Associazione Italiana di Psicologia Giuridica
AIPG
10° Corso di Formazione in Psicologia Giuridica, Psicopatologia e Psicodiagnostica Forense

LA VALUTAZIONE DEL PREGIUDIZIO ESISTENZIALE NEL MINORE

Riflessioni e considerazioni sulla valutazione e quantificazione del danno biologico nelle sue componenti psichica e dinamico-relazionale nel minore

Corsista:
Elena Cagnacci

Indice

Introduzione

Capitolo I

Il danno alla persona…….6

1.1 L'evoluzione del concetto di danno alla persona

1.2 Il danno alla persona nel minore, cosa valutare?

1.3 Fattori di rischio e vulnerabilità nello sviluppo del danno alla persona nel minore

Approfondimento 1 *Le capacità genitoriali*

Capitolo II

Danno biologico e ripercussioni esistenziali: le ragioni della scienza e quelle del cuore…..……22

2.1 La componente psichica del danno biologico

2.2 Le conseguenze esistenziali del danno biologico, ovvero la sua componente dinamico-relazionale

2.2.1 Stadi di sviluppo: le ripercussioni del trauma

2.2.2 Prospettiva relazionale del trauma: la risposta del sistema familiare

2.2.3 La resilienza: l'arte di naufragare sui torrenti

2.3 Conseguenze emotive dell'esposizione al trauma

Approfondimento 2 *Le conseguenze psicologiche dell'abuso sul minore*

Capitolo III

L'esame del minore ……..39

3.1 Principali documenti in materia di tutela dell'infanzia

3.1.1 La Carta di Noto

3.1.2 Convenzione di New York sui diritti del fanciullo

3.1.3 Convenzione Europea sull'esercizio dei diritti dei fanciullo

3.2 L'esame del minore

3.2.1 Il colloquio clinico

3.2.2 Esame delle funzioni intellettive

3.2.3 Esame della personalità

3.2.4 Esame neuropsicologico

Capitolo IV

Proposta di valutazione e quantificazione della componente dinamico-relazionale del danno biologico nel minore……...59

4.1 Quantificazione per minori 0-2 anni (prima infanzia)

4.2 Quantificazione per minori 3-6 anni (seconda infanzia)

4.3 Quantificazione per minori 7-11 anni (terza infanzia)

4.4 Quantificazione per minori 12-15 anni (preadolescenza)

4.5 Pesi e misure

Riflessioni conclusive……88

Appendice 1 *Tabelle riassuntive dei test utilizzati nella valutazione del minore*…….92

Appendice 2 *Prassi ed operatività in ambito peritale in età evolutiva*……..96

Appendice 3 *Linee guida per l'utilizzo dei test psicologici in ambito forense*……...99

Bibliografia e Sitografia

Introduzione

L'argomento che ho scelto di trattare ha dapprima suscitato in me un grande entusiasmo, sostituito ben presto da non poche preoccupazioni, data la complessità del tema, ovvero il danno all'integrità psichica e la sua valutazione nel minore, e soprattutto la sua vastità. Nondimeno, il tema della valutazione del pregiudizio di natura esistenziale in seguito ad un trauma cagionato illecitamente è ormai soggetto, da molti anni, a continue modifiche apportate dalla giurisprudenza italiana, nel tentativo di creare un'uniformità di pensiero e soprattutto di metodologia, in un tema che più disforme non può essere, essendone i protagonisti principali le *persone*.

Prima ancora di entrare nel merito delle questioni relative al danno ed alla sua valutazione nei minori ritengo importante sottolineare come questo lavoro sia stato effettuato cercando di creare un po' di chiarezza (mentale) in questa materia in cui tutti i confini sono estremamente labili e spesso confusi o, semplicemente, di difficile comprensione: locuzioni come "bambino", "fanciullo", "giovane", "adolescente", aiutano a classificare le fasce di età ma è impossibile stabilire se a 11 anni si parli di un giovane, un fanciullo o ancora un bambino, soprattutto a causa dei mutamenti socio-culturali che in questo momento storico accompagnano la crescita dei nostri bambini, che sempre più abbandonano la loro condizione di "piccoli" ad età spesso improbabili, riproponendo poi dinamiche infantili che mai ci aspetteremmo in età più avanzate. In questo quadro si può facilmente comprendere come possa risultare difficoltosa la valutazione del carattere patogeno di un comportamento osservato in un bambino, soprattutto se molto piccolo, e se essa si configuri quale conseguenza di un danno aquiliano[1], arrecato dunque ingiustamente al minore e pertanto, ai sensi dell'art. 2059[2] c.c., risarcibile.

Allo stesso modo, intorno al concetto di danno, indipendentemente dai soggetti cui venga arrecato, c'è una generale confusione, una sorta di nube che, grazie agli attuali studi ed alle sentenze che la giurisprudenza italiana continua a fornirci, riesce talvolta a "schiarirsi" e ad allontanarsi da alcuni punti, coprendone però altri, parimenti importanti.

---

[1] Il danno aquiliano ha la sua origine in un plebiscito romano del III secolo a.C. denominato *Lex Aquilia de damno (iniuria dato)*. *Lex* in seguito alla Lex Hortensia del 286 a.C. che equiparò il *plebiscitum* alla *lex*; *Aquilia* perché promossa dal tribuno C. Aquilio; *de damno iniuria dato* perché era volta a punire quanti avessero arrecato (*dato*), con un loro comportamento contrario al *jus* (*iniuria*), un qualsivoglia danno a beni appartenenti al soggetto interessato. Essa introdusse nel diritto romano la responsabilità *ex-delicto*, ovvero del principio in virtù del quale la lesione di un diritto soggettivo assoluto o di una posizione giuridica soggettiva tutelata dall'ordinamento, obbliga l'autore della lesione a risarcire i danni patrimoniali e non patrimoniali (www.wikipedia.org).

[2] Art. 2059 Danni non patrimoniali "Il danno non patrimoniale deve essere risarcito solo nei casi determinati dalla legge (Cod. Proc. Civ. 89; Cod. Pen. 185, 598)".

In questo panorama che unisce in se l'indeterminatezza dei concetti di danno, l'individualità dei soggetti, la personalità ancora in via di sviluppo dei minori, le sentenze di cassazione tendenti all'uniformità ed alla chiarificazione, ho cercato di barcamenarmi con la mia qualifica professionale di psicologa, ben distante da quella dell'avvocato, del medico-legale o addirittura del giudice.

Mi sono resa conto che, al di là della complessità dei temi spesso distanti dalla mia formazione - come le sentenze di legge o le componenti puramente biologiche dei traumi, ci sono molti aspetti di fondo che rimarranno indefiniti poiché indefiniti sono spesso i soggetti di questa disciplina.

Così, se la nota sentenza della Corte Costituzionale del 1986[3] apriva il dibattito sul danno biologico, estraendolo dalla sua indeterminatezza, le sentenze successive non sono riuscite a schiarire la nube di evanescenza che il concetto di *danno* racchiude in se. Sicuramente di passi avanti ne sono stati fatti: la sentenza n.372/94 ha, ad esempio, valorizzato il compito che la medicina legale ha nella distinzione di ciò che deve essere risarcito in quanto danno biologico e ciò che invece attiene ad una sfera *morale*, con una particolare attenzione al danno psichico, concetto al confine tra i due.

Ma è con l'avvento degli anni 2000 che un rinnovato impulso è stato dato al tema della valutazione del danno, impulso che ha permesso l'introduzione di "nuove" figure professionali (come lo specialista psichiatra o lo psicologo), diverse dal medico-legale, nello studio e nella stima del danno; figure che leggessero con "occhi diversi" la dimensione soggettiva del danno, nelle sue componenti dinamico-relazionali. È stato così che le Sezioni Unite, con le sentenze gemelle promulgate nel Novembre 2008 (n.26972/2008, n.26973/2008, n.26974/2008, n.26975/2008), hanno innovato i criteri risarcitori del danno non patrimoniale, danno tipico, liquidabile solamente nei casi previsti dalla legge e di compromissione di diritti inviolabili[4]. In particolare, riferendoci alla suddivisione bipolare (danno patrimoniale/danno non patrimoniale), il danno non patrimoniale costituisce una categoria a se e, *solo* a fini descrittivi e nominalistici, è suddiviso in danno biologico, morale ed esistenziale. Infine, le stesse sentenze determinano che "*il giudice anziché procedere alla separata liquidazione del danno morale in termini di una percentuale del danno biologico (procedimento che determina una duplicazione di danno), deve procedere ad un'adeguata personalizzazione del danno biologico, valutando nella loro effettiva consistenza le*

[3] La sentenza dalla Corte Costituzionale n. 184 del 14/7/1986 introduceva per la prima volta il concetto di danno biologico, inteso quale lesione dell'integrità psico-fisica del soggetto, *tertium genus* rispetto al danno patrimoniale ed a quello non patrimoniale (da reato).

[4] Chindemi D., *Il danno alla persona dopo le sezioni unite*, Maggioli Editore, Santarcangelo di Romagna, 2009.

sofferenze fisiche e psichiche patite dal soggetto leso, onde pervenire al ristoro nella sua interezza[5]".

Fortunatamente dunque, le sentenze del 2008, invece di "contrastare" il mulino a vento dell'indeterminatezza ed il suo destriero dell'uniformità, sono riuscite ad "allearsi" con loro, favorendo la c.d. *personalizzazione* del danno, che può essere effettuata solo da chi di *persona* se ne intende.

Con il presente lavoro, dunque, si è cercato di inquadrare l'attuale panorama legislativo in tema di danno non patrimoniale con pregiudizio esistenziale, e contemporaneamente si è cercato di comprendere il prodotto del primo fattore con l'età evolutiva, per definizione mutevole e dunque difficilmente inquadrabile. Come per gli adulti, sono, infatti, svariati i casi in cui un minore può incorrere in un trauma che possa costituirsi pregiudizievole nella crescita sana, deviandone così il corso non solo in termini di sviluppo di una psicopatologia, ed allora si parlerebbe di un danno biologico-psichico, ma in termini di peggioramento della qualità della vita del minore, rendendolo diverso dai suoi coetanei e minando così la sua personalità.

Vista l'importanza di quanto appena affermato non proseguo oltre in queste linee introduttive, procedendo invece alla stesura di questa breve tesi che, spero, possa essere chiarificatoria da un lato, ma che offra la possibilità di nuovi spunti di riflessione e considerazioni per chi, da più tempo di me e con diverse competenze dalla mie, si occupa di questa disciplina tanto affascinante ed eterogenea quanto insidiosa e spesso dolorosa, avendo a che fare con gli eventi traumatici della vita.

Da ultimo, il presente lavoro è suddiviso in quattro capitoli: il primo è dedicato ad un excursus storico-giuridico comprendente le tappe principali della recente riflessione giuridica e medico-legale in tema di danno alla persona e della sua valutazione nel momento in cui incontra il minore; il secondo è invece riservato al concetto di danno biologico, particolarmente rilevante nelle sue componenti psichico e dinamico-relazionale, di interesse squisitamente psicologico; nel terzo capitolo si è definito l'esame del minore, non senza accennare ai principali documenti relativi alla tutela dell'infanzia. Nel trattare il tema dell'esame del minore ne sono state approfondite le dimensioni principali, ovvero quella del colloquio clinico e della somministrazione dei test. Infine, l'ultimo capitolo, di natura più pratica, è dedicato ad una proposta di valutazione e quantificazione della componente dinamico-relazionale del danno biologico nel minore, sulle orme della proposta avanzata dall'AIPG e riconosciuta dall'Ordine degli psicologi.

[5] Tribunale di Milano del 11.12.2008, Dott. Spera

CAPITOLO I
IL DANNO ALLA PERSONA

"... ognuno agisce sugli altri e subisce dagli altri
un'altra azione, con gli altri si incontra
e ne trae danno o vantaggio"
Plotino (III sec. D.C.)

1.1 L'evoluzione del concetto di danno alla persona

Il concetto di *danno alla persona*, così come oggi lo conosciamo, deriva da un lungo processo di elaborazione dottrinale e giurisprudenziale iniziato negli anni '70 e ad oggi approdato al recente ritorno alla bipolarità del danno nelle sue dimensioni di danno patrimoniale e/o non patrimoniale[6].

Le radici del concetto di danno, tuttavia, si possono far risalire addirittura a prima delle guerre mondiali, asserendo che esso si è sviluppato nel tempo parallelamente al concetto di *trauma*.

Nel 1878 Eulenburg definì come "trauma psichico" l'impatto psicologico degli eventi di vita stressanti sul funzionamento del sistema nervoso; successivamente la giovane psichiatria spostò l'attenzione sulla *sintomatologia* riferita dalle persone traumatizzate, una sintomatologia non direttamente riconducibile a cause organiche, ma attribuibile ad emozioni intense di paura o di terrore, introducendo così le nozioni di "nevrosi post-traumatica" (Oppenheim, 1892) e "nevrosi da paura" (Kraepelin, 1896). Con le guerre mondiali l'attenzione alle risposte ab-normi dei soldati tornati dal fronte e la "scoperta" dei disturbi di ordine post-traumatico determinò la legittimità del danno che aveva dunque diritto ad un "risarcimento". Nel 1942 fu così introdotto nel Codice Civile l'art. 2042 (risarcimento per fatto illecito) che affermava che "*qualunque fatto doloso o colposo, che cagiona ad altri un danno ingiusto, obbliga colui che ha commesso il fatto a risarcire il danno*" (Codice Penale, art. 185). Contemporaneamente l'art. 2059[7] c.c. introduceva il concetto di ***danno non patrimoniale***, detto anche "danno morale" o *pretium doloris*, riguardante quegli aspetti

[6] Non più inteso solo come il danno morale e "liberato" dal vincolo imposto dall'art. 2059 c.c,. relativo all'astratta configurabilità del reato.
[7] Art. 2059 c.c. "*Il danno non patrimoniale deve essere risarcito solo nei casi determinati dalla legge".*

dolorosi ma tuttavia circoscritti in un periodo di tempo limitato, che incidevano sulla sfera psichica a causa di un evento che interessava la propria persona o una persona verso cui si avevano dei vincoli affettivi (la perdita di un parente). L'accento veniva così posto sulla "sofferenza" individuale, fisica e psichica, e finalmente la vittima sarebbe stata risarcita di essa a condizione, però, che l'evento si configurasse come illecito. Il danno morale, tuttavia, delineandosi come "transeunte", non prendeva in considerazione la possibilità che ci potessero essere delle alterazioni psichiche (oltre che fisiche) permanenti provocate dall'evento lesivo. Il dibattito giurisprudenziale che si sviluppò successivamente, negli anni '70, mise in crisi questo sistema dicotomico danno patrimoniale - danno non patrimoniale, introducendo il concetto di "danno biologico" che sarebbe stato ufficializzato solo nel 1986 (sentenza n. 184/1986) e che veniva così definito come "*menomazione della persona vista nella somma delle funzioni naturali aventi rilevanza biologica, culturale, sociale ed estetica*", una menomazione che sussisteva anche a prescindere da altre conseguenze quali quelle morali o patrimoniali, derivanti dall'evento lesivo[8]. Una volta definito il concetto di "danno biologico" si rendeva necessaria una definizione dei suoi criteri di risarcibilità.

Prima degli anni '70 esso veniva liquidato con un'operazione di calcolo riferita al reddito del danneggiato che veniva così risarcito della sua diminuita capacità di produrre un introito in seguito all'evento lesivo. Ad oggi ci appare evidente come questa soluzione fosse estremamente arbitraria vista l'impossibilità di impiego e di applicazione a tutti quei soggetti che non avevano un proprio reddito, quali i *minori*, i disoccupati, le casalinghe e via dicendo, e che riportavano quindi solo una diminuzione della loro generale ed astratta capacità di produrre reddito[9]. Si rendeva dunque necessario un modello di danno alla persona il cui *risarcimento fosse affrancato dal dato reddituale* e, per questo, concedibile indistintamente a tutti coloro che subivano un pregiudizio[10].

Nel tentativo di superare i limiti di questo sistema si considerò l'esistenza di un danno biologico accordabile a tutti poiché non riconducibile *ad una diminuita capacità reddituale, bensì ad una lesione dell'integrità fisica e psichica; un danno che fosse collocabile nell'area del danno patrimoniale[11], perché i vincoli imposti dall'art. 2059 c.c. ne avrebbero pregiudicato la concedibilità in ogni caso di danno a persona dovuto a responsabilità di terzi[12]*.

