

CORSO DI FORMAZIONE
in
PSICOLOGIA GIURIDICA, PSICOPATOLOGIA E
PSICODIAGNOSTICA FORENSE

TESI

**ABUSO SESSUALE MINORILE:
CONFRONTO TRA LINEE GUIDA**

Dott.ssa Mariella Allegretti

Medico Specialista in Formazione in Neuropsichiatria Infantile

Università degli studi di Perugia

U.O.C. di Neuropsichiatria Infantile e dell'Età Evolutiva Az ASL 4 TERNI

Direttore Prof. G. Mazzotta

INDICE

CAPITOLO 1 <i>Note giuridiche</i>	Pag. 1
Premessa	Pag. 2
Il contesto internazionale ed europeo dal quale è originata la legge 38/2006	Pag.2
La normativa dopo le leggi di riforma 66/1996 e 269/1998	Pag. 4
Le novità di diritto penale introdotte dalla legge del 6 febbraio 2006 n. 38	Pag.5
CAPITOLO 2 <i>Linee guida SINPIA (Società Italiana di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza) in tema di abuso sui minori</i>	Pag.7
Premessa	Pag.8
Definizioni	Pag.9
Aspetti clinici ed evolutivi	Pag.10
La Resilience	Pag.11
Fattori di rischio	Pag.12
L'abuso sessuale	Pag.13
Esiti clinici fisici negli abusi sessuali	Pag.14
Criteri di valutazione clinica psicosociale e psichiatrico-forense	Pag.17
Criteri di ascolto giudiziario e procedure operative in tema di psicologia della testimonianza	Pag.19
Criteri di valutazione clinica e psicosociale	Pag.26
CAPITOLO 3 <i>Confronto tra le linee guida SINPIA e Linee Guida per le perizie in caso di abuso sui minore dell'Ordine degli Psicologi del Lazio</i>	Pag.29
Premessa	Pag.30
Aspetti clinici e giudiziari	Pag.31
Competenze dello psicologo	Pag.32
Conclusioni	Pag 36

Capitolo 1

NOTE GIURIDICHE

1.1 PREMESSA

Gli abusi sessuali sui minori non sono un fenomeno nuovo nella storia dell'umanità, né tanto meno è la "modernità" con i suoi costumi ad averne originato lo sviluppo.

Al fine di rendersi conto della vastità del fenomeno della prostituzione minorile basti ricordare che l'Italia, insieme alla Grecia, è il primo paese in Europa per quanto riguarda la ricezione del traffico che coinvolga le donne e minorenni a scopo di sfruttamento della prostituzione: la prostituzione minorile femminile rappresenta il 10% dell'intero fenomeno prostitutivo.

Secondo gli esperti il 25% della pornografia presente su Internet contiene immagini con bambini. Al fine di comprendere l'entità del fenomeno della pedopornografia basti considerare che dal 1998 al 2004 la Polizia Postale e delle Comunicazioni ha monitorato 145.587 siti, fatto 2273 perquisizioni e sottoposto 115 persone a misure restrittive.

Dall'entrata in vigore della legge 269/98 alla fine dell'anno 2003 sono state denunciate, per i reati in essa contemplati, 1776 persone, delle quali 104 poste in stato di arresto. Si stima che siano circa 250 milioni le copie di video pedopornografici venduti nel mondo per un mercato di valore che si aggira attorno ai 2-3 miliardi di dollari l'anno.

1.2 IL CONTESTO INTERNAZIONALE ED EUROPEO DAL QUALE E' ORIGINATA LA LEGGE 38/2006

Secondo la Convenzione sui diritti dell'infanzia del 1989, ratificata da 191 paesi tra i quali l'Italia, i bambini hanno il diritto di essere protetti da ogni forma di sfruttamento sessuale e di abuso.

Nell'ottobre 2001 il mondo ha compiuto un ulteriore passo verso il rispetto di tale diritto con la decima ratifica del Protocollo opzionale alla Convenzione sui diritti dell'infanzia sulla vendita di bambini, la prostituzione e la pornografia infantile, rendendo il Protocollo legalmente vincolante nel gennaio 2002, e obbligando gli Stati firmatari ad emanare leggi basate sul proprio standard. Le prescrizioni di tale protocollo sono contemplate nel punto 12 della Carta di Noto (aggiornamento del 2002):

1. Gli Stati Parte adottano ad ogni stadio della procedura penale le misure necessarie per proteggere i diritti e gli interessi dei bambini che sono vittime delle pratiche prescritte dal presente protocollo, in particolare:
 - a) Riconoscendo la vulnerabilità delle vittime ed adottando le procedure in modo da tenere debitamente conto dei loro particolari bisogni, in particolare in quanto testimoni.

- b) Informando le vittime riguardo ai loro diritti, al loro ruolo ed alla portata della procedura, nonché alla programmazione e allo svolgimento della stessa, e circa la decisione pronunciata per il loro caso.
 - c) Permettendo che, quando gli interessi personali delle vittime sono stati coinvolti, le loro opinioni, i loro bisogni o le loro preoccupazioni siano presentate ed esaminate durante la procedura in modo conforme alle regole di procedura del diritto interno.
 - d) Fornendo alle vittime servizi di assistenza appropriati, ad ogni stadio della procedura giudiziaria.
 - e) Proteggendo, se del caso, la vita privata e l'identità delle vittime e adottando misure conformi al diritto interno per prevenire la divulgazione di qualsiasi informazione atte ad identificarle.
 - f) (...)
 - g) (...)
2. (...)
 3. Gli Stati Parte si accertano che nel modo di trattare le vittime dei reati descritti nel presente Protocollo da parte dell'ordinamento giudiziario penale, l'interesse superiore del bambino sia sempre il criterio fondamentale.
 4. Gli Stati Parte adottano misure per impartire una formazione appropriata, in particolare in ambito giuridico e psicologico, alle persone che si occupano delle vittime dei reati di cui al presente Protocollo.
 5. Se del caso, gli Stati Parte si adoperano come necessario per garantire la sicurezza e l'integrità delle persone e/o degli organismi di prevenzione e/o di tutela e riabilitazione delle vittime di tali reati.
 6. Nessuna disposizione del presente articolo pregiudica il diritto dell'accusato ad un processo equo o imparziale o è incompatibile con tale diritto.

In ambito internazionale ed europeo il fenomeno dell'infanzia violata è stata oggetto di costante attenzione, con un conseguente fermento normativo volto a stimolare i Paesi membri ad intraprendere iniziative legislative per contrastare efficacemente il fenomeno dell'abuso sessuale sui minori in ogni sua possibile manifestazione.

Ne è conseguito che anche il legislatore italiano si sia mosso verso una ulteriore riforma della legge del 1998, attraverso, appunto, l'emanazione della legge del 6 febbraio 2006 n. 38 recante "Disposizioni in materia di lotta contro lo sfruttamento sessuale dei bambini e la pedopornografia".

1.3 LA NORMATIVA DOPO LE LEGGI DI RIFORMA 66/1996 E 269/1998

L'abuso sessuale è per la legge una formula generica, che definisce un comportamento sessuale violento e attuato senza il consenso dell'altro soggetto. Il punto di riferimento in materia è rappresentato dalla legge sulla violenza sessuale del 15 febbraio 1996 n.66, la quale, a seguito di un lungo processo di riforma ha radicalmente modificato la precedente normativa ridisegnando la mappa delle norme contro la violenza sessuale.

Sono stati a tal fine inseriti gli articoli dal 609-bis al 609-decies all'interno dei delitti contro la persona.

Gli articoli in questione comprendono una serie di delitti quali: la violenza sessuale (art. 609-bis c.p.); la violenza sessuale aggravata (art. 609-ter c.p.); gli atti sessuali con minorenne (art. 609-quater c.p.); la corruzione di minorenne (art. 609-quinquies c.p.) e la violenza sessuale di gruppo (art. 609-octies c.p.).

Tale disciplina rappresenta un serio tentativo volto a comporre in modo equilibrato il conflitto fra l'esigenza di tutelare il minore ed il rispetto del suo diritto ad un'esperienza graduale e consapevole della sessualità, scevra cioè di eccessive ed indebite limitazioni, all'uopo giustificando l'inasprimento delle pene nei confronti di coloro che compiono atti sessuali sui minori.

Le novità introdotte dalla legge del 1996 sono le seguenti:

- la condanna per uno dei reati sessuali introdotti implica una serie di pene accessorie, introdotte dall'art. 609-novies c.p. quali: la perdita della potestà genitoriale, quando la qualità di genitore è elemento costitutivo del reato; l'interdizione perpetua dagli uffici di tutore o curatore; la perdita del diritto agli alimenti e l'esclusione dalla successione della persona offesa;
- la previsione dell'obbligo per il Pubblico Ministero procedente di dare comunicazione al Tribunale per i Minorenni (art. 609-decies c.p.), mettendolo così in grado di intervenire tempestivamente con i provvedimenti più opportuni a tutela della personalità e dei diritti del minore, compreso, se necessario, il suo allontanamento dal nucleo familiare;
- l'introduzione della irrilevanza dell'ignoranza dell'età della vittima (art. 609-sexies c.p.), se minore di 14 anni;
- la notevole riduzione dei casi in cui è necessaria la presentazione della querela ai fini della procedibilità. La nuova normativa, oltre ad aver allungato i termini entro i quali è possibile presentare querela (da 3 a 6 mesi dalla notizia), ha ampliato il numero dei reati procedibili d'ufficio.

Un paio d'anni dopo l'entrata in vigore della nuova legge sulla violenza sessuale, il legislatore italiano è tornato sul tema dell'abuso sessuale in danno dei minori, approvando la legge del 3 agosto 1998 n. 269, mirante a colpire fenomeni quali lo sfruttamento della prostituzione, della pornografia e del turismo sessuale in danno dei minori, quali nuove forme di riduzione in schiavitù.

La finalità della legge del 1998 era quella di varare una normativa finalizzata a tutelare lo "sviluppo fisico, psicologico, spirituale, morale e sociale" dei minori, attraverso la repressione di una serie di comportamenti ritenuti in grado di attentare all'integrità di tali beni.

