanitari e psicosociali: per un'azione preventiva di tipo secondario, occorrono sia programmi di sensibilizzazione e formativi sia progetti per la diagnosi e presa in carico delle vittime e per il sostegno alle famiglie. Infatti, è utile strutturare modelli terapeutici diversificati in rapporto alle sollecitazioni stressanti/traumatiche acute (nei casi di emergenza-urgenza; Caffo, 2003b) e a quelle croniche; il modello d'intervento e cura deve principalmente basarsi su interventi psicosociali integrati.

Capitolo 3

Classificazioni

Criteri generali di classificazione delle condizioni di abuso e trascuratezza



Abuso fisico

Si parla di abuso fisico o (secondo il lessico forense) di maltrattamento quando i genitori o le persone legalmente responsabili del bambino eseguono o permettono che si producano lesioni fisiche, o mettono i bambini in condizioni di rischiare lesioni fisiche. Uno studio effettuato su un campione nazionale di 19 Pronto Soccorso Pediatrici (Gruppo Nazionale PES, 2000) attestava un intervallo di confidenza della frequenza di casi dubbi, quasi certi e certi compreso tra il 2 e il 3%.

Sulla base della gravità delle lesioni, l'abuso viene distinto in:

- di grado lieve: lesioni che non necessitano di ricovero;
- di grado moderato: quando è necessario il ricovero (ustioni, fratture, traumi cranici);
- di grado severo: quando il bambino viene ricoverato in rianimazione con gravi sequele neurologiche fino alla morte.

Abuso psicologico

L'abuso psicologico consiste in comportamenti attivi o omissivi che vengono giudicati psicologicamente dannosi in base a principi comuni e indicazioni tecniche specifiche.

Questi comportamenti vengono agiti individualmente o collettivamente da persone che, per particolari caratteristiche (es. età, cultura, condizione sociale), sono in posizione di potere rispetto al bambino.

Tali comportamenti possono danneggiare anche in modo irreversibile lo sviluppo affettivo, cognitivo, relazionale e fisico del bambino (International Conference on Psychological Abuse of Children and Youth, 1983).

L'abuso psicologico include gli atti di rifiuto, di terrorismo psicologico, di sfruttamento, di isolamento e allontanamento del bambino dal contesto sociale (Garbarino e Garbarino, 1980). Consiste nel comportamento lesivo, dal punto di vista relazionale, da parte di un adulto nei confronti di un bambino. In concreto si parla di abuso psicologico in presenza di reiterati atteggiamenti di svalutazione-disprezzo, ostilità, rifiuto, nonché di critica ripetuta e insistente dell'aspetto, del comportamento e della personalità del minore. Esso

quindi comprende tutti gli atteggiamenti dell'adulto che possono danneggiare il bambino: non solo quindi l'ostilità e il rifiuto, ma anche un'eccessiva e limitante iperprotezione. Si possono inoltre associare altri tipi di abuso, legati al mancato riconoscimento e/o alla percezione distorta dei bisogni fondamentali del bambino.

Anche l'incuria può essere considerata un abuso psicologico. Come pure l'utilizzazione dell'immagine a scopo di spettacolo e/o di lucro, che non tenga conto della dignità e della specificità dei bisogni del minore, appartiene a una forma subdola, anche se istituzionalizzata, di abuso psicologico, sotto la spinta di alcuni aspetti «patologici» delle aspettative genitoriali nei confronti dei figli.

Un'ulteriore forma di abuso psicologico può consistere nell'alienazione di una figura genitoriale da parte dell'altra sino alla co-costruzione nel bambino di una «sindrome di alienazione genitoriale» (Gardner, 1985).

Patologia delle cure

La patologia della somministrazione delle cure riguarda quelle condizioni in cui i genitori o le persone legalmente responsabili del bambino non provvedono adeguatamente ai suoi bisogni, fisici e psichici, in rapporto al momento evolutivo e all'età.

La patologia della somministrazione delle cure comprende pertanto tre categorie cliniche (Montecchi, 1999):

- *l'incuria* vera e propria si realizza quando le cure sono carenti;
- *la discuria* si realizza quando le cure vengono fornite ma in modo distorto, non appropriato al momento evolutivo e/o alle necessità del bambino;
- *l'ipercuria* si realizza quando le cure sono somministrate in eccesso, e comprende quanto segue.

La sindrome di Munchausen per procura (MPS)

Nel DSM-IV-TR la sindrome viene definita come *disturbo fittizio con segni e sintomi fisici predominanti (300.19)*. Si tratta di un disturbo psicopatologico che comporta un controllo volontario da parte del soggetto che simula la malattia, talora con lucida convinzione delirante. Quando queste persone hanno figli, esse possono spostare la loro convinzione di malattia su questi: le storie dei sintomi e del-

le malattie vengono inventate dai genitori (quasi sempre la madre) riferendole ai propri figli, i quali vengono in tal modo sottoposti ad accertamenti clinici inutili e a cure inopportune.

Tutti gli organi sono bersagli potenziali; i sintomi riferiti e attribuiti al bambino dipendono unicamente dal tipo di fantasia della madre e dalle sue conoscenze mediche. Può avvenire che una MPS produca una falsa denuncia di abuso sessuale.

Forme di abuso simili alla sindrome di Munchausen per procura

Esistono delle varianti della sindrome che possono essere definite e schematizzate in:

- *medical shopping* per procura;
- *help seeker*;
- abuso chimico/farmacologico;
- sindrome da indennizzo per procura.

Medical shopping per procura

Si tratta di bambini che hanno sofferto nei primi anni di vita di una grave malattia e che da allora vengono portati dai genitori presso un numero spesso elevatissimo di medici per disturbi di minima entità, in quanto i genitori sembrano percepire lievi patologie come gravi minacce per la vita del bambino. Il disturbo materno è di tipo ansioso-ipocondriaco; accogliendo le ansie e le preoccupazioni che la madre proietta sul figlio è possibile rassicurarla sullo stato di salute del figlio.

Help seeker

Il bambino presenta dei sintomi fittizi indotti dalla madre, ma la frequenza degli episodi di abuso è bassa e il confronto con il medico spesso la induce a comunicare i suoi problemi quali ansia e depressione e ad accettare un sostegno psicoterapeutico.

Abuso chimico

Con questo termine si indica l'anomala e aberrante somministrazione di sostanze farmacologiche o chimiche al bambino per determinare la sintomatologia e ottenere il ricovero ospedaliero. Tale abuso va sospettato quando i sintomi non sono spiegabili sulla base delle consuete indagini di laboratorio e soprattutto se tali sintomi si accentuano o insorgono ogni volta che la madre ha un contatto con il bambino (cfr. la sindrome di Munchausen per procura).

Sindrome da indennizzo per procura

Si tratta di quei casi in cui il bambino presenta i sintomi riferiti dai genitori, in situazioni in cui è previsto un indennizzo economico. Il quadro clinico segue spesso un trauma cranico e si presenta con sintomi che variano a seconda delle conoscenze mediche della famiglia (cefalea, vertigini, difficoltà di concentrazione, astenia, disturbi della memoria). La motivazione si lega inconsapevolmente al risarcimento e la sindrome si risolve con la totale e improvvisa guarigione una volta ottenuto il risarcimento stesso.

Capitolo 4

Fattori di rischio e protettivi

Criteria generali di definizione del rischio

Si possono distinguere fattori protettivi e di rischio *individuali*, riguardanti la maggiore o minore vulnerabilità personale allo stress (mediata da fattori neurobiologici, temperamentali, affettivi, cognitivi), e *ambientali*, legati a variabili quali la qualità delle relazioni di attaccamento alle figure genitoriali, gli stress e i *life event* precedenti, gli interventi psicosociali di sostegno e di supporto.

La ricerca psicosociale ha individuato gli *indicatori di rischio* (intesi come «campanelli di allarme» che segnalano un rischio relativo alla salute mentale del bambino ma non lo causano direttamente) e i *mediatori di rischio* (fattori coinvolti direttamente nel processo causale). Le condotte abusanti, maltrattanti e trascuranti rientrano fra questi ultimi. I mediatori di rischio comprendono le influenze prenatali (come gli stress severi a carico della madre, ovvero l'uso di alcool o droghe) e le influenze fisiche postnatali (come una condizione di disabilità da danno neurobiologico nel bambino). Non è necessario che i fattori ambientali, per produrre effetti, abbiano un carattere «estremo».

Gli esiti clinici legati alle condizioni di abuso e maltrattamento si manifestano attraverso la mediazione di fattori genetici, i quali tuttavia non possono sortire effetti in senso deterministico. Gli effetti delle avversità psicosociali durante la prima infanzia possono riguardare i modelli cognitivi, le interazioni interpersonali, i mutamenti nel sistema neuroendocrino, sino a esiti neurobiologici (Rutter,

1989; De Bellis e Putnam, 1994; Teicher et al., 2003). Tra questi ultimi, sono state descritte la «irritabilità limbica» legata a un alterato afflusso ematico al verme cerebellare e la dissociazione associata a una riduzione dell'ippocampo (Stein, 1997), oltre ad alterazioni neuroendocrine (Jensen et al., 1991).

Belsky (1993), conformemente a un'impostazione ecologica, conclude che le condotte abusive e trascuranti nei confronti dei bambini sono determinate da una molteplicità dei fattori che operano a diversi livelli. Diviene così impossibile isolare una singola patogenesi degli abusi o identificare correttamente uno o più fattori che, se presenti, culminano in un'azione abusante; quest'ultima tende a verificarsi quando gli stressor sovrastano i fattori di supporto e quando gli elementi di rischio sono più importanti dei fattori di protezione.

La ricerca sui fattori di rischio viene ritenuta paradigmatica della psicopatologia dello sviluppo. *Adattamento e vulnerabilità* vengono visti come risultati opposti dell'interazione tra fattori protettivi e fattori di rischio. Considerando il grado di adattamento e integrazione sociale di un individuo nelle fasi del ciclo di vita, lo stato del bambino può essere considerato come il risultato momentaneo e transitorio di un processo dinamico interattivo tra fattori di rischio e fattori di protezione. Bambini diversi possono reagire in modo del tutto differente di fronte allo stesso tipo di fattori di rischio in funzione del grado di vulnerabilità personale allo stress e dell'eventuale presenza di mediatori dei fattori di stress (Sroufe e Rutter, 1984); uno stesso fattore di rischio produce effetti diversi al variare della fase di sviluppo considerata.

Esistono inoltre evidenze relative al fatto che un'esperienza di vittimizzazione durante l'infanzia possa costituire un fattore di rischio per la messa in atto di comportamenti abusanti/trascuranti da adulto, sulla base di una continuità tra modelli di attaccamento disfunzionali appresi durante l'infanzia e modelli di accudimento inadeguati. Modelli operativi interni «non riflessivi» possono in questo senso determinare una specifica difficoltà a «leggere» la mente degli altri in termini di intenzioni, desideri, stati d'animo, con conseguente impossibilità di identificarsi nei bisogni evolutivi dei figli e di saperli interpretare in maniera sufficientemente appropriata (Fonagy e Target, 2001).

I fattori di rischio rappresentano il supporto per formulare una valutazione psicosociale presuntiva di sospetto abuso o trascuratez-

za, intesa come ipotesi che deve essere verificata con l'aiuto di una équipe multidisciplinare. Si distinguono (Cicchetti e Rizley, 1981; Reder e Lucey, 1997; Montecchi, 1999; Pourtois, 2000; Schumacher, Slep e Heyman, 2001):

- cause sociali;
- cause relazionali da parte dei genitori;
- patologie genitoriali;
- cause relazionali da parte dei bambini;
- patologia del bambino.

Fattori specifici di rischio

1. Cause sociali

- famiglie isolate dal contesto sociale;
- difficoltà economiche e/o lavorative, disoccupazione;
- emarginazione sociale, immigrazione, cause religiose e razziali;
- isolamento dalle rispettive famiglie d'origine;
- condizioni abitative inadeguate per igiene e spazi;
- famiglie monoparentali (ragazze madri, separazione e divorzio, vedovanze).

2. Cause relazionali intrafamiliari

- patologia della relazione tra i genitori;
- conflitti nella coppia genitoriale con esposizione dei figli;
- età dei genitori (troppo giovane o troppo avanzata);
- inversioni dei ruoli genitoriali;
- genitori con pattern di attaccamento fortemente insicuri/disorganizzati;
- promiscuità delle relazioni;
- esposizione alla violenza domestica.

3. Patologie genitoriali

- psicosi;
- gravi disturbi di personalità (borderline);
- gravi disturbi ansiosi o depressivi (depressione post-partum);
- tossicodipendenze;
- alcolismo;
- sociopatie;

- insufficienza mentale;
- gravi disabilità fisiche o sensoriali;
- passato di violenza familiare.

4. *Patologie del bambino*

- patologie neonatali;
- malattie croniche;
- disabilità fisiche e/o psichiche;
- deficit di apprendimento;
- disturbi del sonno, pianto notturno e diurno;
- problemi delle condotte alimentari e/o sfinteriche;
- inibizione o ipercinesia.

Capitolo 5

Abuso fisico e patologia delle cure

Esiti dell'abuso fisico

Criteri generali

- *Localizzazione delle lesioni*: lesioni tegumentarie in sedi normalmente atipiche (zona retroauricolare, torace, dorso, area genitale o perianale, caviglie, pianta dei piedi); segni, attuali o pregressi, di morsi non animali in zone corporee non autoaggredebili; fratture epifisometafisarie, fratture costali, della clavicola e dell'acromion in bambini che non hanno ancora acquisito una sufficiente autonomia motoria.
- *Numero delle lesioni*: lesioni su differenti distretti corporei, lesioni multiple e lesioni multiformi per tipologia (ecchimosi, escoriazioni, soluzioni di continuo, lacerazioni, ecc.).
- *Cronologia delle lesioni* (con particolare riguardo all'epoca, all'evoluzione cicatriziale delle lesioni dei tessuti molli e delle fratture).
- *Età del minore*: più il bambino è piccolo, meno verosimili risulteranno le giustificazioni fornite dagli adulti su traumatismi accidentali da lui stesso provocati.

Segni fisici

I segni fisici del maltrattamento sono in genere costituiti da:

- esperienze di traumi contusivi;
- abrasioni;

- escoriazioni;
- ecchimosi;
- ferite lacerocontuse o lacere;
- morsi;
- vibice (frustate);
- lesioni scheletriche;
- lesioni viscerali;
- esiti cicatriziali.

Alcune contusioni hanno la caratteristica di riprodurre «a stampo» la morfologia del corpo contundente che le ha provocate (mano, corda, cinghia).

Le ecchimosi, frequenti nei bambini, devono far sorgere il sospetto di abuso quando sono presenti in un bambino molto piccolo che ancora non cammina o nei bambini più grandi quando sono localizzate all'addome o al torace.

È importante accertarsi che il bambino non soffra di malattie emorragiche e differenziare le ecchimosi dalle macchie mongoliche che sono localizzate a livello del sacro e talvolta lateralmente alla colonna vertebrale.

- *i morsi*: differenziare se il morso è stato inferto da un adulto o da un altro bambino; in quest'ultima evenienza la distanza tra i canini è inferiore ai 3 cm;
- *le ustioni da immersione forzata*: con aspetto a calza o a guanto e assenza dell'ustione nella superficie cutanea a contatto con la vasca o il bidé;
- *le ustioni da sigaretta*: la lesione da sigaretta è più profonda, interessando il derma, ed è perfettamente circolare;
- *le lesioni scheletriche*: fratture multiple di diverso stadio di evoluzione. Pregresse fratture mal consolidate, frattura a carico delle ossa lunghe in bambini molto piccoli, fratture metafisarie, fratture costali multiple secondarie a manovre di afferramento e di costrizione;
- *i traumi cranici*: ematomi subdurali, frattura cranica, emorragia intraoculare, otorragia o epistassi, altra patologia;
- *l'espressione di concussione cranica (shaken syndrome)*: ematoma subdurale associato a emorragie intraoculari;
- *altre manifestazioni cliniche*: distacchi retinici, emorragie retiniche e preretiniche, perforazione della membrana timpanica (da schiaffo), lesioni viscerali (fegato, milza, reni).

Diagnostica per immagini nell'abuso fisico

Elementi che nell'insieme possono allertare il radiologo sono rappresentati da: lesioni multiple (ossee o delle parti molli), età del paziente, sede delle lesioni, aspetti particolari di alcune lesioni e infine cronologia della lesione stessa.

Le lesioni scheletriche ad alta specificità consistono nelle lesioni metafisarie, nelle fratture posteriori delle costole, nelle fratture della scapola e dei processi spinosi vertebrali e nelle fratture sternali.

Di media specificità sono le fratture multiple, specialmente bilaterali, le fratture di diversa età, i distacchi epifisari, le fratture dei corpi vertebrali, le lussazioni, le fratture clavicolari, le fratture delle diafisi delle ossa lunghe e le fratture lineari del cranio.

Le lesioni del cranio sono molto spesso a carico del contenuto piuttosto che delle ossa e in questo caso sono riconoscibili soltanto mediante una tomografia assiale computerizzata (TAC) o una risonanza magnetica nucleare (RMN).

Altre lesioni non riconoscibili con la semplice radiografia sono quelle addominali chiuse.

Le lesioni più frequenti sono costituite dai danni a carico degli organi cavi, come rotture ed ematomi intramurali, lesioni dei vari mesenterici, lesioni del fegato e del pancreas e versamenti peritoneali.

In questi casi l'ecografia è in grado di riconoscere lesioni di organi parenchimatosi o piccole raccolte endoperitoneali reattive come piccole falci di raccolta sottoepatica o raccolte retrovescicali.

Esiti clinici nella patologia della somministrazione delle cure

Incuria

Gli esiti clinici per la diagnosi possono essere suddivisi in:

- stato di salute
- segni fisici
- sintomi comportamentali.

Stato di salute

- Calendario delle vaccinazioni obbligatorie non rispettato.
- Carie dentali non curate, disturbi visivi o uditivi non trattati.

- Bambini affetti da patologie pediatriche croniche, non adeguatamente curati.

Segni fisici

- Vestiti inadeguati all'età, al sesso e alle stagioni.
- Scarsa igiene e dermatiti recidivanti, scabbia e pediculosi.
- Distorsione delle abitudini alimentari con denutrizione o, al contrario, ipernutrizione.
- Sviluppo psicomotorio spesso ritardato.
- Bassa statura psicosociale.
- Caratteristica peculiare di questi bambini è quella di mostrare un decisivo miglioramento sia delle condizioni fisiche sia delle acquisizioni psicomotorie quando vengono allontanati dalla famiglia, anche se si trovano in una situazione sfavorevole come un ricovero in ambiente ospedaliero.

Sintomi comportamentali

- I bambini possono apparire pigri, stanchi, di scarso rendimento scolastico, iperattivi e con disturbi dell'attenzione o al contrario inibiti e tristi; si comportano a volte da pseudo-insufficienti mentali. Sono soggetti a frequenti infortuni domestici, spesso non vengono mandati a scuola.
- Si stabiliscono spesso pattern di attaccamento insicuri.
- Inversione dei ruoli: il bambino assume un ruolo genitoriale nei confronti dei propri genitori.

L'incuria (*neglect*) rappresenta un problema spesso sottovalutato, in prospettiva preventiva, anche nel campo della ricerca scientifica (The Lancet, 2003).

Discuria

I genitori appaiono inconsapevoli della violenza che stanno esercitando.