---

[8] Pernicola C., *Guida alla valutazione del danno biologico di natura psichica. Criteri, tabelle ed esempi,* Franco Angeli, Milano, 2008.
[9] Simone Cattaneo, *Il danno alla persona e la riscoperta del sistema risarcitorio bipolare: percorsi di giurisprudenza*, in www.altalex.com
[10] *Ibidem*
[11] La successiva giurisprudenza considererà il danno patrimoniale solo in rapporto alla possibilità di misurazione di quest'ultimo secondo criteri oggettivi ed uniformi. Di conseguenza il danno all'integrità psico-fisica della persona non poteva non essere un danno di ordine patrimoniale.
[12] Simone Cattaneo, *Il danno alla persona e la riscoperta del sistema risarcitorio bipolare: percorsi di giurisprudenza*, in www.altalex.com

La definitiva approvazione di un sistema uniforme e universalizzato si colloca negli anni '80 con la sentenza precedentemente nominata n. 184/1986, che creava inequivocabilmente tre voci di danno: ***danno biologico***, con valore centrale (c.d. "evento"), ***danno patrimoniale*** e ***danno non patrimoniale*** (c.d. "conseguenza").

In seguito alla suddetta tripartizione del danno alla persona, *solo in presenza* di un evento lesivo che producesse un danno biologico (che fosse fisico o psichico), veniva valutato e risarcito anche il danno-conseguenza in entrambe le sue dimensioni di "danno non patrimoniale", come *danno morale* che, per sua definizione era *transeunte* sofferenza e consisteva nel c.d. *patema d'animo*; e di "danno patrimoniale", come *danno da lucro cessante*, quale preclusione alla possibilità di produrre un reddito.

La successiva giurisprudenza si uniformò al sistema citato e presso i tribunali d'Italia vennero pubblicate le tabelle (tutt'ora in uso) che contribuirono a dare maggiori certezze al risarcimento del danno biologico.

Le carenze di questo modello non tardarono tuttavia a presentarsi: si pensi al risarcimento del danno alla persona a tutti i soggetti diversi dalle persone fisiche (come ad esempio gli enti) o quando esso fosse consistito nella sola sofferenza, senza alcuna lesione all'integrità psicofisica.

Insomma, la centralità necessaria del danno biologico in entrambe le sue componenti fisica e psichica, portava ad escludere la risarcibilità di un simile pregiudizio, seppur fondato e consistente.

Si rese dunque indispensabile un riesame del paradigma, a fronte del quale il danno non patrimoniale venne "promosso" nella categoria dei danni- evento, ricevendo così parità rispetto al danno biologico e risarcibilità a prescindere da questo[13].

In questo panorama il danno non patrimoniale rimaneva comunque sotteso alla presenza del reato, non considerando e lasciando irrisarcite tutte quelle situazioni non patrimoniali che non erano determinate da un reato e che non avevano prodotto una lesione psicofisica.

Si faceva così strada la figura del c.d. danno esistenziale con cui, come afferma Bianchi, non più solo la salute, ma l'intero "mondo della vita" – l'insieme delle attività realizzatrici della persona umana – fa il suo ingresso e diventa oggetto d'indagine e di valutazione[14]: "*Si può affermare che la categoria del danno esistenziale sorge in risposta ad una sensibilità preesistente e latente nell'operato dei giudici, volta a recepire quelle istanze risarcitorie che, pur ritenute dalla sensibilità sociale, del pari, meritevoli di tutela, non erano facilmente inquadrabili nella rigida*

[13] Simone Cattaneo, *Il danno alla persona e la riscoperta del sistema risarcitorio bipolare: percorsi di giurisprudenza*, in www.altalex.com

[14] Bianchi A. (a cura di), *La valutazione neuropsicologica del danno psichico ed esistenziale*, Collana di Medicina Legale e Scienze Affini, Cedam, Padova, 2005.

griglia delineata dal sistema cosiddetto bipolare, perché non apparivano in grado di attraversare le maglie strette della risarcibilità del danno morale ed, al contempo, non presentavano la matrice medico-legale intrinsecamente connessa alla nozione di danno biologico in senso stretto"[15].

Elaborato dalla scuola giuridica triestina, il danno esistenziale ricevette definitiva consacrazione giurisprudenziale con la pronuncia della Corte di Cassazione n. 7713 del 7/6/2000: "*La nuova figura di danno consente di valorizzare, in termini di tutela risarcitoria, le diverse espressioni e manifestazioni della personalità, sia all'esterno che all'interno del nucleo familiare, correlate a quei valori che sono riconosciuti e garantiti dalla Costituzione. In ciò personalmente leggo l'approdo ad una concezione dinamica dei diritti inviolabili dell'individuo che guarda ad essi nel loro divenire e realizzarsi attraverso le relazioni sociali, affettive, lavorative, familiari*"[16].

Nella fattispecie, ed in tema di minori, era stato convenuto in giudizio un genitore inadempiente per molti anni all'obbligo del mantenimento del figlio, parte istante. Nonostante questi avesse ricevuto gli importi alimentari dovuti, richiedeva un ulteriore risarcimento per altri danni personalmente subiti "sia nell'aspetto affettivo che economico", in conseguenza del comportamento deliberatamente inadempiente del padre. La Corte di Cassazione confermava la decisione della Corte d'Appello di Venezia, motivando che il risarcimento concesso al figlio doveva comprendere i danni legati al ritardo nell'assegnazione di quanto dovuto, ed era necessario includere la violazione in se, ovvero il comportamento inadempiente del padre, violazione che ledeva i diritti fondamentali della persona, costituzionalmente riconosciuti, quali quello di minore e di figlio dell'originario attore. Per inciso, il comportamento inadempiente del padre ledeva i diritti del minore riconosciuti dalla Convenzione di New York del 1989[17].

A questo punto, si può comprendere meglio lo "spirito" sotteso al riconoscimento del danno esistenziale. Prima di allora, difatti, tutti i pregiudizi che non comprendessero una diminuzione del patrimonio, o che non fossero determinati da un illecito o ancora, che non mostrassero una lesione

---

[15] Pedrazzi G., *Il danno esistenziale,* in G. Ponzanelli (a cura di): *La responsabilità civile. Tredici variazioni sul tema*, Cedam, Padova, 2002, pag. 42.

[16] De Matteis R., *Il danno esistenziale,* in *Danno e responsabilità*, 2002, pag. 571.

[17] Secondo tale Convenzione il bambino, da semplice oggetto diviene soggetto di diritti che gli adulti sono tenuti a riconoscere. Essa tratteggia il minore come un soggetto che è libero di muoversi, esercitando i diritti che gli ordinamenti comunemente riconoscono anche ai maggiorenni, purché l'esercizio di questi diritti avvenga in un ambiente sicuro. Quando vengono compromessi e lesi i suddetti diritti fondamentali del bambino sanciti nella Convenzione dei diritti del fanciullo di New York del 1989, si configura in linea di principio un **illecito**. Le procedure processuali, attraverso le quali il minore può concretamente esercitare tali diritti, sono disciplinate dalla Convenzione europea sull'esercizio dei diritti dei fanciulli. Quest'ultima, elaborata a Strasburgo il 25 gennaio 1996, ratificata e resa esecutiva in Italia mediante la legge n. 77 del 20 Marzo 2003, recepisce ed applica nel campo delle procedure familiari che riguardano un minore il principio, introdotto dalla Convenzione sui diritti del fanciullo di New York , che individua nel minore stesso un soggetto di diritti.

psico-fisica dimostrata da una valutazione medico-legale, non sarebbero stati risarciti[18]. Al contrario, trovavano tutela il solo danno biologico, in quanto lesione dell'integrità psico-fisica del soggetto, il danno morale, ex art. 2059 c.c., quale sofferenza transeunte e coincidente con il patema d'animo, risarcibile solo in presenza di reato, ed il danno patrimoniale, ex 2043 [19]c.c., quale perdita o diminuzione del patrimonio.

In tal senso, il danno esistenziale sussisteva a prescindere da una lesione psico-fisica (danno biologico), era autonomo dal danno patrimoniale (che comprendeva una diminuzione della capacità reddituale) e, rispetto al danno morale, come spiega Cendon, non consisteva in una sofferenza (o patema d'animo) relativa alla dimensione del "sentire", ma si ascriveva alla sfera del "fare", o meglio, del "non poter più fare" le attività che concretamente caratterizzavano la vita del soggetto.

Diveniva così un danno polivalente, comprensivo di qualsiasi modificazione in senso peggiorativo delle abitudini di vita di un individuo e conforme alla definizione di salute elaborata dall'Organizzazione Mondiale per la Sanità (OMS) quale "*un complesso stato di benessere fisico, mentale e sociale e non la mera assenza di malattia*[20]". Al contempo tuttavia, manteneva in se la responsabilità aquiliana quale *condizio sine qua non* della concedibilità del danno e fu solo nel corso del 2003 che cominciarono ad emergere nuove esigenze di chiarezza, relative alla necessità di creare un modello universalmente riconosciuto che delimitasse il proprio ambito di applicazione escludendo con ciò tutte le doglianze non dimostrabili e concedibili a discrezione della magistratura[21].

Con le note sentenze gemelle n. 7281-82-83/2003 veniva così riconosciuto il risarcimento del danno non patrimoniale anche nei casi in cui il fatto-reato fosse stato solo presunto: "*sarebbe incongruo ritenere che […] il danneggiato attore possa ottenere o no il risarcimento del danno non patrimoniale a seconda che abbia o meno dato la prova di un fatto (colpa) che non gli compete e la cui mancanza va invece provata dall'altra parte. Posto che, se la colpa fosse sussistente, il fatto integrerebbe il reato e il danno non patrimoniale sarebbe dunque risarcibile, la non superata*

[18] In una sentenza del Tribunale di Lecco viene esemplificata la problematica relativa riconoscimento del danno esistenziale: "*In materia di risarcimento dei danni deve ritenersi che, al di fuori del danno patrimoniale, possano essere riconosciuti soltanto il danno biologico e il danno morale, che esauriscono tutta la gamma delle lesioni (non patrimoniali) possibili (patologiche, quanto al danno biologico; non patologiche quanto al danno morale): aggiungere una nuova voce di danno, quale quella del c.d. danno esistenziale, alle categorie attualmente già risarcibili serve soltanto ad aggirare la questione dei criteri da cui dipendono la risarcibilità del danno biologico e del danno morale nonché la loro corretta valutazione*". (Tribunale di Lecco, 5/3/2002 in Giur. milanese 2004,31).

[19] L'art. 2043 riprende il principio del *neminem laedere* del diritto romano; alla luce di questo fondamentale principio, il comportamento umano, sia esso commissivo (un fare) che omissivo (un non fare), non deve ledere con le sue conseguenze, l'altrui sfera giuridica (Giannini e Pogliani, 1997). In Dominici R. (a cura di), *Il danno psichico ed esistenziale*, Giuffrè Editore, Milano, 2006.

[20] Chindemi D., *Il danno alla persona dopo le sezioni unite*, Maggioli Editore, Santarcangelo di Romagna, 2009.

[21] Simone Cattaneo, *Il danno alla persona e la riscoperta del sistema risarcitorio bipolare: percorsi di giurisprudenza*, in www.altalex.com

presunzione di colpa altro non significa che essa agli effetti civili sussiste, sicché il fatto senz'altro corrisponde anche in tale ipotesi alla fattispecie astratta di reato[22]*. […] Sembra del tutto improprio frustrare gli scopi di una disposizione, qual è l'art. 2059* c.c.*, che non mira punire i responsabili, ma a consentire il risarcimento del danneggiato dal fatto illecito anche se leso in interessi non economici, operandone un'interpretazione del tutto antinomica rispetto all'esigenza alla quale il sistema in cui è inserita palesemente si ispira: quella, appunto, di rendere possibile il risarcimento del danno anche se la prova della colpa sia raggiunta grazie ad una presunzione legale*[23]*".*

Così, dunque, secondo la Suprema Corte, *"alla risarcibilità del danno non patrimoniale ex art. 2059 c.c. e 185 c.p. non osta il mancato positivo accertamento della colpa dell'autore del danno se essa - come nei casi di cui agli articoli 2054 e 2051 c.c. - debba ritenersi sussistente in base ad una presunzione di legge e se, ricorrendo la colpa, il fatto sarebbe qualificabile come reato*[24]*".*

Successivamente con le sentenze n. 8827 e 8828 del 31/5/2003 la Corte di legittimità si spinge oltre, offrendo una lettura "costituzionalmente orientata" dell'articolo 2059 c.c.: "*Nel vigente assetto dell'ordinamento, nel quale assume posizione preminente la Costituzione - che, all'art. 2 riconosce e garantisce i diritti inviolabili dell'uomo - il danno non patrimoniale deve essere inteso come categoria ampia, comprensiva di ogni ipotesi in cui sia leso un valore inerente alla persona, non esaurendosi esso nel danno morale soggettivo*[25]*".*

In tal senso la "*tutela risarcitoria della persona […] va ricondotta al sistema bipolare del danno patrimoniale di quello non patrimoniale, quest'ultimo comprensivo del danno biologico in senso stretto (configurabile solo quando vi sia una lesione all'integrità psico-fisica secondo i canoni fissati dalla scienza medica), del danno morale soggettivo come tradizionalmente inteso (il cui ambito resta esclusivamente quello proprio della mera sofferenza psichica e del patema d'animo) nonché dei pregiudizi, diversi ed ulteriori, purché costituenti conseguenza della lesione di un interesse costituzionalmente protetto*[26]*".*

Appare dunque evidente una redécouverte del sistema bipolare in cui il danno esistenziale può essere risarcito in quanto danno non patrimoniale ex art. 2059 c.c., allorché sussista una violazione dei diritti costituzionalmente qualificati[27], violazione che diviene una clausola di tutela

[22] Cassazione n. 7281/2003 pag. 4.
[23] *Ibidem*
[24] Cassazione n. 7281 del 12/5/2003 in *Foro it.* 2003, I, 2274; Cassazione n. 7282 del 12/5/2003 in *Resp. Civ e prev.* 2003, 676; Cassazione n. 7283 del 12/5/2003 in *Giur. It.* 2004, 1130.
[25] Cassazione n. 8828/2003, pag. 5.
[26] Cassazione n. 8827/2003, pag. 16.
[27] Il Tribunale di Roma affermerà che "non è concepibile nel nostro ordinamento, e di conseguenza non è autonomamente risarcibile, il danno c.d. "esistenziale", asseritamente consistente nella perdita o nello stravolgimento

contro il rischio d'espansione a dismisura dei pregiudizi risarcibili e contro eventuali ingiustificati risarcimenti. Nel corso del tempo, infatti, la nozione di "danno esistenziale" è andata a coprire ambiti che dovrebbero rimanere estranei all'attività giurisdizionale, generando un proliferare di cause futili e fantasiose, incardinate sull'idea che ogni minimo intoppo nella vita quotidiana, quantunque non originato da illecito e non produttivo di un danno patrimoniale o biologico, cagiona un danno esistenziale. Si sono così visti giudici di pace investiti di richieste risarcitorie per fatti d'importanza nulla se non risibile, come non aver potuto vedere una partita di calcio per un blackout o non aver trovato al ristorante il piatto inscritto sul menù. Le Sezioni Unite sono quindi intervenute per porre fine a questa distorta interpretazione del danno non patrimoniale, affermando che esso non è tipicizzabile in astratto, ma che deve essere valutato caso per caso individuando non una generica sfera esistenziale, ma singole aree di vita del danneggiato presidiate da diritti inviolabili della persona riconosciuti dalla Costituzione o da altri principi generali recepiti dell'ordinamento (quali ad esempio la dichiarazione universale dei diritti dell'uomo)[28].

Giungiamo così alla svolta compiuta dalle Sezioni Unite nel Novembre 2008 che, con la pretesa di indirizzare in una sola direzione i difformi orientamenti del danno non patrimoniale, promulgava le sentenze gemelle n. 26972, 26973, 26974, 26975. Queste riproponevano il principio della bipolarità del danno e della "sparizione", solo a livello nominativo, delle sue parti costitutive (danno biologico, morale ed esistenziale). Il danno esistenziale "mutava" così pelle, trasformandosi nella componente "dinamico- relazionale" del danno biologico ed insieme alla dimensione "morale" rimaneva e rimane tutt'ora, seppur a livello descrittivo, di rilievo pratico all'interno del contenitore del danno non patrimoniale, con la possibilità di ampliarsi o restringersi in relazione alle mutevoli esigenze di una società che è sempre più attenta al "valore uomo" in tutte le sue componenti psichiche e fisiche.