Gli elementi importanti introdotti dalla legge 269/1998 sono i seguenti:

- sono stati inseriti una serie di reati del tutto nuovi per il nostro sistema penale con riferimento ai minori quali: a) il delitto di prostituzione minorile (art. 600-bis c.p.), che ha previsto per la prima volta la punibilità del cliente di un infrasedicenne; b) i delitti legati alla pedopornografia, quali la pornografia minorile (art. 600-ter c.p.), la detenzione di materiale pornografico (art. 600-quater c.p.), le iniziative turistiche volte alla sfruttamento della prostituzione minorile (art. 600-quinquies c.p.);
- tutti i reati previsti dalla nuova disciplina sono procedibili d'ufficio, il che rende non necessaria la denuncia della vittima del reato, potendo l'Autorità Giudiziaria procedere autonomamente non appena venga informata della notizia di reato;
- i reati contenuti nella legge sono punibili anche quando il fatto è compiuto all'estero da un cittadino italiano, oppure se la vittima è un cittadino italiano.

1.4. LE NOVITA' DI DIRITTO PENALE INTRODOTTE DALLA LEGGE DEL 6 FEBBRAIO 2006 N. 38

La legge n. 38 del 2006 è stata votata all'unanimità dal Parlamento, ed è intervenuta praticamente su tutte le norme introdotte dalla legge 269/1998, modificando anche alcune disposizioni in materia di violenza sessuale introdotte dalla legge 66/1996.

La ratio ispiratrice della riforma è stata la volontà di intensificare la finalità di prevenzione generale, nonché la necessità di colmare alcune lacune che si erano evidenziate in sede di applicazione della legge del 1998.

Per quanto riguarda il diritto penale sostanziale, numerose sono le novità introdotte dalla legge 38/2006 con riferimento a diverse fattispecie penali, così come di seguito individuate.

- 1) Prostituzione minorile (art. 600-bis c.p.): è stata estesa la tutela penale anche alla fascia d'età tra i 16 e i 18 anni e le pene sono diventate cumulative. È punito il compimento di atti sessuali dietro pagamento con un minore di età compresa tra i 14 e i 18 anni, in cambio di denaro o di altra utilità economica.
- 2) Pornografia minorile (art. 600-ter c.p.): si è operato un ampliamento della fattispecie prevedendo non più lo "sfruttamento" ma "l'utilizzazione" di minori, l'opzione per il dolo generico (mentre prima era previsto il dolo specifico) e si è affermato il carattere cumulativo delle pene (che prima erano alternative). Ora è punita l'utilizzazione di minori di 18 anni per realizzare esibizioni pornografiche, produrre materiale pornografico o indurre minorenni a partecipare ad esibizioni pornografiche.
- 3) Detenzione di materiale pornografico (art. 600-quater c.p.): si è operata una definizione della fattispecie e l'inasprimento delle pene, divenute cumulative; è stata introdotta l'aggravante della "ingente quantità" del materiale pedopornografico, che determina l'aumento della pena fino a 2/3.
- 4) Pornografia virtuale (art. 600-quater.1. c.p.): è stato inserito ex novo questo delitto per il quale sono previste le stesse pene stabilite per i delitti di prostituzione minorile e di detenzione di materiale pedopornografico, diminuite però di 1/3.
- 5) Nuove pene accessorie (artt. 600-septies e 609-nonies c.p.): per i condannati per i delitti di pornografia minorile e di abuso sessuale di minori è stata introdotta l'interdizione perpetua anche in caso di patteggiamento, da qualunque incarico nelle scuole di ogni ordine e grado, da ogni ufficio o servizio in istituzioni o strutture pubbliche o private frequentate prevalentemente da minori.
- 6) Atti sessuali con minorenne (art. 609-quater c.p.): al comma 1 punto 2) è stata inserita, tra le qualifiche soggettive di presunzione di violenza sessuale verso i minori infrasedicenni, anche il convivente del genitore, in considerazione della circostanza per la quale tale figura spesso si rende protagonista degli abusi intrafamiliari.
- 7) Querela di parte (art. 609-septies c.p.): è stata modificata l'età di riferimento per la procedibilità d'ufficio per il reato di violenza sessuale, passando dai 14 anni della precedente normativa, agli attuali 18 anni.
- 8) Divulgazione delle generalità o della immagine di persona offesa da atti di violenza sessuale (art. 734-bis c.p.): è stata estesa la punibilità anche nel caso in cui la diffusione riguardi il materiale pedopornografico virtuale.

Capitolo 2

***LINEE GUIDA SINPIA (Società Italiana di
Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza)
IN TEMA DI ABUSO SUI MINORI***

2.1 PREMESSA

Tutte le definizioni di abuso sessuale presenti in letteratura sono composte da almeno due elementi: una parte ben definita e precisa, in cui vengono elencati e differenziati tipi e gradi diversi di maltrattamento, e da una parte più vaga e meno operativa, che considera il punto di vista soggettivo della vittima, “ciò che interferisce con il benessere”. Questo è dovuto alla duplice natura del fenomeno: da un lato quello di atto commesso (oppure omesso), che è un evento del mondo, e dall’altro quello di vissuto soggettivo del bambino che lo subisce.

Il punto è che non sappiamo abbastanza sull’impatto di un’azione, o una situazione maltrattante, per dire con ragionevole certezza che un determinato atto dovrebbe danneggiare un qualsiasi bambino, o che un altro atto dovrebbe essere neutro per qualsiasi bambino.

La sensibilità sociale nei confronti del maltrattamento ha conosciuto un’espansione esponenziale negli ultimi decenni: risale ormai a 20 anni fa la Dichiarazione dei Diritti del Bambino firmata dall’ONU (1989). Nel preambolo si legge che i bambini hanno bisogno di cure e protezione a causa della loro particolare vulnerabilità, e che la famiglia è l’organo che più di tutti ha la responsabilità di fornirle. Tra i diritti elencati ci sono i seguenti: lo Stato ha il dovere di assicurare la sopravvivenza del bambino (art.6), e di adoperarsi perché questi possa riunirsi alla sua famiglia se separato da essa (art. 10); lo Stato ha il dovere di proteggere il bambino dall’abuso e dall’abbandono, e di provvedere alla sua sistemazione qualora la famiglia non fosse per lui un ambiente sicuro (artt. 19, 20). Ogni bambino ha diritto alle cure mediche, alla sicurezza sociale, a ricevere un’educazione, ha diritto alla protezione dallo sfruttamento lavorativo, dallo sfruttamento sessuale, dalla vendita, dal rapimento e da tutte le forme di sopruso inclusa la tortura (artt. 24-37).

Le linee guida della SINPIA sono il risultato di un lavoro di integrazione di alcuni documenti esistenti a livello nazionale, riguardanti l’abuso in età evolutiva. Tale documento si riferisce alle competenze specifiche del Neuropsichiatra Infantile nel percorso diagnostico e terapeutico 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, mutate 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.

- Linee guida clinica: raccomandazioni basate su significative ma limitate evidenze cliniche (studi in aperto, singoli casi) ma condivise dalla maggioranza degli esperti.
- Opzione clinica: pratica accettabile ma non derivata da sufficienti e incontrovertibili evidenze cliniche.

Per ogni raccomandazione è 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.

2.2 DEFINIZIONI

“Si parla di abuso sessuale quando un bambino è coinvolto in attività sessuali che non può comprendere, per le quali è psicologicamente impreparato e per le quali non può dare il proprio consenso e/o che violano le leggi o i tabù sociali. Le attività sessuali possono includere tutte le forme di contatto oro-genitale, genitale o anale con o al bambino, o abusi senza contatto diretto quali l'esibizionismo, il voyerismo o usando il bambino per la produzione di materiale pornografico. L'abuso sessuale include uno spettro di attività che va dallo stupro all'abuso meno intrusivo” (America Academy Pediatrics, 1999, pp. 186-191).

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).

La diagnosi di abuso sessuale è una diagnosi multidisciplinare. Una diagnosi solo medica raramente è possibile: nella letteratura internazionale è riportato che il 50-90% dei minori vittime di abuso sessuale accertato presenta reperti genitali e/o anali normali o non specifici. Alcune ricerche hanno dimostrato che spesso si trovano segni fisici su bambini abusati, come un eritema ai genitali, o una neovascolarizzazione, o l'imene frastagliato o dilatato, oppure dilatazione anale; tuttavia tali segni non sono tipici dell'abuso, cioè non sono presenti esclusivamente nei bambini abusati, ma talvolta anche in quelli sani.

2.3 ASPETTI CLINICI ED EVOLUTIVI

Ogni forma di violenza risulta sempre destabilizzante per la personalità in formazione di un bambino, generando in molti casi gravi conseguenze a breve, medio e lungo termine sul processo di crescita.

Il modello interpretativo clinico e psicosociale delle condizioni di abuso che offre il maggior numero di evidenze scientifiche è rappresentato dalla *psicopatologia dello sviluppo*.

Con tale termine si intende un approccio multidisciplinare e multi contestuale che prende 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.

L'insorgere di un disagio o di un vero disturbo psicopatologico è interpretato in una prospettiva ecologica: esito di un processo complesso legato all'equilibrio tra fattori protettivi e fattori di rischio (prevalenti sui primi).

Un'esposizione severa e prolungata ad una condizione di abuso si riflette in un disfunzionamento psicologico ed adattivo che coinvolge il comportamento e le competenze sociali.

Alcuni autori (Pynoos et al., 1995) hanno proposto un modello relativo agli effetti post-traumatici basato sul paradigma della psicopatologia dello sviluppo: uno stressor non ha un effetto che segue una relazione lineare, ma interagisce con il bambino in una fase particolare dello sviluppo e genera reazioni complesse; le reazioni di 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.

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) e di equifinalità (all'interno di ogni sistema è presente un ampio ventaglio di percorsi che conducono allo stesso esito).

La conclusione è che gli aspetti e gli esiti clinici dell'abuso sono variabili ed incostanti e si manifestano in funzione dei fattori di rischio e protettivi presenti nel soggetto e nell'ambiente familiare e sociale, interpretabili alla luce delle psicopatologia dello sviluppo.

In seguito a queste considerazioni è stato deciso di sostituire il termine di “indicatori” con quello di “esiti clinici”.

Le conseguenze a breve termine dell’abuso sessuale possono manifestarsi con sintomi fisici, quali infezioni veneree e urinarie, emorragie, infiammazioni, con sintomi psicologici ricorrenti (diversi a seconda dell’età) come enuresi diurna e notturna, disturbi del sonno e dell’alimentazione, fobie, dolori addominali e cefalee psicosomatiche, con comportamenti quali l’isolamento sociale, i giochi sessuali inappropriati, la mancanza di fiducia, la segretezza e, nell’adolescenza, con comportamenti sessuali promiscui, fughe, uso di droghe, auto aggressività, svenimenti, attacchi isterici.