Tutto ciò può portare a:

- anacronismo delle cure
- imposizione di ritmi di acquisizione precoci
- aspettative inadeguate/irrazionali.

Ipercuria

Le caratteristiche dei genitori

La madre è più frequentemente l'autrice dell'abuso. Sono donne che spesso posseggono un grado di istruzione medio-alto, appaiono come madri sollecite e ansiose per lo stato di salute del figlio e raccontano volentieri la storia della malattia del figlio. Spesso il loro racconto risulta apparentemente lucido, ma con frequenti contraddizioni.

Il padre risulta per lo più passivo e scarsamente presente; non interviene nell'impedire le condotte abusanti.

Le caratteristiche del bambino

Tende a colludere con la propria madre simulando, a sua volta, uno stato di malattia.

Le conseguenze psicologiche possono comprendere:

- difficoltà scolastiche
- isolamento, assenza di interazioni sociali
- percezione corporea distorta
- disturbi e ritardi nell'organizzazione della personalità e della propria identità.

Capitolo 6

L'abuso sessuale

L'abuso sessuale comprende tutte le pratiche manifeste o mascherate a cui vengono sottoposti i bambini. Può suddividersi in diversi tipi:

- abuso sessuale intrafamiliare
- abuso sessuale perifamiliare ed extrafamiliare

a seconda del rapporto esistente tra il bambino e l'abusante. Se questi è un familiare si parla di *abuso sessuale intrafamiliare*, se invece si tratta di una figura estranea al nucleo familiare si parla di *abuso extrafamiliare*, o *perifamiliare* qualora si tratti di persona non legata alla vittima da uno stretto grado di parentela ma che gravita attorno all'ambiente familiare.

Una particolare tipologia di abuso sessuale è rappresentata dallo sfruttamento sessuale e dal coinvolgimento del minore nella pornografia *on line* (cfr. la legge 6 febbraio 2006, n. 38, contenente «Disposizioni in materia di lotta contro lo sfruttamento sessuale dei bambini e la pedopornografia anche a mezzo Internet»).

Inoltre, la legge 3 agosto 1998, n. 269, recante «Norme contro lo sfruttamento della prostituzione, la pornografia, il turismo sessuale in danno di minori, quali nuove forme di riduzione in schiavitù», ispirata ai principi dettati dalla Convenzione di New York (ratificata dall'Italia con la legge 27 maggio 1991, n. 176) e dalla Dichiarazione finale della Conferenza mondiale di Stoccolma contro lo sfruttamento sessuale dei bambini a fini commerciali del 31 agosto 1996, rappresenta un fondamentale punto di svolta, introducendo per la

prima volta nel nostro Paese una disciplina specifica per la tutela dei minori contro lo sfruttamento sessuale.

La qualificazione dei reati di sfruttamento sessuale dei minori quali «nuove forme di riduzione in schiavitù» e la loro collocazione codicistica nella sezione dedicata ai delitti contro la personalità individuale realizza un'equiparazione sostanziale tra la violazione dell'integrità psicofisica del minore a seguito dei delitti di cui agli artt. 600 bis e ss. C.P. e la condizione di schiavitù.

Abusi sessuali intrafamiliari

Si riconoscono due diversi sottogruppi:

- abusi sessuali manifesti
- abusi sessuali mascherati.

Gli abusi sessuali manifesti (sfruttamento sessuale e/o pornografia)

– *Abusanti:*

- padri e figure maschili a connotazione paterna (nuovi partner)
- madri
- fratelli e sorelle maggiori
- nonni
- zii conviventi

– *abusati:*

- maschi
- femmine.

Gli abusi sessuali mascherati

Comprendono:

- le pratiche genitali inconsuete
- l'abuso assistito.

Le pratiche genitali inconsuete, quali i lavaggi dei genitali, le ispezioni ripetute (anali, vaginali), le applicazioni di creme, nascondono a volte gravi perversioni o strutture fobico-ossessive o psicotiche dei genitori responsabili dell'erotizzazione di questi comportamen-

ti connotati da una forte intrusività sessuale che può danneggiare la coscienza corporea del bambino. Questi abusi si accompagnano talvolta a macchie discromiche nell'area anogenitale dovute all'applicazione incongrua di pomate e creme vaginali, alle abluzioni o ad alterazioni fisiche e infezioni ricorrenti.

Occorre comunque sottolineare che queste pratiche sono sovente oggetto di denunce infondate di abuso sessuale all'interno di conflitti che accompagnano o seguono una separazione coniugale.

Abuso assistito: in questa forma di abuso i bambini vengono fatti assistere all'attività sessuale dei genitori, non come fatto occasionale ma su precisa richiesta dei genitori stessi. In altre situazioni più complesse e più perverse il bambino viene fatto assistere all'abuso sessuale che un genitore agisce su un fratello o una sorella.

Abusi sessuali extrafamiliari

L'abuso sessuale extrafamiliare riguarda indifferentemente maschi e femmine, e si radica spesso in una condizione di scarso controllo familiare e/o di trascuratezza affettiva che spinge il bambino e la bambina ad accettare le attenzioni affettive erotizzate di una figura estranea.

Gli abusi sessuali extrafamiliari vanno distinti, per quanto riguarda le dinamiche motivazionali, dagli abusi intrafamiliari, in quanto legati rispettivamente alla pedofilia e all'incesto. I pedofili e gli abusanti incestuosi rappresentano due categorie non sovrapponibili, e mostrano solitamente profili di personalità e attitudini comportamentali diversi (Okami e Goldberg, 1992).

Risulta molto difficile individuare in una prospettiva di prevenzione primaria i soggetti adulti a rischio di comportamenti pedofili. La pedofilia «vera» compulsiva, non occasionale o situazionale, di solito stabile e resistente al trattamento rappresenta una condizione di interesse clinico psicopatologico ed è compresa dal DSM-IV-TR tra le parafilie. Esistono classificazioni descrittive relative alle modalità comportamentali attraverso le quali il soggetto pedofilo agisce le proprie condotte nei confronti delle vittime, secondo la frequenza dei contatti e le modalità più o meno invasive e violente.

Le denunce infondate o falsi positivi

A questo gruppo, che richiede una specifica attenzione (Calamoneri e Arminio, 2006), appartengono abusi dichiarati ma in realtà non concretamente consumati, trattandosi di:

- una convinzione errata, a volte delirante, che il figlio o la figlia siano stati abusati, all'interno di un conflitto genitoriale, o consapevole accusa di un coniuge contro l'altro coniuge;
- un effetto di una «sindrome di alienazione genitoriale»;
- un fraintendimento delle parole dette da un bambino;
- una dichiarazione non veritiera o esagerazione da parte dello stesso minore;
- una dichiarazione sorta all'interno di interviste suggestive (Dettore e Fuligni, 1999; Camerini, 2006) o di «dichiarazioni a reticolo» all'interno di una comunità scolastica o sociale.

Nelle linee guida dell'American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (AACAP, 1997) viene precisato che le dichiarazioni possono essere in parte «vere» e in parte «false» e che una rivelazione può avere un nucleo di verità, ma che può aver subito l'influenza negativa di successive elaborazioni in sede di interviste suggestive ripetute. Vengono distinte quattro tipologie di false dichiarazioni:

- la falsa rivelazione che nasce nella mente di un genitore o altro adulto e viene imposta al bambino. In questo gruppo sono compresi gli equivoci da parte dei genitori, la *folie à deux*, l'indottrinamento per ottenere dei vantaggi, le interviste suggestive, il contagio di gruppo;
- la rivelazione falsa che è prodotta dal bambino per la presenza di meccanismi mentali inconsci o non intenzionali in genere, come nel caso della confusione tra fantasia e realtà, delle fabulazioni mitomaniche, dei deliri, delle fantasie di seduzione, degli errori di interpretazione, dell'utilizzo di meccanismi di difesa;
- la rivelazione falsa che è il prodotto di meccanismi mentali consci ed è quindi intenzionale. Si tratta delle bugie volte a soddisfare qualche bisogno;
- la sostituzione del perpetratore.

Occorre sempre tenere presente che il coinvolgimento di un bambino in una denuncia infondata, specie allorquando da essa derivano provvedimenti giudiziari e psicosociali che incidono sulle relazioni

intrafamiliari, può produrre effetti negativi sul suo funzionamento psicologico, sociale e adattivo sovrapponibili a quelli che si verificano nelle condizioni di abuso realmente esperite (Fonagy e Sandler, 2002).

Fattori di rischio negli abusi sessuali

Come «fattori di rischio» si intendono quei fattori che possono facilitare l'insorgenza di una situazione di abuso, senza necessariamente essere in grado di produrla; va precisato che i fattori di rischio devono essere distinti dagli effetti e non possono assumere il significato di «indicatori» di una condizione di abuso sessuale. Essi comprendono:

- famiglia monoparentale
- patologia psichiatrica, alcolismo, tossicomanie.

Meno significativi:

- matrimonio contratto in giovane età
- prole numerosa
- difficoltà sessuali tra i coniugi
- paura di disgregazione familiare
- promiscuità sessuale
- tendenze simbiotiche-endogamiche
(Black, Heyman e Smith Slep, 2001; Fergusson, 1999).

Nell'abuso sessuale possono intrecciarsi in modo caratteristico due tipologie di personalità paterna e materna.

Personalità paterna

I tipologia

- Rigido, autoritario, violento
- inibente la vita sociale e affettiva esterna dei figli
- insensibile ai sentimenti e ai bisogni degli altri.

II tipologia

- Dipendente e succube della moglie
- maltrattato nell'infanzia
- inversione dei ruoli coniugali.

Personalità materna

l tipologia

- Passiva, succube, vittima di maltrattamenti
- rifiutata dalla famiglia di origine
- esperienze incestuose.

Il tipologia

- Autoritaria e centrale economicamente
- rifiutante la propria famiglia
- molto impegnata lavorativamente per cui perde il ruolo genitoriale e coniugale e lo delega alla figlia.

Si riscontrano con una certa frequenza nel genitore abusante disturbi di personalità specie dal cluster B (con particolare riferimento al disturbo borderline, per i tratti di forte impulsività che spesso lo caratterizzano).

Un numero crescente di studi ha riportato un'associazione debole tra indicatori dello status socioeconomico della famiglia e rischi di abuso sessuale nei bambini.

Esistono invece significative connessioni tra l'abuso sessuale e indicatori di malfunzionamento coniugale, cambiamenti familiari (presenza di patrigni e matrigne), difficoltà di adattamento dei genitori (alcolismo e criminalità) e indicatori dei pattern di attaccamento tra genitori e figli (Fergusson et al., 1996).

È possibile che i fattori familiari associati all'abuso sessuale rappresentino altrettanti «rivelatori» di famiglie che presentano alte probabilità di ospitare al loro interno un soggetto abusante, così come è altrettanto probabile che i nessi esaminati riflettano l'ambiente in cui la famiglia è inserita e che, in vari modi, può esporre i bambini ai rischi di abuso sessuale come conseguenza di scarso accudimento da parte dei genitori e di una limitata capacità di sorveglianza e di protezione.

Non esistono evidenze che supportino l'ipotesi di una trasmissione transgenerazionale dell'abuso sessuale sulla base di specifiche esperienze vissute nel corso dell'infanzia e/o della adolescenza.

Esiti clinici negli abusi sessuali

non si determinano segni da rilevare. Data la loro aspecificità, i segni fisici raramente sono in grado di condurre alla certezza che il bambino abbia subito un abuso, né è possibile in molti casi individuare con precisione le modalità dello stesso. Abusi sessuali compiuti in modo non violento, con «tenerezza», utilizzando ad esempio dei lubrificanti, non lasciano segni evidenti. Può comparire soltanto un leggero arrossamento che scompare rapidamente. Al contrario i segni di penetrazioni attuate con violenza portano a sofferenze e sanguinamenti. Nei bambini molto piccoli i segni abbastanza tipici degli atti di libidine ripetuti sono costituiti da irritazioni cutanee riscontrabili all'ispezione dei genitali.

Nessun segnale considerato isolatamente consente la diagnosi, ma il complesso degli esiti clinici va contestualizzato.

1. Esiti clinici fisici di abuso sessuale possono essere:

- i graffi vicino alla zona genitale
- i corpi estranei nella vagina o nel retto
- le tracce di liquido seminale
- le lesioni emorragiche
- le infezioni trasmissibili sessualmente
- le gravidanze in adolescenza
- la pubertà precoce.

Esistono criteri di classificazione standardizzati, come quelli proposti e codificati dalla Adams (1995), che fissano il grado di specificità degli esiti clinici fisici rilevati.

2. Esiti psicocomportamentali di cambiamento comportamentale (esiti a breve-medio termine) possono comprendere:

- *fino ai 6 anni di età*
 - disturbi del sonno
 - disturbo delle condotte alimentari
 - lamentele per dolori fisici (cefalea, dolori addominali)
 - preoccupazioni insolite, paure immotivate
 - rifiuto nel mostrare il corpo nudo
 - esplosioni emotive improvvise (pianto, crisi di rabbia, mutismo)
 - isolamento familiare/sociale
 - aggressività contro adulti/coetanei
 - atti di autolesionismo
 - interessi sessuali e comportamentali sessualizzati inappropriati all'età, masturbazione compulsiva
 - particolari caratteristiche del gioco

- *dai 6 anni in poi*
 - disturbi del sonno
 - disturbo delle condotte alimentari
 - lamentele per dolori fisici (cefalea, dolori addominali)
 - preoccupazioni insolite, paure immotivate
 - rifiuto o compiacenza nel mostrare il corpo nudo anche in situazioni mediche, reattività al contatto fisico
 - esplosioni emotive improvvise (pianto, crisi di rabbia, mutismo)
 - aggressività contro adulti/coetanei
 - autolesionismo
 - interessi sessuali inappropriati all'età, masturbazione compulsiva, comportamenti sessuali promiscui
 - passività, inibizione del pensiero
 - depressione, isolamento
 - difficoltà scolastiche
 - oppositività, provocatorietà
 - fughe
 - comportamenti immaturi, regressione a fasi evolutive precedenti
 - tentativi di suicidio.

Vanno sottolineate l'estrema variabilità e l'aspecificità dei comportamenti che possono conseguire a un'esperienza di abuso fisico e/o sessuale, i quali devono essere sempre interpretati e valutati alla luce dei principi di equifinalità e di multifinalità propri della psicopatologia dello sviluppo.

Raccomandazione 1

Linea guida clinica. Forza dell'evidenza: forte. Forza della raccomandazione: forte

Non esiste una sindrome clinica «caratteristica» e identificabile legata specificamente all'abuso sessuale. I disturbi psichici ad esso legati, che compaiono peraltro incostantemente e in funzione dei fattori di rischio presenti e delle modalità (durata, intensità) con cui l'abuso è stato compiuto, possono corrispondere a un ampio repertorio di risposte comportamentali comune anche ad altre condizioni cliniche (principio di equifinalità) (Fergusson e Mullen, 2004). Non esistono indici comportamentali ed emotivi patognomonici di abuso sessuale; in un'elevata percentuale di casi non si manifestano condotte problematiche. L'impatto di un abuso sessuale può variare

qualitativamente e quantitativamente in funzione di variabili particolari (vedi cap. 1 «Aspetti clinici ed evolutivi»). La letteratura segnala che gli effetti a lungo termine dell'abuso sessuale restano ancora indefiniti e non chiariti da sufficienti ricerche longitudinali (Finkelhor e Berliner, 1995; Ramchandani e Jones, 2003). Inoltre, in letteratura non esistono pareri concordi e studi che dimostrino l'esclusività di una o più condotte come criterio diagnostico. Questi indici possono essere riscontrati anche in minori che hanno subito traumi o stress familiari/ambientali di natura non sessuale. È quindi necessaria una particolare cautela prima di identificare un comportamento come possibile «indicatore» di una condizione di abuso.

Anche la presenza di un solo segno comportamentale, quando sia:

- improvviso
- perdurante nel tempo
- immodificabile nonostante le strategie di rassicurazione dell'adulto
- non in relazione a eventi e/o cambiamenti di abitudini di vita

richiede tuttavia un approfondimento psico-diagnostico presso i Servizi di Neuropsichiatria infantile con operatori specificamente formati.

-
3. Esiti psicocomportamentali a lungo termine. Un'esperienza di abuso sessuale nel corso dell'infanzia o dell'adolescenza rappresenta un significativo fattore di rischio per conseguenze di natura psicopatologica in età adulta: disturbi di natura ansiosa e/o depressiva, disturbi dell'alimentazione, problematico funzionamento della vita sentimentale e sessuale (Fergusson, Horwood e Lynskey, 1996; Fergusson, Lynskey e Horwood, 1996; Salter, 2003).

Criteria di valutazione clinica psicosociale e psichiatrico-forense nell'abuso sessuale sui minori

Criteria generali

1. La valutazione e l'intervento devono fondarsi su una collaborazione «in rete» tra le diverse agenzie/istituzioni che sono a di-

- verso titolo coinvolte (famiglia, scuola, Tribunale Ordinario, Tribunale per i Minorenni, istituzioni sociali e sanitarie, Autorità di Pubblica Sicurezza). L'obiettivo primario è costituito dal migliore interesse e dalla salute psicologica del minore. È opportuno che le eventuali valutazioni consulenziali in ambito psichiatrico-forense (in ambito penale e civile) si svolgano in maniera coordinata con gli interventi psicosociali posti in atto dai Servizi sociosanitari.
2. L'azione di valutazione e di intervento da parte dei Servizi sociosanitari, in una prospettiva di «rete», si può svolgere su due livelli. Il *primo livello* comprende una prima analisi delle situazioni pervenute al Servizio da parte del minore stesso, della famiglia e/o della scuola, e si attua tramite un *assessment* del contesto ambientale, eventualmente esteso all'ascolto del minore; in tale caso, gli accertamenti devono svolgersi in collaborazione con l'Autorità Giudiziaria e con quella di Pubblica Sicurezza. In seguito a questa prima analisi si può, in taluni casi qualificabili come emergenze, e con il coinvolgimento del Tribunale per i Minorenni (*secondo livello*), provvedere urgentemente alla messa in opera di interventi psicosociali quali l'allontanamento dall'ambiente familiare, con collocazione in ambiente protetto, ai sensi dell'art. 403 C.C. Tali decisioni devono comunque fondarsi sia su riscontri allargati al contesto familiare e sociale (raccolti tempestivamente su richiesta dell'Autorità Giudiziaria), sia su un'eventuale assistenza psicologica e/o terapia per il minore e la sua famiglia.

Raccomandazione 2

Linea guida clinica. Forza dell'evidenza: forte. Forza della raccomandazione: forte

L'*assessment* clinico e psichiatrico-forense del minore presunto vittima di abuso sessuale si fonda sull'analisi e l'interpretazione congiunte degli esiti clinici psicocomportamentali ed emotivi e di quelli testimoniali, allargando sempre la valutazione al contesto ambientale e motivazionale all'interno del quale ha preso origine la denuncia (De Leo e Patrizi, 2002b).

Nell'indagine clinica relativa ai comportamenti della presunta vittima occorre provvedere a distinguere l'evoluzione delle manifestazioni cliniche nei diversi momenti: prima dell'esposizione all'abuso, durante l'esposizione e dopo l'inizio del coinvolgimento giudiziario.

Raccomandazione 3

Linea guida clinica. Forza dell'evidenza: forte. Forza della raccomandazione: forte

La valutazione psichiatrico-forense del comportamento e delle reazioni emotive del bambino si fonda principalmente sui riscontri anamnestici e osservativi.