In tal senso ed in via conclusiva di questo breve excursus sul danno alla persona, l'attenzione crescente alla necessità dell'uomo ed al riconoscimento dei suoi diritti dovrebbe ampliarsi anche nella direzione del minore che, al contrario dell'adulto, non è sempre in grado di pretendere i propri diritti ne può appropriarsi di quelli di quest'ultimo. L'effetto pragmatico risiede in una grande lacuna nella valutazione e quantificazione del danno non patrimoniale nel minore nella sua componente dinamico-relazionale, colmata nel trattamento del bambino al pari dell'adulto.

---

delle proprie abitudini di vita; tale tipo di pregiudizio, infatti, costituisce un danno indistinguibile dalle sofferenze morali con la conseguenza che di esso si deve debitamente tenere conto nella liquidazione del (unico ed unitario) danno morale, e non può essere liquidato a parte ed in aggiunta rispetto gli altri danni non patrimoniali". (Tribunale di Roma, 16 Gennaio 2004 in *Giur. Romana* 2004, 106).

[28] Chindemi D., *Il danno alla persona dopo le sezioni unite*, Maggioli Editore, Santarcangelo di Romagna, 2009.

Se, infatti, da un lato, è ad oggi prevista la c.d. *personalizzazione* del danno biologico nella sua componente dinamico-relazionale che porta ad una quantificazione che *solo* un giudice può dare, dall'altro la stessa personalizzazione non può riferirsi ai parametri utilizzati nell'adulto, così che la componente dinamico-relazionale nel bambino non può limitarsi ad essere un "non poter più fare", ma deve necessariamente includere un criterio legato all'età.

1.2 Il danno alla persona nel minore, cosa valutare?

Quanto fin qui esposto apre senz'altro gli occhi sulla complessità del tema "danno alla persona". Certo è che nel momento in cui si parla di esseri umani e della loro soggettività è difficile, se non impossibile, cercare di quantificare oggettivamente la sofferenza esperita e, come poc'anzi affermato, questo è il compito del giudice che, trovandosi davanti una personalizzazione di un danno apportata da un consulente tecnico, deve cercare di tradurre pecuniariamente le parole descrittive dello stato d'animo di una persona…e se invece di una persona adulta si parlasse di un bambino? Magari uno molto piccolo, ad esempio di tre anni, che ha subìto la perdita di un genitore, come regolarsi?

In primo luogo la giurisprudenza italiana non fa particolari distinzioni in materia di minore: nel momento in cui parla di personalizzazione della componente dinamico-relazionale del danno biologico "chiude" la possibilità di distinguere i soggetti della valutazione, dal momento che è quest'ultima che deve variare in funzione di essi. Pertanto, ciò che invece muterà sarà la metodologia di indagine e gli aspetti che verranno presi in considerazione. Nella fattispecie, quando si esamina un bambino bisogna aver presente che non ci si trova di fronte ad una versione "in piccolo" di un adulto. Da un punto di vista biologico, i bambini possiedono un cervello che è in costante "movimento" e la complessità di questa evoluzione è evidente nei differenti processi di sviluppo che si verificano, strutturalmente e funzionalmente, nelle varie età della vita del bambino. Non solo lo sviluppo cerebrale non segue un andamento lineare, ma i processi neurali e le strutture che possono essere presenti durante l'età evolutiva non è detto che siano riscontrabili in età adulta[29].

Vista la complessità dello sviluppo cognitivo ed emotivo infantile, si può comprendere come le conseguenze di un trauma possano manifestarsi lungo l'intero arco di vita. Come afferma Bianchi, *se i precursori di processi complessi vengono danneggiati nell'infanzia, per esempio,*

[29] Bianchi A. (a cura di), *La valutazione neuropsicologica del danno psichico ed esistenziale,* Collana di Medicina Legale e Scienze Affini, Cedam, Padova, 2005.

potrebbe risultare danneggiata l'espressione di abilità come la lettura o la scrittura[30]. Inoltre, quando si analizzano i minori, bisogna tenere in considerazione la possibilità che i traumi si riaffaccino in momenti successivi della vita, ovvero in maniera "ritardata", riattivati da altre esperienze traumatiche o da fasi della vita particolari.

Nella valutazione del danno alla persona sul minore, dunque, diviene fondamentale tenere in considerazione sì il cambiamento evolutivo (cognitivo, emotivo e comportamentale) del bambino e la suddetta complessità dei processi di sviluppo ma, soprattutto, non il "*non poter più fare*" descritto nel caso dell'adulto, ma un "*non poter fare rispetto ai coetanei (o alla propria età)*" (criterio anagrafico). Inoltre, come vale anche per l'adulto, risulterà fondamentale, tracciare una vera e propria linea di demarcazione tra ciò che accadeva prima e dopo il trauma (criterio temporale).

Il criterio anagrafico e quello temporale sembrano dunque fondamentali nella determinazione della componente dinamico-relazionale del danno e, tra l'altro, essi consentono di "valutare" anche quei bambini particolarmente piccoli che non sono senz'altro in grado di sottoporsi ai test psicologici più comuni, come quelli di due o tre anni, o che comunque non possiedono la capacità di esprimere la propria sofferenza se non con il comportamento o, appunto, il "ritardo" nello sviluppo.

Allo stesso modo, infatti, se nella valutazione dell'adulto si indagano le attività particolari del soggetto, quelle che lo autorealizzano e lo caratterizzano in quanto tale (ad es. gli hobbies extra-lavorativi), nel minore risulta forse difficile indagare le stesse aree, proprio a causa della personalità ancora in via di sviluppo e pertanto, scarsamente caratterizzata dalle stesse "attività particolari" dell'adulto, da non confondere quindi con quelle appartenenti alla realtà giornaliera, che possono consistere nella scuola o nelle attività sportive extrascolastiche.

Se le "attività particolari" negli adulti consistono nelle attività autorealizzatrici (che possono essere senza dubbio le più disparate), nei minori esse variano fortemente in funzione dell'età del bambino/giovane (fanciullo)/adolescente. Le "attività particolari" di un bambino al di sotto dei tre anni possono consistere, ad esempio, nella frequentazione più o meno assidua con dei nonni che possono essere più o meno educativi o, nei bambini tra i 4 e gli 11 anni, può consistere nel gioco, che è l'attività maggiormente svolta in quella fascia d'età. Ancora, in un pre-adolescente possono consistere nella semplice relazione interpersonale con gli amici, giocando ad esempio ad un video-gioco ed al contempo scambiandosi le prime confidenze, ed in un adolescente si possono rintracciare nella prima relazione significativa con l'altro sesso o nel suonare con il proprio gruppo musicale.

[30] Bianchi A. (a cura di), *La valutazione neuropsicologica del danno psichico ed esistenziale*, Collana di Medicina Legale e Scienze Affini, Cedam, Padova, 2005.

Come è evidente, dunque, le "attività particolari" nel minore sono spesso da ricondurre ad una dimensione fortemente interpersonale, non necessariamente presente nell'adulto.

La scuola e le attività svolte al di fuori di essa sono di fondamentale importanza nella valutazione del funzionamento del minore, visto che il suo mondo vi ruota attorno. Si valuterà quindi ***l'andamento scolastico prima e dopo il trauma***, se ci sono variazioni significative nel profitto o forti peggioramenti poco spiegabili sia nel rendimento che nel comportamento verso i compagni e l'autorità. Ad es. è interessante notare se sussista improvvisamente un rapporto di forte dipendenza da un insegnante o, in un adolescente, se iniziano a verificarsi comportamenti di esagerata opposizione nei confronti del corpo docenti e del regolamento scolastico. È altresì importante il "monitoraggio" delle assenze, qualora fossero frequenti ed ingiustificate (nell'adolescente) e protratte per lunghi periodi ad intervalli più o meno regolari nel bambino.

Dai racconti degli insegnanti è possibile anche cogliere informazioni sulle ***relazioni con i compagni***. Sarà quindi importante fare attenzione alle loro variazioni rispetto al gruppo dei pari, se esse si siano improvvisamente dissolte (ed in quale misura) e se il bambino/ragazzo/adolescente si sia isolato rispetto ai coetanei o, al contrario, abbia stretto delle amicizie "particolari" con personaggi non appartenenti al "proprio mondo" (adulti, studenti molto più grandi, strani colleghi dei genitori, ecc…).

Al pari dell'ambiente scolastico è fondamentale valutare anche quello di natura ***extra-scolastica***, poiché la vita dei minori gravita intorno a questi due mondi, uniti tra loro dalla dimensione della relazionalità. Si valuterà dunque la presenza/assenza di esse con il relativo vissuto nei loro confronti. Anche in questo caso cercheremo di comprendere in che misura il minore è coinvolto e partecipa attivamente ad esse o, al contrario, se ne rimane ai margini. Ovviamente anche questo criterio è da valutare in relazione all'evento traumatico; se esse erano presenti prima o se sono state interrotte in seguito avrà una valenza diversa da un minore che non le abbia mai svolte.

Un'attenzione particolare dovrà essere rivolta all'attività principe, al bisogno prevalente e vitale dall'infanzia alla pre-adolescenza, ovvero il ***gioco***. L'attività ludica ha un peso formativo rilevante nello sviluppo del bambino il quale, attraverso di esso, gradualmente socializza con i suoi coetanei, superando così l'egocentrismo infantile ed imparando ad essere perseverante, ad avere fiducia nelle proprie capacità, ad essere creativo, a sperimentare le sue capacità cognitive, a scoprire se stesso ed a sviluppare, quindi, la sua personalità. I giochi a cui i bambini si dedicano, pur modificandosi parallelamente con lo sviluppo intellettivo e psicologico, sono un aspetto fondamentale della loro vita per comprendere, come afferma il Piccolo Principe, che "l'essenziale è

invisibile agli occhi[31]". I naturali stimoli a comunicare, a socializzare, a far da se, ad esplorare trovano, a contatto con il gioco, l'occasione concreta per ampliare ed esaltare le loro potenzialità formative.

La mancanza di una dimensione così fondante dell'essere umano, specialmente se si sia protratta nel tempo, può causare dei gravi risvolti esistenziali nel bambino che può divenire introverso, timido, insicuro e ridurre fortemente le occasioni di socializzare, di farsi degli amici, di confrontarsi con loro, di crescere sereno e maturare[32].

I sopracitati ambiti della scuola, delle relazioni interpersonali, delle attività extrascolastiche e del gioco vanno senz'altro valutati nella loro *qualità* in riferimento all'evento traumatico. Il fattore principale di cambiamento risiede infatti nella differenza rispetto al "prima", oltre che rispetto ai propri coetanei. In tal senso le dimensioni della scuola, delle relazioni e delle attività extrascolastiche vanno valutate in base al criterio anagrafico e temporale precedentemente descritti.

Un riferimento a parte merita il tema della ***famiglia***, poiché il minore vi è necessariamente inserito all'interno. Dalla famiglia può partire "il trauma" (si pensi agli abusi ed ai maltrattamenti) ma la famiglia stessa può fungere da contenitore emotivo dei grandi traumi (si pensi ai gravi incidenti, alla perdita di un congiunto, ecc…). Nella valutazione del funzionamento familiare sarà utile un'impostazione sistemico-relazionale che conduca ad un'osservazione psicosociale della famiglia, indagando le competenze genitoriali[33], ed in generale la struttura familiare, con i suoi protagonisti ed il loro funzionamento psicologico, le interazioni, i ruoli, i momenti storici, e così via.

A conclusione di questo breve inventario delle aree da indagare nella valutazione del minore, vorrei sottolineare la *necessità perentoria* di analizzare approfonditamente il ***funzionamento cognitivo, emotivo ed affettivo*** del minore, non solo attraverso lo strumento del colloquio clinico, ma anche con l'ausilio di opportuni test di tipo neuropsicologico, di livello e di personalità, approfonditi nel Capitolo III "L'esame del minore".

1.3 Fattori di rischio e vulnerabilità nello sviluppo del danno alla persona nel minore

La questione del danno alla persona nel minore sembra essere investita dunque di una certa importanza legata da un lato alla difficoltà di acquisizione delle informazioni ed alla loro validità e

[31] De Saint-Exupery, *Il piccolo principe*, trad. it. Nini Bompani Bregoli,Milano, 2006, pag. 98
[32] www.personaedanno.it/cms/data/articoli/files/011093_resource1_orig.doc
[33] Vedi *Approfondimento 1* Definizioni e funzioni della genitorialità

dall'altro all'aspetto evolutivo del minore, che da 1 a 18 anni (la maggiore età anagrafica) passa dall'essere una *tabula rasa* ad acquisire numerose conoscenze e competenze che nel corso del tempo struttureranno la sua personalità.

Entrambe questi aspetti sono sottesi alla presenza dei c.d. "**fattori di vulnerabilità**", ovvero una sorta di sensibilità psichica personale che determina la maggiore o minore gravità soggettiva di un evento traumatico. È risaputo come alcuni eventi, prodotti in una qualsiasi fase dello sviluppo dell'individuo, possano produrre gravi conseguenze nella vita psichica, nell'immediato così come a distanza di tempo. Tali eventi lasciano una sorta di "traccia mnestica" che rimane all'interno della memoria senza poter essere cancellata o elaborata, ma anzi venendo talvolta re-integrata nella vita dell'individuo che finisce per agire senza comprendere la motivazione del proprio comportamento.

Considerando ad esempio le conseguenze di un abuso sessuale si può fare una distinzione in effetti immediati a *breve termine*, nosograficamente inquadrabili ad esempio in un DPTS, ed effetti a *lungo termine*, identificabili ad esempio in sintomi aspecifici di tipo depressivo, ansioso, somatizzazioni, alterazioni del comportamento alimentare, ecc…[34] che cambiano profondamente la vita del minore, alterandone lo sviluppo in modo peggiorativo.

Volendo ricondurre al danno alla persona quanto appena affermato, nell'ottica della bipolarità precedentemente descritta, il c.d. danno biologico deve essere considerato all'interno delle sue dimensioni psichica e dinamico-relazionale. La prima si riferisce all'esistenza di una vera e propria psicopatologia (il DPTS, nel caso dell'abuso, ad esempio), mentre la seconda alle componenti dinamico-relazionali (l'ex danno esistenziale, ovvero il cambiamento *in pejus* delle abitudini di vita).

Il danno psichico ed il peggioramento della vita sono quindi sottesi alla presenza di un **trauma**, che Freud definisce inizialmente come *un'esperienza vissuta, fonte di un eccitazione tale che i mezzi psichici normali ed abituali ne possono soffrire, cosa che comporta la comparsa di disturbi*[35]. In *Inibizione, sintomo ed angoscia*, Freud specificava come la situazione traumatica diveniva quella particolare condizione tale per cui l'Io "*teme di essere senza risorse*", e l'angoscia diviene il segnale principe volto ad evitare la comparsa della situazione traumatica. A questo punto l'Io, sopraffatto nelle sue capacità di difesa, sviluppava la c.d. *nevrosi* che poteva essere di origine "traumatica", ovvero generata da fattori esterni o la c.d. *nevrosi infantile*, generata "dall'interno" (mondo fantasmatico del bambino). In ogni caso, nello sviluppo della nevrosi nell'infanzia, rivestono senz'altro importanza i "**fattori di rischio**", ovvero quelle condizioni esistenziali del

[34] http://www.salus.it/psichiatria/abuso_sessuale_infantile3.html
[35] Freud S., *Inhibition, symptôme et angoisse.* P.U.F., Paris, 1951.

bambino e del suo ambiente che comportano un rischio di morbosità mentale superiore a quello che si osserva nella popolazione generale tramite delle inchieste epidemiologiche[36].