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. Altri fattori influenzano l’esperienza traumatica quali: i mutamenti ambientali ai quali i minori sono sottoposti, le possibili vittimizzazioni secondarie legate ad interventi psicosociali impropri ed inadeguati, l’invasività del procedimento giudiziario o il protratto coinvolgimento in una denuncia infondata.

Le conseguenze rilevanti a lungo termine possono essere molto varie: sintomi d’ansia e disturbi da stress post traumatico; disturbi di personalità multipla; comportamento depressivo e suicidario; predisposizione a molestare i bambini (pedofilia); inibizione sessuale o comportamenti sessuali compulsivi; droga e abuso di alcolici; disturbo dell’alimentazione, in senso soprattutto bulimico; disturbo borderline di personalità; somatizzazioni. Comportamenti aggressivi o violenti possono essere perpetuati da adulti “sopravvissuti” ad abuso infantile, manifestandosi in aggressione verso i propri figli e in comportamenti criminali (“abusatore abusato”).

2.4 LA RESILIENCE

Oltre ai fattori di rischio, esistono anche variabili moderatrici e protettrici che possono ridurre l’impatto degli abusi. Ciò ha portato al concetto di resilience che significa elasticità, flessibilità piuttosto che resistenza.

Gli aspetti fondanti di questo processo sono almeno 3 (Delage 2003):

1. la differenziazione tra sistema delle emozioni e sistema cognitivo che permette al soggetto di “prendere distanza” dalle proprie reazioni emotive ed elaborarle attraverso le operazioni di razionalizzazione;

2. la presenza di necessarie e sufficienti abilità cognitive (QI, strategie di problem solving, capacità di concettualizzare e pianificare);
3. la formazione di meccanismi di difesa “normali” o “nevrotici”, tali da consentire stili di coping funzionali ed adattivi.

Riassumendo la completa trattazione sulla resilience presente nell’opera di Pearce e Pezzot-Pearce (1997) si possono identificare i seguenti fattori moderatori:

1. Fattori legati al tipo di abuso: maggiore è la frequenza e la durata dell’abuso, quanto più stretta la relazione tra abusatore e minore, quanto più invasivo l’atto sessuale, quanto più elevato l’uso della forza coinvolto per raggiungere il fine, tanto più gravi sono i sintomi associati e conseguenti all’abuso.
2. Fattori individuali: lo stadio dello sviluppo del minore influisce pesantemente sull’interpretazione e sulla comprensione dell’abuso stesso. Raggiunto lo stadio operativo dello sviluppo cognitivo, i bambini si decentrano e cominciano a capire che le persone possono presentare tratti positivi e negativi. Rutter (1993) riferisce come un QI al di sopra della norma e un buon rendimento scolastico costituiscono dei fattori protettivi.
3. Fattori familiari : sostegno emotivo (i familiari si impegnano verso il bambino, evitano di accusarlo), credere al bambino, sostegno strumentale (i familiari si assicurano che il bambino riceva le debite cure mediche e psicologiche), intraprendere azioni contro l’abusatore.
4. Fattori ambientali: rete di sostegno sociale, pratiche investigative e di procedura giudiziaria.

2.5 FATTORI DI RISCHIO

Si distinguono quelli 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 gli eventi della vita precedenti, gli interventi psicosociali di sostegno e di supporto.

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 relazioni interpersonali, i mutamenti del sistema neuroendocrino, sino ad esiti neurobiologici.

Fattori specifici di rischio

1. Cause sociali: famiglie isolate dal contesto sociale, difficoltà economiche, disoccupazione, emarginazioni sociali, immigrazione, cause religiose e razziali, isolamento dalle famiglie di origine, condizioni abitative inadeguate per igiene e spazi, famiglie monoparentali.
2. Cause relazionali intrafamiliari: patologia della relazione tra i genitori, conflitti nella coppia genitoriale, età dei genitori (troppo giovane o troppo avanzata), inversione dei ruoli genitoriali, genitori con pattern di attaccamento insicuri/disorganizzati, promiscuità nelle relazioni, esposizioni alla violenza domestica.
3. Patologie genitoriali: psicosi, gravi disturbi di personalità (borderline), gravi disturbi ansiosi o depressivi, 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, inibizioni o ipercinesia.

2.6 L'ABUSO SESSUALE

L'abuso sessuale si distingue in: abuso sessuale intrafamiliare, abuso sessuale extrafamiliare e perfamiliare (se si tratta di una persona non legata alla vittima da uno stretto grado di parentela ma che gravita attorno all'ambiente familiare).

Abusi sessuali intrafamiliari

Si distinguono in abusi sessuali manifesti e mascherati.

Questi ultimi comprendono le pratiche genitali inconsuete e l'abuso assistito. Spesso tali pratiche sono oggetto di denunce infondate di abuso sessuale all'interno separazioni conflittuali. Nell'abuso assistito i bambini vengono fatti assistere all'attività sessuale dei genitori, non come fatto occasionale ma su precisa richiesta dei genitori stessi.

Abusi sessuali extrafamiliari

Riguardano maschi e femmine e si radicano spesso in una condizione di scarso controllo familiare e/o di trascuratezza affettiva che spinge il bambino o la bambina ad accettare le attenzioni affettive erotizzate di una figura estranea.

I falsi positivi

A questo gruppo appartengono abusi dichiarati ma non concretamente consumati:

- convinzione errata, a volte delirante, che il figlio o la figlia siano stati abusati, all'interno di un conflitto genitoriale;
- 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 o di "dichiarazioni a reticolo" all'interno di una comunità scolastica o sociale.

2.7 ESITI CLINICI FISICI NEGLI ABUSI SESSUALI

Come già affermato i segni fisici sono fortemente aspecifici e potrebbero essere: graffi vicino alla zona genitale, corpi estranei nella vagina e nel retto, tracce di liquido seminale, lesioni emorragiche, infezioni trasmissibili sessualmente, gravidanze in adolescenza e pubertà precoce.

Per quanto concerne gli esiti psicocomportamentali (esiti a breve-medio termine) il discorso diventa più complesso.

Segni comportamentali connessi all'abuso sessuale nei minori

- Problemi emozionali come improvvisi cambi di umore, sensi di colpa e di ansia, di vergogna, di impotenza, passività, pianti improvvisi.
- Alterazioni delle abitudini alimentari (anoressia, ma soprattutto bulimia).
- Inadempienza scolastica e assenze scolastiche ingiustificate.
- Crolli del rendimento scolastico.
- Tentativi di suicidio, fughe da casa, abuso di sostanze stupefacenti ed alcol.
- Fobie, malesseri psicosomatici, atteggiamenti isterici.
- Disturbi del sonno (incubi, angosce notturne, paura del buio o di dormire da soli, difficoltà ad addormentarsi e/o risvegli frequenti durante la notte o dormire troppo al lungo).
- Paura degli adulti o di specifici adulti o degli appartenenti a un sesso particolare.
- Comportamenti seduttivi e/o sessualizzati verso adulti o coetanei.
- Incapacità di stabilire relazioni positive con i compagni, isolamento sociale.
- Atteggiamenti ribelli, provocatori, iperattività, ipervigilanza.
- Enuresi.
- Depressione, malinconia, angoscia, incubi, ossessioni.
- Autolesionismo.
- Masturbazione, talora compulsiva e senza rispettare le limitazioni delle norme sociali.

- Confidenze relative all'aver subito avances o abusi sessuali.
- Disegni o atti che suggeriscono la conoscenza di esperienze sessuali inappropriate all'età (specie nei bambini piccoli).
- Rifiuto delle visite mediche di screening o di spogliarsi per la partecipazione ad attività sportive.
- Fughe o comportamenti delinquenti.
- Regressioni a fasi evolutive precedenti (ansia da separazione dall'adulto, succhiare il pollice).
- Tentativi di suicidio.
- Negli adolescenti promiscuità sessuale, prostituzione e gravidanze precoci.

Esistono degli indicatori comportamentali più specifici dell'abuso sessuale e sono:

1. Eccessiva masturbazione (ad un livello che non è consono rispetto al grado di sviluppo e che tipicamente non è sensibile a nuovi indirizzi o a modelli comportamentali stabiliti dai genitori o da una persona che rappresenta l'autorità).
2. Promiscuità (bambino preadolescente o adolescente che mostra interazioni sessuali con dei coetanei con frequenza e perseveranza fuori dal modello di sviluppo).
3. Abuso sessuale in danno di altri (ad es. il bambino inizia un comportamento sessuale interattivo con un altro bambino che è vulnerabile).

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 patognomonicamente di abuso sessuale.

La letteratura segnala che gli effetti a lungo termine dell'abuso sessuale restano ancora indefiniti e non chiariti da sufficienti ricerche longitudinali (Ramchandani e Jones, 2003).

Per quanto riguarda gli esiti psicocomportamentali a lungo termine è dimostrato che un'esperienza sessuale nel corso dell'infanzia o dell'adolescenza rappresenta un significativo fattore di rischio per conseguenze di natura psicopatologica in età adulta: disturbi ansioso-depressivi, disturbi del comportamento alimentare, problematico funzionamento della vita sentimentale e sessuale (Salter et al., 2003).

Anche il Disturbo Post-traumatico da Stress, diagnosi spesso assegnata ai bambini abusati sessualmente, non li differenzia in modo significativo dai bambini non abusati, in quanto

tale disturbo non è specifico dell'abuso sessuale. Per esempio elevati tassi di PTSD sono presenti in bambini testimoni di violenza domestica e anche in minori vittime di solo abuso fisico, anche se livelli più elevati di tale disturbo sono presenti in bambini abusati sia fisicamente sia sessualmente.

Bisogna però riconoscere che il tipo e la qualità dei sintomi di stress post-traumatico mostrati da un bambino possono offrire degli indizi riguardanti la natura del trauma sottostante. Così, i minori sessualmente abusati possono mostrare più probabilmente timori e paure persistenti e insoliti in risposta a eventi o situazioni che ricordano loro l'abuso sessuale, come il bagno, lo spogliarsi, il mostrare affetto fisico.

Come la letteratura specialistica ci dimostra, terapie "troppo zelanti" e interviste ripetute possono comportare anche l'insorgere di sintomi post-traumatici che insorgono dopo la rivelazione e l'inizio del procedimento giudiziario (*legal proces therapy trauma*; Gardner, 1995).

La grande variabilità e incostanza delle reazioni che il bambino può presentare dopo l'esposizione ad una 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 2005).