L'anamnesi comprende gli indizi precoci (sintomi a breve termine), i cambiamenti comportamentali, le manifestazioni somatiche. Essa può essere svolta avvalendosi anche di adeguate scale di valutazione (come la CBCL, *Child Behavior Check List* di Achenbach e Edelbrock, 1983), e deve essere completata da riscontri diretti (colloquio clinico, osservazione, eventuali reattivi psicodiagnostici). Secondo la letteratura più aggiornata, tali indici possono comprendere una grande varietà di reazioni comportamentali, che possono comprendere l'assenza di reazioni visibili; il solo indice che possiede una più significativa specificità consiste nella presenza di comportamenti sessualizzati inadeguati per l'età.

Raccomandazione 4

Opzione clinica. Forza dell'evidenza: sufficiente. Forza della raccomandazione: sufficiente

Nel caso di bambini molto piccoli (tra i 18 e i 36 mesi) possono rendersi necessarie molte sedute di osservazione (fino a una decina; Yates, 1991) per accertare la presenza di espressioni comportamentali significative. È però indispensabile effettuare le osservazioni in una stretta continuità temporale con la presunta esperienza di vittimizzazione.

Raccomandazione 5

Linea guida clinica. Forza dell'evidenza: forte. Forza della raccomandazione: forte

I test psicologici proiettivi (disegno tematico, Rorschach, CAT e TAT, FAT, Blacky, Favole della Duss, ecc.) non sono utilizzabili per la specifica valutazione in tema di abuso sessuale, in quanto gli studi (Waterman e Lusk, 1993; Star e Lani, 2002; Veltman e Browne, 2003a; 2003b) non dimostrano significative differenze tra minori sessualmente abusati e non, e gli elementi clinici che se ne ricavano sono correlabili a molte condizioni generali di stress e/o traumatiche. Essi possono fornire soltanto indicazioni relative alla struttura di personalità del minore, al suo assetto relazionale e alla qualità degli

eventuali disturbi psicopatologici. Anche la validazione sperimentale del disegno come tecnica per evidenziare eventi sessuali traumatici ha fornito risultati molto dubbi; il numero dei bambini abusati che disegna genitali e/o atti sessuali è limitato (dal 7 al 10% contro lo 0-2% dei gruppi di controllo secondo i diversi studi), anche se vi è qualche prova del fatto che essi siano più inclini a farlo. Ciò che emerge dagli studi che utilizzano i disegni in relazione al maltrattamento del bambino sembra relativamente inconcludente per quanto riguarda l'uso dei disegni per identificare l'eventuale maltrattamento subito. Vi sono evidenze che i bambini i quali eseguono spontaneamente disegni contenenti genitali possono aver bisogno di successivi approfondimenti, dal momento che attualmente sembra esserci un'alta possibilità di falsa identificazione dell'abuso sessuale con l'utilizzo soltanto di questo indicatore (Veltman e Browne, 2003a; 2003b). Il disegno può in ogni caso essere utilizzato come strumento di ausilio per stabilire un contatto con il minore, per introdurre l'argomento in questione, o per aiutare il minore a circostanziare maggiormente le sue affermazioni.

La visita medica

Si basa sull'esame clinico generale e sull'esame obiettivo locale ponendo, per quest'ultimo, particolare attenzione all'area genitale, perigenitale e anale (confronta scheda tecnica allegata sia nella parte descrittiva che iconografica). Essa risulta utile nei casi di abuso perpetrati con violenza e coercizione.

Esame clinico generale

All'esame obiettivo possono essere riscontrate lesioni elementari:

- ecchimosi
- abrasioni
- escoriazioni
- unghiate
- ferite
- fratture.

Nelle lesioni elementari è necessario stabilire natura, antichità, sede, cronologia e compatibilità con il mezzo lesivo.

Alcune lesioni che possono essere interpretate come secondarie a manovre violente di affermazione e costrizione:

- lesioni contusive da afferramento agli avambracci, ai polsi e ai fianchi (ecchimosi, escoriazioni, unghiate);
- lesioni contusive al volto inferte con schiaffi o pugni;
- contusioni ecchimotiche a livello toracico da immobilizzazione;
- lesioni ecchimotico-contusive con escoriazioni e unghiate sulla faccia mediale delle cosce nelle regioni perigenitali e del perineo;
- lesioni da suzione e/o da morso nelle regioni mammarie, sul collo, sulle natiche (valutare la distanza tra le soluzioni di continuo nel morso).

È inoltre possibile reperire frammenti di cute o di capelli sotto le unghie o tra gli abiti del minore nel caso di resistenza fisica all'aggressore.

Esame obiettivo locale

L'esame obiettivo locale è volto all'accertamento di lesioni in sede genitale, anale e perineale (anche in questo caso il ricorso agli schemi corporei è raccomandabile).

È importante valutare correttamente, con descrizione precisa e dettagliata:

- la morfologia dei margini imenali
- la localizzazione delle incisure
- la profondità delle stesse lungo la parete imenale.

La penetrazione anale è di evidente difficoltà diagnostica, soprattutto quando l'intervallo di tempo intercorso dall'abuso è superiore ai due-tre giorni.

È possibile obiettivare segni del tutto aspecifici quali:

- eritema localizzato
- edema dei tessuti perianali
- ragadi e/o emorroidi
- lesioni contusivo-ecchimotiche con escoriazioni e unghiate sui testicoli.

In generale è indispensabile effettuare una diagnosi differenziale con le più svariate patologie flogistico-reattive:

- vulvo-vaginiti da sostanze irritanti
- dermatiti allergiche
- dermatiti infettive
- vulvo-vaginiti, proctiti batteriche, miotiche, protozoi sia acute che croniche
- stitichezza cronica.

Le indagini di laboratorio

Sono finalizzate ad accertare mediante tamponi vaginali e rettali la presenza di tracce di sperma e di saliva e di altri campioni biologici per identificare l'autore dell'abuso.

Nel sospetto di un rapporto orale è possibile la ricerca del liquido spermatico mediante tampone oro-faringeo o campione di saliva.

I tamponi vaginali potranno risultare positivi se eseguiti entro 2-3 giorni dalla violenza, i tamponi anali se eseguiti entro 5 giorni. I tamponi eseguiti in cavità orale si negativizzano dopo circa 21 ore.

La manifestazione in età infantile di malattie infettive a trasmissione sessuale a livello genitale e/o orale è suggestiva, seppur non probante, di abuso sessuale. Può assumere quindi grande importanza il successivo riscontro mediante accertamento laboratoristico di:

- gonorrea
- clamidia
- condilomi acuminati
- sifilide
- lesioni erpetiche
- tricomoniasi
- vaginosi batterica
- micoplasmosi genitali
- HIV (AIDS)
- epatiti B e C.

Risulta importante, seguendo una metodologia di esame coerente con un corretto «albero decisionale» (vedi Di Cori, Sabatello e Caramadre, 2005), eseguire test di gravidanza seriatamente anche quando la ricostruzione degli eventi non sembra far ipotizzare un tale rischio.

Esiti post-traumatici: generalità

Gli indici comportamentali ed emotivi di una vittimizzazione fisica e/o sessuale possono essere esplorati facendo riferimento alla

nozione di *trauma*. I modelli clinici più utilizzati sono rappresentati dal *disturbo post-traumatico da stress* (riesperienza del trauma sotto varie forme, evitamento degli stimoli ad esso associati e attenuazione della reattività, aumentato *arousal*) e dal *modello delle dinamiche traumatiche* di Finkelhor e Browne (1985) (sessualizzazione traumatica, sentimenti di essere tradito, di impotenza e di stigmatizzazione).

Sul piano *qualitativo*, Terr (1999) ha evidenziato la necessità di distinguere ciò che ha definito stressor di *Tipo I* o di *Tipo II* (isolati o ripetuti). Questa distinzione è particolarmente importante per differenziare il possibile impatto traumatico delle esperienze di maltrattamento, considerando che nella maggior parte dei casi esse si verificano secondo modalità più diluite nel tempo inducendo nella vittima complesse dinamiche difensive di adattamento. Secondo la Terr, agli stressor di Tipo I legati all'abuso seguirebbero con maggiore facilità sequele tipicamente post-traumatiche, come il PTSD, mentre quelli di Tipo II determinerebbero principalmente sintomi dissociativi a insorgenza a medio-lungo termine. Ciò può verificarsi con una certa frequenza nelle vittime di abuso sessuale, per opera di meccanismi difensivi volti a ridurre la consapevolezza di un'esperienza vissuta come coercitiva e spaventosa (Dettore e Fuligni, 1999). Questa reazione può quindi svolgere una funzione adattiva nell'immediato, anche se a lungo termine è suscettibile di causare i sintomi propri del PTSD. Nei bambini piccoli non si presenta con la totalità dei sintomi descritti nel DSM-IV-TR. Scheeringa e colleghi (2001) hanno definito un set di criteri psicodiagnostici per la diagnosi del PTSD in età prescolare, in cui si aggiunge un nuovo raggruppamento sintomatico rappresentato dalla comparsa di paure dopo l'esposizione alla esperienza traumatica.

Un aspetto importante è rappresentato dal *timing* della comparsa di un PTSD rispetto agli eventi suscettibili di provocarlo. Poche sono infatti le ricerche che documentano la possibilità di un'insorgenza tardiva del disturbo. Il DSM-IV-TR contempla questa possibilità (forme a esordio ritardato, ovvero sei mesi dopo l'evento stressante). Non esistono però studi sulla comparsa ritardata di un PTSD effettuati su popolazioni di bambini. In questi casi, occorre sempre pensare alla possibilità di altre cause di stress diverse rispetto a quella ipotizzata. Come la letteratura specialistica ci dimostra, terapie «troppo zelanti» e interviste ripetute possano comportare anche l'insorgere di sintomi post-traumatici e che insorgono solo *dopo* la

rivelazione quando il bambino viene sottoposto a ripetute interviste (*legal process/therapy trauma*; Gardner, 1995).

Tutte queste considerazioni raccomandano di conferire una particolare attenzione, nella valutazione clinica e psichiatrico-forense, alla cronologia delle reazioni sintomatiche post-traumatiche, indagando la loro comparsa e la loro evoluzione in relazione ai tempi coincidenti con l'esposizione allo stress ed effettuando un'accurata anamnesi rivolta al comportamento del bambino e alle sue modificazioni osservate nei diversi ambienti di vita.

L'applicazione della categoria diagnostica di PTSD alle condizioni post-traumatiche in età evolutiva costringe in molti casi ad allargarne i confini e a adottare e modificare i criteri di definizione in relazione ai diversi stadi e percorsi di sviluppo. Il costrutto tende così inevitabilmente a perdere, almeno in parte, la sua specificità. La nozione e il costrutto di PTSD non sono sorretti da sufficienti studi e ricerche che ne rendano attendibile l'applicazione in età evolutiva secondo gli stretti criteri che il DSM prevede per l'adulto, specie nelle esperienze di abuso. La grande variabilità e incostanza delle reazioni che il bambino può presentare dopo l'esposizione a un'esperienza traumatica suggerisce una notevole cautela nell'*assessment* diagnostico, specie in quei casi nei quali esistono diverse possibili cause di vittimizzazione e sono presenti nel bambino altre manifestazioni di disagio. I dati presenti in letteratura appaiono coerenti con la scelta di applicare la nozione di PTSD in quei casi in cui l'esperienza di vittimizzazione risulta essere stata isolata, o comunque non ripetuta in un prolungato lasso di tempo, e perpetrata secondo modalità particolarmente intrusive, coercitive e violente. Negli altri casi, il modello clinico costituito dal PTSD non sembra presentare una sufficiente affidabilità, e dovrebbe essere comunque applicato secondo modelli interpretativi complessi e multidimensionali (Camerini, 2005a).

Con maggiore frequenza si possono riscontrare esiti clinici riconducibili alla presenza di un *disturbo dell'adattamento* a diversa espressività sintomatica.

Esiti post-traumatici e criteri di assessment

La forza delle evidenze scientifiche raccomanda una particolare attenzione nella scelta dei criteri di valutazione clinica relativi alle condizioni post-traumatiche. L'American Academy of Child and

Adolescent Psychiatry nel 1997 ha proposto una serie di parametri pratici per l'*assessment* e il trattamento dei bambini e degli adolescenti con PTSD. Le raccomandazioni principali contenute nel documento consistono in:

- intervista con i genitori o i *caregiver*;
- ottenere il racconto dell'evento traumatico (o degli eventi traumatici) al fine di classificare tale evento come stressor «estremo»;
- ottenere informazioni rispetto a eventuali stressor precedenti, concomitanti o più recenti nella vita del bambino (abuso o trascuratezza, conflitti significativi, separazioni, divorzi, spostamenti frequenti, cambiamenti di scuola o altre interruzioni significative, lutti in famiglia, malattie, disabilità, abuso di sostanze, esposizione a violenza domestica o di comunità, eventi traumatici nelle vite dei genitori dei quali il bambino è a conoscenza);
- valutare la presenza di sintomi elencati nel DSM-IV per il PTSD, avendo cura di considerare variazioni evolutive nella presentazione del quadro clinico;
- ottenere informazioni rispetto a eventuali sintomi concomitanti, prestando particolare attenzione ai disturbi a elevata comorbidità con il PTSD;
- ottenere informazioni rispetto all'esordio dei sintomi in relazione agli eventi traumatici identificati;
- ottenere informazioni rispetto alla reazione emotiva dei genitori all'evento traumatico;
- ottenere informazioni sull'anamnesi psichiatrica del bambino;
- raccogliere l'anamnesi medica;
- ottenere informazioni rispetto alla storia evolutiva del bambino, e in particolare sulla sua reazione ai normali stressor (come la nascita di un fratellino, l'inizio della scuola, ecc.) e sul livello del funzionamento del bambino prima dell'evento traumatico;
- ottenere informazioni sulla carriera scolastica del bambino, e in particolare su eventuali cambiamenti del comportamento a scuola, del livello di concentrazione, del livello di attività, e del rendimento a partire dallo stressor traumatico;
- ottenere informazioni sulla storia familiare e sull'anamnesi medico-psichiatrica dei membri della famiglia.

A tale fine risulta preferibile avvalersi, nell'*assessment*, di strumenti e di protocolli diagnostici standardizzati. Per i bambini e gli adolescenti possono essere utilizzati:

- la *PTSD Scale* della *Child Behavior Check List* (CBCL) di Achenbach (1991), che prende in considerazione i punteggi di alcune subscale «internalizzanti» (ritiro, ansia/depressione) ed «esternalizzanti» (problemi di attenzione) e dei «problemi di pensiero»;
- il *Children's Post-Traumatic Stress Reaction Index* (Fredrick e Pynoos, 1988);
- il *Children's Post-Traumatic Stress Disorder Inventory* di Saigh (1989);
- l'*Impact of Events Scale* (IES) di Horowitz, Wilner e Alvarez (1979).

Raccomandazione 6

Opzione clinica. Forza dell'evidenza: sufficiente. Forza della raccomandazione: forte

Per un corretto *assessment* clinico degli esiti clinici post-traumatici si rende quindi necessario:

1. fondare la valutazione clinica dei sintomi post-traumatici eventualmente presenti nel minore presunta vittima su protocolli e strumenti diagnostici standardizzati;
2. valutare le diverse possibili cause di stress traumatico presenti nell'esperienza presente e passata della presunta vittima, incluse le vicende connesse al coinvolgimento giudiziario e alle altre circostanze ambientali capaci di agire sul suo funzionamento psicologico, familiare e sociale;
3. analizzare le caratteristiche qualitative e quantitative dell'esperienza traumatica, con particolare riferimento al loro svolgimento temporale;
4. considerare con attenzione:
 - a) il *timing* di comparsa dei sintomi e la loro relazione di continuità/discontinuità rispetto alle diverse possibili cause di stress;
 - b) la loro evoluzione temporale e il loro decorso legato ai diversi interventi esterni;
5. fondare la valutazione degli esiti post-traumatici sull'osservazione diretta e sui riscontri anamnestici raccolti dalle persone a contatto con il minore (familiari, insegnanti, figure sanitarie), includendovi i fattori di rischio e protettivi (resilience) individuali e l'anamnesi psichiatrica della vittima;

6. operare una diagnosi differenziale rispetto ad altre condizioni psicopatologiche preesistenti o in comorbidità capaci di determinare sintomi ansiosi;
7. considerare, nella valutazione diagnostica, altre possibili costellazioni di sintomi di origine post-traumatica al di fuori della definizione di PTSD, in rapporto allo stadio di sviluppo del minore e alle caratteristiche della sua personalità;
8. operare una valutazione qualitativa e quantitativa delle modificazioni comportamentali osservate nel minore attraverso sia l'osservazione diretta, sia la raccolta di riscontri anamnestici raccolti da parenti, figure educative e figure sanitarie.

Raccomandazione 7

Opzione clinica. Forza dell'evidenza: sufficiente. Forza della raccomandazione: forte

I *comportamenti sessualizzati* (sessualizzazione traumatica) possiedono un maggiore valore discriminativo anche se diversi studi controllati non hanno confermato alcuna associazione specifica. È consigliabile l'utilizzazione di scale di valutazione: Friedrich e colleghi (1987; 1988) hanno dimostrato che i bambini abusati sessualmente presentano un punteggio più alto nella Scala dei Problemi Sessuali della CBCL; lo stesso Friedrich ha messo a punto il *Child Sexual Behavior Inventory* (Friedrich et al., 1991); analoghi criteri discriminativi in un'ottica di psicologia dello sviluppo sono stati indicati da Johnson e Fiend (1995). Secondo Di Cori e colleghi (2000; 2005), i comportamenti sessualizzati «appresi» da una precoce esperienza di vittimizzazione sessuale si connotano per alcune specifiche caratteristiche. In questo ambito, la cosiddetta *sessualizzazione traumatica* (vedi Yates, 1982; 1991) è diagnosticabile quando il bambino manifesta fenomeni di *re-enactment* post-traumatico (accompagnata da altri sintomi di PTSD) la manifestazione sessualizzata appare per lo più stereotipata segue lo stesso copione in maniera invariata nel tempo. Dal punto di vista comportamentale il bambino non sembra discriminare tra situazioni erotiche e situazioni non erotiche. Appare fortemente motivato e responsivo alla vita sessuale, quasi come se fosse un'area ipertrofica. Il comportamento erotizzato «appreso» è accompagnato da una sorta di piacere erotico senza evidenti segni di ansia e senza ricerca di una punizione. Il bambino può mostrare ad esempio una seduttività esagerata verso l'adulto e un certo grado di

piacere e gratificazione per le attività sessuali (fatto che lo differenzia dal bambino che manifesta una masturbazione compulsiva).

Viceversa, l'erotizzazione di tipo non traumatico si rivela quando il minore manifesta un interesse particolare per la sessualità, ma nel gioco e nel disegno spontaneo i contenuti sessuali sono per lo più assenti; quando sono presenti giochi dal contenuto sessuale, risultano compatibili con le normali tappe di sviluppo psicosessuale e non sono accompagnati da segni o sintomi di PTSD.

Talvolta è possibile osservare un'attività erotizzata (masturbazione compulsiva) correlabile con una tensione o fonte di stimolo interna, oppure in correlazione con una problematica evolutivamente spiegabile (come nel caso dei bambini deprivati, i quali possono utilizzare la masturbazione come modalità compensatoria, autoconsolatoria).