Tra i fattori di rischio maggiormente conosciuti distinguiamo in primis gli avvenimenti precisi ed identificabili, come un ospedalizzazione precoce, la nascita di un fratello, l'emigrazione o la separazione dei genitori; ed avvenimenti cronici e durevoli nel tempo, che hanno quindi effetti prolungati, come le difficoltà socio-economiche o un clima familiare degradato. In particolare, per quanto riguarda il bambino stesso, sono fattori di rischio la nascita prematura, la sofferenza neonatale, la gemellarità, la patologia somatica precoce, gli stili di attaccamento e le separazioni precoci; nella famiglia, i malintesi cronici, l'alcolismo, la separazione parentale, la malattia cronica (di un genitore in particolare), la coppia incompleta (ad es. una ragazza-madre) e la morte; a livello sociale, infine, la miseria socio-economica e la condizione di emigrante[37].

Tali elementi spesso si sommano e si rinforzano tra loro (ad es. casi di miseria socio-economica e malattia grave di un genitore), dando così vita a "condizioni favorevoli" per lo sviluppo di una psicopatologia. Tuttavia, *nessun fattore specifico di rischio permette di predirla con certezza* e la loro importanza si rintraccia nella capacità di evidenziare dei fattori psicosociali di sofferenze psichiche. L'aspetto prognostico può assumere d'altro canto una valenza maggiore se si aggiungono le nozioni di *competenza* e *vulnerabilità*[38]. Il concetto di **competenza** comprende in se oltre *l'equipaggiamento neurosensoriale* di base (memoria, percezione, mobilità, ecc…), la *plasticità adattiva* del bambino all'ambiente circostante così come ai traumi, più o meno gravi.

La **vulnerabilità**, invece, così come intesa da Freud e ipotizzata da Bergman ed Escalona[39], consiste in una "*barriera protettiva contro gli stimoli*" avente uno spessore variabile da bambino a bambino. Per inciso, quanto più la barriera è sottile, tanto più il bambino mostrerà un'eccessiva sensibilità ed un sistema difensivo inefficace contro le "intrusioni ambientali" ed, al contrario, quanto più la barriera è spessa, tanto più il bambino avrà una carenza di sensibilità che impedirà all'Io di compiere le buone e necessarie esperienze precoci[40].

L'equilibrio emotivo e la "giusta" apertura all'esperienza sono di conseguenza dati da una vulnerabilità autoregolativa, in grado di inspessirsi o assottigliarsi in relazione all'ambiente (fisico, familiare e sociale) con cui entra il contatto il bambino.

---

[36] Marcelli D., *Psicopatologia del bambino*, Masson, Milano, 1995.
[37] *Ibidem*
[38] *Ibidem*
[39] Escalona S. K., *Programmes d'intervention pour les enfants à haut risque psychiatrique in : L'Enfant à haut risque psychiatrique,* P.U.F., Paris, 1980, pag. 61-73
[40] Marcelli D., *Psicopatologia del bambino*, Masson, Milano, 1995.

Chiariti i concetti di competenza e vulnerabilità, sembra opportuno specificare altri fattori di rischio che possono incidere nello sviluppo del danno alla persona nel minore.

In primis è senz'altro presente un criterio legato ***all'età di insorgenza dell'evento traumatico***[41] stesso. Se, infatti, esso si verifica nel periodo di massima plasticità neuronale (infanzia, prima adolescenza), le conseguenze sono molto più severe e perduranti nel tempo dal momento che si vengono a modificare i principali meccanismi di difesa, che diventano così insufficienti ed inadeguati nel corso della vita adulta. Le ricerche effettuate in questo settore hanno ampiamente dimostrato come i traumi infantili abbiano un elevato potenziale patogeno; soprattutto quelli nati all'interno delle mura domestiche, come gli abusi fisici o sessuali o, ancora, le deprivazioni accuditive, spesso sono associati allo sviluppo del disturbo borderline di personalità[42].

In secondo luogo sembra essere rilevante la ***natura interpersonale dell'evento traumatico iniziale***[43]. Quando, infatti, è presente una violazione intenzionale dell'integrità psicofisica della vittima gli eventi assumono una maggiore carica patogena e l'elaborazione soggettiva diviene particolarmente difficile. Proprio la caratteristica dell'intenzionalità rende i traumi "interpersonali", quali gli abusi, le rapine, i maltrattamenti, i rapimenti, le aggressioni, ecc… molto più gravi e duraturi nel tempo di quelli non caratterizzati dalla stessa, a parità di lesioni fisiche[44].

Infine, un terzo fattore fondamentale sembra risiedere nella presenza o meno di ***adeguati sistemi di contenimento delle conseguenze del trauma***. Sembra, infatti, che le variabili relative alla situazione ambientale post-traumatica (come la disponibilità di cure adeguate, la presenza di altri eventi stressanti, ecc…) costituiscano degli importanti fattori predittivi nella genesi di disturbi di ordine post-traumatico. A tal proposito e per concludere, vorrei aprire una parentesi sul coinvolgimento delle vittime (ed ancor di più nel caso dei minori) nelle lunghe cause che spesso si intentano a seguito di un evento lesivo che abbia prodotto o un danno biologico psichico o fisico o un peggioramento della vita (inquadrabile nell'ex danno esistenziale). Il perdurare per anni nella

---

[41] Bianchi A. (a cura di), *La valutazione neuropsicologica del danno psichico ed esistenziale*, Collana di Medicina Legale e Scienze Affini, Cedam, Padova, 2005.

[42] Luxemberg T., Spinazzola J., Van der Kolb B.A., *Traumi complessi e diagnosi dei disturbi da stress estremo (DESNOS) Prima parte: valutazione*, Directions in Psychiatry, 2003, 1: 7-27 (ediz. ital) Secondo questi autori, questi particolari tipi di trauma, sono inquadrati nella categoria diagnostica di *disturbo da stress estremo*. Nel DSM-IV i suoi sintomi sono presenti sia nel disturbo borderline di personalità che nel DPTS, come "manifestazioni e disturbi associati": disturbi nella regolazione dell'affettività e degli impulsi; disturbi dell'attenzione e della coscienza; disturbi dell'autopercezione; alterazione nelle relazioni interpersonali; somatizzazione; alterazione dei sistemi di significato (Gunderson J.G., Sabo A. N., *The phenomenological and conceptual interface between borderline personality disorder and PTSD.* Am Jour Psychiatry, 1993, 150: 19-27). In Bianchi A. (a cura di), *La valutazione neuropsicologica del danno psichico ed esistenziale*, Collana di Medicina Legale e Scienze Affini, Cedam, Padova, 2005.

[43] Bianchi A. (a cura di), *La valutazione neuropsicologica del danno psichico ed esistenziale*, Collana di Medicina Legale e Scienze Affini, Cedam, Padova, 2005.

[44] *Ibidem*

condizione di “vittima” può portare il soggetto a rivivere l’esperienza traumatica, con la possibilità di un’esacerbazione o una cronicizzazione dei sintomi.

Approfondimento 1 **Le capacità genitoriali**[45]

DEFINIZIONI E FUNZIONI DELLA GENITORIALITÀ

Il concetto di “genitorialità” è, in questi ultimi anni, continuamente in evoluzione. Se una prima concezione di tipo “psicopedagogico” la intendeva quale lungo e continuo apprendistato per imparare l’arte di essere genitori, e dunque gli conferiva un’accezione *dinamica* in cui si imparava a divenire genitori capaci di prendersi cura e di rispondere in modo adeguato ai bisogni dei figli, successivamente una concezione di tipo maggiormente “psicologico”, intendeva la genitorialità come parte fondante della personalità di ogni persona; uno spazio dinamico che inizia formarsi nell’infanzia (con l’interiorizzazione dei comportamenti, dei messaggi verbali e non, delle aspettative, dei desideri, delle fantasie dei nostri genitori) e che porta al costrutto enunciato da Eric Berne di “Genitore Interno”, formato da tutte le interazioni reali e/o fantasmatiche con le figure adulte significative che si sono occupate di noi. Anche le teorie dell’attaccamento riprendono il costrutto di “Genitore Interno”, postulando il “Internal Working Model” secondo cui le esperienze reali con le figure di attaccamento vengono interiorizzate in modelli mentali e dunque l’attaccamento diviene un “fenomeno globale che non interessa più solo la qualità delle relazioni nell’infanzia, ma che coinvolge il loro significato dalla prima infanzia all’età adulta. Più tardi Erikson parlerà di genitorialità come di uno stadio evolutivo: “*la forza acquisita a ciascuno stadio si rivela nell’esigenza di trascenderlo e di rischiare nel successivo quelli che nel precedente costituivano gli elementi più vulnerabili e preziosi*”. Lo stadio che l’autore definì “generatività” costituiva l’aspetto evolutivo più importante poiché implicava tutti quegli sviluppi che hanno fatto dell’uomo un essere che si “occupa di”.

Il termine genitorialità non coinvolge quindi l’essere genitori reali, ma è uno spazio psicodinamico autonomo che fa parte dello sviluppo di ogni persona. Nel tentativo di capire la complessità e la vastità di tale costrutto si possono analizzare brevemente le sue funzioni o, meglio, i suoi modi di esprimersi.

- ***Funzione protettiva***: funzione tipica del care giver che consiste nell’offrire cure adeguate ai bisogni del bambino (Brazelton e Greenspan sostengono che i care giver rispondono al bisogno di sviluppare costanti relazioni di accudimento e al bisogno di protezione fisica e di sicurezza). La funzione protettiva più di tutte determina il legame di attaccamento e quell’esperienza fondamentale che Bowlby ha definito “base sicura”.
- ***Funzione affettiva***: è la capacità espressa da Stern di entrare in risonanza affettiva con l’altro senza esserne inglobato. La base psicodinamica della funzione affettiva è il desiderio dei genitori di vivere “emozioni positive” con il proprio figlio.

[45] Tratto da *definizioni e funzioni della genitorialità*, a cura di Gianluigi Visentini (in www.genitorialita.it/Definizione Genitorialita.asp.) Gli autori citati nel testo sono presenti in bibliografia.

- ***Funzione regolativa***: la regolazione va intesa come la capacità che il bambino possiede fin dalla nascita di "regolare" i propri stati emotivi e organizzare l'esperienza e le risposte comportamentali adeguate che ne conseguono. La funzione regolativa genitoriale può avere un funzionamento "iper" (con risposte che non danno tempo al bambino di segnalare propri bisogni), "ipo" (quando vi è una mancanza di risposte) o " inappropriata" (quando i tempi non sono in sincronia con quelli del bambino).
- ***Funzione normativa***: che consiste nella capacità di dare dei limiti, una struttura di riferimento, una cornice, è il "principio della legge e dell'ordine".
- ***Funzione predittiva***: è la capacità del genitore di prevedere il raggiungimento della tappa evolutiva imminente. Una difficoltà a questo livello può comportare una serie di disturbi evolutivi sul piano somatico, cognitivo e motivazionale.
- ***Funzione rappresentativa***: è la capacità di modificare continuamente le proprie rappresentazioni in base alla crescita del bambino e dell'evolvere delle sue interazioni, facendo nuove proposte o sapendo cogliere dal bambino i suoi nuovi segnali evolutivi.
- ***Funzione significante:*** è la capacità della madre, attraverso la rêverie, di creare un contenitore in cui il bambino inizia a pensare (a comprendere i propri bisogni) e di dare un senso ai bisogni del bambino, ai suoi gesti, ai suoi movimenti, ecc..
- ***Funzione fantasmatica:*** è la funzione con cui le "fantasie-fantasmi" appartenenti al romanzo familiare dei genitori vengono "tramandate" al bambino con la funzione di "fondare l'essere e costituirne l'identità".
- ***Funzione proiettiva:*** è la capacità di tollerare la separazione e l'indipendenza del figlio considerandolo come "oggetto a sé stante" e non come "oggetto narcisistico" appartenente al proprio sé. Tale funzione va continuamente elaborata dal genitore per poter dare sempre più spazio alla relazione oggettuale e alla relazione con il figlio in quanto "altro da se".
- ***Funzione triadica:*** è la capacità dei genitori di avere tra loro un'alleanza cooperativa fatta di sostegno reciproco, capacità di lasciare spazio all'altro o di entrare in relazione empatica con quest'ultimo o con il bambino.
- ***Funzione differenziale:*** in cui la genitorialità si esprime attraverso la modalità materna e paterna, ognuna con le proprie funzioni.
- ***Funzione transgenerazionale***: consiste nell'immissione del figlio all'interno di una storia, una narrazione, quella della propria famiglia.

CAPITOLO II

DANNO BIOLOGICO E RIPERCUSSIONI ESISTENZIALI: LE RAGIONI DELLA SCIENZA E QUELLE DEL CUORE

"Mi sembra anche del tutto evidente che noi
siamo degli Io, o menti (o anime)
calati in un corpo"
Popper K.R.

2.1 La componente psichica del danno biologico

Nel capitolo precedente si è cercato di offrire una panoramica di come il concetto di *danno alla persona* sia mutato nel corso del tempo e di come, nella definizione stessa di danno alla persona, rientrino anche i minori in quanto persone, evidentemente con gli stessi diritti degli adulti, seppur fortemente diversi da essi. Nel corso dell'excursus è stato più volte citato il danno biologico psichico che ritengo debba avere un posto privilegiato e particolare poiché è fondamentalmente di esso che noi psicologi siamo chiamati ad occuparci.

In primo luogo nel momento in cui parliamo di danno psichico siamo costretti a riferirci al concetto di "salute mentale", ben distinta da quella "fisica". Mentre abbiamo ben chiari i confini e le definizioni di quest'ultima, quando ci riferiamo alla salute mentale dobbiamo affidarci a modelli definitori diversi ricordandoci che, come scriveva Meltzer, *l'assenza di malattia mentale non è un equivalente di salute mentale*[46]. Si potrebbe dire che la salute mentale è tale se consente al soggetto l'esercizio delle sue capacità creative di realizzazione della sua personalità. In tal senso sarà necessario far riferimento a concetti diversi da quello di "malattia", "processo morboso", o "sindrome" ed utilizzare invece parametri quali "funzione" o "disfunzione" e "relazione

[46] Tratto da http://www.psicologiaforense.it/Quaderno%209.htm

interpersonale" (dal momento che essa determina lo sviluppo la strutturazione della personalità individuale) e considerare quindi il danno psichico come una menomazione di più funzioni, intese come capacità di instaurare e mantenere rapporti positivi interpersonali, una capacità che è venuta meno a seguito della difficoltà di gestire la "sofferenza mentale" riattivata o prodotta dall'evento traumatico[47]. Su questa linea la definizione giuridica di ***danno biologico*** data dalla Consulta nella sentenza n.184, come "*menomazione della persona vista nella somma delle funzioni naturali aventi rilevanza biologica, culturale, sociale ed estetica*[48]" racchiude in se la categoria di "***danno psichico***" poiché la sofferenza psichica incide sulla globalità della persona e inficia direttamente gli aspetti biologici, culturali, sociali ed estetici[49].

La sentenza 372/1994 della Corte Costituzionale, stabilendo che il danno biologico può essere risarcibile in quanto pregiudizio seguente ad una lesione, poneva l'attenzione sulla necessità che qualsiasi disagio psicologico, per rientrare nella categoria di danno biologico, doveva essere riconoscibile in quanto patologia clinicamente significativa e, quindi, rilevabile attraverso un accurato esame diagnostico[50]. Ora, costituendosi quale lesione dell'integrità psicofisica, il danno biologico si configurava come una lesione alla salute quale bene giuridicamente tutelato dall'art. 32[51] della Costituzione[52].

Per inciso, la sentenza della Cassazione n.13340/99 ha riconosciuto che il danno biologico può sussistere non solo indipendentemente dalla presenza di una lesione che abbia prodotto dei postumi permanenti, ma anche alla presenza di lesioni che abbiano causato uno stress psicologico.

Comincia così a delinearsi una definizione di ***danno psichico*** come patologia mentale clinicamente significativa riconducibile, secondo un *nesso di causalità*, all'evento lesivo.