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

I comportamenti sessualizzati

Questo tipo di comportamenti (sessualizzazione traumatica) è senza dubbio quello che possiede un maggior valore discriminativo nei casi di sospetto abuso sessuale sui minori, in quanto costituisce un indicatore abbastanza specifico che i bambini vittime di abuso manifestano con frequenza piuttosto elevata. Esistono però alcuni autori (Mannarino et al., 1989, Weistein et al., 1989) che, paragonando bambini abusati sessualmente a bambini con diagnosi psichiatriche ma non abusati, o a minori con pubertà precoce, o fisicamente abusati oppure sottoposti a semplici controlli, non hanno riscontrato alcuna associazione specifica. Sebbene i comportamenti sessualizzati siano esibiti da un numero significativo di

minori vittime di abuso sessuale, la loro presenza potrebbe essere indicativa di altre problematiche (come stress familiare) e non esclusivamente dell'abuso.

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. 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 è diagnosticabile quando il bambino manifesta fenomeni di *re-enactment* post-traumatico: la manifestazione sessualizzata appare per lo più stereotipata e segue lo stesso copione in maniera invariata nel tempo. Il bambino appare fortemente motivato e responsivo alla vita sessuale come se fosse un'area ipertrofica.

Esempi di comportamenti sessualizzati:

- Diminuiti confini personali, che comprendono il baciare indiscriminato, l'abbracciare stretto e/o il toccare sessualizzato altri bambini o adulti.
- Comportamento "seduttivo" non consono al grado di sviluppo, al fine di sollecitare attenzione, buona disposizione e/o viva simpatia da parte di altre persone significative.
- Curiosità nei riguardi degli organi genitali o reazioni comportamentali verso materiale sessuale osservato o situazioni che sono atipiche per il livello evolutivo del bambino.
- Reazioni estreme nel fare il bagno e nell'acconciarsi.
- Eccessivi timori e resistenze nel venire a contatto con l'altro sesso.
- Forti resistenze o rifiuto di partecipare ad attività fisiche o sociali adatte all'età (ad es., corsi di educazione fisica o dormire fuori casa) che comportano cambio d'abito o doccia.

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).

2.8 CRITERI DI VALUTAZIONE CLINICA PSICOSOCIALE E PSICHIATRICO-FORENSE

La valutazione e l'intervento devono fondarsi su un intervento multidisciplinare tra le diverse agenzie coinvolte (famiglia, scuola, Tribunale Ordinario, Tribunale per i Minorenni, istituzioni sociali e sanitarie, Autorità di Pubblica Sicurezza).

L'anamnesi comportamentale del minore costituisce un'importante fonte di validazione circa la realtà dell'abuso sessuale. Krugmann e Jones (1988) riferiscono i seguenti elementi associati frequentemente ai casi di abuso sessuale:

- Indizi precoci (a breve termine): dichiarazioni generali del bambino su argomenti sessuali o comportamenti sessualizzati con bambole, giochi o altri bambini, specialmente più piccoli.
- Affermazioni dirette: resoconti spontanei o indotti delle molestie sessuali subite.
- Cambiamenti comportamentali.
- Condizioni mediche e manifestazioni somatiche: dolori addominali, traumi genitali, uretrali o rettali, malattie a trasmissione sessuale, infezioni ricorrenti del tratto urinario, enuresi, encopresi, gravidanza, problemi scolastici, promiscuità o prostituzione, abuso di sostanze psicoattive, abuso sessuale perpetrato a danni di altri.

L'anamnesi può essere svolta avvalendosi anche di adeguate scale di valutazione (come la CBCL, Chili Behavior Check List di Achenbach et al., 1983), e deve essere completata da riscontri diretti (colloquio clinico, osservazione, reattivi psicodiagnostici).

Secondo la letteratura più aggiornata, tali indici possono comprendere molte reazioni comportamentali, che possono comprendere l'assenza di reazioni visibili; il solo indice che possiede una più significativa specificità, come già affermato, consiste nella presenza di comportamenti sessualizzati inadeguati per l'età.

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

I test psicologici proiettivi (disegno tematico, Rorschach, CAT, TAT, FAT, Blacky, Favole della Duss, ecc) non sono utilizzabili per la specifica valutazione in tema di abuso sessuale, in quanto gli studi (Veltman e Browne, 2003) 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 o traumi. Essi possono fornire indicazioni relative alla struttura di personalità del minore, del suo assetto relazionale e alla qualità degli eventuali disturbi psicopatologici.

Dagli studi che utilizzano i disegni in relazione al maltrattamento del bambino sembra che non siano efficaci per identificare l'eventuale abuso subito. I bambini che eseguono spontaneamente disegni contenenti genitali hanno bisogno di successivi approfondimenti, in quanto attualmente vi sono evidenze di un'alta possibilità di falsa identificazione

dell'abuso sessuale con l'utilizzo soltanto di questo indicatore (Veltman e Browne, 2003). *Il disegno può essere utilizzato come strumento per stabilire un contatto con il minore, per introdurre l'argomento in questione, o per aiutare il minore a circostanziare le sue affermazioni.*

2.9 CRITERI DI ASCOLTO GIUDIZIARIO E PROCEDURE OPERATIVE IN TEMA DI PSICOLOGIA DELLA TESTIMONIANZA

La consulenza tecnica psichiatrico-forense in materia di abuso deve essere affidata a professionisti (neuropsichiatri infantili, psichiatri, psicologi) specificamente competenti (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, ma comprende 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). Possono essere richiesti giudizi attinenti la credibilità clinica, intrinseca, che si riferisce alle eventuali influenze motivazionali e suggestive che possono avere agito nel soggetto testimone e/o nella testimonianza oggettivata (cfr. Sentenza Cassazione Sez. III, 3 ottobre 1997, n. 8962).

La idoneità/capacità di testimoniare deve essere valutata basandosi sulle competenze cognitive del soggetto che sono:

- La comprensione del linguaggio (comprensione lessicale e comprensione delle frasi);
- La memoria autobiografica (capacità di rievocare episodi passati e di discriminare tra eventi reali-accaduti nel periodo "critico"- ed eventi plausibili ma non realmente accaduti.
- Il self monitoring, ovvero la capacità di distinguere eventi e/o asserzioni assurde e non plausibili.
- La suggestionabilità (intesa come tratto personologico e come fattore di rischio in relazione al realizzarsi del processo di suggestione), ovvero la tendenza a cedere alle domande e/o alle affermazioni suggestive da parte dell'intervistatore.

La credibilità si riferisce all'accuratezza e sincerità della dichiarazione (come precisato dall'American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 1997).

La credibilità è legata ad eventuali elementi suggestivi che possono aver agito implicitamente o esplicitamente, internamente o esternamente sul soggetto testimone e/o sulla sua testimonianza (Fornari 1997).

Esercitando il loro potere discrezionale molti giudici dimostrano nelle loro sentenze di essere convinti che il bambino, anche in tenera età, sia un testimone attendibile, capace di registrare e poi riferire gli accadimenti accadutigli in modo veritiero, realistico, genuino (Cass.pen. sez III, 6.3.2003 e 23.5.2007); che il ricordo libero e spontaneo (senza domande specifiche) di un bambino (anche inferiore all'età di 4 anni) possa essere accurato come il ricordo di un adulto (la memoria dichiarativa, nella sua fattispecie memoria di riconoscimento, che consente di ricordare anche al bambino piccolissimo volti, persone e luoghi). Da cui il convincimento che il ricordo libero e spontaneo (senza domande specifiche) del bambino (anche di 4 anni) possa essere accurato come il ricordo di un adulto, senza tener conto del dato scientifico secondo cui *nel bambino la memoria episodica non si integra ancora con quella autobiografica, ed è continuamente contagiata da quella semantica e che, inoltre prevale la memoria implicita su quella dichiarativa.*

Le ricerche svolte in anni recenti in età evolutiva hanno dimostrato che:

- Il grado di comprensione quali-quantitativo del linguaggio (sintassi, costruzione delle frasi, uso dei vocaboli, uso delle preposizioni e delle congiunzioni; effetto della suggestione e della disinformazione) è tanto più ridotto quanto più piccolo è il bambino; sotto i 4 anni di età, il bambino non ha competenza linguistica e manca della capacità di riconoscere il significato semantico di parole e di concetti; tra i 4 ed i 6 anni il bambino dà pochissime risposte affidabili (livello di comprensione ridotto fino al 65%); l'affidabilità aumenta dai 6 ai 13 anni.
- Le difficoltà di comprensione derivano soprattutto dal modo di formulare le domande stesse.
- Un bambino di 4-5 anni non comprende, per esempio, il significato di una frase negativa, di una frase passiva o di una subordinata.
- Le ricerche effettuate sulla capacità mnestica dei bambini al di sotto dei 5 anni fino all'età di almeno 6 anni, hanno accertato che i loro ricordi possono subire sia manipolazioni interne (possibilità di confusione dei ricordi con fantasie), sia esterne (possibilità di contaminazione dei ricordi reali da parte di suggestioni o racconti di altre persone).
- La memoria implicita o procedurale mediata dall'amigdala o da altri sistemi, depositaria della memoria emozionale (la paura principalmente) si sviluppa prima di

quella dichiarativa o esplicita o cosciente (semantica ed episodica) che è mediata dall'ippocampo e dalle aree corticali connesse, perché l'amigdala matura (si mielinizza) prima dell'ippocampo; ne consegue che l'apprendimento del bambino è prima di tipo emotivo e poi di tipo cognitivo; la memoria procedurale (abilità acquisite, azioni riflesse, modalità di reazione, modalità di gestione delle emozioni) è la prima che compare nel corso dello sviluppo umano.