Esiste quindi un'attività erotizzata compulsiva che deve essere distinta sia dalla sessualità normale che dall'abuso sessuale. Si registra quando un bambino sembra portato a continuare l'attività perfino quando questa interferisce con la vita quotidiana. Questi bambini perdono ogni piacere nell'atto sessuale e possono ricercare la punizione per controbilanciare il senso di colpa. La compulsione normalmente può essere intesa come un segno di tensione interna (ad esempio la preoccupazione circa l'integrità dei propri genitali) e può segnalare la presenza di una psicopatologia.

Raccomandazione 8

Opzione clinica. Forza dell'evidenza: sufficiente. Forza della raccomandazione: sufficiente

Non vi sono evidenze circa l'effettiva utilità dell'uso delle «bambole anatomiche»; esse possono risultare inducenti e suggestive, mentre non è provato che i bambini abusati producano sequenze simboliche sessualizzate con maggiore frequenza rispetto ai controlli (Boat e Everson, 1993).

Criteri di ascolto giudiziario e procedure operative in tema di psicologia della testimonianza

Criteri generali

La consulenza tecnica psichiatrico-forense in materia di abuso fisico e/o sessuale deve essere affidata a professionisti (neuropsichiatri infantili, psichiatri, psicologi) specificamente competenti, scelti nell'ambito pubblico o privato (Gulotta e Cutica, 2004).

I quesiti a cui l'esperto è tenuto a rispondere non riguardano l'accertamento della verità sotto il profilo giudiziario e processuale allo scopo di ricostruire il fatto-reato, ma comprendono giudizi di ordine *clinico* (valutazione della *competenza*, ovvero delle funzioni psichiche di base legate alla *capacità di rendere la testimonianza*: competenze di percezione, memoria, riconoscimento di persone; coerenza-continuità del pensiero; condizioni dell'affettività e delle capacità di relazione; presenza di eventuali sintomi psicopatologici). Tale valutazione deve tener conto dei fattori legati alla psicologia e alla psicopatologia dello sviluppo.

In una prospettiva più specificamente psichiatrico-forense, possono essere richiesti giudizi attinenti la *credibilità clinica*, intrinseca, che si riferisce alle eventuali influenze motivazionali e suggestive che possono avere agito (esplicitamente o implicitamente, internamente o esternamente) nel soggetto testimone e/o nella testimonianza oggettivata. Secondo la Cassazione, «La valutazione del contenuto della dichiarazione del minore parte offesa in materia di reati sessuali, in considerazione delle complesse implicazioni che la materia stessa comporta, deve contenere un esame dell'attitudine psicofisica del teste a esporre le vicende in modo utile ed esatto; della sua posizione psicologica rispetto al contesto delle situazioni interne ed esterne. Proficuo è l'uso dell'indagine psicologica che concerne due aspetti fondamentali: l'attitudine del bambino a testimoniare, sotto il profilo intellettuale e affettivo, e la sua credibilità. Il primo consiste nell'accertamento della sua capacità a recepire le informazioni, di raccordarle con altre, di ricordarle ed esprimerle in una visione complessa, da considerare in relazione all'età, alle condizioni emozionali che regolano le sue relazioni con il mondo esterno, alla qualità e natura dei rapporti familiari. Il secondo — da tenere distinto dall'attendibilità della prova che rientra nei compiti esclusivi del

giudice — è diretto a esaminare il modo in cui la giovane vittima ha vissuto e rielaborato la vicenda in maniera da selezionare sincerità, travisamento dei fatti e menzogna» (Cass. pen. sez. III 3 ottobre 1997, n. 8962 Ruggeri).

L'eventuale assistenza psicologica prevista dall'art. 609 decies C.P. deve essere svolta da persona diversa dal consulente tecnico e non interferire comunque con l'attività di quest'ultimo. In ogni caso lo stesso consulente dovrà, in accordo con l'Autorità Giudiziaria, operare conformemente a criteri tali da garantire al minore un adeguato sostegno psicologico.

Qualora si renda necessaria una psicoterapia occorre egualmente che i ruoli del consulente e dello psicoterapeuta rimangano incompatibili, onde evitare la possibilità di rivelazioni indotte da un contesto non sufficientemente neutrale.

Elementi di psicologia della memoria

Una specifica attenzione è raccomandata nelle dichiarazioni prodotte da bambini nel corso di quella particolare fase evolutiva caratterizzata dalla cosiddetta *amnesia infantile*. Si parla di amnesia infantile per indicare l'assenza di ricordi riferiti a un'età che va, indicativamente, fino ai quattro-cinque anni. La difficoltà nel ricordare degli episodi autobiografici avvenuti all'interno del periodo dell'amnesia infantile è causato dal fatto che il sistema nervoso del minore continua la sua maturazione fino al quattordicesimo anno di vita modificando sia la sua funzionalità che la sua morfologia. Nello specifico sono state descritte le variazioni nella morfologia cerebrale del bambino che coinvolgono le strutture nervose responsabili del processo di codifica e recupero mnestico. La progressiva capacità di comprensione e produzione linguistica e la progressiva capacità di recuperare correttamente ricordi autobiografici sono legati alla maturazione delle regioni cerebrali linguistiche dell'emisfero sinistro (fascicolo arcuato e altre aree linguistiche). Il fenomeno dell'amnesia infantile viene attribuito alla gradualità di sviluppo del cervello e delle competenze cognitive e linguistiche del bambino. Lo stadio in cui si trova il cervello del bambino nella prima infanzia è caratterizzato dall'im maturità che determina quello che può essere immagazzinato nei sistemi di memoria (De Cataldo Neuburger, 2005). Questo genere di ricordi costituisce quella che viene chiamata *memoria implicita* nel senso che quando questi ricordi vengono richiamati non sono

accompagnati dalla sensazione interna di star ricordando qualcosa. Si tratta di una forma di memoria che non è né cosciente né verbalizzata, ed è dunque preverbale e presimbolica, diversamente dalla memoria esplicita, cosciente e verbalizzabile, che costituisce la storia autobiografica del soggetto.

Si possono distinguere due sistemi di memoria: la *memoria episodica* e la *memoria semantica*. La prima si riferisce a specifici eventi ed esperienze della vita e contiene informazioni spazio-temporali che definiscono «dove» e «quando» il sistema ha acquisito la nuova informazione e l'ha immagazzinata. La memoria semantica invece trascende le condizioni in cui la traccia si è formata ed è sganciata dal contesto dell'originale episodio di apprendimento. Memoria episodica e memoria semantica rientrano entrambe tra le conoscenze *dichiarative*, ovvero riferite a fatti direttamente accessibili alla coscienza e *dichiarabili* verbalmente.

Un particolare significato deve essere attribuito al momento della narrazione come processo che struttura, ordina, consolida il ricordo dell'esperienza e il sistema di significati che all'esperienza sono attribuiti. Col succedersi delle narrazioni il ricordo del racconto prevale e si sovrappone al ricordo dell'esperienza (Calamoneri e Arminio, 2006). Ciò risulta spesso evidente dall'analisi del materiale raccolto nel corso della testimonianza nelle audizioni protette, in cui si ripetono abitualmente frasi e formulazioni che sono state già utilizzate in altri racconti con i precedenti interlocutori. Il processo di attribuzione di significato ai comportamenti del presunto abusante avviene tramite una stretta interazione con l'adulto che raccoglie il primo racconto, è quindi condizionato dalle sue aspettative e dai suoi pregiudizi.

La suggestionabilità

La suggestionabilità è stata definita come «il fenomeno per cui gli individui giungono ad accettare e successivamente a incorporare informazioni post-evento all'interno del loro sistema mnestico» (Gudjonsson, 1986). Il processo di memorizzazione, usualmente composto dalle fasi di codifica, immagazzinamento, recupero dell'informazione, può essere influenzato da una vasta gamma di fattori esterni e stati interni dell'individuo (Ceci et al., 1994).

La maggiore suggestionabilità dei bambini può essere spiegata in base alle loro minori capacità mnestiche, al loro minore bagaglio di

conoscenze, alle insufficienti abilità linguistiche e alla loro difficoltà nel distinguere la fonte delle informazioni.

I ricordi possono essere alterati attraverso la presenza di informazioni non corrette nelle domande che vengono poste. Una fonte di errore da considerare, a questo proposito, è l'*errore di attribuzione della fonte (della memoria)*. Questo costrutto si riferisce al problema, presente sia nei bambini che negli adulti, di riuscire a separare e discernere la fonte delle proprie memorie. Fornire ripetutamente al bambino *informazioni fuorvianti* nel corso di varie interviste può avere seri effetti sull'accuratezza del successivo resoconto (Ceci e Bruck, 1995; Mazzoni, 2000; Loftus, 1997; 2003; 2004).

Mazzoni, Loftus e Kirsch (2001) hanno proposto un modello a tre passi per spiegare il processo di costruzione di un falso ricordo:

- l'evento deve essere percepito dal soggetto come «plausibile»;
- il soggetto deve acquisire la convinzione che l'evento possa essere accaduto a lui, inserendolo nella propria memoria autobiografica;
- il soggetto deve interpretare le proprie convinzioni e le proprie fantasie su quell'evento come «ricordi».

Questi meccanismi rendono possibile il ricordo di eventi anche del tutto non plausibili, sino alla costruzione, specie sotto l'effetto di un *misinformation effect*, di falsi ricordi particolarmente ricchi di dettagli (*rich false memories*; Loftus e Bernstein, 2005).

Uno studio di Pezdek e Roe (1997) dimostra che la suggestionabilità è tale da poter cambiare il ricordo di un evento realmente accaduto modificandone le caratteristiche. È più difficile che, per la suggestione, il soggetto giunga fino a cancellare del tutto il ricordo di un evento avvenuto, oppure a creare un ricordo completamente nuovo. I risultati indicano che la suggestionabilità dei bambini di due fasce d'età (medie 4 e 10 anni) è maggiore quando si voglia cambiare il ricordo, cioè indurre il ricordo per un evento non accaduto mentre ne sia accaduto uno diverso. Invece la suggestionabilità è minore quando si tenti di far credere che un dato evento è avvenuto mentre non è accaduto affatto, o viceversa quando si tenti di far credere che l'evento non è avvenuto mentre invece si è verificato.

La suggestionabilità aumenta in base allo *status dell'interlocutore* o di altre pressioni sociali, in funzione delle modalità e delle circostanze con cui si svolgono le audizioni giudiziarie (*interrogative suggestibility*; De Cataldo Neuburger, 2001).

La suggestionabilità può essere analizzata utilizzando specifici test (Gudjonsson, 2003), i quali tuttavia non sono ancora stati compiutamente tarati e validati nelle diverse fasce di età.

Oltre all'identificazione dei fattori individuali cognitivi ed emotivi che possono influenzare la testimonianza dei minori, vanno sempre esaminate le circostanze proprie dei contesti comunicativi nei quali il minore ha vissuto e rivisitato la propria esperienza. Il ricordo e la sua narrazione vanno sempre contestualizzati, in funzione delle motivazioni esterne e interne al soggetto. La suggestionabilità non costituisce infatti un tratto personologico, ma al contrario un fenomeno contesto-dipendente: ciò significa che occorre considerare soprattutto come la combinazione tra fattori individuali e fattori sociali e contestuali può indurre, in quel soggetto, un aumento della quota di rischio che si verifichi il processo della suggestione (Camerini, 2005b).

La giurisprudenza ha recepito queste conoscenze in una recente sentenza della Suprema Corte: «È sperimentalmente dimostrato che un bambino, quando è incoraggiato e sollecitato a raccontare da parte di persone che hanno una influenza su di lui (e ogni adulto è per un bambino un soggetto autorevole), tende a fornire la risposta compiacente che l'interrogante si attende e che dipende, in buona parte, dalla formulazione della domanda. Si verifica un meccanismo per il quale il bambino asseconda l'intervistatore e racconta quello che lo stesso si attende, o teme, di sentire; l'adulto in modo inconsapevole fa comprendere l'oggetto della sua aspettativa con la domanda suggestiva che formula al bambino. In sintesi, l'adulto crede di chiedere per sapere mentre in realtà trasmette al bambino un'informazione su ciò che ritiene sia successo. Se reiteratamente sollecitato con inappropriati metodi di intervista che implicano la risposta o che trasmettano notizie, il minore può a poco a poco introiettare quelle informazioni ricevute, che hanno condizionato le sue risposte, fino a radicare un falso ricordo autobiografico; gli studiosi della memoria insegnano che gli adulti "raccontano ricordando" mentre i bambini "ricordano raccontando", strutturando, cioè, il ricordo sulla base della narrazione fatta. Una volta fornita una versione, anche indotta, questa si consolida nel tempo e viene percepita come corrispondente alla realtà. Tale accadimento è possibile perché la naturale propensione della mente umana è verificazionista; quando ci formiamo un'idea, tendiamo naturalmente e inconsapevolmente

a confermarla attraverso l'acquisizione di nuove informazioni coerenti con la stessa e a destinare un trattamento opposto a quei dati che sembrano andare in direzione contraria» (Cass. pen. sez. III, 8 marzo 2007, n. 121, pres. Grassi).

Raccomandazione 9

Linea guida clinica. Forza dell'evidenza: forte. Forza della raccomandazione: forte

Nell'espletare la consulenza, l'esperto è tenuto a utilizzare metodologie riconosciute come affidabili dalla comunità scientifica internazionale (Lamb, 1994; AACAP Official Action, 1997; Hamby e Finkelhor, 2000) e a rendere espliciti i modelli teorici di riferimento. Tali opzioni valgono a ridurre la ripetizione degli accertamenti, la quale costituisce sovente un rischio per la salute psicologica del minore e della sua famiglia.

Raccomandazione 10

Opzione clinica. Forza dell'evidenza: sufficiente. Forza della raccomandazione: forte

In linea generale risulta possibile rappresentare il minore «competente» come un bambino o un adolescente che: mostra un'adeguata capacità di testare la realtà (questa è più facilmente osservabile e registrabile nei bambini maggiori di 6 anni); ha adeguate capacità di osservazione e registrazione dell'accaduto, sufficiente memoria per conservare il ricordo indipendentemente dall'evento e ha abilità nel comunicarlo; si tratta di valutare sia la memoria esplicita che quella implicita e correlarle con il livello globale dello sviluppo cognitivo-intellettuale raggiunto.

La narrazione fornita dal minore è da ritenersi maggiormente credibile se:

- la denuncia è offerta spontaneamente;
- il bambino appare agitato, ansioso (specialmente nel caso di bambini piccoli) durante l'esame testimoniale;
- il discorso è spontaneo, esitante, a tratti confuso, spesso seguito da ritrattazioni, timori e paura;
- il racconto si presenta complessivamente costante, la trama base resta la stessa; il bambino fornisce una storia poco alla volta piuttosto che tutta in un'unica soluzione; fornisce correzioni spontanee o dice di non ricordare alcune cose; il minore appare spesso reticente, a volte offre risposte di diniego per ostacolare l'intervista;

- la rivelazione è accompagnata da un'affettività adeguata alla circostanza, da marcata sofferenza; si osservano cambiamenti obiettivi dell'umore in corrispondenza di domande specifiche; c'è congruenza tra il racconto e alcuni particolari o dettagli e risonanza emozionale negativa;
- la terminologia usata è adatta all'età del minore, spesso sbagliata (almeno per i più piccoli), compatibile con la terminologia sessuale tipicamente infantile. Il bambino usa il suo vocabolario piuttosto che termini adulti e riferisce la storia dal suo punto di vista;
- il minore richiama e riferisce memorie specifiche che sono periferiche rispetto all'evento centrale: per esempio può avere memorie di un particolare odore associato all'abusante o una caratteristica fisica specifica;
- esiste una comparazione favorevole della storia dei sintomi del bambino e del suo comportamento con il resoconto dell'intervista;
- non si rileva la presenza (nel caso di presunto abuso intrafamiliare) di una sindrome di alienazione genitoriale;
- non si rilevano interventi esterni (sotto forma di interviste ripetute e mal condotte), da parte di familiari e/o di altri soggetti, volti a sostenere/alimentare le dichiarazioni del minore (Caffo, Camerini e Florit, 2004; Di Cori, Sabatello e Caramadre, 2005).

Raccomandazione 11

Opzione clinica. Forza dell'evidenza: forte. Forza della raccomandazione: forte

Il consulente effettuerà gli incontri con il minore in luoghi e secondo modalità tali da garantire un'adeguata serenità e spontaneità nella comunicazione, cercando di costruire un rapporto di fiducia e di sostegno prima di procedere a un'audizione più mirata. Deve comunque essere privilegiato un contesto di ascolto volto a rispettare e tutelare primariamente l'equilibrio affettivo e i bisogni evolutivi del minore.

Raccomandazione 12

Linea guida clinica. Forza dell'evidenza: sufficiente. Forza della raccomandazione: forte

Occorre evitare che il minore sia sottoposto a un eccessivo numero di interrogatori, onde minimizzare lo stress che la ripetizione dei colloqui può determinare, e massimizzare al contempo le informa-

zioni da ricavare. Infatti, la qualità e l'accuratezza delle dichiarazioni tende a diminuire parallelamente alla quantità e alla eterogeneità delle occasioni in cui esse sono raccolte (Ceci e Bruck, 1995). È quindi opportuno che l'ascolto giudiziario del bambino si svolga il più presto possibile dopo la segnalazione di sospetto abuso.

Raccomandazione 13

Linea guida clinica. Forza dell'evidenza: forte. Forza della raccomandazione: forte

Per quanto riguarda la conduzione dell'intervista e la valutazione delle dichiarazioni, le procedure d'intervista devono mirare a massimizzare il ricordo e minimizzare le contaminazioni, evitando le domande «guidate» o comunque suggestive, e combinando le attuali conoscenze sullo sviluppo dei soggetti in età evolutiva con le tecniche di memoria che possono facilitare il ricordo di particolari episodi (Ceci e Hembrooke, 1998). È preferibile utilizzare, quando possibile, tecniche d'intervista semistrutturata sufficientemente validate e condivise, quali la *Step-Wise Interview* di Yuille e colleghi (1993), l'*Intervista Cognitiva* di Fisher e colleghi (1987), il protocollo di intervista di Cheung (1997) e l'*NICHD* di Orbach e colleghi (2000). L'uso di tali tecniche richiede una specifica preparazione e formazione.

Raccomandazione 14

Opzione clinica. Forza dell'evidenza: forte. Forza della raccomandazione: forte

In un soggetto minore, anche in età più matura, si rende comunque utile (nell'ambito della psicologia della testimonianza) l'applicazione di test neuropsicologici rivolti a una valutazione della *memoria autobiografica* (memoria episodica e memoria semantica).

Una particolare cautela deve essere utilizzata quando si indagano episodi avvenuti allorquando il bambino si trovava in uno stadio di sviluppo anteriore, in quanto possono intervenire fenomeni inferenziali. Le inferenze rappresentano le conclusioni di un ragionamento che chiariscono gli eventi ai quali si assiste e dei quali non si posseggono tutti gli elementi. Nel porre le domande a un bambino occorre necessariamente tenere conto della complessità inferenziale; occorre rievocare e stabilire se il bambino, all'epoca del fatto, avesse sviluppato capacità inferenziali tali da comprendere la dinamica esatta dell'evento o se, invece, il fatto non sia stato ricostruito

attraverso competenze nel ragionamento inferenziale acquisite in un momento successivo (*inferenza retroattiva*). Analogamente, in sede di valutazione della testimonianza, va posta attenzione ai casi in cui un bambino riferisce episodi o situazioni di tipo autobiografico che si sarebbero verificati in uno stadio evolutivo (come l'età prescolare) in cui il soggetto è in grado di ricordare un evento, ma non di inquadrarlo in un sistema di significati appropriati e coerenti con l'esperienza vissuta.