Rispetto al danno fisico, dunque, diverso strutturalmente[53] ed epistemologicamente perché riferito a determinazioni e quantificazioni valutate dalla disciplina strettamente medica, il danno

---

[47] Tratto da http://www.psicologiaforense.it/Quaderno%209.htm
[48] Corte costituzionale, 14 luglio 1986 n. 184
[49] Pernicola C., *Guida alla valutazione del danno biologico di natura psichica. Criteri, tabelle ed esempi,* Franco Angeli, Milano, 2008.
[50] *Ibidem*
[51] La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti. Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge. La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana.
[52] Pernicola C., *Guida alla valutazione del danno biologico di natura psichica. Criteri, tabelle ed esempi,* Franco Angeli, Milano, 2008.
[53] Si pensi al concetto stesso di struttura, differente in entrambe i campi: la struttura fisica di un soggetto al termine del processo di crescita, è alquanto stabile, le sue modificazioni future sono limitate e determinate dall'avanzare dell'età, la reversibilità dei processi è in genere connotata in termini gravemente degenerativi con scarsa reversibilità. La struttura mentale, al contrario, è incostante, instabile, equilibrio dinamico; è soggetta a modificazioni che dipendono solo in parte dall'età del soggetto e che non sono affatto irreversibili, al punto che persino quelle che sottendono la psicosi, cioè i disturbi più gravi, sono suscettibili di notevoli modificazioni; mentre il concetto di degenerazione mentale è riservato le malattie mentali ad eziologia organica. I termini di regressione e progressione in ambito psichico hanno natura

psichico si differenzia da esso proprio in merito alla diversa natura e centralità della sofferenza mentale. All'interno del danno fisico, infatti, essa può essere definita come "dolore fisico", destinato (anche se non sempre) a ridursi sino a scomparire con la guarigione clinica; nel danno psichico invece essa ha una natura "costitutiva" e "strutturante" nei confronti dell'infermità mentale.

Nel primo caso si può dire che la sofferenza fisica sia una conseguenza della lesione, mentre nel danno psichico la sofferenza mentale ne costituisce la causa.

Quando non può essere tollerata, contenuta e ridimensionata in termini realistici, questa sofferenza viene affrontata con modalità disfunzionali che a loro volta si riflettono in modo negativo nella sfera relazionale del soggetto; di qui i sintomi e le inibizioni psichiche che lo psicologo si trova a dover valutare[54]. In altre parole, *il disturbo mentale costituisce una difesa inadeguata dalla sofferenza e dall'esperienza alla quale essa è associata, sofferenza che è sempre di tipo relazionale* (abbandono, rifiuto, costrizione, giudizio negativo, ostilità, ecc.). In questo modo un trauma psichico o fisico può risvegliare in un soggetto una sofferenza psichica fino ad allora controllata attraverso la rimozione, la negazione, la scissione o altri meccanismi difensivi. Questa perturbazione può imporre al soggetto stesso l'impiego della maggior parte delle sue energie e della sua tensione per poter ***ristabilire il controllo*** che precedentemente egli esercitava su questa sofferenza[55], un controllo che chiamerei "equilibrio". *Il danno psichico permanente si ha quando tale incapacità di ripristino del controllo della sofferenza diventa di natura cronica.*

In tal senso, alcune definizioni della dottrina giuridica possono aiutare a comprendere meglio la dimensione del cambiamento e del turbamento dell'equilibrio che si costituisce in seguito ad un evento traumatico. Secondo Introna "*il danno psichico è la compromissione durevole di una o più funzioni della personalità (intellettive, emotive, affettive, volitive, di capacità di adattamento e di adeguamento, di relazionarsi con gli altri) che possono giungere fino a condotte devianti, etero ed auto-aggressive, e che incide (o non incide) anche sul rendimento lavorativo[56]*". Secondo Brondolo, Mangili e Marigliano invece, "*un danno biologico da menomazione psichica si ha allorquando un evento psicolesivo comporta una menomazione peggiorativa del modo di essere*

---

oscillatoria piuttosto che lineare e si fa strada un concetto nuovo, quello di "campo", inteso come un insieme di elementi in equilibrio dinamico e suscettibili di continua riorganizzazione. (http://www.psicologiaforense.it/Quaderno%209.htm)

[54] Tratto da http://www.psicologiaforense.it/Quaderno%209.htm

[55] *Ibidem*

[56] Introna F., *I traumi cranici: diagnosi polispecialistica e valutazione medico legale,* in Riv. It. Med Leg., 1998, XX, 2.

psichico del soggetto[57]". Ancora, Franzoni lo definisce "*sia la conseguenza del danno fisico prodotta nella psiche della vittima, sia l'alterazione di tipo mentale verificatasi indipendentemente dalle lesioni fisiche*[58]". Infine Giannini lo descrive come una "*ingiusta turbativa dell'equilibrio psichico di un soggetto che causa una modificazione menomante della sua salute psichica con alterazione - temporanea o permanente - delle sue funzioni psichiche […] La malattia psichica è una condizione anormale, uno stato di alterazione psichica, ingenerato dal fatto illecito, che impedisce alla vittima di attendere - in modo totale o parziale, temporaneo o permanente - alle sue ordinarie occupazioni*[59]".

Le definizioni citate sono particolarmente importanti poiché sottolineano l'appena citato aspetto dell' "equilibrio psichico" della persona precedente al trauma, nonostante possa sussistere anteriormente una malattia fisica o psichica. Difatti la modificazione peggiorativa della vita non è in relazione ad uno *status* di normalità-benessere psicofisico, bensì a come la persona si era "organizzata" l'esistenza in modo "funzionale", trovandosi un proprio equilibrio soggettivo e riuscendo, in tal modo, ad estrinsecare la propria personalità nei contesti sociali di appartenenza. In sede valutativa si tratta dunque di comprendere quanto quel disturbo vada ad segnare profondamente, danneggiandola, l'integrità fisica e psichica del soggetto, la sua vita relazionale e la sua capacità lavorativa. Per essere considerato tale il danno psichico deve quindi aver causato una vera e propria patologia psichica che andrà poi a *inficiare l'equilibrio di personalità del soggetto*, provocando dolore e sofferenza.

In tal senso, in sede valutativa, risulta fondamentale identificare due momenti precisi: l'individuazione nosografica di uno stato psichico con valore di malattia e la necessità di indagare approfonditamente la storia "premorbosa" del paziente[60], poiché *il danno psichico è sempre determinato dall'incontro dell'evento lesivo con la struttura di personalità; per individuare il nesso di causalità, necessario per l'attribuzione del diritto al risarcimento, è fondamentale un'accurata analisi della suddetta personalità nelle sue manifestazioni normali e patologiche*[61]. In questo senso, nella comprensione dei motivi per cui un determinato evento lesivo si trasforma in una patologia

[57] Brondolo W., Mangili F., Marigliano A., *Il danno biologico da menomazione psichica (danno psichico)*, in Brondolo W., Farneti A., Giannini G., Loi U., Mangili F., Marigliano A., Morini O., Pogliani M., Ronchi E., Secchi E., Toscano G., *Il danno biologico, patrimoniale, morale,* Giuffrè, Milano, 1995.
[58] Franzoni M., *il danno risarcibile*, Giuffrè Editore, Milano, 2004.
[59] Giannini G., *Riflessioni sul danno da menomazione psichica*, in Brondolo W., Farneti A., Giannini G., Loi U., Mangili F., Marigliano A., Morini O., Pogliani M., Ronchi E., Secchi E., Toscano G., *Il danno biologico, patrimoniale, morale,* Giuffrè, Milano, 1995.
[60] La possibile preesistenza di una storia premorbosa non elimina il diritto al risarcimento se il fatto ingiusto ha aggravato il quadro clinico e soprattutto ha diminuito le possibilità di estrinsecare le proprie potenzialità, seppure ridotte, nella vita sociale e relazionale (Dominici R. (a cura di), *Il danno psichico ed esistenziale*, Giuffrè Editore, Milano, 2006).
[61] Dominici R. (a cura di), *Il danno psichico ed esistenziale*, Giuffrè Editore, Milano, 2006.

per un soggetto piuttosto che per un altro, diviene fondamentale indagare la relazione tra la struttura mentale (e la personalità) di quel soggetto al momento dell'evento lesivo e l'esperienza individuale del trauma. Ogni persona, infatti, attribuisce un significato diverso e personale ad una determinata esperienza ed è proprio in quest'attribuzione che va ricercato il nesso di causa tra l'evento lesivo e la patologia riscontrata.

Ovviamente le diverse definizioni del danno psichico che ho espresso fin qui ben si collocano all'interno del campo di lavoro della scienza medica e della nosografia classica. Tuttavia la valutazione del danno considera – fortunatamente - anche tutte quelle ripercussioni che non rientrano in una classica psicopatologia (danno psichico) ma che minano severamente la vita di una persona (e nel nostro caso, di un minore), modificando aspetti della vita quotidiana e del comportamento che di "medico" e di scientifico hanno ben poco e che attengono invece di più alla sfera dell'incerto e del non definito, quale è la dimensione dell'emotività e della psiche più in generale. In questo senso, il lavoro dello psicologo in quanto non-medico risulta fondamentale perché solo lui può studiare quelle dinamiche interiori di cui la scienza non può evidentemente occuparsi proprio in ragione della loro spesso inspiegabile variabilità e non predittività. Se fin qui abbiamo espresso le ragioni della scienza, bisogna ora studiare quelle del cuore.

2.2 Le conseguenze esistenziali del danno biologico, ovvero la sua componente dinamico-relazionale

In generale, una qualsiasi esperienza che susciti nel bambino, ma anche nel fanciullo o nell'adolescente, un senso di *paura, oppressione, dolore ed impotenza*, genera un'esperienza traumatica[62]. Nel caso del minore, dunque, così come nell'adulto[63], sono molteplici gli eventi che possono causare un trauma: dall'incidente stradale all'abuso psicologico o sessuale (cfr. approfondimento 2 *Le conseguenze psicologiche dell'abuso sul minore)*, ai maltrattamenti fisici o psicologici, alla perdita di una persona importante, come un genitore o un fratello, ad una menomazione fisica congenita o patita in seguito ad es. ad un incidente, fino al noto danno da

[62] Saakvitne definisce il trauma *un'esperienza che supera le abilità di coping di un individuo e lo lascia in preda alla paura della morte, di un danno fisico o della perdita del senso di realtà. L'individuo si sente sopraffatto emozionalmente, cognitivamente e fisicamente. Le circostanze che accompagnano un evento traumatico includono solitamente abuso, intrappolamento, impotenza, sofferenza, confusione e/o perdita*. (Saakvitne K.W., Gambe S., Pearlman, L.A. Lev B.T., 2000, *Risking connection: a training curriculum for working with survivors of childhood sexual abuse*. Lutherville: Sidran Press).

[63] Nel caso dell'adulto si possono citare gli stessi danni riportati nel minore ed aggiungere il danno da mobbing o da stalking, da carcerazione ingiusta, alla sfera sessuale, da nascita indesiderata, da diagnosi errata o da colpa professionale, da morte del congiunto, danno da handicap, idoneità per la ratificazione dell'attribuzione di sesso.

wrongful life[64] (sebbene esso interessi il minore, che ne è il protagonista, influisce sui genitori che, insieme al figlio, normalmente richiedono un risarcimento per i *propri* danni esistenziali).

Quando citiamo le conseguenze esistenziali del danno ci riferiamo in realtà a tutte quelle ripercussioni (in questa sede prettamente psicologiche) che normalmente si possono riportare in seguito ad un danno che provochi un trauma, ovvero quelle conseguenze che il consulente tecnico o il perito è chiamato ad indagare per il giudice e che rientrano in quella *personalizzazione* che definisce la componente dinamico-relazionale del danno, ex danno esistenziale.

In questa sede, dunque, affronterò tale componente nella sua dimensione traumatica, tenendo presente che il compito del consulente consiste nello specificare in *quale modo* questa abbia influito sulla vita del minore, cambiandola profondamente e minandone la crescita "sana". Per comprendere quindi *come* il trauma vada ad incidere su di essa risulta fondamentale sia lo studio dei fattori precedentemente descritti quali ad es. la vita pre-traumatica, i fattori di rischio e di vulnerabilità e così via, sia il *tipo* di conseguenza riportata, che può determinare o meno degli stravolgimenti esistenziali e che può essere definita in funzione di alcuni importanti fattori quali lo *stadio di sviluppo del minore*, l'*aspetto relazionale del trauma* e la *capacità di resilienza*.

2.2.1 Stadi di sviluppo: le ripercussioni del trauma

È risaputo come i bambini procedano attraverso stadi di sviluppo, influenzati biologicamente e culturalmente, che li predispongono a svolgere compiti qualitativamente differenti e gradualmente più impegnativi; ogni stadio di sviluppo può da un lato rendere i bambini particolarmente vulnerabili ma dall'altro dotarli di essenziali fattori protettivi contro le condizioni traumatiche. Tra i compiti da acquisire nel corso di questi stadi di sviluppo vi è l'acquisizione di una regolazione delle emozioni equilibrata e di un ragionamento morale complesso. Alcuni autori ipotizzano che quando il trauma si presenta in determinate fasi dello sviluppo, ci siano gravi rischi quasi esclusivamente per le abilità appena acquisite e per le capacità che i bambini stanno imparando.

[64] Con questo termine si intende il danno derivante da interferenza avvenuta nella vita fetale. Si può distinguere in danno da ***wrongful life***, da ***wrongful birth*** e da ***wrongful pregnancy***. Il primo è relativo alla richiesta di risarcimento di un soggetto nato malformato o con altra condizione di svantaggio esistenziale, nei confronti di genitori o terzi. Tale danno può essere conseguenza di un fatto anteriore al concepimento, o della malattia di uno o di entrambi i genitori, o conseguenza di una diagnosi errata prenatale che non abbia consentito alla madre di interrompere la gravidanza. Solo in quest'ultimo caso, individuato il fatto ingiusto, il risarcimento spetta non solo ai genitori, come *danno psichico o esistenziale*, ma anche al bambino stesso. Il secondo interessa la richiesta di risarcimento dei genitori nei confronti di sanitari per atti di imperizia, imprudenza o negligenza avvenuti durante il parto. Infine, il terzo è relativo alla richiesta di risarcimento relativa alla nascita non programmata di un bambino dovuta ad errori in pratiche contraccettive, di sterilizzazione o di interruzione della gravidanza.
Tratto da http://www.psicologi-roma.com/danno_psichico.htm#Danno_da_Wrongful_Life.

- Nel periodo della **primissima infanzia** (periodo neonatale e prime relazioni diadiche), al contrario di quanto si pensava in passato, i bambini sono particolarmente ricettivi al trauma. Se nel passato si riteneva che i neonati e i bambini ancora ai primi passi sarebbero stati protetti dalle condizioni traumatiche poiché non avevano la capacità di comprendere la severità del pericolo, ad oggi numerose ricerche smentiscono questa concezione. Al contrario, la conoscenza relativa alle abilità cognitive altamente avanzate dei bambini, come ad esempio il riconoscere le emozioni e il discriminare le parole è in continuo aumento! Nel corso del tempo siamo infatti venuti a conoscenza di come, durante il primo anno di vita, i processi psicosociali vengano influenzati non solo dalla maturazione neurobiologica, ma anche dalle esperienze sociali importanti per il bambino, come quelle con le figure di accudimento. Tali interazioni modificano la struttura del cervello e l'organizzazione funzionale e rendono le relazioni familiari precoci fondamentali per lo sviluppo del bambino[65]. Shore[66] evidenzia come siano sempre di più le prove che anche bambini molto piccoli reagiscono e registrano l'atmosfera familiare, lo stato d'animo della madre e le espressioni facciali: essi dunque riescono ad accorgersi senza problemi della paura dei genitori traumatizzati o di un'atmosfera genitoriale minacciosa. Lo stesso autore suggerisce che i bambini hanno due modi per rispondere al trauma: l'uno consiste nell'iper-arousal e l'altro nella dissociazione. Il primo, configurandosi come una reazione di allarme nei confronti della paura e del pericolo, attiva la componente simpatica del SNA e consiste in tachicardia e pressione sanguigna elevati, respiro intenso, pianto e grida; il secondo invece si riferisce alla tendenza che hanno i bambini traumatizzati ad allontanarsi dagli stimoli esterni e dalla comunicazione umana per ritirarsi in un proprio mondo. Alcuni autori come Scheeringa e Zeanah[67] hanno sottolineato come nei neonati fortemente traumatizzati siano presenti uno sguardo fisso verso un posto imprecisato e la mancanza di risposta agli stimoli esterni. Ciò che è ancor più grave è che le esperienze traumatiche di paura e di orrore dell'infanzia vengono codificate nella memoria implicita che non richiede un immagazzinamento *cosciente*[68], esse quindi non diventano disponibili come ricordi episodici

[65] Maughan A., Cicchetti, D., *Impact of child maltreatment and interadult violence on children's emotion regulation abilities and socioemotional adjustment*. Child Development, 73, 1525-1542, 2002.
[66] Shore A.N., *Effects of a secure attachment relationship on right brain development, affect regulation, and infant mental health*. Infant Mental Health Journal, 22, 7-66, 2001.
[67] Scheeringa M., Zeanah C. H., *A relational perspective on PTSD in early childhood.* Joumal of Traumatic Stress, 14,799-815, 2001.
[68] Conway, M.A., Pleydell-Pearce, C.W. *The construction of autobiographical memories in the self memory system.* Psychological Review, 107, 261-288, 2000.

e narrativi, con la conseguenza che l'esperienza del trauma viene così dominata dalla *memoria procedurale*[69].