- Esperienze traumatiche precoci nella vita possono essere ricordate soltanto come memorie emozionali, non come memorie esplicite, con il rischio di sviluppare false memorie.
- Il concetto di vero e di falso normalmente non si acquisisce prima dei 9-10 anni; in età prescolare l'organizzazione delle strutture cognitive ed espressive gli impedisce di discriminare tra reale e immaginario, tra mondo interno ed esterno con conseguenze aggravate dall'assenza di giudizio morale (De Cataldo Neuburger, 2005).
- I bambini piccoli ricordano cose che hanno vissuto, cose che hanno sentito raccontare, cose che hanno immaginato, senza essere in grado di operare discriminazioni, perché non hanno ancora acquisito la capacità di distinguere le esperienze reali da quelle immaginarie (assenza della funzione riflessiva e della capacità di mentalizzazione).
- Il grado di complessità e di impatto emotivo dell'evento interferisce sulla sua rievocazione.
- Il ricordo libero e spontaneo (senza domande specifiche) dei bambini anche di 4 anni, può essere accurato (anche se non troppo articolato) come il ricordo di un adulto.
- I bambini possono facilmente modificare la descrizione di ciò che hanno vissuto e/o percepito, non tanto per caratteristiche psicologiche individuali, quanto per effetto del contesto (interviste viziate e mal condotte, interviste suggestive, contagio ansioso dei genitori, domande ripetute ed insistenti ecc.).
- I bambini tendono a dire sì a molte domande poste in modo diretto, soprattutto se chi pone le domande viene visto o si impone come figura affettiva, autoritaria e inquisitoria; la suggestionabilità del minore è un tratto sia personale (fattori cognitivi tra cui l'esame di realtà e capacità di distinguere realtà da fantasia, sviluppo intellettuale e fattori emotivi), sia contesto-dipendente (fattori socio-culturali e comunicativo-relazionali).
- I bambini possono, per suggestione o per induzione da parte dell'adulto, modificare uno o più elementi di una scena o addirittura ricordare eventi mai accaduti per un intervento esterno (procedure inducenti).

- In situazioni traumatiche, la memoria cosciente esplicita (mediata dall'ippocampo e delle aree corticali connesse) e la memoria emotiva implicita (amigdala e aree connesse) funzionano in parallelo; la consapevolezza del sapere va di pari passo con l'emozione; prima dei 3 anni nessuno conserva memoria di fatti ed esperienze accadutegli, anche se traumatiche: questo perché il sistema nervoso a ciò deputato (ippocampo e amigdala) non è ancora in grado di funzionare appieno, per ragioni fisiologiche. Poi i due sistemi vanno incontro a una progressiva maturazione e la capacità di ricordare dipende dalla natura degli episodi, dal grado di coinvolgimento emotivo vissuto dal soggetto, dalla capacità di strutturare le esperienze in modo da poter essere memorizzate, compatibile con l'età. Le persone dotate di vivida immaginazione e quelle molto suggestionabile (e il bambino lo è per ragioni fisiologiche) vanno incontro a pseudo ricordi o falsi ricordi.
- La ripetizione è motivo di distorsione del ricordo, nel senso che la richiesta inquisitoria o ansiogena di ricordare e di riesporre un evento per completarlo, precisarlo, circoscriverlo, contestualizzarlo, verificarlo svolge un effetto suggestivo e inducente che modifica il ricordo, inducendo inoltre atteggiamenti di compiacenza o di opposizione.
- Col succedersi delle narrazioni il ricordo del racconto prevale e si sovrappone al ricordo dell'esperienza (Calamoneri e Arminio, 2006).
- Nel porre domande al bambino occorre tener 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).

Per quanto riguarda la suggestionabilità Camerini afferma che 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.

La giurisprudenza ha recepito queste conoscenze in una recente sentenza della Suprema Corte (cfr. Cass.pen. sez. III. 8 marzo 2007): *“è sperimentalmente dimostrato che un bambino, quando è incoraggiato e sollecitato a raccontare da parte di persone che hanno 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 trasmettono 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."

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 (punto 1 della Carta di Noto, 2002).

È possibile rappresentare il minore "competente" come un bambino o un adolescente che: mostra un'adeguata capacità di testare le realtà; ha adeguate capacità di osservazione e registrazione dell'accaduto, sufficiente memoria per conservare il ricordo indipendentemente dall'evento e ha abilità nel comunicarlo.

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.

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.

L'incidente probatorio è la sede privilegiata di acquisizione delle dichiarazioni del minore nel corso del procedimento (punto 7 della Carta di Noto, 2002).

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 d'intervista di Cheung (1997) e l'NICHD di Orbach e colleghi (2000).

Il procedimento dell'intervista al bambino e al minore in genere sulla scorta dei dati tratti dalla letteratura in argomento prevede questi punti fondamentali:

1. Operazioni condivise:

- videoregistrare o, almeno, registrare tutto quanto avviene nel setting peritale, come descritto nel punto 4 della Carta di Noto: “si deve ricorrere in ogni caso possibile alla videoregistrazione, o quanto meno all'audioregistrazione, delle attività di acquisizione delle dichiarazioni e dei comportamenti del minore;
- assumere nel corso del primo incontro (che purtroppo spesso non coincide con il primo interrogatorio fatto da ufficiali di polizia, avvocati e pubblici ministeri e non va esente da domande suggestive o tendenziose), una posizione di ascolto neutrale per cercare di far descrivere che cosa sia accaduto nella realtà;
- adottare il metodo falsificazionista, evitando domande che “presuppongono” che l'ipotesi di partenza sia corretta;
- evitare nel corso dell'intervista (rinviandole in chiusura della stessa) domande dirette o inducenti e le domande a cui si possono dare risposte sì-no o pochi altri tipi;
- utilizzare gli stessi vocaboli usati dal bambino;
- evitare di confermare nostre ipotesi di partenza, che rischiano di farci scartare quelle informazioni che sono in contraddizione (no al procedimento verificazionista);
- evitare di rinforzare il bambino quando dice qualche cosa che l'intervistatore voleva sentirsi dire;
- evitare di ripetere le stesse domande: il bambino può sentirsi spinto a dare una risposta diversa da quella precedente, pensando che la prima sia sbagliata;
- utilizzare lo specchio unidirezionale quando si somministrano reattivi mentali che richiedono un rapporto stretto tra esaminatore ed esaminando, non è giustificato utilizzarlo per tenere fuori dalla portata del bambino eventuali consulenti; tutti devono rispettare la regola deontologica fondamentale, in forza della quale il bambino è oggetto privilegiato di quella tutela alla quale tutti sono obbligati, qualsiasi sia il rispettivo ruolo;

- chiudere l'incontro in maniera molto amichevole, rassicurante, aperta e rasserenante per il bambino, evitando atteggiamenti scontrosi od offesi se non si è raggiunto l'obiettivo che l'intervistatore si era erroneamente prefissato: quello della rivelazione dell'abuso.

2. Operazioni da evitare:

- prendere per buone parole o fatti che il soggetto non dovrebbe conoscere e quindi potrebbero essere frutto di suggerimento altrui o di apprendimento attraverso fonti indirette;
- fare affidamento su deposizioni che man mano si arricchiscono di particolari e di dettagli o che variano nei contenuti stessi o che appaiono chiaramente finalizzate a stupire e monopolizzare l'attenzione dell'esaminatore;
- affrontare fin dall'inizio l'abuso sessuale oggetto dell'accertamento peritale con domande dirette ed esplicite;
- farsi guidare da opinioni personali, o, peggio, da pregiudizi e preconcetti che nulla giovano al raggiungimento degli obiettivi che ci si prefigge di raggiungere;
- responsabilizzare eccessivamente il bambino;
- trasmettere l'impressione che è stato vittima di un fatto "mostruoso" che rende terribile e terrificante nel suo immaginario quanto egli dice essergli accaduto.

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 Kehnken (1989) e Steller e Boychuk (1992).

La prima parte della valutazione consiste nella CBCA (Criteria Based Content Analysis; Steller e Koehnken, 1989), sulla base di 19 criteri di contenuto che consentono di pervenire ad 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 effettuare un'adeguata valutazione relativa alla qualità delle affermazioni che si riferiscono a situazioni realmente accadute e vissute.

Bisogna inoltre considerare che le rivelazioni prodotte dal minore possono variare 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 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.

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: “ *la funzione dell'esperto incaricato di effettuare una valutazione sul minore a fini giudiziari deve restare distinta da quella finalizzata al sostegno e trattamento e va pertanto affidata a soggetti diversi*”).

Altra considerazione importante è che 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. 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.

2.9 CRITERI DI VALUTAZIONE CLINICA E PSICOSOCIALE

Rilevamento

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

Per attuare un intervento precoce è fondamentale 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.

Segnalazione

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

La segnalazione rappresenta l'apertura di una collaborazione tra agenzie sociosanitarie e Magistratura nello spirito dell'interesse superiore del bambino sancito dalla Convenzione di New York (art.3).

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.

Valutazione diagnostica

Occorre standardizzare gli interventi diagnostici e terapeutici, la maggiore efficacia di un intervento, a cui concorrono in modo sinergico diverse figure professionali che interagiscono tra loro, è garantita da un lavoro in rete.

La fase diagnostica dovrebbe prevedere una diagnosi integrata: medica, psicologico-psichiatrica e sociale.

La diagnosi medica comprende:

- anamnesi;
- esame obiettivo: visita pediatrica con 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;
- documentazioni fotografica delle lesioni.

L'assessment psicologico-psichiatrico (indirizzato sia al bambino sia alla famiglia) comprende:

- anamnesi psicologica, con particolare attenzione ai segni clinici più ricorrenti nei bambini abusati nelle diverse fasce di età;
- assessment individuale del bambino: colloqui clinici, somministrazione di test proiettivi;
- protocolli diagnostici standardizzati (checklist di comportamento: CBCL, TRF, YSR, KD-SADS, PTSD Inventory, ect.; valutazione dei pattern di attaccamento: Strange Situation modificata, Separation Anxiety test);

- osservazioni di gioco, individuali e in gruppo di bambini; osservazione della relazione con i genitori.

L'assessment familiare si valuta con una serie di incontri con tutti i membri conviventi, anche in questo caso è opportuno rifarsi a modelli teorici e valutativi codificati in relazione alla qualità delle cure genitoriali (Darlington Family Assessment System, Wilkinson, 2000) che prendono in considerazione i seguenti aspetti: la struttura organizzativa familiare, le risorse familiari in termini di capacità protettive e funzione riflessiva, i giochi interattivi, le psicopatologie individuali degli adulti, la presenza di indicatori di rischio individuali e familiari, i pattern di attaccamento, la transgenerazionalità, il genogramma ect.

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 in grado di fornire indicazioni sul bambino e/o sulla sua famiglia;
- contattare le strutture giudiziarie e in particolare il Tribunale per i Minorenni.

Capitolo 3

CONFRONTO TRA LINEE GUIDA SINPIA E LINEE GUIDA PER LE PERIZIE IN CASO DI ABUSO SUI MINORI DELL'ORDINE DEGLI PSICOLOGI DEL LAZIO

3.1 PREMESSA

Nelle Linee Guida per le perizie in caso di abuso sui minori dell'Ordine degli psicologi del Lazio viene subito sottolineata la necessità di tutelare il minore affinché il suo ascolto si svolga nel rispetto delle norme nazionali ed internazionali e del diritto imprescindibile alla salute sancito dalla nostra Costituzione.