Raccomandazione 15

Opzione clinica. Forza dell'evidenza: sufficiente. Forza della raccomandazione: sufficiente

Un'attenzione particolare meritano le denunce di abuso sessuale nel corso di dispute tra genitori riguardanti l'affidamento e la custodia dei figli. In tali casi è opportuno che gli accertamenti siano estesi a tutti i membri del contesto familiare (compreso il presunto abusante) e al contesto sociale a contatto con il minore (*indagine giroscopica*; Di Cori e Sabatello, 2000), con particolare attenzione alla eventuale presenza di una *sindrome di alienazione genitoriale*.

Risulta spesso assai difficile nei casi di grave conflitto coniugale accettare che la persona che non è un *buon compagno* possa essere un *padre sufficientemente buono* e affidargli così i figli. In tali condizioni, occorre valutare come questa condizione di *pregiudizio* possa aver interferito con quel processo di valutazione dei comportamenti che condizionano tutto il processo della rivelazione.

Inoltre, quasi sempre la rivelazione è successiva a comportamenti del minore (masturbazione, atteggiamenti esibizionistici, curiosità sessuali) che allarmano i familiari (più spesso la madre) e inducono a ricercare una spiegazione. L'analisi di questo momento (ivi compresa la congruità delle preoccupazioni materne) non deve mai essere sottovalutata, ricostruendo con chiarezza i tempi e le modalità con cui questi comportamenti generano il racconto e analizzando gli eventuali «vuoti temporali» relativi al periodo intercorso tra l'osservazione dei comportamenti, la rivelazione, la formulazione dell'accusa.

In diversi casi può essere utile osservare il comportamento del minore in presenza del genitore presunto abusante.

Raccomandazione 16

Linea guida clinica. Forza dell'evidenza: forte. Forza della raccomandazione: forte

L'analisi delle dichiarazioni del minore deve anch'essa essere effettuata secondo metodologie precise e confrontabili, come indica la *Statement Validity Analysis* originata dagli studi di Undeutsch (1967) e sistematizzata da Steller e Kohenken (1989) e Steller e Boychuk (1992). La prima parte della valutazione consiste nella CBCA (*Criteria Based Content Analysis*; Steller e Kohenken, 1989), sulla base di 19 criteri di contenuto che consentono di pervenire a un giudizio circa la *qualità* (o *accuratezza*) delle dichiarazioni. Tale valutazione, per poter pervenire a un *assessment* della credibilità del minore, deve essere accompagnata da altre procedure denominate *checklist di validità*, per poter attribuire all'intervista un'adeguata compatibilità con la qualità delle affermazioni che si riferiscono a situazioni realmente accadute e vissute. Procedure connesse a criteri di validazione sono state proposte dai sopra citati Steller e Boychuk (caratteristiche psicologiche-caratteristiche dell'intervista-motivazione-questioni investigative; 1992) e da Ney (identificazione e chiarificazione del problema-soggetti coinvolti e loro caratteristiche personali-caratteristiche del contesto; 1995).

Raccomandazione 17

Opzione clinica. Forza dell'evidenza: sufficiente. Forza della raccomandazione: sufficiente

Una specifica importanza assume la dinamica delle rivelazioni nel corso del tempo.

Le rivelazioni prodotte dal/dalla minore possono variare (per quanto riguarda la qualità dei loro contenuti) nel corso del tempo, sulla base di dinamiche interne o esterne al soggetto. Tra le prime è stata descritta da Summit (1983) la CSAAS (*Child Sexual Abuse Accomodation Syndrome*): segreto, sentimento di mancanza di aiuto, intrappolamento e adattamento, rivelazione ritardata e conflittuale, ritrattazione. Tra le dinamiche esterne, legate al contesto ambientale, va tenuta presente la possibilità di induzioni e/o suggestioni, dirette o indirette, di origine intra o extrafamiliare, tali da introdurre nella narrazione prodotta dal bambino elementi e dettagli nuovi nel corso del tempo.

Un'altra possibile fonte di variazione qualitativa dei racconti del bambino nel corso del tempo è rappresentata dai meccanismi pro-

pri della *memoria post-traumatica* (blocchi dissociativi, incapacità di ricordare particolari di un evento), tali da rendere possibile una progressiva liberazione di materiale mnestico con l'attenuarsi dei sintomi post-traumatici clinicamente rilevabili.

Raccomandazione 18

Linea guida clinica. Forza dell'evidenza: forte. Forza della raccomandazione: forte

Il consulente tecnico deve sempre tener presenti ed esplicitare tutte le eventuali *ipotesi alternative* che potrebbero spiegare gli esiti clinici comportamentali e le dichiarazioni testimoniali. Esse comprendono meccanismi consci e intenzionali presenti nel/nella minore (bugie di fantasia, bugie innocenti o «pseudomenzogne», bugie deliberate) e altri meccanismi di diversa natura (frintendimento, suggestione o persuasione, esagerazione, distorsione psicotica della personalità, disturbo psicotico condiviso — *folie à deux* —, iperidealizzazione o alienazione di una figura genitoriale, sostituzione dell'abusante, dichiarazioni «a reticolo» — *latticed allegations* —, presenza di «falsi ricordi» — *implanted memories*; vedi «Le denunce infondate o falsi positivi»). Occorre anche tenere presente la possibilità di un coinvolgimento in «abusi indiretti» (*overstimulation*), consistenti in quelle particolari forme di esposizione più o meno volontaria e consapevole del bambino a situazioni/scene/immagini sature di valenze sessuali, le quali possono di volta in volta qualificarsi come corruzione di minore (di rilievo penale) o come abuso psicologico.

Raccomandazione 19

Opzione clinica. Forza dell'evidenza: sufficiente. Forza della raccomandazione: sufficiente

Nelle situazioni di presunto abuso sessuale che prevedono un'integrazione della valutazione clinico-psicologica con la raccolta della testimonianza in ambito giudiziario, la raccolta delle dichiarazioni testimoniali dovrebbe essere effettuata in sede distinta rispetto alla valutazione clinica (Carta di Noto, 2002).

Capitolo 7

Criteri di valutazione clinica e psicosociale

Il percorso di valutazione e di intervento si articola in 3 fasi:

1. *rilevamento*
2. *diagnosi*
3. *trattamento* (tutela e terapia).

La capacità e la sensibilità degli operatori nel riconoscere le condizioni di abuso o trascuratezza sono essenziali in questa fase in cui è anche compresa l'individuazione precoce dei segnali di disagio e degli indicatori di rischio, precursori di condizioni di abuso o trascuratezza che potranno essere realizzate successivamente.

Rilevamento

Tutti i bambini hanno il diritto di crescere sviluppando appieno le proprie potenzialità; la società deve rimuovere gli ostacoli al pieno sviluppo della personalità del bambino (art. 3 della Costituzione).

I minorenni che si trovano in una situazione di pregiudizio a causa del comportamento inadeguato dei genitori sono soggetti a provvedimenti da parte dell'Autorità Giudiziaria in loro tutela (art. 330 e 333 del Codice Civile, legge 184/83).

Il Servizio Sociale ha il mandato di collaborare con l'Autorità Giudiziaria Minorile negli interventi a favore dei minori di cui all'art. 333 C.C. (DPR 616/77 e L. 833/78).

Un rilevamento precoce permette di attivare il percorso di approfondimento della situazione problematica coinvolgendo altri opera-

tori con specifiche competenze nella *diagnosi* e nel *trattamento*, per attivare un efficace intervento multidisciplinare integrato.

Ai fini dell'attuazione di un intervento precoce è di fondamentale importanza che ogni operatore sanitario abbia un livello adeguato di formazione per riconoscere, rilevare e inviare ai Servizi territoriali deputati e alle strutture ospedaliere le situazioni individuate, con la necessità di effettuare le segnalazioni d'obbligo all'Autorità Giudiziaria e al Tribunale per i Minorenni, secondo quanto previsto dagli obblighi di legge, già citati per l'intervento d'urgenza, e dalle necessità di protezione del minore.

La segnalazione

Secondo la legge 184/83 tutti i Pubblici Ufficiali e gli operatori incaricati di Pubblico Servizio sono tenuti a segnalare all'Autorità Giudiziaria Minorile le situazioni di pregiudizio, di disagio e di abbandono morale o materiale a carico di minori.

Si definisce «situazione di pregiudizio» una qualunque situazione in cui il minore mutua, dal contesto familiare o extrafamiliare in cui è calato, uno stato di sofferenza, disagio o carenza che può incidere negativamente sulle sue potenzialità di crescita e di sviluppo.

La segnalazione costituisce un momento critico, fondamentale del percorso diagnostico, prognostico e trattamentale. Essa rappresenta un atto di responsabilità individuale del sanitario, ma non è e non deve essere intesa come la formulazione di un giudizio. L'operatore sanitario non segnala quindi un reato accertato, ma l'ipotesi di una situazione pregiudizievole per il minore. Non spetta a lui raccogliere le prove che il pregiudizio sussista — tale compito spetta alla Magistratura ordinaria (per le condotte da parte dell'adulto che prefigurano un reato penale) o minorile —, ma più semplicemente deve dare avvio a un percorso di tutela del minore portando all'attenzione delle istituzioni preposte la situazione (affinché si verifichino le sue condizioni di vita e, se necessario, si adottino adeguate misure di protezione). La segnalazione rappresenta quindi l'apertura di una collaborazione tra agenzie sociosanitarie e Magistratura (in particolare minorile) nello spirito dell'interesse superiore del bambino sancito dalla Convenzione di New York (art. 3).

Attraverso la segnalazione, il NPI informa l'Autorità Giudiziaria degli elementi che ha rilevato dal punto di vista tecnico-professionale. Per questo, nella misura in cui è possibile essere precisi, la segna-

lazione/denuncia deve essere obiettiva, analitica e deve descrivere le condizioni sanitarie della vittima, la natura delle lesioni, le dichiarazioni, gli atteggiamenti e i comportamenti personali del minore, dati che all'inizio possono sembrare poco rilevanti ma che nel corso delle indagini possono rivelarsi fondamentali per la soluzione del caso. La segnalazione deve essere trasmessa tempestivamente (esiste un vincolo di legge), per iscritto e non in forma anonima.

Alcuni vincoli di legge rendono obbligatoria la segnalazione delle situazioni in cui i minori sono vittime di reato: secondo l'art. 331 C.P. tutti i Pubblici Ufficiali e gli operatori incaricati di Pubblico Servizio sono obbligati a segnalarle al Tribunale Penale (secondo il nostro codice esistono precise responsabilità in caso di omessa denuncia o refertazione: artt. 361, 362 e 365 C.P.); gli artt. 332 e 334 C.P.P. indicano le modalità di compilazione del referto da parte degli operatori sanitari. La necessità di una segnalazione, in assenza di specifiche e precise norme legislative, riguarda anche i liberi professionisti, nel rispetto delle regole di legge relative al trattamento dei dati sensibili (vedi Raccomandazione 20).

Nella fase di rilevazione è importante identificare chi e come ha per primo registrato e documentato i segnali, diretti o indiretti, provenienti dal bambino e dalla sua famiglia, riconducibili a un sospetto abuso fisico e/o sessuale. Generalmente l'abuso viene segnalato da un genitore, un parente, un operatore (scolastico, sociosanitario, ecc.) a partire da una rivelazione esplicita da parte del minore-vittima, ovvero attraverso un'informazione indiretta o mascherata dell'abuso da parte di un operatore che abbia osservato comportamenti e segni sospetti in un minore oppure quando a un sanitario viene fatta richiesta di intervento di altro tipo, dalla quale però emergono informazioni di sospetto abuso (Camerini, 2006b).

Nel valutare le caratteristiche formali della rilevazione è importante registrare ed escludere ogni possibile errore umano, professionale e non, che possa essere alla base di erronee e arbitrarie interpretazioni di dati o fatti non sufficientemente circostanziati. Inoltre è consigliabile ricercare informazioni correlate, come ad esempio la refertazione medica di eventuali segni e/o sintomi post-traumatici significativi registrati nell'immediatezza dei fatti. Questo può, talvolta, rivelarsi importante in quanto il successivo esame testimoniale può avvenire anche dopo molti mesi dall'accaduto (Di Cori, Sabatello e Caramadre, 2005).

Qualora una segnalazione di presunto abuso fisico e/o sessuale pervenga sia al Tribunale Ordinario sia al Tribunale per i Minorenni, è opportuno che non si verifichino interferenze e/o sovrapposizioni tra le rispettive attività di verifica e di consulenza. È preferibile che tali attività inizino tempestivamente e che la valutazione psichiatrico-forense (affidata all'esperto) sia tenuta distinta dall'azione di conoscenza dell'ambiente familiare e sociale effettuata dai Servizi territoriali. Tale distinzione non deve impedire che i diversi operatori possano collaborare tra loro, nel rispetto delle diverse competenze.

Raccomandazione 20

Opzione clinica. Forza dell'evidenza: sufficiente. Forza della raccomandazione: sufficiente

Le segnalazioni saranno effettuate sulla base di un ragionevole dubbio e di un sospetto sufficientemente fondato, coerentemente con le regole deontologiche proprie dello specialista neuropsichiatra infantile che effettua la segnalazione e con i criteri di valutazione che provengono dal patrimonio di conoscenze scientifiche e culturali proprie della disciplina (vedi Raccomandazioni 6.4.1., 6.5.4. e 6.5.6.).

Servizi e professionalità impegnate

I Servizi e le professionalità impegnate in questa prima fase sono i seguenti.

a) *Area sanitaria*

- aziende ospedaliere;
- aziende USL (con presidi ospedalieri e servizi territoriali);
- pediatri di base e medici di medicina generale che hanno modo di osservare, nel contesto familiare, il bambino dalla nascita all'adolescenza;
- neuropsichiatri infantili;
- psichiatri;
- psicologi;
- ginecologi;

che nello svolgimento delle loro professioni dovessero incontrare situazioni riferibili a condizioni di abuso fisico e/o sessuale o di grave trascuratezza.

b) *Aree educative*

- Gli assistenti educativi di asili nido, gli insegnanti di scuola materna e gli insegnanti della scuola d'obbligo e superiore hanno modo di osservare e di relazionarsi con il bambino a partire da fasi precoci dello sviluppo e per molte ore nell'arco della giornata; la scuola costituisce un osservatorio privilegiato dal quale si possono riconoscere segnali di disagio per i quali attivare un iter diagnostico mirato segnalando il bambino ai servizi competenti. L'attenzione, la sensibilità e la professionalità degli insegnanti sono determinanti a questo scopo.
- Psicopedagogisti e psicologi scolastici.

c) *Area sociale*

- Servizi sociali
- assistenti sociali e educatori.

d) *Linee telefoniche d'aiuto*

Tutti questi professionisti e servizi devono essere in grado di riconoscere le situazioni di abuso o a rischio di abuso e devono potersi relazionare *in rete* con altri professionisti e strutture competenti per la diagnosi e il trattamento (Caffo, 2003b).

Valutazione diagnostica

È necessario standardizzare gli interventi diagnostici e terapeutici più efficaci nei casi di abuso e trascuratezza all'infanzia. In questo tentativo le modalità attraverso cui i singoli interventi possono essere combinati e integrati tra loro vanno adattate in modo flessibile alle caratteristiche specifiche dei singoli casi e alle risorse disponibili. Questa grande variabilità, rispetto alla più limitata gamma di configurazioni medico-psicologiche e sociali, rende estremamente complessa una rigida standardizzazione dell'intervento diagnostico e terapeutico. Malgrado questa difficoltà, l'esperienza clinica ha dimostrato la maggiore efficacia di un intervento a cui concorrono in modo sinergico diverse figure professionali che interagiscono tra loro. L'applicazione di questo modello di intervento è possibile tuttavia solo all'interno di un gruppo di operatori e Servizi i cui ruoli e competenze siano ben definiti e collegati *in rete*.

La fase diagnostica, evitando parcellizzazioni e omissioni, dovrebbe prevedere una diagnosi integrata:

1. medica
2. psicologico-psichiatrica
3. sociale.

1. La *diagnosi medica* comprende:

- anamnesi;
- esame obiettivo: visita pediatrica con particolare attenzione allo stato nutrizionale, all'accrescimento (nei casi di incuria), alle lesioni fisiche recenti e pregresse (nel maltrattamento fisico) e valutazione ginecologica/medico-legale riguardante soprattutto l'area genitale e anale (negli abusi sessuali), prevedendo eventuali consulenze delle specialità pediatriche;
- diagnostica per immagini, strumentale e di laboratorio;
- raccolta di eventuali reperti di materiale biologico sul corpo e su indumenti;
- documentazione fotografica delle lesioni.

L'esame fisico del bambino deve essere condotto nell'ottica di un equilibrio tra esigenze di non omissione e, nel contempo, di non invasività e riservatezza per il bambino e per i familiari.

2. *Assessment psicologico-psichiatrico* (indirizzato sia al *bambino* sia alla *famiglia*).

Presuppone la costruzione di una relazione significativa all'interno della quale si articola come:

- anamnesi psicologica, con particolare attenzione ai segni clinici più ricorrenti nei bambini abusati nelle diverse fasce d'età (vedi Scheda Psicologica);
- *assessment* individuale del bambino comprendente:
 - colloqui clinici;
 - somministrazione di test proiettivi;
- protocolli diagnostici standardizzati (checklist di comportamento: CBCL, TRF, YSR, KD-SADS, PTSD Inventory, ecc.; valutazione dei pattern di attaccamento: *Strange Situation*, *Strange Situation modificata*, *Separation Anxiety Test*);
- osservazioni di gioco, individuali e in gruppo di bambini; osservazioni della relazione con i genitori.

L'*assessment* familiare comprende una serie di incontri con tutti i membri conviventi e, nei casi di separazione o divorzio, con i membri delle famiglie ricomposte.

Risulta opportuno rifarsi a modelli teorici e valutativi codificati in relazione alla qualità delle cure genitoriali, tali da poter prendere in considerazione:

- la struttura organizzativa familiare;
- le risorse familiari, con particolare attenzione a quelle relative alle capacità protettive e alla funzione riflessiva (Fonagy e Target, 2001);
- i giochi interattivi;
- le psicopatologie individuali degli adulti;
- la presenza degli indicatori di rischio individuali e familiari;
- i reciproci pattern di attaccamento (*Adult Attachment Interview*, *Mc Arthur Stories*, *Separation Anxiety Test*);
- il ciclo di vita familiare;
- la transgenerazionalità;
- l'evoluzione della famiglia;
- il genogramma;
- le attribuzioni causali, le convinzioni e percezioni presenti nei vari membri della famiglia.

(*Darlington Family Assessment System*, Wilkinson, 2000).

3. *L'indagine psicosociale* è finalizzata a:

- verificare le condizioni di vita del bambino nella famiglia e nel contesto;
- verificare la presenza di indicatori di rischio psicosociali;
- contattare i Servizi che possono fornire indicazioni sul bambino e/o sulla sua famiglia (Servizi di Salute Mentale per età evolutiva e adulta, Servizi per i tossicodipendenti, consultori sociali del Comune, volontariato sociale, strutture ospedaliere, ecc.);
- contattare le strutture giudiziarie e in particolare il Tribunale per i Minorenni.