- Nell'**età pre-scolare** l'esposizione al trauma va ad influire sui processi simbolici, rendendoli vulnerabili: quando questi processi rimangono intatti e funzionali proteggono la salute dei bambini dall'impatto negativo del trauma. Gli effetti principali si riescono a rintracciare nel *gioco traumatizzato* dei bambini (ricordo che in questa età il gioco simbolico è l'attività prevalente): in esso compaiono inflessibilità, rituali, temi ripetitivi legati al trauma, ripetitività e conseguente mancanza di cambiamenti, di espressioni emotive, ed un'atmosfera generale di minaccia[70]. Inoltre, tra i bambini più piccoli sono spesso comuni sogni angoscianti[71], incubi, *pavor nocturnus*, in generale parti del DPTS. Un ulteriore aspetto importante riguarda gli studi compiuti da A. Freud e D. Burlinghan[72] che dimostravano come nei bambini traumatizzati "*la realtà distruttiva esterna viene assunta per concorrere con la realtà interna dei bambini piccoli, i quali stanno lottando per trovare un equilibrio tra le esigenze sociali e gli impulsi aggressivi*". Ciò è riferito all'ipotesi che le esperienze traumatiche in questo periodo della crescita interferiscano con un sano sviluppo della regolazione delle emozioni ed in particolare dell'aggressività. Il trauma dunque sembra essere in grado di determinare la comparsa di meccanismi intrapsichici che destrutturano o comunque influenzano negativamente l'organizzazione dell'Io con la conseguenza che le difese che esso mette in atto si strutturano sulla base di impulsi primitivi ed istintivi quali quello dell'aggressività, della distruttività, dell'angoscia e del panico.
- Nella **pubertà** le capacità cognitive ed emotive diventano sempre più sofisticate, integrate e diffuse. Il trauma si va ad inserire proprie in esse, provocando o esacerbando problemi emotivi o di concentrazione che possono andare ad influire su questa delicata fase di sviluppo a cavallo tra infanzia e adolescenza. Il non riuscire nelle prestazioni o il non poter dare il meglio di se in esse produce una grande frustrazione che si ripercuote inevitabilmente

[69] Crittenden P.M., *Attaccamento in età adulta*. *L'approccio dinamico-maturativo all'Adult attachement Interview*, trad. it. Milano, Cortina, 1999.
[70] Punamaki R L. *Determinants and mental health effects of dream recall among children living in traumatic conditions*. Dreaming, 7, 235-263, 1997.
[71] In particolare, i sogni dei bambini traumatizzati tendono ad essere senza contenuto e comprendono scene molto vivide e terrificanti spesso riconducibili a persecuzioni, ostilità e lesioni fisiche, ma deficitano di caratteristiche narrative come la storia del sogno, le emozioni, i protagonisti, ecc…Inoltre, molte ricerche (Punamaki, 2006) mostrano che i bambini fortemente traumatizzati ricordino di più i loro sogni di quelli non traumatizzati. Punamaki R L., *Resiliency in conditions of war and military violence: preconditions and developmentai processes*. In Garralda E.M., Fiament M., (Eds.) *Working with chiIdren and adolescents. An evidence-based approach to risk and resilience* (pp 129-177). New York: Jan Aronson, 2006).
[72] Freud A., Burlingham D., *Infants Without Families and Reports on the Hampstead Nurseries: 1939–1945*. London: Hogarth, 1974.

in tutti i sistemi in cui il minore è inserito, da quello familiare a quello scolastico, con il rischio di preparare la vittima ad una adolescenza potenzialmente patologica o comunque più complessa del normale.

- Nel **periodo adolescenziale** i nuovi compiti evolutivi[73] sono fortemente impegnativi ed includono la cristallizzazione della visione del mondo di ciascuno, gli standard morali e piani futuri. La gran parte degli sforzi compiuti dagli adolescenti sono rivolti all'instaurazione delle relazioni intime ed alla ricerca della identità. È proprio per via della estrema delicatezza di questo periodo del ciclo di vita che il trauma in esso è particolarmente invalidante. Esso può arrivare ad essere talmente profondo da intaccare irrimediabilmente i programmi futuri del giovane, inducendolo in comportamenti fortemente a rischio e depressione. I ricordi intrusivi ed incontrollabili della scena traumatica possono disturbare le relazioni intime e spingere gli adolescenti a ritirarsi dai contatti sociali. Nei casi di abuso o di violenza spesso si genera una profonda mancanza di fiducia nella "benevolenza del genere umano" che si estende poi all'insieme delle relazioni intime[74]. Vista dunque la molteplicità dei compiti evolutivi si può ritenere che il trauma possa andare ad inficiare ognuno di essi, provocando problemi nella formazione dell'identità così come la costruzione di una visione del mondo in termini estremi[75] o il mancato sviluppo dei valori[76].

2.2.2 Prospettiva relazionale del trauma: la risposta del sistema familiare

Dal momento che il minore è, nella maggior parte dei casi, inserito in un contesto familiare, ogni situazione traumatica in cui esso incorra, si ripercuoterà necessariamente su di esso. Nel corso della mia pratica lavorativa mi è capitato non di rado che un medico legale o un avvocato mi richiedessero una valutazione del danno biologico-psichico sul minore e delle sue componenti dinamico relazionali anche nei genitori, coinvolti in una situazione anomala che senz'altro gli procurava degli stravolgimenti esistenziali. Senza riferire nomi e dati specifici riporto le parole di una madre di un bambino di 7 anni che riportava un grave TC in seguito ad un incidente "*dottoressa*

[73] Tra di essi ricordo l'accettazione del proprio corpo in rapida evoluzione, gestione dell'instabilità psicomotoria, sviluppo della coscienza di sé, ricerca di valori di riferimento, acquisizione dell'autonomia, acquisizione di capacità di "decentramento", acquisizione della reciprocità, l'inserimento del gruppo, integrazione della sessualità, progettazione del futuro scolastico-professionale, costruzione di una propria famiglia.

[74] Janoff-Bulman, R., *Shattered assumptions: Towards a new psychology of trauma.* New York: Free Press, 1992.

[75] Van der Kolk B.A., Van der Hart, O., Marmar, C.R., *Dissociation and information processing in Posttraumatic Stress Disorder.* In van der Kolk B.A., McFarlane A.C., and Weisaeth L., (Eds.) *Traumatic stress. The effects of overwhelming experience on mind, body, and society*. Pp. 303-327). NY: Guilford Press , 1996.

[76] Baker A.M., Shalhoub-Kevorkian N., *The effects of political and military trauma on children: The Palestinian case.* Clinical Psychology Review. V. 19, 935-950, 1999.

lei non si rende conto di come sia cambiata la nostra famiglia… è come se tutti noi avessimo riportato un trauma cranico, non siamo più in grado di fare le cose come le facevamo prima, non siamo la stessa famiglia di prima…".

Le parole di questa madre racchiudono un po' il senso del cambiamento della famiglia in seguito al trauma riportato da un bambino, o più in generale, da un minore. Di solito gli eventi traumatici si presentano inaspettatamente, repentinamente ed in maniera arbitraria. Le famiglie dunque non sono normalmente preparate ad affrontarli e spesso la sensazione riportata dai genitori è quella di impotenza, mancanza di controllo del dolore ed a volte senso di colpa per non aver saputo gestire la situazione. Purtroppo, poiché i bambini hanno spesso il "radar" per captare le emozioni dei genitori, queste sensazioni arrivano a loro proprio come tali, con il risultato di un cambiamento nella comunicazione con i propri genitori/altri membri della famiglia. Si pensa, infatti, che gli eventi traumatici creino una sorta di comunicazione basata sul "sapere e non sapere", ovvero il fenomeno per cui sebbene membri della famiglia siano a conoscenza del trauma, non ne parlano. I genitori tendono a credere che la rivelazione di eventi legati al trauma sia un peso troppo grande da sopportare per i bambini e, allo stesso modo, i bambini cercano di proteggere i loro genitori dal ricordare scene dolorose relative al trauma. Ogni membro della famiglia vive così il trauma in solitudine e si comporta secondo il suo ruolo psicologico all'interno della propria famiglia[77]. In questi casi si può assistere ad un isolamento del soggetto traumatizzato che, senza un adeguato "contenimento emotivo" da parte della famiglia, può ritirarsi in un "mondo tutto suo" ove conferisce il *suo senso* al trauma vissuto, senza la possibilità che esso possa così venir elaborato o investito di un significato diverso, magari meno terrificante. In altri casi, invece, sono certe configurazioni familiari particolari ad impedire un buon contenimento del trauma, ad esempio negandolo o negando il cambiamento nel figlio, oppure, al contrario, strutturandosi collusivamente attorno ad esso, impedendone anche in questo caso la "narrazione", magari iper-proteggendo il figlio ed esortandolo a dimenticare e voltare pagina senza tuttavia affrontarne mai le conseguenze emotive.

In termini generali, il sistema familiare risponde agli eventi traumatici con modalità più o meno tipiche. Alcuni autori, ad esempio, sono concordi su alcune ripercussioni comuni sui singoli membri del nucleo familiare nel caso in cui si sia verificato un evento traumatico: le madri riferiscono un notevole stress emotivo direttamente correlato con la gravità degli esiti ed in particolare nel caso in cui il paziente rimanga in uno stato vegetativo, i padri sembrano tollerare meglio lo shock e la crisi iniziale, ma a lungo termine abbandonano più facilmente la famiglia, sia

[77] Tratto da http://www.synergiacentrotrauma.it/modules/wfsection/article.php?articleid=480

fisicamente sia psicologicamente, i fratelli tendono a competere con il paziente per riconquistare le attenzioni dei familiari oppure si assumono responsabilità che non competono alla loro età ed al loro ruolo oppure, in altri casi, possono avvertire come proibito il manifestare paure e frustrazioni.

Il risultato nella vita di tutti i giorni, è spesso quello di uno scadimento del rendimento scolastico, una tendenza all'isolamento sociale e turbe del comportamento quali rifiuto del cibo, aggressività etc[78].

Un secondo aspetto relazionale del trauma risiede nella teoria dell'attaccamento di M. Ainsworth. Secondo l'autrice i bambini imparano come regolare ed esprimere le loro emozioni ed a rapportarsi al prossimo attraverso le prime interazioni genitore-figlio. I bambini vengono distinti in base alle loro abilità e alla loro motivazione nell'esplorazione dell'ambiente e nella loro capacità di "contare" sugli adulti nei momenti in cui si sentono minacciati. Una relazione di attaccamento sicuro con adulti disponibili fornisce una base sicura al bambino per l'esplorazione dell'ambiente; relazioni di attaccamento insicure costringono i bambini a cercare protezione altrove. I bambini insicuri-evitanti imparano a credere in se stessi e a negare il loro bisogno, mentre quelli insicuri-ambivalenti si aggrappano ai loro genitori o ad altri adulti e sono travolti dalla loro paura di abbandono. Sebbene non ci siano molte ricerche su come le relazioni di attaccamento si sviluppino nelle famiglie esposte a traumi, alcuni autori hanno analizzato come gli eventi traumatici interferiscano nel compito principale del genitore/caregiver, ovvero il creare una base sicura per il bambino.

Sembra che alcuni traumi infantili come l'abuso sessuale e la trascuratezza o le avversità economiche costituiscano addirittura un rischio per l'attaccamento insicuro. Il meccanismo fondamentale sotteso ad esso è infatti una cura genitoriale insensibile, imprevedibile o, al contrario, iper-protettiva in maniera intrusiva. Altri bambini, esposti a gravi traumi di deprivazione fisica ed emotiva sviluppano invece, secondo alcune ricerche[79] modelli di attaccamento insicuro e disorganizzato.

[78] Tratto da http://www.psiconline.it/article.php?sid=253

[79] Carlson E.A., *A prospective longitudinal study of disorganized/disoriented attachment*,Child Development, 69, 1107-1128, 1998.

2.2.3 La resilienza, l'arte di navigare sui torrenti[80]

In questa sede il concetto di resilienza è l'ultimo dei fattori indicati come importanti nello sviluppo o meno di una conseguenza di ordine esistenziale in seguito ad un danno biologico (trauma). Quando Boris Cyrulnik introduce la metafora dell'"arte *di navigare i torrenti*" per spiegare il concetto di resilienza, mette in evidenza come le risorse interne all'individuo gli forniscano la fiducia di farcela, evitando così di farsi trascinare dal torrente ed individuando invece con chiarezza ogni "mano tesa". Un'altra autrice, Anna Oliverio Ferraris, si è occupata del concetto di resilienza, descritto da lei come *il percorso post-traumatico più favorevole in cui si evidenzia una tendenza a mantenere un equilibrio stabile nel funzionamento, nonostante dei possibili ed umani malesseri transitori. Questa importante capacità di conservare un certo grado di integrità e salute psicofisica di fronte agli stress e ai traumi è paragonabile ad una reazione psicologica efficace simile a quella messa in atto fisicamente da parte del sistema immunitario quando il corpo combatte e sconfigge un attacco infettivo*[81].

In un caso o nell'altro entrambi gli autori fanno riferimento a delle "risorse" possedute dai soggetti traumatizzati (interne ed esterne nell'uno e simil-fisiologiche nell'altra) cercando di comprendere come essi (in particolare, da bambini) riescano "a farcela" nonostante siano stati investiti da forti traumi (lutti precoci, abbandono, maltrattamenti, abusi, guerra, incidenti, ecc).

Non molti sanno che il termine *resilienza* è stato in realtà mutuato dalla fisica per indicare "*la capacità di riuscire, di vivere e svilupparsi positivamente, in maniera socialmente accettabile, nonostante lo stress o un evento traumatico che generalmente comportano il grave rischio di un esito negativo.(...) Certo, al momento del trauma, si vede solo la ferita. Sarà possibile parlare di resilienza soltanto molto tempo dopo, quando l'adulto, infine riparato, riconoscerà il trauma infantile subito. Essere resilienti è più che resistere, significa anche imparare a vivere. Purtroppo, costa caro*". Quando la ferita è aperta, siamo orientati al rifiuto. Per tornare a vivere, non dobbiamo pensare troppo alla ferita: "*Con il distacco dato dal tempo, l'emozione provocata dal trauma tende a spegnersi lentamente lasciando nei ricordi soltanto la rappresentazione del trauma*[82]".

Secondo l'autore gli adulti resilienti sono stati bambini resilienti e si sono posti fondamentalmente due interrogativi: "*Perché devo soffrire tanto?*" e "*Come posso fare per essere felice?*".

La prima domanda li spinge all'intellettualizzazione, la seconda invece li porta a sognare.

---

[80] Citazione di Boris Cyrulnik, neuropsichiatra francese.
[81] Oliverio Ferraris A., *Resilienti: la forza è con loro*. In Psicologia Contemporanea, 179, 18-25, 2003.
[82] Tratto da "formare.erickson.it/info/Boris.pdf"

Se poi nel corso della loro vita vengono in contatto con delle persone che l'autore definisce "salvatori" la loro evoluzione diviene in massima parte positiva.

Sono, infatti, proprio queste figure che rendono possibile la "guarigione": il coniuge, la famiglia, l'amicizia, gli educatori, gli "eroi culturali", certe strutture sociali e la religione.