L'istituto dell'ascolto in forma protetta del minore nei procedimenti che vedono coinvolti i suoi interessi rappresenta una delle più rilevanti affermazioni del riconoscimento dello statuto dei diritti dell'infanzia, che da oltre un quindicennio si va affermando in ambito internazionale, a partire dalla Convenzione dei diritti del fanciullo di New York, del 20 novembre 1989, ratificata con l. 27 maggio 1991, n. 176.

Ivi si afferma che le opinioni del fanciullo andranno prese in considerazione, in tutti i procedimenti giudiziari che lo riguardano, avuto riguardo alla sua età e al suo grado di maturità, con la intermediazione di un rappresentante o di un organismo appropriato, compatibilmente con le regole procedurali della legislazione nazionale.

L'ascolto protetto del minore in sede di incidente probatorio è stato dunque concepito per contemperare l'esigenza di accertamento della verità in forme processualmente valide con quella di evitare che il minore che abbia subito abusi sessuali sia costretto a rinnovellare in più sedi giudiziarie il suo traumatico vissuto.

Passando alle modalità di assunzione delle dichiarazioni del minore parte offesa di reati a sfondo sessuale, l'art. 398, comma 5-bis c.p.p. prevede che l'udienza possa svolgersi anche in luogo diverso dal tribunale e demanda al giudice la fissazione di tempi e modalità particolari per la conduzione dell'esame protetto. Sarà sempre consentito, ai sensi dell'art. 498 c.p.p., trattandosi di minore infrasedicenne, che l'esame, condotto comunque dal giudice, avvenga con l'ausilio di un esperto in psicologia infantile che ponga direttamente al minore le domande.

È imprescindibile che il contatto con il minore sia in ogni caso mediato dalla esperienza dello psicologo e che il giudice non debba intervenire di persona nella stanza ove è in corso il dialogo, per evitare di turbare, con la presenza di un soggetto "istituzionale", il racconto del minore, che si apre nei confronti dell'esperto in psicologia a seguito di un colloquio preliminare gestito (anche con l'ausilio di supporti ludici) secondo moduli la cui efficacia potrebbe essere vanificata dall'intervento di un terzo.

Sarà sempre cura del Giudice evitare il contatto del minore con l'indagato, che spesso in tale genere di reati si identifica purtroppo in una persona di famiglia, essendo l'ambito familiare quello in cui statisticamente si verifica la gran parte degli abusi sessuali in danno

di minori. Sarà quindi precauzione doverosa convocare il minore in orario successivo- quindici, venti minuti- rispetto a quello di convocazione dell'indagato, che sarà quindi allocato in una stanza separata, evitando ogni possibilità di contatto con la vittima.

Sarà cura dell'esperto in psicologia, di volta in volta, con riguardo all'età e alla maturità mostrata dal minore, informarlo o meno circa la presenza nella stanza adiacente dell'indagato e di altri soggetti istituzionali che ascoltano la conversazione, tenendo presente che un atteggiamento negatorio e reticente su espresse domande in materia rivolte dal minore a chi conduce l'esame potrebbe minare irrimediabilmente la sua fiducia e quindi la sua apertura al dialogo.

3.2 ASPETTI CLINICI E GIUDIZIARI

Entrambe le linee guida ribadiscono il ruolo che l'esperto (psicologo-psichiatra) riveste in ambito clinico-peritale: l'oggetto dell'accertamento non sarà la ricostruzione del fatto in esame (attività investigativa propria del sistema giudiziaria), il perito dovrà invece valutare la idoneità o meno del minore a rendere testimonianza, evidenziando se nei suoi meccanismi psichici si ravvisino o meno processi che possano inficiarne precisione, obiettività, serenità di percezione, di conservazione e di rievocazione.

In caso di positivo riscontro, ciò non significa affatto che egli abbia detto la verità, dovendosi ribadire come, stabilire se il minore abbia detto o meno il vero, è compito del giudice.

Tra le modalità particolari previste per l'assunzione della prova che riguardi un minore infrasedicenne vittima di presunto abuso sessuale rientra l'assistenza psicologica e affettiva prevista dall'art. 609-decies c.p. introdotto dall'art. 11 della legge 66/96 e successivamente modificato dall'art. 13, comma VII, della legge 269/98.

Detta norma prevede che, ove si proceda per i reati a sfondo sessuale commessi in danno dei minorenni, l'assistenza affettiva e psicologica alla persona minorenne è assicurata, in ogni stato e grado del procedimento, dalla presenza dei genitori o di altre persone indicate dal minorenne e ammesse dall'autorità giudiziaria che procede. In ogni caso al minorenne è assicurata l'assistenza dei servizi minorili dell'amministrazione della giustizia e dei servizi istituiti dagli enti locali.

La norma rafforza il contenuto della tutela del minore, prevedendo l'affiancamento allo stesso di soggetti che si presume siano a lui legati da un rapporto affettivo e di fiducia. Si tratta di un'ulteriore conferma della presa d'atto da parte del legislatore del forte stress

derivante al minore dall'esperienza del processo penale, a causa della fisiologica invasività nella sfera più riservata della personalità in formazione del minore.

Le linee guida dell'Ordine degli Psicologi del Lazio sottolineano le differenze tra ruolo clinico-peritale e quello psicoterapeutico dello psicologo in ambito forense, riconoscendo la necessità di un intervento psicoterapeutico parallelo al processo di valutazione peritale in ogni stato e grado del procedimento penale, al fine di garantire la tutela psicologica del minore che dovrà affrontare un iter giudiziario impegnativo. Le linee guida SINPIA suggeriscono che l'intervento psicoterapeutico venga effettuato da una persona diversa dal consulente-perito del caso.

Con l'art.13, comma II, della legge 269/98 fu ragionevolmente estesa ai delitti a sfondo sessuale la portata della disposizione del I comma dell'art. 190-bis c.p.p. che precludeva, in linea generale, che fossero risentiti in dibattimento soggetti che avevano reso dichiarazioni in sede di incidente probatorio nei procedimenti per i reati di cui all'art. 51-bis c.p.p., rendendola possibile solo ove il giudice lo ritenesse "assolutamente necessario". D'altra parte con l'entrata in vigore della legge sul giusto processo, tale limitazione cade, non solo per i reati di criminalità organizzata, ma anche per i delitti a sfondo sessuale, in questo secondo caso con conseguenze assai pregiudizievoli per le vittime, che si vedranno costrette a rinnovare in pubblico dibattimento il trauma subito. Ancora una volta, si deve censurare una scelta legislativa sbrigativa e poco attenta alla tutela dei soggetti, come i minori, più deboli ed indifesi.

Difatti l'art.3 delle legge 1° marzo 2001, n. 63, attuativa dell'art. 111 Cost., modificando il primo comma dell'art. 190-bis c.p.p. ha previsto che l'esame dibattimentale, tra gli altri, del teste già assunto in sede di incidente probatorio, "è ammesso solo se riguarda fatti o circostanze diverse da quelli oggetto delle precedenti dichiarazioni ovvero se il giudice o taluna delle parti lo ritengono assolutamente necessario sulla base di specifiche esigenze".

3.3 L3 COMPETENZE DELLO PSICOLOGO

Citano le linee guida che "lo psicologo, per la specificità e complessità del settore minorile del diritto, non deve equiparare lo psichismo e l'organizzazione cognitiva di un minore con quella di un adulto. L'organizzazione spazio-temporale e mnemonica del minore, le modalità di testimoniare e la formazione dei ricordi, in riferimento alla prima e seconda infanzia, sono specifiche della fase evolutiva in cui il minore si trova."

Tali concetti sono altresì ribaditi nelle linee guida SINPIA, così come si sottolinea in entrambi i lavori la necessità che l'esperto proceda alla valutazione considerando tutte le

possibili alternative riguardo agli eventuali disagi e malesseri psicologici riscontrati nel minore, tenendo conto anche del fatto che l'eventuale mancanza di disagio psicologico, segni o sintomi clinici, non esclude di per sé la possibilità che si sia verificato l'abuso.

Come ribadisce il punto 8 della carta di Noto (aggiornamento del 2002): "i sintomi di disagio che il minore manifesta non possono essere considerati di per sé come indicatori specifici di abuso sessuale, potendo derivare da conflittualità familiare o da altre cause, mentre la loro assenza non esclude di per sé l'abuso".

Le linee guida dell'Ordine degli Psicologi del Lazio, descrivono in maniera del tutto innovativa quali debbano essere le competenze specifiche dell'esperto:

1. una competenza psicologico-giuridica, quale, tra l'altro, una conoscenza degli articoli di legge che in ambito penale regolano la valutazione tecnica e i ruoli del perito e del consulente;
2. una formazione psicoterapeutica;
3. una significativa esperienza clinica in psicologia e psicopatologia dell'età evolutiva, campo estremamente differenziato da quella della psicologia dell'adulto;
4. una competenza almeno teorica nell'uso dei test psicologici.

Quesiti

Sempre nelle linee guida dell'Ordine degli psicologi del Lazio viene affrontato il problema dei "quesiti" specificando che il "il perito/consulente ha il compito di valutare la personalità del minore, il suo sviluppo psichico ed evolutivo, la qualità affettiva e i meccanismi difensivi, le eventuali alterazioni cognitive ed affettive e dell'esame di realtà, naturalmente in riferimento all'età di appartenenza. Pertanto i quesiti proposti dal magistrato dovrebbero essere orientati sulla valutazione del minore in riferimento a :

- a) livello di competenza delle funzioni psichiche dell'io e delle disponibilità-capacità cognitive, emotive e relazionali correlate all'età, alla scolarità, al contesto familiare e sociale;
- b) livello di competenza legato alla disponibilità-capacità del minore di differenziare gli elementi essenziali dei dati di realtà da costruzioni prevalentemente immaginativo-fantastiche;
- c) organizzazione di personalità, delle condizioni psicologiche e/o psicopatologiche, con particolare attenzione al livello di suggestionabilità e alla presenza di significativi sensi di colpa;
- d) patrimonio espressivo verbale e non verbale;

e) sussistenza di eventuali evidenze cliniche di disagio e di malessere psicologico eventualmente correlabile con i fatti per cui si procede.”

L'esplicitazione di tali punti chiarisce il ruolo del consulente-perito diminuendo il numero di consulenze-perizie inadeguate e contrastanti con il principio fondamentale che distingue la verità processuale da quella psicologico-forense.