La valutazione complessiva, che nasce da tutte e tre le aree (medica, psicologica, psicosociale), permette di raccogliere degli elementi da utilizzare per:

- escludere il sospetto di abuso/trascuratezza;
- confermare la diagnosi di abuso/trascuratezza o la condizione di rischio;
- valutare il danno psicologico e/o fisico in atto e l'eventuale danno futuro;
- effettuare una valutazione prognostica di trattabilità, delle risorse individuali e familiari e della possibilità di recupero;
- elaborare un progetto di trattamento.

Nella *diagnosi medica* sono coinvolti i Servizi ospedalieri forniti di Pronto Soccorso, di specialità pediatriche e di Servizio di medicina legale (nei casi più gravi).

Nell'*assessment psicologico-psichiatrico e psicosociale* sono coinvolti i Servizi ospedalieri forniti di strutture ambulatoriali e di day-hospital, e i Servizi territoriali forniti di risorse professionali dell'area psicologica, neuropsichiatrica infantile e di assistenza sociale specificamente competenti.

Le strutture identificate come Centri di riferimento devono possedere requisiti strutturali, strumentali e risorse professionali idonee al raggiungimento degli obiettivi indicati.

Raccomandazione 21

Linea guida clinica. Forza dell'evidenza: forte. Forza della raccomandazione: forte

Allorché la valutazione viene svolta, in una prospettiva di tutela, in collegamento con il Tribunale per i Minorenni, gli specialisti e gli esperti impegnati possono offrire all'Autorità Giudiziaria un contributo positivo nel rispetto di talune condizioni:

- quando sono in grado di stabilire con gli utenti inviati dalle agenzie sociali un rapporto che abbia una finalità e un significato comprensibile a priori e ben definibile;
- quando è possibile individuare con chiarezza la natura del quesito che viene loro posto;
- quando il quesito che viene posto è pertinente con la cultura psicologica e psichiatrica;
- quando gli specialisti sanno essere trasparenti nell'indicare il tipo di cultura alla quale fanno riferimento;
- quando gli specialisti sono consapevoli e sanno dichiarare il grado di *validità* scientifica del loro apporto (Guaraldi e Ruggerini, 1997).

Trattamento

La presa in cura del bambino è attuabile attraverso due percorsi:

- a) la tutela
- b) la terapia.

La tutela

La tutela va realizzata coinvolgendo la Procura della Repubblica, il Tribunale per i Minorenni e il Servizio Sociale competente.

Raccomandazione 22

Opzione clinica. Forza dell'evidenza: sufficiente. Forza della raccomandazione: sufficiente

Vanno utilizzati gli strumenti e prese le iniziative che proteggano il bambino dalla reiterazione dell'abuso e da pressioni psicologiche che possono compromettere la rivelazione (eventualmente, dopo attenta valutazione delle risorse disponibili e degli indici di rischio, sollecitando il suo allontanamento dalla famiglia e il suo ingresso in comunità dotate delle necessarie risorse professionali e umane, o l'allontanamento del presunto abusante se gli altri membri della famiglia risultano sufficientemente protettivi).

Raccomandazione 23

Opzione clinica. Forza dell'evidenza: forte. Forza della raccomandazione: forte

È necessario evitare interventi psicosociali e provvedimenti troppo invasivi (interviste troppo insistite, ripetute ed effettuate da interlocutori diversi, allontanamenti dalla dimora familiare sulla base di un semplice sospetto, non coordinamento tra gli interventi psicologici individuali, sociali e giudiziari; Jones, 1991; De Leo e Biscione, 2001; Camerini, 2006).

La terapia

L'elaborazione di un progetto terapeutico è successiva alla formulazione della diagnosi. Una volta che sia stata accertata la situazione di rischio o di abuso conclamato, siano stati diagnosticati gli esiti sulla vittima e sia stata valutata positivamente la trattabilità del bambino e della famiglia, va realizzato un progetto di terapia integrata medica e psicologica.

La terapia medica

Ha come obiettivo la cura delle lesioni e delle eventuali patologie conseguenti all'abuso. In alcuni casi potrebbe rivelarsi molto utile un

monitoraggio periodico delle condizioni fisiche e di accrescimento dei bambini, realizzato dal pediatra di base in collaborazione con le strutture ospedaliere.

La terapia psicologico-psichiatrica

La presa in carico è rivolta sia al bambino sia alla famiglia e, se necessario, fornendo consulenza alla scuola.

Essa può comprendere una psicoterapia individuale per il bambino e una terapia rivolta alla famiglia. Nei casi di separazione o di divorzio l'intervento è rivolto ai due nuclei familiari. Quando si tratta di bambini molto piccoli, o comunque in età prescolare, la terapia può consistere in incontri del terapeuta con la coppia madre-bambino e con quella padre-bambino. Questo tipo di intervento va effettuato soprattutto in quei casi in cui il bambino deve recuperare il rapporto con un genitore (*Spazio Neutro*) o quando i genitori devono essere aiutati ad acquisire una loro competenza genitoriale attraverso interventi di *parent training*.

Raccomandazione 24

Opzione clinica. Forza dell'evidenza: sufficiente. Forza della raccomandazione: sufficiente

Una terapia psicologica rivolta agli esiti di un abuso dovrebbe comunque essere intrapresa:

- in maniera coordinata con le procedure di accertamento giudiziario;
- in presenza di esiti clinici che ne richiedano la messa in atto;
- scegliendo l'approccio che dimostra, secondo la letteratura specialistica, le maggiori evidenze di penetratività e di efficacia (Hibbs e Jensen, 1996; Fonagy et al., 2002).

I Servizi coinvolti sono costituiti da Servizi territoriali o strutture ospedaliere fornite di strutture ambulatoriali e di day-hospital all'uso dedicate, e servizi socio-assistenziali forniti di professionisti specificamente competenti nell'intervento terapeutico da realizzare.

Raccomandazione 25

Opzione clinica. Forza dell'evidenza: sufficiente. Forza della raccomandazione: sufficiente

In tutte le fasi del processo diagnostico e terapeutico ogni professionista coinvolto deve ricevere o aver ricevuto una specifica forma-

zione e competenza nel campo della psicopatologia infantile e degli aspetti psicologici e psicosociali legati al fenomeno dell'abuso e su come, in questo ambito, debbono essere condotte le visite e le procedure diagnostiche più opportune per quanto riguarda la valutazione medica e, nella valutazione psicologica, su come valutare le problematiche e le risorse presenti nei bambini e nelle loro famiglie.

Raccomandazione 26

Linea guida clinica. Forza dell'evidenza: forte. Forza della raccomandazione: forte

Un aspetto importante è rappresentato dalla valutazione clinica e psicosociale delle capacità genitoriali, sia per assumere decisioni relative alla collocazione intra o extrafamiliare del bambino, sia per attivare interventi psicosociali mirati a un sostegno e a un potenziamento/implementazione delle risorse disponibili.

L'*assessment* si deve svolgere sulla base di un bilancio clinico dei fattori di rischio e dei fattori protettivi riguardanti diversi parametri:

- l'assetto di personalità dell'uno e dell'altro genitore;
- la qualità e l'intensità dei conflitti e il grado di esposizione del bambino ad essi;
- le capacità protettive, organizzative di controllo e di supporto alla socializzazione;
- la possibilità e la disponibilità da parte di ciascun genitore di rivolgersi a supporti esterni (perifamiliari, extrafamiliari o sociali);
- la qualità dei legami affettivi e di attaccamento.

Ogni valutazione in questo settore, proposta in sede sia di consulenza tecnica d'ufficio, sia di parere richiesto ai Servizi sociosanitari nell'ambito delle indagini svolte su incarico del Tribunale per i Minorenni, assume di per sé una valenza psicologico-forense e deve quindi rispettare determinate procedure di carattere metodologico. La relazione finale dovrebbe quindi articolarsi su alcuni punti per rispettare i sufficienti e necessari criteri di completezza. Le argomentazioni devono corrispondere ai quesiti posti dal Giudice, giustificando ogni opinione espressa a partire dai dati anamnestici e osservativi (in senso diagnostico e prognostico) che sono stati raccolti nel corso delle indagini e confrontandola, quando possibile, con i riscontri presenti nella letteratura specialistica sull'argomento. Devono essere prese in considerazione le ipotesi alternative a quelle proposte, giustificando i motivi per i quali esse sono state scartate o giudicate meno valide.

Capitolo 8

Procedure operative

La rete: organizzazione dei servizi integrati

Data la complessità e i possibili livelli di gravità delle situazioni di abuso, nell'affrontare il problema è possibile pensare agli interventi sugli abusi all'infanzia in rapporto a due diverse condizioni:

- a) intervento in urgenza
- b) intervento programmabile.

Intervento in urgenza

Tipologie delle urgenze

Urgenze oggettive: sono situazioni oggettive di maltrattamenti fisici (sindrome del bambino battuto, ustioni, ecc.), di abusi sessuali o patologie della somministrazione delle cure (in particolare condizioni di abbandono, incidenti domestici legati a violenza o incuria, sindrome di Munchausen per procura, chemical abuse).

Urgenze soggettive: sono situazioni di sospetto o di convinzione di abuso soggettivamente tenute da familiari o da professionisti con connotazione emotiva di preoccupazione e angoscia.

Le situazioni di urgenza richiedono disponibilità di strumenti facilmente accessibili e strutture in grado di fornire un adeguato e pronto intervento nella situazione oltre a un attento lavoro di collegamento tra il servizio territoriale, le strutture ospedaliere e l'Autorità Giudiziaria.

Obiettivi dell'intervento in urgenza

- Diagnosi medica, medico-legale, psicologica e sociale.
- Terapia medica, sostegno psicologico e iniziative di protezione (se ne sussistono le necessità; Caffo, 2003b).
- Adempimento degli obblighi di legge: segnalazione di sospetto o accertato abuso e/o maltrattamento alla Procura della Repubblica presso il Tribunale Ordinario che può attivare, se lo ritiene necessario, gli opportuni interventi di tutela del minore.

Competenze delle strutture ospedaliere e dei servizi territoriali rispetto allo specifico intervento

Strutture ospedaliere

Il DEA o le UO con guardia pediatrica 24 h e di Neuropsichiatria infantile procedono a ricoverare il minore:

- a) in presenza di segni fisici importanti;
- b) qualora non sia chiaramente garantita la protezione del minore o in assenza di un genitore o parente protettivo;

Se il medico ritiene indispensabile il ricovero, che non viene accettato dal genitore e legale responsabile, occorre trattenere il bambino e inoltrare richiesta urgente alla Procura della Repubblica presso il Tribunale per i Minorenni per essere autorizzati alla temporanea non consegna del bambino.

All'interno di questo intervento va svolto un iter diagnostico secondo le modalità descritte al punto più avanti («Intervento programmabile»). Ciò richiede che la struttura sanitaria sia fornita di processo diagnostico previsto.

Svolto l'iter diagnostico, se viene confermata l'ipotesi di abuso, è necessario:

- un ulteriore collegamento con l'Autorità Giudiziaria, secondo gli obblighi di legge, e con il Tribunale per i Minorenni, al fine di attivare ulteriori strumenti di tutela per il bambino;
- un collegamento tra la struttura ospedaliere e i servizi territoriali per:
 1. fornire informazioni, raccolte durante il ricovero, ai Servizi territoriali che già hanno in carico il caso soprattutto se vengono assunte iniziative di protezione o per la successiva presa in carico;

2. strutturare il percorso di dimissione e concordare la sequenza delle iniziative da attivare in collaborazione con le Strutture Territoriali.

Strutture territoriali

Le strutture operative NPI in collaborazione con i pediatri svolgeranno un iter diagnostico secondo le modalità descritte nel capitolo sui criteri di valutazione clinica.

Gli operatori predisporranno il ricovero:

- a) quando il bambino presenta segni fisici la cui diagnosi sia realizzabile solo in ambito ospedaliero o nel caso in cui presenti segni fisici importanti;
- b) quando non sia presente un genitore protettivo e non sia possibile l'affidamento a strutture residenziali adeguate.

In entrambi i casi, qualora l'intervento non venisse accettato dal genitore legale responsabile, è necessario fare richiesta urgente alla Procura della Repubblica presso il Tribunale per i Minorenni per essere autorizzati alla temporanea non consegna del bambino.

Raccomandazione 27

Opzione clinica. Forza dell'evidenza: sufficiente. Forza della raccomandazione: sufficiente

I provvedimenti di allontanamento del bambino dall'ambiente familiare sono per loro natura provvisori, ma rischiano, qualora non si fondino su elementi di realtà sufficientemente corroborati, di produrre conseguenze gravi e durature sull'equilibrio psichico e adattivo del bambino stesso, legate alle angosce di separazione e agli effetti traumatici generati da un distacco brusco e prolungato dai genitori. Inoltre, le statistiche più recenti dimostrano che i periodi di lontananza dall'ambiente familiare tendono a prolungarsi per periodi anche molto lunghi. L'esperienza di collocazione extrafamiliare dovrebbe infatti avere durata temporanea ed essere accompagnata da un progetto globale sul nucleo familiare che definisca anche i tempi del rientro del bambino nella famiglia di origine, sulla base del lavoro psicologico al quale la famiglia stessa ha accettato di sottoporsi (ivi compreso il genitore che si sia reso autore di comportamenti abusanti, maltrattanti o gravemente trascuranti). Questo tipo di decisioni dovrebbe quindi essere assunto solo dopo che gli elementi raccolti

abbiano configurato l'esistenza di un reale, concreto pregiudizio per la salute psicofisica del minore, e dopo che si sia esclusa la possibilità di attivare e sostenere le risorse presenti nei familiari stessi.

La collocazione del bambino presso la famiglia di origine corrisponde a uno specifico diritto riconosciuto dalla legge italiana (art. 1, L. 184/83) e dalla Convenzione di New York e, sino a prova contraria, si deve presumere che la famiglia desideri trattenere il figlio presso di sé. Pertanto, qualora si ritenga indispensabile allontanare un bambino o un ragazzo dalla propria famiglia, chiunque sia chiamato a intervenire è tenuto a verificare:

- che il minore di età sia effettivamente danneggiato e si trovi in situazione di pericolo;
- che l'attuale situazione del minore non possa essere modificata in modo autonomo;
- che l'allontanamento sia meno dannoso della permanenza in famiglia.

Raccomandazione 28

Opzione clinica. Forza dell'evidenza: sufficiente. Forza della raccomandazione: sufficiente

Anche per quanto riguarda gli interventi di tutela e i trattamenti di natura psicosociale si pone il problema di attuare ricerche cliniche volte a valutare gli esiti in relazione alla loro *efficacia*, attraverso studi controllati e confronti tra i diversi tipi di intervento che si dimostrano più utili a seconda della situazione ambientale e delle problematiche psicopatologiche presenti nel bambino.

Raccomandazione 29

Opzione clinica. Forza dell'evidenza: sufficiente. Forza della raccomandazione: sufficiente

Risulta auspicabile una differenziazione degli interventi di controllo, effettuati in collaborazione con l'Autorità Giudiziaria minore secondo il cosiddetto *principio di legalità*, e degli interventi di sostegno con finalità trattamentali, da svolgersi secondo il consenso informato dell'utente sotto l'egida del cosiddetto *principio di beneficenza*.

Intervento programmabile

L'intervento programmabile si basa sui criteri di valutazione clinica descritti per gli abusi fisico e psicologico, per la patologia delle cure e per l'abuso sessuale e prevede la centralità dell'intervento dei Servizi territoriali sanitari e sociali.

L'intervento territoriale sugli abusi ai minori richiede una specifica programmazione nell'ambito dei servizi di Neuropsichiatria Infantile delle ASL strettamente coordinati con i Servizi sociali dei Comuni.

Il *modello d'intervento territoriale* nasce dall'esigenza di affrontare il problema dell'abuso e maltrattamento ai bambini e ragazzi, in termini sia di prevenzione sia di intervento psicosociale, nella realtà territoriale dove il problema nasce e si evidenzia.

La realizzazione di un progetto di intervento territoriale deve rispondere ai seguenti obiettivi prioritari:

- rappresentare un sostegno alla relazione genitori-figli, per il contrasto alla violenza in famiglia e la promozione dei diritti dell'infanzia e dell'adolescenza;
- attuare gli interventi di prevenzione (primaria, secondaria e terziaria) possibili e necessari per contenere il fenomeno dell'abuso e maltrattamento;
- mettere in comune gli strumenti per cogliere i segnali di allarme tra gli operatori che, per motivi diversi, sono in contatto diretto con i bambini e con le famiglie;
- garantire, in situazioni di dubbio, un percorso protetto per i bambini per i quali l'avvio di procedure cliniche e legali, se non guidato e definito, può accrescere e aggravare il trauma.

L'aspetto innovativo e centrale di un progetto di intervento territoriale risiede nel tentativo di integrare coerentemente esigenze *territoriali e multidisciplinarietà* della risposta specialistica, al fine di ottenere sinergie operative nuove tra Istituzioni ed Enti e restituire così ai minori abusati un ambiente armonico e realmente protettivo (si pensi ad esempio alla difficoltà di armonizzare la fase investigativa della magistratura con quella riabilitativa del trattamento psicoterapico della vittima e della famiglia).

Gli aspetti relativi alla connotazione territoriale e all'integrazione dell'intervento si possono concretizzare nelle seguenti iniziative:

1. *Centro di Consulenza* a valenza aziendale o interaziendale
2. costituzione di *équipe multidisciplinari*
3. attuazione di percorsi di *formazione integrata*.

Il Centro di Consulenza aziendale o interaziendale

Il Centro di Consulenza aziendale o interaziendale deve essere collocato nel territorio cui è destinato possibilmente all'interno di una struttura non connotata a valenza socio-sanitaria o sociale (ad es. centro per la famiglia, consultorio); deve essere dotato di personale competente e strumenti idonei per l'accoglienza, l'osservazione e la consulenza ai bambini e alle famiglie e per l'incontro e la formazione degli operatori (che dovrà essere comune e integrata; Sarti e Starace, 2005).

Il Centro rappresenta quindi uno spazio intermedio e neutrale che permette la separazione dei luoghi dell'accertamento da quelli della cura (rispettivamente sotto l'egida del cosiddetto *principio di legalità* e del cosiddetto *principio di beneficenza* — vedi Raccomandazione 29) consentendo una più facile presa in carico successiva a opera dei servizi del territorio.

L'*équipe* del Centro di Consulenza deve essere costituita da neuropsichiatri infantili, psicologi e assistenti sociali dotati di specifica competenza e formazione in tema di abusi in età evolutiva, e svolge attività di *psicodiagnosi clinica, consulenza, documentazione e formazione*.

Intervento clinico del Centro di Consulenza. L'assessment psicodiagnostico presso il Centro ha la doppia finalità di fornire una valutazione psicodiagnostica del minore e della famiglia, con relativa proposta di intervento operativo, e una valutazione psicologico-forense utile all'Autorità Giudiziaria e al Tribunale per i Minorenni nel percorso giudiziario. Il percorso diagnostico si realizza attraverso la valutazione clinica (valutazione delle capacità genitoriali, valutazione dei fattori di rischio e protettivi presenti nel minore, valutazione dei pattern di attaccamento) già descritta al punto «Valutazione diagnostica» (capitolo 7).

Al termine dell'assessment psicodiagnostico il Centro restituisce — con documentazione scritta — il caso al servizio territoriale competente per la presa in carico terapeutica, con specifiche indicazioni relative alle risorse psicologiche del minore e della famiglia (fattori prognostici positivi e negativi in ordine alle capacità genitoriali) e all'eventuale programma di trattamento.

Gli operatori del Centro forniscono inoltre una consulenza diretta agli operatori dei competenti Servizi territoriali.