Cyrulnik sostiene che i bambini residenti hanno in comune una serie di meccanismi mentali che gli permettono di imparare a vivere anche nelle condizioni più critiche[83]:

- ***Scissione***: "*quando l'Io si divide in una parte socialmente accettata e un'altra, più nascosta, che può esprimersi per vie indirette o inaspettate. Un'identità segreta, marginale, incomunicabile, che provoca la scissione della personalità: una parte trasparente sociale e spesso allegra cela una parte buia, recondita e piena di vergogna*".
- ***Negazione***: "*consente di non vedere una realtà pericolosa o di banalizzare una dolorosa ferita*".
- ***Fantasticare***: "*quasi tutti i bambini resilienti, felici nonostante tutto di vivere in un mondo fatto di ghiaccio e desolazione, sono riusciti a resistere grazie al calore della fantasia. Quei momenti di felicità, lontani dalla realtà del mondo circostante, offrono uno stesso tipo di scenario: il bambino solo e lontano dal mondo degli adulti pieni d'odio, scopre un nascondiglio meraviglioso, un piccolo paradiso affettivo*". Il sogno "*rappresenta sicuramente una fuga dalla realtà, ma quando questa è piena di follia, occorre proteggersi. Riusciranno a salvarsi solo i bambini che sanno sognare. Gli altri, adattati alla realtà, sottomessi a un mondo devastato, saranno avvolti da informazioni tristi, povere, immediate, quindi prive di senso. La risposta adattata a un mondo simile è la disperazione. Non è possibile fare poesia con indizi e segnali. Occorrono simboli, immagini e racconti perché la rappresentazione inventata riaccenda in noi un sentimento di bellezza e anche di felicità*".
- ***Intellettualizzazione***: "*permette di evitare uno scontro che ci coinvolgerebbe in prima persona*".
- ***Astrazione***: "*induce a trovare le leggi generali che permettono di dominare o di evitare l'avversario, l'assenza di pericolo invece giustifica l'intorpidimento intellettuale*".
- ***Umorismo***: "*con una sola pennellata trasforma una situazione, muta una pesante tragedia in leggera euforia, consente di prendere le distanze, di lasciarsi meno scalfire dal trauma*".
- ***Sublimazione***: "*quando la forza di vivere è orientata verso attività socialmente valorizzate, la vitalità, calamitata dal corpo sociale, permette a feriti nell'anima, piccoli e grandi, di evitare la rimozione e di esprimersi in toto, con grande felicità di tutti*".

[83] Tratto da "formare.erickson.it/info/Boris.pdf"

- ***Controllo degli affetti***: "*niente collera, disperazione, ruminazione o passaggi ad atti brutali per soddisfare i bisogni immediati. Una serena gestione del tempo, una tendenza a ritardare la realizzazione dei desideri e la relativa trasformazione, necessaria per renderli accettabili*".

In conclusione dunque, l'attitudine alla resilienza richiede fondamentalmente la capacità di ***dare*** *un* ***senso***, un ***significato***, a ciò che è accaduto, di imparare a gestire le proprie emozioni, aver cura di se e saper mantenere un soddisfacente livello di autostima, anche in condizioni oggettivamente critiche o penose. Essenziali sono le capacità di introspezione ma anche di astrazione, di immaginazione, di creazione di uno spazio mentale che funga da riserva psichica, la speranza, l'umorismo, i legami significativi, l'iniziativa, le competenze comunicative, il senso di appartenenza ad una comunità, ad un sistema di valori o anche ad una fede religiosa.

2.3 Conseguenze emotive dell'esposizione trauma

Senza entrare nel merito della psicopatologia vera e propria che ricordo rientrare nella dimensione psichica del danno biologico, sono molte le conseguenze del trauma che vanno ad influire *sull'elaborazione e nello sviluppo delle emozioni*. L'effetto pragmatico e più comune è una sostituzione del "livello emotivo" con quello "comportamentale": i bambini traumatizzati tendono a mostrare le loro sensazioni tramite il comportamento, come "l'appiattimento emotivo" e "l'eccessivo controllo", o "le sensazioni travolgenti" e non controllabili[84]. In tal senso l'*impulsività* è un denominatore comune che permette la trasformazione dei sentimenti e delle tensioni direttamente in azioni senza tuttavia passare per un'adeguata valutazione cognitiva o per un'elaborazione delle emozioni. È per questo che tra i bambini traumatizzati prevalgono espressioni procedurali ed emotivo-cinestesiche con sensazioni costanti di allarme anche in situazioni sicure.

Ciò che colpisce di questi bambini inoltre è il loro "speciale intuito" per un certo tipo di emozioni: numerose ricerche[85] hanno dimostrato come essi siano automaticamente sintonizzati nel riconoscimento delle emozioni della rabbia e della paura e posseggano invece una limitata espressione delle altre emozioni, che evidentemente faticano a riconoscere.

---

[84] Moradi A.R., Doost H.N., Taghavi M.R., Yule W., Dalgleish T., *Everyday memory deficits in children and adolescents with PTSD: Performance on the Rivermean Behavioural Memory Test.* Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 33, 939-944, 1999.

[85] Maughan A., Cicchetti, D., *Impact of child maltreatment and interadult violence on children's emotion regulation abilities and socioemotional adjustment*. Child Development, 73, 1525-1542, 2002.

Un secondo effetto importante dovuto all'esposizione al trauma riguarda i ristretti e parziali processi cognitivi della memoria e dell'attenzione ed una capacità di *problem solving* disfunzionale.

A tal proposito ci sono delle ricerche[86] che confermano il fatto che i bambini che vengono esposti ad elementi traumatici realizzano a scuola delle performance molto carenti e riferiscono problemi di concentrazione; allo stesso modo i bambini maltrattati hanno pochi ricordi (tra l'altro parziali) e manifestano disturbi d'attenzione oltre ad un continuo stato di vigilanza generalizzata e una assidua "consapevolezza" del pericolo.

Tutto questo sembra aumentare proporzionalmente all'esposizione al trauma. Ad esempio sono state fatte delle ricerche[87] su bambini esposti a traumi militari, che manifestavano in seguito difficoltà di attenzione e di concentrazione che a loro volta predicevano un DPTS in adolescenza[88].

Così come il trauma influisce sulle capacità cognitive sembra allo stesso modo influenzare molto negativamente anche le relazioni sociali sia con i pari che tra fratelli. Sembra in tal senso che gli eventi traumatici accentuino comportamenti negativi come l'isolamento e l'aggressività[89] ed a loro volta questi stili comportamentali diminuiscono le capacità che servono a mantenere le amicizie, intrappolando il ragazzo in un circolo vizioso in cui alla fine è comunque solo.

Ricerche in ambito clinico hanno invece documentato che il trauma familiare è associato a relazioni tra fratelli sia problematiche che protettive. Leavitt, Gardner, Gallagher e Schamess[90] descrivono quattro modelli di relazione tra fratelli traumatizzati:

1. Relazione fraterna assente che si riferisce a relazioni distaccate e non significative, risultato di un fallimento della relazione genitore – bambino.
2. Relazione fraterna molto forte in cui i due fratelli sostituiscono le relazioni insicure o patologiche con i genitori ("modello adulto bloccato").
3. Relazione di uso reciproco in cui i fratelli si utilizzano a vicenda per riattivare le difficoltà che hanno sperimentato nel rapporto problematico con i genitori.
4. Relazione fraterna di protezione contro gli effetti negativi del trauma. In questo caso un fratello protegge gli altri dalla situazione "pericolosa" ("modello scudo").

---

[86] Howe M.L., Cicchetti D., Toth S.L., Cerrito B.M., *True and False Memories in Maltreated Children*. Child Development, 75: 1402–1417, 2004.
[87] Qouta S., Punamaki R.L., EI Sarraj E., *Mother-child expression of psychological distress in war trauma*. Clinical Child Psychology and Psychiatry, lO, 135-156, 2005.
[88] Qouta S., Punamaki R-L., Miller K. E., El Sarraj E., *Does war beget child aggression? Military violence, child age and aggressive behavior in two palestinian samples*. Aggressive Behavior, 33, 1-14, 2007.
[89] Pynoos R.S., Steinberg A.M., Piacentini J.C., *A developmental psychopathology model of childhood traumatic stress and intersection with anxiety disorders.* Biological Psychiatry, 46, 1542-1554, 1999.
[90] Leavitt K.S., Gardner S.A., Gallagher M.M., Schamess G., *Severly traumatized siblings: A treatment strategy.* Clinical Social Work Joumal, 26, 16-23, 1998.

Approfondimento 2 **Le conseguenze psicologiche dell'abuso sul minore**[91]

LE CONSEGUENZE PSICOLOGICHE DELL'ABUSO SESSUALE

Burgess e Holmstrom (Burgess A.W., Holmsrom L.L., *"Rape trauma syndrome",* American Journal of Psychology, 1974.) nel 1974 hanno concettualizzato la ***sindrome del trauma da stupro***. Essa è definita come un processo che si svolge in due fasi:

1. Una acuta: dopo l'abuso la vittima può manifestare, emotivamente o verbalmente, i propri sentimenti di rabbia, paura e ansia, oppure può avere un atteggiamento controllato e silenzioso. In questa fase il minore abusato potrebbe manifestare disturbi somatici e psichici. Tali disturbi sono: ansia, paure legate al trauma, incubi, sintomi depressivi, sentimenti di inferiorità, vergogna, difficoltà scolastiche e interpersonali.
2. Una a lungo termine: quando al minore non viene data la possibilità di esprimere la propria sofferenza, probabilmente si svilupperanno successivamente dei disturbi strutturali di tipo depressivo, psicosomatico, psicotico, o comportamenti distruttivi come abuso di alcol e di sostanze e tentativi di suicidio.

Secondo questo modello, l'abuso sessuale infantile viene inteso come un evento esterno traumatico e stressante, in grado di scatenare una situazione di crisi, cioè una rottura dell'equilibrio tra l'ambiente e le capacità di adattamento dell'Io. Gli effetti patogeni del trauma non dipendono soltanto dalla natura e dall'intensità del trauma subito o dalla natura della relazione tra vittima e abusante, ma dipendono anche dal livello di sostegno che la vittima riceve all'interno della famiglia e all'esterno, dalla rete dei servizi socio-assistenziali ed istituzionali ma anche le risorse interne di cui il bambino abusato dispone (la sua abilità cognitiva, la fiducia in se stessi, una personalità di base forte, la presenza di alcune aree di successo nella vita). Quindi, le reazioni e gli effetti che l'abuso sessuale provoca possono variare molto da bambino a bambino, proprio in base all'influenza che i fattori delineati hanno sullo strutturarsi dell'esperienza traumatica.

Finkelhor (Finkelhor D., *Child sexual abuse: new theory and research,* Free Press, New York, 1984) ha proposto il modello delle *quattro dinamiche traumageniche*, in cui presuppone che l'abuso sessuale abbia una varietà di effetti diversi, dipendenti dalle caratteristiche dell'abuso, e che agisca su quattro aree principali:

1. La sessualità
2. La fiducia nelle proprie capacità di sviluppare relazioni interpersonali
3. L'autostima
4. La fiducia nella propria capacità di affrontare il mondo

Egli ha quindi identificato quattro fattori che agiscono direttamente sulle aree individuate e la cui intensità e qualità con cui avvengono caratterizza l'esperienza dell'abuso e le sue conseguenze a breve e lungo termine:

1. ***La sessualizzazione traumatica***: consiste nel processo attraverso cui la sessualità della vittima è forzata dall'abuso sessuale ad assumere forme improprie rispetto al suo livello evolutivo e distorte sul piano relazionale, risultando così disfunzionale dal punto di vista interpersonale. Questo accade quando, attraverso messaggi incongrui e ricompense che il bambino riceve dall'adulto in cambio dei suoi favori sessuali, il bambino impara ad usare il comportamento sessuale per soddisfare bisogni non sessuali.

[91] A cura della Dr.ssa Loffreda Velia "Conseguenze dell'abuso sessuale minorile sulle vittime" tratto dalla tesi di laurea "*L'analisi del discorso di un caso di abuso minorile presente nella Casa Famiglia* - SOS Adolescenza", in http://www.eduprof.it/mod-xFPDF-main-plugin-News-sid-405.html

Egli impara quindi ad usare il sesso come uno strumento per manipolare gli altri. Dalla sessualizzazione traumatica si originerebbero confusione e rifiuto verso la sessualità, comportamenti sessuali compulsivi e aggressivi, disfunzioni sessuali, promiscuità, prostituzione, ecc..

2. ***Il tradimento***: consiste nella scoperta che la vittima fa di essere stata manipolata e imbrogliata da qualcuno verso cui nutriva sentimenti di fiducia e aspettative positive. Da ciò deriva un forte sentimento di sfiducia negli altri, con sentimenti di ostilità e di rabbia, che si possono estendere anche verso altri membri della famiglia da cui il minore si aspettava protezione e amore. A questo fattore sarebbero perciò riconducibili lo sviluppo di sentimenti depressivi, la passività, la diffidenza, l'aggressività, l'isolamento, il ritiro, ecc..
3. ***L'impotenza***: il processo attraverso cui il senso di padronanza di sé della vittima è demolito dalle intrusioni nel proprio spazio corporeo, e si verifica specialmente nei casi in cui il bambino è costretto con la forza, con il ricatto o con la minaccia a sottomettersi ad un'attività indesiderata. Il bambino si sente allora incapace di reagire all'aggressione, e questo provoca sentimenti di ansia e paura.
4. ***La stigmatizzazione***: il processo attraverso cui il minore incorpora nella sua immagine di sé le connotazioni negative che gli sono attribuite dai familiari o dall'ambiente esterno in seguito all'abuso. Questo processo determinerebbe l'insorgenza di sentimenti di colpa e di vergogna, un deficit dell'autostima, l'isolamento e i comportamenti autodistruttivi, come la tossicodipendenza, l'alcolismo e il suicidio.

Questo approccio sottolinea la necessità di considerare dei processi di condizionamento che hanno preceduto e seguito il trauma. Il trauma, quindi, non è inteso come semplice conseguenza dell'abuso, ma come conseguenza del processo che precede e segue l'abuso stesso. Infatti, i quattro fattori sono collegati non solo all'abuso, ma anche all'adattamento precedente del bambino e all'effetto delle reazioni degli altri sul bambino stesso. Il modello di Finkelhor ha raccolto molteplici consensi poiché permette di comprendere l'impatto dell'abuso sessuale infantile anche se non distingue tra conseguenze acute e croniche dell'abuso.

Green (Green A.H., *Child sexual abuse: Immediate and long-term effects and intervention*, Journal of American Academy of Child and Adolescents Psychiatry, 32, pp.890-902, 1993) ha aggiunto al modello proposto da Finkelhor una *prospettiva temporale ed evolutiva* per spiegare lo sviluppo delle conseguenze immediate e a lungo termine. Egli non parla di conseguenze a breve termine, poiché sarebbe fuorviante, ma le definisce "immediate", in quanto tali conseguenze si manifestano subito dopo il trauma, ma non necessariamente scompaiono, come farebbe invece pensare il concetto di "breve termine". Egli si sofferma sul motivo per cui alcuni bambini sembrano far fronte alla violenza sessuale con più efficacia di altri. L'abuso sessuale infantile è descritto come la somministrazione ripetuta di stimolazione sessuale ed aggressiva, sovrapposta ad una situazione familiare patologica che comprende la stigmatizzazione, il tradimento, l'inversione dei ruoli, la sessualizzazione e la violazione dei confini fisici e psicologici del bambino. Secondo questo modello, l'abuso sessuale infantile provoca atteggiamenti di paura associati a sintomi di ansia, come incubi, disturbi del sonno, sintomi psicosomatici e reazioni dissociative che, in alcuni casi, possono giungere a soddisfare i criteri del disturbo post-traumatico da stress. L'abuso sessuale provoca anche delle disfunzioni familiari che si esprimono nel tradimento, nella stigmatizzazione, nei sensi di colpa e di vergogna, nella sfiducia, nel senso di inferiorità, nella depressione e nelle difese patologiche. Infine, secondo Green, i minori vittime di abuso sessuale possono avere due diversi stili di adattamento: il primo cerca di controllare l'esperienza di abuso attraverso la ripetizione del trauma subito, e, se non gli verrà data la possibilità di esprimere il proprio dolore, probabilmente diventerà un genitore abusante; il secondo cerca di far fronte al trauma evitando gli stimoli sessuali, e potrebbe diventare un adulto con seri problemi sessuali.