Prassi peritale

Entrambe le linee guida prese in esame tengono conto delle problematiche legate alla definizione stessa di “età evolutiva”, per cui l'osservazione, il colloquio clinico e la somministrazione dei test richiedono ottime conoscenze riguardanti la psicologia e la psicopatologia dello sviluppo.

Le linee guida dell'Ordine degli Psicologi del Lazio sottolineano la necessità di “tutelare la salute psichica del singolo minore in relazione alle sue caratteristiche di personalità, di storia e contesto di vita”. Inoltre per evitare processi di vittimizzazione secondaria del minore devono essere garantiti: la conoscenza e il rispetto dei diritti dell'infanzia in ogni momento del percorso giudiziario, il possesso di una competenza approfondita delle procedure di ascolto e valutazione del minore nel rispetto della serenità e spontaneità del bambino con cui andrà creato un rapporto di fiducia.

Operatività peritale

Si è tutti concordi nell'affermare che il setting debba essere svolto in locali accoglienti, adatti ad accogliere il mondo psichico di un bambino e che siano dotati di un impianto di videoregistrazione a circuito chiuso con monitor o con specchio unidirezionale.

Così come i pareri sono abbastanza unanimi tra le varie scuole di pensiero per quanto riguarda i colloqui clinici.

Si ritiene che la frequenza degli incontri di osservazione e dei colloqui con i minori debba essere riavvicinata nel tempo e che la durata del colloquio tenga conto dell'età del minore e delle sue condizioni psicofisiche, prevedendo anche la possibilità di poter effettuare intervalli qualora il bambino dia segni di stanchezza e/o affaticamento.

La conduzione del colloquio clinico non può prescindere da principi fondamentali che guidano l'attività di coloro che si occupano di età evolutiva: la necessità di instaurare una relazione empatica che permetta di comprendere l'espressività e il linguaggio del bambino, il suo modo di entrare in rapporto con le cose e con le persone, il livello di integrazione tra realtà e fantasia; utilizzare l'osservazione diretta soprattutto per la prima e seconda infanzia, per comprendere e cogliere il senso delle emozioni, dei sentimenti e degli affetti oltre che la qualità del funzionamento (organizzato e disorganizzato) dei meccanismi di

difesa dell'Io; bisogna esplorare le conoscenze del bambino in relazione alla situazione in cui si trova ed eventualmente spiegargli il proprio ruolo ed il significato di tali incontri; bisogna essere consapevoli che durante lo svolgimento del colloquio con il minore, specie in età prescolare e soprattutto se in ipotesi di abuso sessuale, essendo in questi casi il colloquio ancora più impostato su modalità emotive, possono attivarsi profondi processi transferali e controtransferali; è fondamentale esprimersi in un linguaggio semplice e chiaro, con parole e concetti comprensibili che non vadano oltre l'ampiezza del vocabolario e del livello cognitivo del minore; non si deve mai operare sapendo di avere poco tempo a disposizione o essere sbrigativo nel porre domande e/o nel ricevere le risposte richieste o nell'accogliere informazioni spontanee; occorre far comprendere al bambino, che prima degli avvenimenti di cui si tratta, l'interesse primario è quello di conoscere il suo modo di esprimersi, il suo pensiero, il suo modo di rapportarsi all'ambiente e di crearsi modalità adattive; non bisogna mai dimenticare che la psiche infantile è sotto l'egida delle emozioni e non del costrutto logico-formale: pertanto, la credibilità e la palausibilità della narrazione di un minore, soprattutto in età prescolare, non deve far riferimento ai parametri degli adulti, bensì, alle competenze specifiche dell'età; in ipotesi di abuso, in particolar modo in età prescolare, durante l'ascolto del minore, oltre all'osservazione, la naturale realizzazione della metodologia utilizzata e utilizzabile è caratterizzata dal colloquio e dai reattivi mentali dove il grafismo diventa prioritario in quanto il bambino non ha ancora organizzato sufficienti costrutti logico-formali.

Le linee guida dell'Ordine degli Psicologi del Lazio ribadiscono il concetto di "consenso informato del minore": "allorchè venga richiesta dall'autorità giudiziaria e ove possibile l'esperto dovrà ricorrere alla video o audio registrazione; per ove è possibile si intende il caso in cui il minore rifiuti lo strumento della registrazione, attraverso opposizioni verbali o non verbali". Facendo riferimento all'art.12 della Convenzione di New York sui diritti del fanciullo:

- a) "Gli Stati Parte garantiscono al fanciullo capace di discernimento il diritto di esprimere liberamente la sua opinione su ogni questione che lo interessa, le opinioni del fanciullo essendo debitamente prese in considerazione tenendo conto della sua età e del suo grado di maturità."
- b) "A tal fine, si darà in particolare al fanciullo la possibilità di essere ascoltato in ogni procedura giudiziaria o amministrativa che lo concerne, sia direttamente sia tramite un rappresentante o un organo appropriato, in maniera compatibile con le regole di procedura della legislazione nazionale."

La Convenzione Europea sull'esercizio dei diritti dei fanciulli (Strasburgo, 25 gennaio 1996), ratificata in Italia con Legge 20 Marzo, n. 77, art.3 cita quanto segue: .."nei procedimenti che lo riguardano dinnanzi a un'autorità giudiziaria, al minore che è considerato dal diritto interno come avente capacità di discernimento vengono riconosciuti i seguenti diritti, di cui egli stesso può chiedere di beneficiare:

1. Ricevere tutte le informazioni pertinenti.
2. Essere consultato ed esprimere la propria opinione.
3. Essere informato sulle possibili conseguenze delle aspirazioni da lui manifestate e delle possibili conseguenze di ogni decisione."

In entrambe le linee guida viene descritto che nello svolgimento dell'indagine clinica psicologica occorre coinvolgere le figure significative del mondo familiare e del mondo sociale, educativo, relazionale e sanitario del minore, come ribadito nella Carta di Noto.

Anche per quanto riguarda l'utilizzo dei test psicodiagnostici in ambito forense, vi sono pareri concordanti a livello nazionale nel ritenere che *non possono essere ricavati indicatori specifici di abuso dai dati del materiale testologico*.

3.4 CONCLUSIONI

Il confronto tra le linee guida evidenzia alcune differenze strutturali: le linee guida SINPIA sembrano fondarsi su un approccio maggiormente clinico ed in particolare lasciano ampi spazi a speculazioni riguardanti la *psicopatologia dello sviluppo*; le linee guida dell'Ordine degli Psicologi del Lazio mostrano invece un approccio maggiormente metodologico, senza trascurare l'aspetto clinico descrivono più in dettaglio "il ruolo e le competenze dell'esperto".

Come la stessa letteratura afferma mancano studi riguardanti la "psicopatologia del danno psichico da abuso sessuale"; nonostante la completezza delle linee guida vigenti, si potrebbe prevedere per gli anni successivi un approfondimento in tal senso. Anche perché spesso ci si trova di fronte ad abusi subiti in epoche precedenti di sviluppo rispetto a quella valutata nel momento processuale.

Il delicato capitolo delle terapie su minori abusati, (psicoterapie individuali e sistemico-relazionali), potrebbe essere ampliato ed arricchito attraverso l'approfondimento delle dinamiche legate al post-trauma.

Le vittime degli abusi sessuali possono presentare numerose reazioni emotive quali paura, rabbia, confusione, vergogna, tristezza, ect., che influiscono negativamente sulla sfera cognitiva e comportamentale dell'individuo.

Questi sentimenti reattivi, se non adeguatamente trattati, possono costituire le basi di specifiche “psicopatologie” che a tempi più lunghi svilupperanno gravità cliniche maggiori. Queste reazioni emotive compaiono spesso in associazione, sono strettamente interdipendenti e in relazione a numerose variabili quali il tipo di abuso, le caratteristiche bio-psicopatologiche dei protagonisti attivi, passivi ect.

Riconoscere le reazioni emotive, anche a breve termine, della vittima di abusi sessuali costituisce per il clinico il primo passo verso un intervento terapeutico e preventivo.

Sentimento di paura

La paura, intesa come timore di fronte ad un pericolo, vero o immaginario, proveniente dall'esterno, è un sentimento diffuso tra le vittime di abuso sessuale.

Le paure, siano esse reali (se l'autore dell'abuso mette in atto delle minacce) o fantasmatiche (se trovano origine nelle fantasie del bambino), possono essere legate a vari momenti dinamici dell'abuso. La paura che precede l'abuso o durante l'abuso può essere tale da immobilizzare, “bloccare il movimento ed il pensare”, della vittima (frozen fright).

La vittima può avere paura che l'abuso possa ripetersi. Questa condizione di forte ansia di tipo anticipatorio può essere associata ad una sintomatologia fisica (quale tachicardia, sudorazione, dispnea, ect.) ed a comportamenti di evitamento situazioni ritenute a rischio di abuso.

Sentimento di rabbia

Il sentimento di rabbia della vittima di abuso può essere legato a diversi motivi: per l'ingiusto danno subito ad opera dell'aggressore, per le persone che non l'hanno creduta, verso chi non l'ha protetta, verso i fratelli e le sorelle che sono sfuggiti all'abuso, verso se stessa che non è stata così abile, attenta e coraggiosa da sfuggire all'abuso. Nel caso l'autore dell'abuso sia una persona affettivamente importante (ad.es. il padre) il sentimento di rabbia soprattutto a contenuti aggressivi attraverso il meccanismo psicologico di difesa dello spostamento può essere diretto verso se stessi (anche con passaggi all'azione di tipo autolesivo) a causa della difficoltà emotiva di odiare una persona amata o di attaccare un simbolo importante ed indispensabile per la propria identificazione.

Sentimento di confusione

Le vittime di abusi sessuali provano, soprattutto nell'immediatezza dopo il fatto uno stato psichico che definiscono “confusione”, “turbamento”, “imbarazzo”, nei confronti di un'esperienza a forte risonanza emotiva che per percepiscono alla luce, in particolare, di una vivace ansia conflittuale.

La vittima, anche in ragione della giovane età e mancanza di esperienza, può inoltre non essere in grado di interpretare l'agito sessuale che costituisce l'abuso assegnandogli un valore chiaro a livello morale o sociale.

La confusione dei sentimenti, che trova spesso la sua espressione preferenziale in un'ansia conflittuale, costituita da stati d'animo opposti e contraddittori che variano repentinamente di segno, rappresenta una delle prime reazioni emotive sperimentate dalla vittima nei confronti della nuova situazione esistenziale legata all'abuso.