Servizio di documentazione. Un'adeguata prevenzione dei fenomeni di maltrattamento e abuso può essere pensata solamente attraverso un'integrazione tra aspetti di ricerca, di intervento sociale e di formazione degli operatori coinvolti nel campo.

Per questo motivo si ritiene importante che presso il Centro di consulenza sia predisposto un Servizio di Documentazione multimediale sull'infanzia e l'adolescenza con archivio informatizzato per la catalogazione e la consultazione di libri e periodici scientifici su argomenti di psicologia giuridica e psichiatria forense, psicopatologia dell'età evolutiva, politiche sociali, diritto minorile e della famiglia e nel campo della tutela dell'infanzia e dell'adolescenza (per il censimento di strutture residenziali e semi-residenziali destinate al recupero di minori devianti).

L'équipe multidisciplinare

La costituzione dell'équipe multidisciplinare nasce dalla constatazione della molteplicità e della varietà di interventi degli operatori appartenenti alle diverse istituzioni che a vario titolo entrano nel percorso di rilevazione, diagnosi e trattamento delle situazioni di abuso ai minori.

L'équipe multidisciplinare è costituita da:

- referenti dei Servizi di Neuropsichiatria Infantile delle Asl
- referenti dei Servizi sociali dei Comuni
- insegnanti delle scuole di ogni ordine e grado
- rappresentanti delle Forze dell'Ordine e della Magistratura.

La funzione delle équipe multidisciplinari all'interno della rete di lavoro sull'abuso ai minori. Le realtà locali risultano in larga parte prive di una reale sinergia tra interventi medici, sociali, psicoeducativi e di ordine pubblico sull'abuso ai minori. Le attuali politiche per l'infanzia, però, spingono gli operatori territoriali — attraverso il confronto plurispecialistico — verso un modello operativo di lavoro condiviso che, in quanto tale, facilita lo scambio di informazioni tra le diverse istituzioni coinvolte (la famiglia, la scuola, i servizi sociosanitari, le forze dell'ordine e la magistratura).

La carenza maggiore nell'affrontare le problematiche dell'età evolutiva e, a maggior ragione, quelle relative alla violenza sull'in-

fanzia, sembra corrispondere alle difficoltà di realizzazione di un intervento unico/unificato intorno a un minore, come se le istituzioni non si rivolgessero a uno e a un solo soggetto, ma piuttosto a più parti dello stesso, tante quanti sono i Servizi che se ne occupano.

La costituzione delle équipes multidisciplinari risponde a questo obiettivo. Il suo scopo è, infatti, quello di integrare coerentemente le esigenze territoriali e la multidisciplinarietà della risposta specialistica nell'abuso ai minori, determinando sinergie operative nuove e più funzionali tra Istituzioni ed Enti.

Gli operatori dell'équipe multidisciplinare lavorano in stretta collaborazione con l'équipe degli specialisti del Centro di Consulenza aziendale o interaziendale, per la definizione di un percorso diagnostico e della presa in carico congiunto. Si mira così, pur mantenendo ciascuno le singole competenze, a garantire il massimo sforzo perché il trattamento della vittima (e della sua famiglia) a opera dei servizi territoriali competenti abbia successo.

Negli incontri delle équipes multidisciplinari viene favorita la crescita personale e istituzionale attraverso la rilettura gruppale della situazione problematica, allo scopo di promuovere la giusta distanza emotiva assolutamente necessaria all'operatore coinvolto per rappresentarsi la situazione in modo da potere operare una trasformazione adeguata alla funzione del compito istituzionale che egli deve svolgere.

In tale contesto gruppale l'integrazione del lavoro degli operatori territoriali mira alla creazione di un progetto di presa in carico basato su una diagnosi pluri-specialistica all'interno della quale interpretare e contestualizzare il fenomeno dell'abuso. Tutto questo lavoro si dovrebbe svolgere all'interno di un delicato equilibrio tra provvedimenti legislativi e interventi psicologici e assistenziali, che rappresentano lo specifico «setting» per affrontare l'abuso in modo integrato.

Per questo è necessario promuovere una nuova competenza nei servizi territoriali, basata sulla condivisione multidisciplinare *in rete* della specifica problematica dell'abuso e degli interventi che lo riguardano. Il filo conduttore che soggiace a tale sforzo di leggere gli eventi e di unificare gli interventi il più possibile è la consapevolezza del danno iatrogeno che, a un minore già abusato, comporta il ripetersi delle visite, degli accertamenti e delle interviste da parte dei diversi «esperti».

La formazione integrata

Occuparsi della formazione degli operatori in équipe multidisciplinare è importante soprattutto al fine di costruire un linguaggio comune e condiviso dai diversi professionisti coinvolti: medici, magistrati, psicologi, insegnanti, forze dell'ordine, avvocati, operatori sociali, ecc.

Spesso, infatti, le differenti specificità professionali possono produrre fraintendimenti e divergenze sostanziali su aspetti di primaria importanza, come la tutela dei minori o l'apertura di procedimenti civili e penali a carico degli adulti.

Il problema *abuso* va affrontato non solo come un problema clinico, giuridico e di ordine pubblico (per quanto concerne la prevenzione e repressione del possibile reato), ma anche da un punto di vista di informazione-formazione della popolazione e degli operatori che a diverso titolo se ne occupano.

Questi diversi aspetti devono essere considerati elementi di un unico tema che, se affrontato con un taglio multidisciplinare, può permetterci di conoscere meglio il fenomeno, di realizzare una valutazione epidemiologica e, insieme, di disporre efficaci mezzi di prevenzione, rilevazione, diagnosi e, quando necessario, di terapia. L'intervento psicosociale, infatti, acquista senso solo quando nasce dall'integrazione reale dei diversi soggetti coinvolti e viene condotto con la consapevolezza che le vittime di abuso appartengono comunque a una realtà familiare e sociale complessa e articolata. Per garantire la massima integrazione degli interventi, i membri delle équipe multidisciplinari e gli operatori del Centro di Consulenza condividono incontri di formazione e spazi comuni di confronto per la definizione di protocolli operativi e la verifica dei risultati, offrendo così un'opportunità in più per l'aggiornamento degli operatori sociosanitari sul tema specifico delle violenze sui minori.

Percorso del caso nel modello territoriale

L'attuazione di un modello di intervento territoriale prevede, dopo una prima fase di rilevazione delle caratteristiche sociodemografiche del territorio, l'articolazione di itinerari specifici per la prevenzione, la diagnosi e la cura degli abusi in età evolutiva.

Fase valutativa

La segnalazione precoce dei casi di abuso, identificati dagli operatori dei diversi presidi Asl o delle scuole, viene raccolta dalle équipes multidisciplinari e gestita in modo da assicurare la massima coerenza e compatibilità dei mezzi e delle finalità terapeutico-riabilitative con le esigenze investigative della Magistratura.

Quando nel contesto territoriale si verifica una segnalazione o anche solamente emerge un'ipotesi o un dubbio di un abuso di qualsiasi natura nei confronti di un minore, l'équipe multidisciplinare:

- dispone l'indagine socioambientale;
- invia il minore per l'approfondimento diagnostico all'équipe clinica del Centro di Consulenza aziendale o interaziendale, nel caso in cui l'accertamento clinico lo richieda;
- dispone se necessario il ricovero ospedaliero (o anche in day hospital);
- effettua contestualmente la segnalazione all'Autorità Giudiziaria.

La fase valutativa — svolta in spazi neutri (famiglia, scuola) e presso la sede del Centro con l'ausilio di mezzi audiovisivi — avviene attraverso una valutazione globale, clinico-osservativa e ambientale. Alla fine dell'assessment l'équipe clinica del Centro riferisce sull'esito dell'indagine clinico-forense svolta sul minore e sulla famiglia, restituendo il caso al Servizio Territoriale di competenza per la realizzazione dell'intervento clinico.

Oggetto di valutazione sono non solamente le dinamiche relazionali patologiche connesse all'abuso, ma anche le risorse evolutive del nucleo malfunzionante — senza mai cadere nella mera colpevolizzazione dei genitori. Occorre riuscire a definire la loro responsabilità nelle dinamiche relazionali non funzionali al bambino; se a questo punto viene riscontrata la disponibilità da parte dei genitori di modificare tali dinamiche, la famiglia in difficoltà deve essere aiutata a cambiare.

Il Centro di Consulenza, oltre a produrre una diagnosi e un progetto terapeutico, sulla base della valutazione prognostica sulla famiglia riferisce alla Magistratura competente l'esito della valutazione, direttamente o indirettamente attraverso i servizi di Neuropsichiatria infantile dell'Asl.

L'intervento giudiziario dovrebbe permettere di risolvere la dicotomia tra aiuto e controllo collocando a un livello logico e gerarchico

superiore il controllo, sotto l'egida del *principio di legalità*, all'interno del quale si inseriscono tutti gli interventi di sostegno e aiuto secondo il *principio di beneficenza*. Il mandato del Tribunale, inoltre, permette di confrontarsi apertamente con la famiglia sul malessere dei bambini e sulle responsabilità genitoriali, consentendo quella trasparenza di rapporto necessaria a un serio lavoro di valutazione.

Fase del trattamento

Modello terapeutico territoriale integrato

Attraverso il modello territoriale integrato si auspica di poter offrire al bambino vittima di abuso una cornice terapeutica che lo metta al riparo da possibili reiterazioni del reato o di qualsiasi altra forma di predazione dei suoi diritti.

Si tratta di un passaggio propedeutico verso il ripristino di un luogo di rappresentazione degli affetti che la condizione di abuso spesso ha ridotto, distorto o eliminato, promuovendo nuovi pattern di relazione senza correre il rischio di introdurre elementi inducenti o suggestivi e mantenendo — a favore della Magistratura stessa — una visione quanto più possibile obiettiva sui fenomeni osservati.

Per quanto concerne l'attuazione degli interventi psicosociali di terapia, si rimanda al punto «Trattamento» (capitolo 7).

Area dello Spazio Neutro

Questo servizio prende avvio dall'esigenza di disegnare e costruire uno spazio mirato a facilitare il riavvicinamento relazionale ed emotivo tra i genitori (o adulti di riferimento) e i figli che abbiano avuto un'interruzione di rapporto determinata da dinamiche gravemente conflittuali interne al nucleo familiare o conseguenti a provvedimenti dell'Autorità Giudiziaria.

Si tratta di uno spazio relazionale protetto nell'ambito del quale la presenza di un operatore assume anche la funzione di sostegno emotivo al bambino, facilitando il concretizzarsi delle condizioni per un incontro positivo. Esso si propone quindi come un contenitore *qualificato*, un luogo terzo, uno spazio e un tempo intermedi, lontani dal quotidiano, in grado di offrire e implementare risorse e possibilità più che di ingiungere meccanismi di controllo rivolti alla famiglia.

Lo Spazio Neutro si qualifica come intervento relativamente breve, mirato a verificare la possibilità che il processo di riavvicinamento

possa evolvere e proseguire in ambiti più naturali, comunque supportato dal lavoro degli operatori territoriali. In caso contrario, preso atto dell'impossibilità di contribuire ad attivare per il bambino condizioni adeguate di relazione, i Servizi proposti dovranno ipotizzare una prosecuzione d'intervento di tutela con risorse diverse. I bambini interessati appartengono a nuclei sottoposti a provvedimenti dell'Autorità Giudiziaria (alla quale si è tenuti a riferire) e sono a carico sia dei Servizi sociali del Comune sia dei Servizi sociosanitari. La molteplicità degli interventi impone l'individuazione di un percorso d'intervento che tenga conto della necessità di collaborazione tra i diversi Servizi e istituzioni in termini funzionali all'obiettivo comune: far emergere le potenzialità di sviluppo di una sana relazione tra minori e adulti di riferimento. Il *focus* è posto sul riconoscimento del bisogno del bambino di veder protetta, per quanto e fin quando possibile, la relazione affettiva e educativa con entrambi i genitori, al di là delle vicende che potrebbero impedirne la continuità, come condizione che maggiormente garantisce una prospettiva di crescita sana ed equilibrata e l'acquisizione di un'identità adulta adeguata.

Principali destinatari dell'intervento sono il bambino e il diritto del bambino stesso «separato da uno o da entrambi i genitori a mantenere relazioni personali e contatti diretti in modo regolare con entrambi i genitori, salvo quando ciò è contrario al maggior interesse del bambino» (ONU, Convenzione sui diritti del fanciullo, art. 9, New York 1989).

La tipologia di questo tipo di intervento va dalle situazioni familiari multiproblematiche, in presenza di decreti gravemente limitativi della potestà genitoriale, con interventi sostitutivi al nucleo d'origine, a situazioni che presentano una pesante conflittualità di coppia dovuta quasi esclusivamente al processo di elaborazione della separazione coniugale. Nel caso di minori in affidamento eterofamiliare, la complessità e le difficoltà relazionali tra le famiglie possono esigere, per gli incontri tra bambini e famiglia d'origine, un accompagnamento, un supporto e un luogo fisicamente diverso dalle rispettive dimore. Un'altra area d'intervento specifica è quella del mantenimento della relazione tra bambino e genitore in carcere o con provvedimenti limitativi della libertà personale conseguenti a procedimenti penali in seguito a violenze sui minori.

Area della prevenzione nel modello territoriale

La letteratura nazionale e internazionale utilizza con molta cautela il termine *prevenzione* in riferimento al problema degli abusi all'infanzia.

Nella definizione di un modello di intervento territoriale è necessario prevedere uno spazio per l'informazione/formazione degli insegnanti, tenuto conto del fatto che la Scuola rappresenta uno dei luoghi più importanti di rilevazione del fenomeno.

Il problema dei maltrattamenti all'infanzia viene spesso affrontato con molti pregiudizi da parte del mondo adulto. È per questo che un intervento informativo e preventivo deve prima di tutto mirare alla promozione di una nuova cultura dell'infanzia, intesa come una maggiore conoscenza da parte degli adulti del bambino, con le sue emozioni, i suoi sentimenti, le sue passioni, ma anche con la sua maggiore fragilità e vulnerabilità.

La prevenzione dei maltrattamenti e la difesa dei bambini, infatti, si realizzano in primo luogo creando un *clima di reciproca fiducia*. Se il bambino non riceve ascolto, attenzione e cure adeguate sarà più vulnerabile e tenderà in misura maggiore a esporsi a situazioni rischiose. L'acquisizione di una sua autonomia e capacità di giudizio critico della realtà, invece, gli permetterà più facilmente di proteggersi o di chiedere aiuto in caso di bisogno.

Proprio per questo la scuola, che costituisce non solo il luogo in cui bambini e adolescenti passano molte ore della giornata per diversi anni, ma che rappresenta anche un osservatorio privilegiato sulla condizione del bambino e del ragazzo, riveste un'importanza fondamentale nella prevenzione degli abusi e nella protezione dei bambini.

La scuola dovrebbe quindi poter promuovere programmi di prevenzione e informazione per tutte le fasce di età, adeguando tali programmi al bambino, compresi eventuali percorsi adeguati e corretti (e condivisi con le famiglie) di educazione sessuale. Si tratta non solo di informare, ma anche di fornire strumenti utili (ad esempio giochi e programmi educativi adeguatamente e specificamente predisposti) per affrontare in maniera appropriata tali tematiche e permettere ai bambini, attraverso il coinvolgimento in situazioni interattive con coetanei o adulti, di sperimentare — imparando a discriminarle tra loro — situazioni di pericolo e/o situazioni fisiologiche che possono essere valutate di volta in volta con l'aiuto della figura adulta.

Quest'ultima avrà il compito di chiarire e confrontare il bambino progressivamente con situazioni-tipo, dirigendolo nell'acquisizione di un maggior spirito critico e quindi di una maggiore conoscenza e consapevolezza dei propri diritti relazionali così come sono sanciti dalla Convenzione ONU dei Diritti del Fanciullo di New York (1989, ratificata dal nostro ordinamento legislativo nel 1991).

Bibliografia

- AACAP Official Action (1997), *Practice parameters for the forensic evaluation of children and adolescents who may have been physically or sexually abused*, «Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry», vol. 36, n. 10, pp. 37S-56S.
- Achenbach T.M. (1991), *Integrative guide for the 1991 CBCL/4-18, YSR, and TRF profiles*, Burlington, VT, University of Vermont, Department of Psychiatry.
- Achenbach T.M. e Edelbrock C. (1983), *Manual for the Child Behavior Check List and Revised Child Behavior Profile*, Burlington, University of Vermont.
- Adams J.A. (1995), *The role of the medical evaluation in suspected child sexual abuse*. In T. Ney (a cura di), *True and false allegations of child sexual abuse: Assessment and case management*, New York, Brunner/Mazel.
- American Psychiatric Association (1994), *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*, Milano, Masson.
- Ammaniti M., Nicolais G. e Speranza A.M. (2004a), *La prevenzione del maltrattamento: il sostegno ai genitori*, Serie «Strumenti di lavoro» a cura del Centro Nazionale di Documentazione e Analisi per l'Infanzia e l'Adolescenza, Istituto degli Innocenti, Firenze. Atti e approfondimenti del seminario nazionale, Firenze 24 settembre 2002, pp. 81-115.
- Ammaniti M., Nicolais G.P. e Speranza A.M. (2004b), *Trauma and attachment: An investigation in abusive parenting*, «Archives of Psychiatry and Psychotherapy», vol. 6, n. 4, pp. 9-22.
- Ammaniti M., Sergi G., Speranza A.M. e Muscetta S. (2002), *The impact of home visiting on infant development in high risk samples*, Paper presented at the 8th congress of the World Association for Infant Mental Health, Amsterdam, pp. 16-20.

- Andrews S.R. et al. (1982), *The skills of mothering: A study of the parent-child development centers*, «Monographs of the Society for Research in Child Development», vol. 47, n. 6.
- Barnett D., Manly J.T. e Cicchetti D. (1993), *Defining child maltreatment: The interface between policy and research*. In D. Cicchetti e S.L. Toth (a cura di), *Child abuse, child development and social policy*, Norwood, NY, Ablex.
- Bauserman R., Rind B. e Tromovitch P. (1998), *A meta-analytic examination of assumed properties of child sexual abuse college samples*, «Psychological Bulletin», vol. 124, pp. 22-53.
- Belassi G. e Carponi Schittar D. (2000), *L'esame orale del bambino nel processo*, Roma, Giuffrè.
- Belsky J. (1980), *Child maltreatment: An ecological integration*, «American Psychologist», vol. 35, n. 4, pp. 320-325.
- Belsky J. (1993), *The etiology of child maltreatment: A developmental-ecological analysis*, «Psychological Bulletin», vol. 144, pp. 413-434.
- Black D.A., Heyman R.E. e Smith Slep A.M. (2001), *Risk factors for child sexual abuse*, «Aggression and Violent Behavior», vol. 6, pp. 203-229.
- Boat B.W. e Everson M.D. (1993), *The use of anatomical dolls in sexual abuse evaluations: Current research and practice*. In G.S. Goodman e B.L. Bottoms (a cura di), *Child victims, child witnesses*, New York-London, The Guilford Press, pp. 95-115.
- Caffo E. (2003a), *Consulenza telefonica e relazione d'aiuto. La qualità dell'ascolto e dell'intervento con i bambini e gli adolescenti*, Milano, McGraw-Hill.
- Caffo E. (2003b), *L'emergenza nell'infanzia e nell'adolescenza. Interventi psicoterapeutici e di comunità*, Milano, McGraw-Hill.
- Caffo E., Camerini G.B. e Florit G. (2004), *Criteri di valutazione nell'abuso all'infanzia. Elementi clinici e forensi*, Milano, McGraw-Hill.
- Calamoneri F. e Arminio N. (2006), *Modalità e procedure di ascolto giudiziario e denunce infondate di abuso sessuale*, Atti XXIII Congresso Nazionale SINPIA, Padova-Abano Terme 25-28 ottobre 2003, pp. 419-421.
- Camerini G.B. (2005a), *Trauma, disturbo post-traumatico da stress e abuso sessuale: Aspetti clinici e psichiatrico-forensi*, «Psichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza», vol. 72, n. 2, pp. 297-314.
- Camerini G.B. (2005b), *Colloquio clinico con il bambino e ascolto giudiziario. Definizione e valutazione dei fattori suggestivi*. In F. Rovetto e P. Moderato (a cura di), *Progetti di intervento psicologico*, Milano, McGraw-Hill, pp. 379-392.
- Camerini G.B. (2006), *Aspetti legislativi e psichiatrico-forensi nei procedimenti riguardanti i minori*. In V. Volterra (a cura di), *Psichiatria forense, criminologia ed etica psichiatrica* (Trattato Italiano di Psichiatria, TIP), Milano, Masson, pp. 710-767.
- Ceci S.J. e Bruck M. (1995), *Jeopardy in the courtroom: A scientific analysis of children's testimony*, Washington, DC, American Psychological Association.

- Ceci S.J. et al. (1994), *Repeatedly thinking about non-events*, «Consciousness and Cognition», vol. 3, pp. 388-407.
- Ceci S.J. e Hembrooke H. (1998), *Expert witnesses in child abuse cases. What can and should be said in court*, Washington, DC, American Psychological Association.
- Cheung K.M. (1997), *Developing the interview protocol for video-recorded child sexual abuse investigations: A training experience with police officers, social workers, and clinical psychologist in Hong Kong*, «Child Abuse and Neglect», vol. 21, pp. 273-284.
- Cicchetti D. e Rizley R. (1981), *Developmental perspective on the etiology, intergenerational transmission, and sequelae on child abuse and neglect*, «Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry», vol. 34, pp. 541-565.
- Cicchetti D. e Rogosh F.A. (1996), *Equifinality and multifinality in developmental psychopathology*, «Development and Psychopathology», vol. 8, pp. 597-600.
- Cicchetti D. e Rogosh F.A. (1997), *The role of self-organization in the promotion of resilience in maltreated children*, «Development and Psychopathology», vol. 9, pp. 799-817.
- Cicchetti D. e Toth S.L. (1995), *A developmental psychopathology perspective on child abuse and neglect*, «Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry», vol. 34, pp. 541-565.
- Cohen J.A., Deblinger E., Mannarino A.P. e de Arellano M.A. (2001), *The importance of culture in treating abused and neglected children: An empirical review*, «Child Maltreatment», vol. 6, pp. 148-157.
- Cohen J.D. e Caffo E. (1998), *Developmental psychopathology and child mental health services. Risk and protective factors in children, families and society*. In O.J. Yung e P. Ferrari (a cura di), *Designing mental health services and systems for children and adolescent. A shrewd investment*, Philadelphia, Brunner Mazel, pp. 3-13.
- De Bellis M.D. e Putnam F.W. (1994), *The psychobiology of childhood maltreatment*, «Child and Adolescent Psychiatric Clinic North America», vol. 3, pp. 1-16.
- De Cataldo Neuburger L. (2001), *L'idoneità del minore a testimoniare*. In A. Forza, P. Michielin e G. Sergio (a cura di), *Difendere, valutare e giudicare il minore*, Milano, Giuffrè.
- De Cataldo Neuburger L. (2005), *La testimonianza del minore tra scienza del culto del cargo e fictio juris*, Padova, CEDAM.
- De Cataldo Neuburger L. e Gulotta G. (2004), *Carta di Noto e linee guida deontologiche per lo psicologo forense*, Milano, Giuffrè.
- De Leo G. e Biscione M.C. (2001), *Problemi di metodo nelle consulenze tecniche per la valutazione dell'attendibilità delle testimonianze dei minori abusati*. In A. Forza, P. Michielin e G. Sergio (a cura di), *Difendere, valutare e giudicare il minore*, Milano, Giuffrè.

- De Leo G. e Patrizi P. (2002a), *La psicologia della devianza*, Roma, Carocci.
- De Leo G. e Patrizi P. (2002b), *Psicologia giuridica*, Bologna, Il Mulino.
- Delage M. (2003), *La résilience: Un nouveau concept pour renouveler nos pratiques soignantes*, «Perspectives Psychiatriques», vol. 42, n. 2, pp. 142-153.
- Dettore D. e Fuligni C. (1999), *L'abuso sessuale sui minori. Valutazione e terapia delle vittime e dei responsabili*, Milano, McGraw-Hill.
- Di Cori R. e Sabatello U. (2000), *Vere e false denunce: il bambino tra memoria di abuso e abuso di memoria*, «Maltrattamento e Abuso all'Infanzia», vol. 2, n. 3.
- Di Cori R., Sabatello U. e Caramadre A.M. (2005), *La metodologia operativa nella valutazione psicoforense degli abusi all'infanzia*, «Psichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza», vol. 73, pp. 351-366.
- Eurispes e il Telefono Azzurro (2001), *Il Rapporto Nazionale sulla condizione dell'infanzia e dell'adolescenza*, EURISPES.
- Fergusson D. (1999), *Childhood sexual abuse: An evidence-based perspective*, New York, Sage Publications.
- Fergusson D.M. e Mullen P.E. (2004), *Abusi sessuali sui minori. Un approccio basato sulle evidenze scientifiche*, Torino, Centro Scientifico Editore.
- Fergusson D.M., Horwood L.J. e Lynskey M.T. (1996), *Childhood sexual abuse and psychiatric disorder in young adulthood: II. Psychiatric outcomes of childhood sexual abuse*, «Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry», vol. 34, pp. 1365-1374.
- Fergusson D.M., Lynskey M.T. e Horwood L.J. (1996), *Childhood sexual abuse and psychiatric disorder in young adulthood: I. Prevalence of sexual abuse and factors associated with sexual abuse*, «Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry», vol. 34, pp. 1355-1363.
- Finkelhor D. e Berliner L. (1995), *Research on the treatment of sexually abused children: A review and recommendation*, «Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry», vol. 34, pp. 1408-1423.
- Finkelhor D. e Browne A. (1985), *The traumatic impact of child sexual abuse: a conceptualization*, «American Journal of Orthopsychiatry», vol. 55, n. 4.
- Fisher R., Geiselman R.E., Raymond D., Jurkevitch L. e Warhafting M. (1987), *Enhancing enhanced eyewitnesses memory: Refining the cognitive interview*, «Journal of Police Science and Administration», vol. 15, pp. 291-296.
- Fonagy P. et al. (2002), *What works for whom? A critical review of treatments for children and adolescents*, London, The Guilford Press.
- Fonagy P. e Sandler P. (2002), *Il recupero dei ricordi di abuso. Ricordi veri o falsi?*, Milano, Franco Angeli.
- Fonagy P. e Target M. (2001), *Attaccamento e funzione riflessiva*, Milano, Cortina.

- Frederick C.S. e Pynoos R.S. (1988), *The child Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD) Reaction Index*, Los Angeles, University of California.
- Friedrich W.N., Beilke R.N. e Urquiza A.J. (1987), *Children from sexually abusive families: A behavioural comparison*, «Journal of Interpersonal Violence», vol. 2, pp. 391-402.
- Friedrich W.N., Beilke R.N. e Urquiza A.J. (1988), *Behavioral problems in young sexually abused boys: A comparison study*, «Journal of Interpersonal Violence», vol. 3, pp. 21-28.
- Friedrich W.N., Grambsch P., Broughton D., Kuiper J. e Beilke R.L. (1991), *Normative sexual behavior in children*, «Pediatrics», vol. 88, pp. 456-464.
- Garbarino J. e Garbarino A.C. (1980), *Emotional maltreatment of children*, Chicago, National Committee for Prevention of Child Abuse.
- Gardner R.A. (1985), *Recent trends in divorce and custody litigation*, «The Academy Forum», vol. 29, n. 2, pp. 3-7.
- Gardner R.A. (1995), *Protocols for the sex-abuse evaluation*, Creskill, New Jersey, Creative Therapeutics, Inc.
- Garnezy N., Masten A.S. e Telligen A. (1984), *The study of stress and competence in children: A building block for developmental psychopathology*, «Child Development», vol. 55, pp. 97-111.
- Guaraldi G.P. e Ruggerini C. (1997), *L'uso della cultura psicologica e psichiatrica nelle consulenze e nelle perizie sui minori richieste dalle agenzie sociali: Alcune riflessioni critiche*, XL Congresso Nazionale SIP, Torino, 14-24 ottobre, Napoli, Idelson.
- Gudjonsson G.H. (1986), *A new scale of interrogative suggestibility*, «Personality and Individual Differences», vol. 5, pp. 303-314.
- Gudjonsson G.H. (2003), *The psychology of interrogations and confession: A handbook*, Chichester, Wiley.
- Gulotta G. e Cutica I. (2004), *Guida alla perizia in tema di abuso sessuale*, Milano, Giuffrè.
- Gulotta G., De Cataldo Neuberger L., Pino S. e Magri P. (1996), *Il bambino come prova negli abusi sessuali*. In C. Cabras (a cura di), *Psicologia della prova*, Milano, Giuffrè, pp. 157-213.
- Hamby S.L. e Finkelhor D. (2000), *The victimization of children: Recommendations for assessment and instrument development*, «Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry», vol. 39, n. 7, pp. 829-840.
- Herandez Cordoba A. (1997), *Familia, ciclo vital y psicoterapia sistémica breve*, Santafé de Bogotá, El Buho.
- Hibbs E.D. e Jensen P.S. (2002), *Interventi psicoterapici e psicosociali nell'infanzia e nell'adolescenza*, Roma, Edizioni Scientifiche Magi.
- Horowitz M.J., Wilner N. e Alvarez W. (1979), *Impact of event scale: A measure of subjective stress*, «Psychosomatic Medicine», vol. 41, pp. 209-218.

- Jensen J.B., Pease J.J., Bensel R. e Garfinkel B.D. (1991), *Growth hormone response in sexually or physically abused boys*, «Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry», pp. 784-790.
- Johnson T.C. e Friend C. (1995), *Assessing young children's sexual behaviors in the context of child sexual abuse evaluation*. In T. Ney (a cura di), *True and false allegations of child sexual abuse*, New York, Brunner Mazel, pp. 49-72.
- Jones D.P.H. (1991), *Professional and clinical challenges to protection of children*, «Child Abuse and Neglect», vol. 15, pp. 57-66.
- Jones J. e Barlow D.H. (1990), *The etiology of post-traumatic stress disorder*, «Clinical Psychology Review», vol. 10, pp. 299-328.
- Kaufman J. (1996), *Child abuse*, «Current Opinion in Psychiatry», vol. 9, pp. 251-256.
- Kendall-Tackett K.A. (2000), *Physiological correlates of childhood abuse: Chronic hyperarousal in PTSD, depression and irritable bowel syndrome*, «Child Abuse and Neglect», vol. 24, pp. 799-810.
- Kernberg P.F., Weiner A.S. e Bardenstein K.K. (2001), *I disturbi della personalità nei bambini e negli adolescenti*, Roma, G. Fioriti.
- Lamb M. (1994), *The investigation of child sexual abuse: An interdisciplinary consensus statement*, «Journal of Child Sex Abuse», vol. 3, n. 4, pp. 93-132.
- Loftus E.F. (1997), *Creating false memories*, «Scientific American», vol. 277, n. 3, pp. 70-75.
- Loftus E.F. (2003), *Our changeable memories: Legal and practical implications*, «Neuroscience», vol. 4.
- Loftus E.F. (2004), *Memories of things unseen*, «American Psychologist Society», vol. 13, n. 4, pp. 145-147.
- Loftus E.F. e Bernstein D.M. (2005), *Rich false memories: The royal road to success*. In A.F. Healy (a cura di), *Experimental cognitive psychology and its applications*, Washington DC, American Psychological Association Press, pp. 101-113.
- Malacrea M. (1994), *Trauma e riparazione. La cura dell'abuso sessuale all'infanzia*, Milano, Raffaello Cortina.
- Manly J.T., Cicchetti D. e Barnett D. (1994), *The impact of subtype, frequency, chronicity and severity of child maltreatment on social competence and behaviour problems*, «Development and Psychopathology», vol. 6, pp. 121-143.
- Mazzoni G. (2000), *La testimonianza nei casi di abuso sessuale sui minori*, Milano, Giuffré.
- Mazzoni G., Loftus E.F. e Kirsch M. (2001), *Changing beliefs about implausible autobiographical events: A little plausibility goes a long way*, «Journal of Experimental Psychology», vol. 7, n. 1, pp. 51-59.
- Montecchi F. (1999), *I maltrattamenti e gli abusi sui bambini. Prevenzione e individuazione precoce*, Milano, Franco Angeli.

- Ney T. (1995), *True and false allegations of child sexual abuse. Assessment and case management*, New York, Brunner Mazel.
- Okami P. e Goldberg A. (1992), *Personality correlates of pedophilia: Are they reliable indicators?*, «The Journal of Sex Research», vol. 29, pp. 297-328.
- Orbach I. et al. (2000), *Assessing the value of structured protocols for forensic interview of alleged child abuse victims*, «Child Abuse and Neglect», vol. 24, n. 6, pp. 733-752.
- Pezdek K. e Roe C. (1997), *The suggestibility of children's memory for being touched: Planting, erasing and changing memories*, «Law and Human Behavior», vol. 21, n. 1, pp. 95-106.
- Pine D. e Cohen P. (2002), *Trauma in children and adolescent: Risk and treatment of psychiatric sequelae*, «Biological Psychiatry», vol. 51, n. 7, pp. 519-531.
- Pourtois J.P. (2000), *Blessure d'enfant*, Bruxelles, De Boeck Université.
- Pynoos R.S., Steinberg A.M. e Wraith R. (1995), *A developmental model of childhood traumatic stress*. In D. Cicchetti e D.J. Cohen (a cura di), *Manual of developmental psychopathology*, New York, John Wiley & Sons, pp. 72-93.
- Ramchandani P. e Jones D.P.H. (2003), *Treating psychological symptoms in sexually abused children*, «British Journal of Psychiatry», vol. 183, pp. 484-490.
- Reder P. e Lucey C. (1997), *Cure genitoriali e rischio abuso: Guida per la valutazione*, Trento, Erickson.
- Rutter M. (1985), *Resilience in the face of adversity. Protective factors and resistance to psychiatric disorder*, «British Journal of Psychiatry», vol. 147, pp. 598-611.
- Rutter M. (1989), *Pathways from childhood to adult life*, «Journal of Child Psychology and Psychiatry», vol. 30, pp. 23-51.
- Rutter M. (2002), *The interplay of nature, nurture, and developmental influences*, «Archives of General Psychiatry», vol. 59, pp. 996-1000.
- Rutter M. (2005), *How the environment affects mental health*, «British Journal of Psychiatry», vol. 186, pp. 4-6.
- Saigh P.A. (1989), *The development and validation of Children's Post-traumatic Stress Disorder Inventory*, «International Journal of Special Education», vol. 4, n. 1, pp. 75-84.
- Salter D. et al. (2003), *Development of sexually abusive behaviour in sexually victimised males: A longitudinal study*, «Lancet», vol. 361, pp. 471-476.
- Sarti I. e Starace B. (a cura di) (2005), *Gli abusi in età evolutiva – Pierino e il Lupo: un'esperienza sul campo*, Roma, Palombi.
- Scheeringa M.S., Peebles C.D., Cook C.A. e Zeanah C.H. (2001), *Toward establishing procedural, criterion and discriminant validity for PTSD in early childhood*, «Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry», vol. 40, n. 1, pp. 52-60.

- Schumacher J.A., Slep A.M.S. e Heyman R.E. (2001), *Risk factors for child neglect*, «Aggression and Violent Behavior», vol. 6, pp. 231-254.
- Sroufe L.A. e Rutter M. (1984), *The domain of developmental psychopathology*, «Child Development», vol. 55, pp. 17-29.
- Star L.D. e Lani F. (2002), *Current issues in conducting child sex abuse evaluations*, «American Journal of Forensic Psychology», vol. 20.
- Stein N.L. (1997), *Memory for everyday and emotional events*, Erlbaum, LEA.
- Steller M. e Boychuk T. (1992), *Children as witnesses in sexual abuse cases: Investigative interview and assessment techniques*. In H. Dent e R. Fin (a cura di), *Children as witnesses*, New York, Wiley, pp. 47-71.
- Steller M. e Koehnken G. (1989), *Criteria-Based Statement Analysis*. In D. Raskin (a cura di), *Psychological methods in criminal investigations and evidence*, New York, Springer, pp. 217-245.
- Summit R.C. (1983), *The child sexual abuse accommodation syndrome*, «Child Abuse and Neglect», pp. 117-193.
- Teicher M.H., Andersen S.L., Polcari A., Anderson C.M., Navalta C.P. e Kim D.M. (2003), *The neurobiological consequences of early stress and childhood maltreatment*, «Neuroscience and Behavioural Reviews», vol. 27, pp. 33-44.
- Terr L. (1999), *Childhood traumas: An outline and overview*, «American Journal of Psychiatry», vol. 148, pp. 10-20.
- The Lancet (2003), *The neglect of child neglect*, «Lancet», vol. 361, n. 6, p. 443.
- Undeutsch U. (1967), *Beurteilung der Glaubhaftigkeit von Aussagen*. In U. Undeutsch (a cura di), *Handbuch der Psychologie*, Band 11, Forensische Psychologie, Goettingen, Hogrefe, pp. 26-181.
- Veltman M.W. e Browne K.D. (2003a), *Identifying abused children using assessments and observations in the classroom: A preliminary study*, «Child Abuse Review», vol. 12, n. 5, pp. 315-334.
- Veltman M.W. e Browne K.D. (2003b), *La valutazione dei disegni dei bambini maltrattati: Un'analisi sistematica*, «Maltrattamento e Abuso all'Infanzia», vol. 5, p. 29.
- Waterman J. e Lusk R. (1993), *Psychological testing in evaluation of child sexual abuse*, «Child Abuse and Neglect», vol. 17, pp. 145-159.
- Wilkinson I. (2000), *The Darlington family assessment system: Clinical guidelines for practitioners*, «Journal of Family Therapy», vol. 22, n. 2, p. 211.
- Wolfe D.A. e Mc Gee R. (1994), *Dimensions of child maltreatment and their relationship to adolescent adjustment*, «Developmental Psychopathology», vol. 6, pp. 165-181.
- Yates A. (1982), *Children eroticized by incest*, «American Journal of Psychiatry», vol. 139, n. 4, pp. 482-485.

- Yates A. (1991), *False and mistaken allegations of sexual abuse*. In A. Tasman e S.M. Goldfinger (a cura di), *Review of psychiatry*, Washington, DC, American Psychiatric Press, Inc, pp. 320-335.
- Yuille J.C., Hunter R., Joffe R. e Zaparniuk J. (1993), *Interviewing children in sexual abuse cases*. In G.S. Goodman e B.L. Bottoms (a cura di), *Child victims, child witnesses*, New York-London, The Guilford Press, pp. 95-115.
- Yule D.H. (2000), *Disturbo post traumatico da stress*, Milano, McGraw-Hill.