Sentimento di colpa

Il sentimento di colpa può essere legato, nelle verbalizzazioni della vittima, ad una colpa reale (aver stimolato e provocato l'abuso volontariamente), all'assenza di una colpa manifesta (essere vittima passiva), alla manipolazione operata dall'autore del reato (colpevolizzazione della vittima).

Il sentimento di colpa può essere legato alla percezione di essere l'artefice e soprattutto il responsabile della "disgregazione" dell'intera famiglia. Il momento di rivelazione e della denuncia dell'abuso, infatti, può costituire la rottura di precari equilibri esistente in famiglie ricche di psicopatologia relazionale.

Sentimento di vergogna

La vergogna intesa come un sentimento di pudore di fronte a qualcosa ritenuto indecente e sconveniente è un sentimento che la vittima di abuso spesso prova in associazione al senso di colpa. Mentre il senso di colpa è spesso legato alla responsabilità (reale o presunta), per il coinvolgimento nell'abuso, il sentimento di vergogna ha origine dal pudore che la vittima nutre nei confronti della sessualità, argomento generalmente considerato sconveniente per essere liberamente verbalizzato. La vittima spesso non ha adeguate e chiare informazioni sessuali, ma piuttosto una grossolana concezione della sessualità per lo più alla luce del proibito, peccaminoso e sconveniente. La comunicazione dell'accaduto risulta per la vittima un momento travagliato al quale giunge spesso dopo lunghe perplessità ed affaticanti conflitti. La vergogna nella comunicazione dei fatti può essere inoltre accentuata dal rilievo che spesso la vittima non ha ancora un vocabolario di termini ed una conoscenza di situazioni, che gli consenta di raccontare ciò che è accaduto con scioltezza e con padronanza di linguaggio.

Sentimento di tristezza

Nell'ambito del complesso sentimento della tristezza saranno presi in considerazione prioritaria gli aspetti che più si relazionano alla psicopatologia dei vissuti depressivi: la

percezione di impotenza, la mancanza di speranza, l'autosvalutazione di se stessi, la temporalità bloccata.

La situazione dell'abuso può essere percepita come un ostacolo insormontabile, un destino immutabile di fronte al quale la vittima non solo si percepisce impotente ma anche nell'impossibilità di poter ricevere aiuto ("helplessness"). Altri sentimenti quali il sentimento di vergogna, di colpa, di paura, spesso rinforzati dall'esterno, ed in particolar modo dallo stesso autore dell'abuso, contribuiscono al mantenimento di questo penoso sentimento di mancanza di speranza ("hopelessness"). Subire abusi sessuali porta spesso la vittima ad iniziare complesse dinamiche di autosvalutazione (worthlessness). La vittima che subisce abusi sessuali può vivere in una condizione di temporalità bloccata, in cui la percezione del tempo si arresta, si irrigidisce limitando tutti i vissuti alla penosa e frustrante situazione del presente.

Sentimento di diversità

Il sentimento di diversità, inteso come un cambiamento irrimediabile della propria condizione rispetto al periodo precedente, può accompagnarsi alla percezione della vittima di essere la protagonista di un fatto unico "che non è successo a nessun altro" e che la rende, irrimediabilmente e per sempre, "diversa dagli altri". Queste percezioni possono portare la vittima all'isolamento, soprattutto rispetto ai coetanei.

Il sentimento di diversità unitamente allo stato di confusione, è fra i primi sintomi a breve distanza di tempo dall'abuso, che richiedono con più urgenza un intervento psicoterapeutico.

L'autoetichettamento di rigetto per indegnità, cattiveria, perversione, ecc., che la vittima può compiere su se stessa, può portarla altresì a comportamenti di evitamento particolarmente spiccati nelle interazioni sociali con pesante influenza in negativo sulla qualità di vita ed una "autoemarginazione autoalimentantesi".

Sentimento di solitudine

La solitudine è tra i sentimenti più frequenti che la vittima di abuso sessuale può sperimentare. Nella maggior parte dei casi la vittima si trova ad affrontare la nuova e traumatizzante condizione in totale solitudine e, di conseguenza, in totale incapacità nella gestione di forti e tribolanti sentimenti reattivi. La solitudine, inoltre, può essere una condizione ricercata, un meccanismo di difesa da ulteriori pericoli, reali o immaginari, nell'ambito di una realtà affettiva e sociale percepita come "diversa" e "pericolosa".

Sentimento di perdita

Il sentimento di perdita, intimamente legato a dinamiche depressive, può essere riferito a diversi aspetti: perdita dell'affetto delle persone care (tra le quali vi può essere l'autore dell'abuso), perdita della fiducia in se stesso e negli altri (in particolar modo generalizzata agli adulti), perdita della condizione di "bambino felice".

Questo percepito di perdita della felicità ed anche della possibilità di essere felice in futuro è non raramente riportato da adulti nel corso di psicoterapie allorché ricordando abusi sessuali subiti in giovane età (non raramente gestiti alla luce nostalgica di antiche relazioni oggettuali significative come nel mito del "paradiso perduto" o con sentimenti più rivendicativi e persecutori focalizzati su specifiche persone nel caso del "paradiso rubato").

Sentimento di alterata corporeità

L'abuso sessuale può alimentare distorsioni cognitive che bambini e adolescenti possono sviluppare in merito ai sentimenti di corporeità ed all'immaginario corporeo.

Ricordiamo il sentimento di avere un corpo "trasparente", ove gli estranei possono entrare con uno sguardo indiscreto e indagatore e possono vedere tutto quello che è successo nel corso dell'abuso sessuale. La vittima può anche mettere in atto un'operazione di "mimetismo" al proprio corpo per renderlo meno appetibile e ridurre il richiamo per eventuali aggressori. Questi tentativi possono travalicare le comuni attenzioni per nascondere i caratteri sessuali secondari ed interessare, con pericoli di psicopatologie future più gravi, la stessa percezione dell'identità di genere maschile e femminile.

In qualche vittima di abuso sessuale il corpo può avere assunto, al limite con fenomeni di depersonalizzazione e di scissione, il significato di estraneità, automatismo ed è percepito come un involucro limitante e fastidioso, privo di vita o come scudo protettivo egodistonico per non essere implicati emotivamente (la sindrome dello zombi e la sindrome del corpo morto).

Bibliografia

I RAPPORTI DI AGGIORNAMENTO SUL MONITORAGGIO DELLA CONVENZIONE SUI DIRITTI DELL'INFANZIA E DELL'ADOLESCENZA IN ITALIA, 2004-2005.

RELAZIONE SULLO STATO DI ATTUAZIONE DELLA LEGGE 269/1998.

BERTOLINO, *Il minore vittima di reato*, Torino, 2005, 67 ss.

ROMANO B., *La tutela penale della sfera sessuale*, Milano, 2000, 238 ss.

MANNA, *Profili problematici della nuova legge in tema di pedofilia*, in *Ind. Pen.*, 1, 1999, 53.

CADOPPI, *Commentari delle norme contro la violenza sessuale e della legge contro la pedofilia*, Padova, 2002, 557 ss.

LORUSSO S., MANNA A., *L'abuso sessuale sui minori: prassi giudiziarie e novità normative introdotte dalla legge 38/2006 sulla pedopornografia*, Milano, Giuffrè Editore, 2007.

SALVATORI A., SALVATORI S., *L'abuso sessuale al minore e il danno psichico. Il vero e il falso secondo la rassegna della letteratura internazionale*. Giuffrè, Milano, 2001.

MALACREA M. (1994), *Trauma e riparazione. La cura dell'abuso sessuale dell'infanzia*, Milano, Raffaello Cortina.

PYNOOS R. S., STEINBERG A. M. E WRAITH R. (1995), *A developmental model of childhood traumatic stress*. In D. Cicchetti e D.J. Chen (a cura di), *Manual of developmental psychopathology*, New York, John Wiley e Sons, pp72-93.

RUTTER M. (2005), *How the environment affects mental health*, "British Journal of Psychiatry", vol. 186, pp. 4-6.

LINEE GUIDA IN TEMA DI ABUSO SUI MINORI, SINPIA (Società Italiana di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza, 2007, Ed.Erickson.

LINEE GUIDA PER LE PERIZIE IN CASO DI ABUSO SUI MINORI DELL'ORDINE DEGLI PSICOLOGI DEL LAZIO.

ACHENBACH T.M. (1991), *Integrative guide for the 1991 CBCL/4-18, YSR, and TRF profiles*, Burlington, VT, University of Vermont, Department of Psychiatry.

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.

BELSKY J. (1993), *The etiology of child mal treatment: A developmental-ecological analysis*, "Psychological Bulletin", vol.144, pp. 413-434.

CAFFO E., CAMERINI G.B. E FLORIT (2004), *Criteri di valutazione nell'abuso all'infanzia. Elementi clinici e forensi*, Milano, McGraw-Hill.

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. 374-392.

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.

DE CATALDO NEUBURGER L., (2005), *La testimonianza del minore tra scienza del culto del cargo e fictio juris*, Padova, CEDAM.

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., 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.

JAMES A. MONTELEONE (1999), *Gli indicatori dell'abuso infantile*, Torino, Centro Scientifico Editore.

GULOTTA G. E CUTICA I. (2004), *Guida alla perizia in tema di abuso sessuale e alla sua critica*, Milano,, Giuffrè Editore.

NIVOLI G.C., LORETTU L., SANNA M.N., *Il problema dell'abuso nell'infanzia*, Trattato italiano di psichiatria, PANCHERI P. e CASSANO G., (a cura di) cap.86 pp. 3007-3014.

FORNARI U. (2008), *Trattato di Psichiatria Forense*, UTET giuridica.

FONAGY P. et al., (2002), *What works for whom? A critical review of treatments for children and adolescent*, London, The Guilford Press.

KERNBERG P.F.,WEINER A.S. e BARDENSTEIN K.K. (2001), *I disturbi della bambini e negli adolescenti*, Roma, G. Fioriti.

MALACREA M. (1994), *Trauma e riparazione. La cura dell'abuso sessuale all'infanzia*, Milano, Raffaello Cortina.

MONTECCHI F. (1999), *I maltrattamenti e gli abusi sui bambini. Prevenzione e individuazione precoce*, Milano, Franco Angeli.

Yuille J.C., Hunter R., Joffe R. e Zaparniuk J. (1993), *Interviewing children in sexual abuse cases*. In G.S. Goodmann e B.L. Bottoms (a cura di), *Child victims, child witnesses*, New York-London, The Guilford Press, pp.95-115.