CAPITOLO III

L'ESAME DEL MINORE

"Tutti i test psicologici sono degli ausili preziosi all'interno del processo diagnostico…ma non devono essere confusi con una diagnosi di disturbo mentale"

Sanavio E. e Sica C. (1999)[92]

Prima ancora di iniziare questo capitolo sull'esame del minore, mi sembra importante richiamare i principali documenti che costituiscono le "pietre miliari" nella tutela dell'infanzia, giacché essi "regolano" il vero e proprio esame del minore, per poi procedere ad una descrizione accurata dei principali strumenti psicologici (oltre al colloquio clinico e tematico) utilizzati nell'ambito della valutazione del minore, ovvero i test neuropsicologici, di livello e di personalità.

3.1 Principali documenti in materia di tutela dell'infanzia

3.1.1 La Carta di Noto[93]

La Carta di Noto è un documento che si è formato nel 1996 ed è stato aggiornato il 7 luglio 2002. Si tratta di una carta che esprime i principi base che possono favorire la formazione del giusto processo che vede il minore vittima di abuso e persona offesa.
Essa quindi espone delle linee guida per l'esame del minore in caso di ***abuso sessuale***.

Queste linee tracciano dei validissimi suggerimenti diretti a garantire dei risultati negli accertamenti tecnici e la genuinità delle dichiarazioni, assicurando al contempo al minore la protezione psicologica, nel rispetto dei principi costituzionali e degli strumenti di diritto internazionale.

[92] Sanavio E., Sica C., *I test di personalità. Inventari e questionari*. Il Mulino, Bologna, 1999.
[93] www.psicologiaforense.it/Linee%20guida%20abuso%20minore.pdf

Il suo intento è "*rivolgersi a qualunque soggetto che nell'ambito del procedimento instauri un rapporto con il minore*". Vediamo alcuni articoli a titolo esemplificativo.

1. La consulenza tecnica e la perizia in materia di abuso sessuale devono essere affidate a professionisti specificamente formati, tanto se scelti in ambito pubblico quanto se scelti in ambito privato. Essi sono tenuti a garantire il loro costante aggiornamento professionale. Nel raccogliere e valutare le informazioni del minore gli esperti devono:
    a) Utilizzare metodologie e criteri riconosciuti come affidabili dalla comunità scientifica di riferimento;
    b) Esplicitare i modelli teorici utilizzati, così da permettere la valutazione critica dei risultati.
2. La valutazione psicologica non può avere ad oggetto l'accertamento dei fatti per cui si procede che spetta esclusivamente all'Autorità giudiziaria. L'esperto deve esprimere giudizi di natura psicologica avuto anche riguardo alla peculiarità della fase evolutiva del minore.
3. In caso di abuso intra-familiare gli accertamenti devono essere estesi ai membri della famiglia, compresa la persona cui è attribuito il fatto, e ove necessario, al contesto sociale del minore. E' metodologicamente scorretto esprimere un parere senza avere esaminato il minore e gli adulti cui si fa riferimento, sempre che se ne sia avuta la rituale e materiale possibilità. Qualora l'indagine non possa essere svolta con tale ampiezza, va dato conto delle ragioni dell'incompletezza.
4. Si deve ricorrere in ogni caso possibile alla videoregistrazione, o quanto meno all'audio-registrazione, delle attività di acquisizione delle dichiarazioni e dei comportamenti del minore. […] Qualora il minore sia stato sottoposto a test psicologici i protocolli e gli esiti della somministrazione devono essere prodotti integralmente ed in originale.
5. […]
6. Nel colloquio con il minore occorre:
    a) garantire che l'incontro avvenga in orari, tempi, modi e luoghi tali da assicurare, per quanto possibile, la serenità del minore;
    b) informarlo dei suoi diritti e del suo ruolo in relazione alla procedura in corso;
    c) consentirgli di esprimere opinioni, esigenze e preoccupazioni;
    d) evitare domande e comportamenti che possano compromettere la spontaneità, la sincerità e la genuinità delle risposte, senza impegnare il minore in responsabilità per ogni eventuale sviluppo procedimentale.

7. L'incidente probatorio è la sede privilegiata di acquisizione delle dichiarazioni del minore nel corso del procedimento.
8. I sintomi di disagio che il minore manifesta non possono essere considerati di per se come indicatori specifici di abuso sessuale, potendo derivare da conflittualità familiare o da altre cause, mentre la loro assenza non esclude di per se l'abuso.

3.1.2 Convenzione di New York sui diritti del fanciullo[94]

La Convenzione internazionale sui diritti dell'infanzia è una convenzione delle Nazioni Unite approvata dall'Assemblea generale delle Nazioni Unite il 20 novembre 1989 a New York e ratificata dall'Italia con la legge n.176/1991 (27 Maggio 1991).

Suddivisa in tre parti, la Convenzione è formata da un Preambolo e da cinquantaquattro articoli.

Di particolare interesse, come sempre nei trattati, è il Preambolo dove si afferma che l'infanzia ha diritto ad un aiuto e ad una assistenza particolari, e dove si sottolinea che la famiglia, essendo unità fondamentale della società ed ambiente naturale per la crescita del minore, deve ricevere la protezione e l'assistenza di cui necessita. Nell'intento di ottenere il più largo assenso possibile tra i popoli di cultura, religioni, tradizioni assai diverse, la Convenzione esprime un vasto consenso su quali siano gli obblighi degli Stati e della comunità internazionale nei confronti dell'infanzia.

Il risultato è un trattato che può davvero aspirare ad essere "universale". La Convenzione non solo codifica ma sviluppa in maniera significativa le norme internazionali applicabili ai bambini. La Convenzione è strumento di promozione e di protezione dei diritti dell'infanzia, ed entra a far parte del *corpus* di diritto internazionale il 2 settembre 1990, nove mesi dopo essere stata adottata dall'Assemblea Generale delle Nazioni Unite.

Ai sensi della convenzione del 1989, è considerato bambino ogni individuo che abbia un'età compresa tra 0 e 18 anni. La Convenzione introduce l'idea del ***bambino come soggetto di diritti*** invece che come mero oggetto di tutela e protezione; affianca a diritti universalmente riconosciuti e sanzionati (quali il diritto al nome, alla sopravvivenza, alla salute, all'istruzione), una serie di diritti di nuova generazione (come il diritto all'identità legale del bambino, il rispetto della sua privacy,

[94] http://it.wikipedia.org/wiki/Convenzione_internazionale_sui_diritti_dell'infanzia

della sua dignità e della libertà d'espressione). Inoltre ***sancisce il diritto dei bambini ad essere ascoltati in tutti i procedimenti che li riguardano, compresi i procedimenti giudiziari.***

Il bambino non è più *minus habens*, protetto per la sua immaturità, ma uomo *in fieri*, portatore di diritti umani fondamentali, sia pure con gli adattamenti consigliati dalla sua condizione che è legata ad una situazione oggettiva che impone speciali e particolari attenzioni.

La Convenzione rappresenta uno strumento di protezione e di promozione dei diritti molto forte per tutti i fanciulli del mondo, sancendo che i bambini sono soggetti di diritto e non soltanto oggetto di cure o beneficiari di servizi.

In occasione del decimo anniversario dell'entrata in vigore della Convenzione internazionale sui diritti del fanciullo l'Assemblea Generale delle Nazioni Unite ha adottato infine due Protocolli[95] opzionali alla medesima Convenzione concernenti, rispettivamente, la vendita e la prostituzione dei bambini e la pornografia infantile e il coinvolgimento dei bambini nei conflitti armati. Il Protocollo sulla vendita e la prostituzione dei bambini e la pornografia infantile è in vigore dal 18 gennaio 2002, mentre il Protocollo sul coinvolgimento dei bambini nei conflitti armati è in vigore dal 12 febbraio 2002. Entrambi sono stati ratificati dall'Italia con la legge 11 marzo 2002, n. 46.

L'attuazione dei due Protocolli è monitorata dal Comitato dei diritti del fanciullo, un organismo composto da 18 esperti indipendenti costituito presso l'Ufficio dell'Alto Commissario dell'ONU per i diritti umani.

3.1.3 Convenzione Europea sull'esercizio dei diritti dei fanciulli[96]

La Convenzione europea sull'esercizio dei diritti del fanciullo, conclusa a Strasburgo il 25 gennaio 1996, è in vigore internazionale dal 1° luglio 2000. In Italia, dove è stata ratificata con la legge 20 marzo 2003, n. 77, è invece in vigore dal 1° novembre 2003.

La Convenzione, che si applica ai fanciulli minori di diciotto anni, ha l'obiettivo di promuovere i loro diritti e di agevolare l'esercizio di diritti procedurali attribuiti ai minori in procedimenti innanzi all'autorità giudiziaria. Le relative procedure sono considerate "procedure di diritto familiare"; la Convenzione si riferisce in particolare a quelle in materia di esercizio della responsabilità di genitore.

Viene stabilito che ogni Stato, al momento della firma o del deposito del suo strumento di ratifica, di accettazione, di approvazione o di adesione, debba designare, mediante una

[95] Entrambi i Protocolli sono stati adottati dall'Assemblea Generale dell'ONU con la Risoluzione n. A/RES/54/263 del 25 maggio 2000.
[96] http://dibattitopubbl.ucoz.com/forum/25-36-1

dichiarazione indirizzata al Segretario Generale del Consiglio d'Europa, almeno tre categorie di controversie familiari innanzi ad un'autorità giudiziaria cui la Convenzione può applicarsi.

Il Capitolo II si occupa dei diritti procedurali spettanti al fanciullo e delle misure necessarie a promuovere l'esercizio dei diritti medesimi.

Vengono qualificati diritti procedurali spettanti al fanciullo, nelle procedure innanzi ad un'autorità giudiziaria:

- Il diritto a ricevere ogni informazione pertinente
- Il diritto ad essere consultato ed esprimere la sua opinione;
- Il diritto ad essere informato delle conseguenze dell'attuazione della sua opinione e di quelle di ogni decisione.

Viene poi espressamente conferito il diritto di chiedere la designazione di un rappresentante speciale in caso di conflitto d'interessi con coloro che hanno la responsabilità di genitore ed è altresì prevista la possibilità di concedere ai fanciulli diritti procedurali supplementari (chiedere di essere assistiti da una persona appropriata di loro scelta, designare un proprio rappresentante, etc.).

Quanto al ruolo dell'autorità giudiziaria, viene stabilito che essa, prima di assumere qualunque decisione, dovrà essere certa di disporre di informazioni sufficienti, acquisendo, nel caso contrario, informazioni supplementari. Inoltre, nel caso di fanciulli con sufficiente discernimento, l'autorità medesima dovrà:

- Accertarsi che il fanciullo abbia ricevuto le pertinenti informazioni;
- Consultarlo;
- Consentirgli di esprimere la sua opinione e tenerne debitamente conto.

Vengono poi disciplinati l'obbligo di agire con prontezza, la possibilità di procedere d'ufficio e quella di designare un rappresentante.

Il ruolo dei rappresentanti sarà quello di fornire informazioni e spiegazioni al fanciullo, di determinare la sua opinione ed informarne l'autorità giudiziaria. E' prevista l'istituzione di appositi organi per incoraggiare la promozione e l'esercizio dei diritti dei fanciulli, con il compito di formulare proposte e pareri sui progetti di legge concernenti l'esercizio dei diritti dei fanciulli e fornire informazioni generali in tal senso.

Tra le altre misure disciplinate, la mediazione, per prevenire e risolvere i conflitti ed evitare procedure che coinvolgano il fanciullo innanzi ad un'autorità giudiziaria. D'altra parte è prevista l'applicazione del gratuito patrocinio legale o della rappresentanza giuridica del fanciullo innanzi a un'autorità giudiziaria, in alcune materie (diritto di designare un rappresentante), qualora tali istituti esistano nel diritto interno di ciascuna Parte.

3.2 La valutazione del minore

3.2.1 Il colloquio clinico

Partendo da una definizione piuttosto "antropologica" del colloquio quale "*mezzo di ricerca e di intervento che implica e comprende in ogni caso un'interrogazione e un rapporto e si declina sempre sulla base di entrambe le componenti: l'interrogazione ed il rapporto*[97]", si possono da subito dedurre alcune caratteristiche fondamentali che lo configurano quale utile strumento sia nella prassi clinica che in quella peritale. In primo luogo esso consente di raggiungere un risultato, prevede uno svolgimento più o meno strutturato e, come affermato da Trentini, si basa sull'interazione tra due (o più) persone. A renderlo uno strumento efficiente e funzionale contribuiscono il contesto specifico entro il quale avviene, il carattere dell'intenzionalità, che ne definisce il contenuto e caratterizza lo scambio dell'interazione, il motivo che ne sta alla base, gli obiettivi che si vogliono raggiungere e le dinamiche di potere che si esplicano tra gli individui coinvolti.

Accanto a questi aspetti descrittivi, è importante in questa sede definire le due diverse tipologie di colloquio psicologico, entrambe presenti tanto nella maggior parte delle pratiche, da quella clinica a quella scolastica, aziendale e soprattutto giuridica.

Il *colloquio libero* si costituisce quale spazio all'interno del quale si incoraggia la libertà di espressione del soggetto. Lo scopo è sondare i vissuti e le emozioni, le diverse funzioni psichiche ed il loro modo di organizzarsi in forme caratteriali o patologiche; il tutto attraverso l'invito ad associare liberamente. Potremmo riassumere dicendo che il colloquio libero ha un basso livello di strutturazione ed ha lo scopo di valutare qualitativamente la realtà psichica di un individuo.

Il *colloquio tematico* invece sonda alcuni aspetti specifici emersi precedentemente dall'anamnesi del soggetto o nella fase di colloquio libero. In questo caso il grado di strutturazione sarà più elevato e le domande saranno formulate in funzione dei temi da indagare.

Queste due diverse tecniche di conduzione del colloquio vengono normalmente integrate tenendo sempre a mente alcune regole generali che garantiscano la massima affidabilità dei risultati, come ad esempio l'evitare domande troppo chiuse, o suggestive, o ancora evitare una relazione impersonale e fredda o al contrario un eccessivo coinvolgimento, utilizzare un vocabolario poco "scientifico", e così via.

I criteri appena citati relativi al colloquio psicologico valgono ancor di più nell'ambito dell'età evolutiva. Il colloquio psicologico con il minore, ovviamente, sarà diverso a seconda

[97] Trentini, G., *Manuale del colloquio e dell'intervista*, Utet, Torino, 1995.

dell'età della vittima. Ad esempio, con i bambini che ancora non hanno appreso correttamente il linguaggio verbale (per esempio di età inferiore ai 2 anni), è possibile utilizzare gesti, atteggiamenti o manipolazioni di oggetti: "*la domanda viene posta predisponendo condizioni che sollecitino il bambino a produrre un comportamento significativo ed in particolare un comportamento di scelta tra più alternative possibili, e la risposta consiste appunto nel fatto di compiere concretamente la scelta, fornendo così gli elementi necessari per la verifica delle ipotesi che aveva ispirato la domanda*[98]". In generale più il bambino è grande e più ci sono possibilità di utilizzare delle espressioni verbali nella conduzione del colloquio, espressioni costituite da domande che raccolgano le relative risposte. Tuttavia, le problematiche che possono insorgere nel colloquio con i minori sono molteplici: ad esempio, con i bambini dai 2 ai 4 anni esse sono normalmente legate sia alla motivazione, nel senso che il bambino utilizza modalità di conversazione di tipo ludico tale per cui anche quando è interessato ad un argomento decide comunque lui come parlarne e quando, che alla mancanza di coerenza della conversazione e del flusso di pensiero. Con i bambini più grandi, invece, come quelli di 7-8 anni le difficoltà si riscontrano negli aspetti sintattici e semantici della conversazione. L'aspetto sintattico riguarda l'articolazione delle frasi, spesso semplici e lineari nei bambini (noi adulti siamo abituati a porre sullo stesso livello sia le preposizioni principali che quelle subordinate che dividono le frasi che introducono dei periodi ipotetici) mentre quello semantico è riferito al significato ed alla comprensione dei termini, che spesso tra l'adulto ed il bambino non coincidono.

L'evidenza di queste difficoltà sottolinea ancor di più la necessità di instaurare un clima emotivo che sia il più possibile sereno, in modo da facilitare il flusso dei ricordi ed il riuscire a stabilire con il minore un rapporto di fiducia. Attraverso l'utilizzo di modalità e stili comunicativi adeguati e specifici per quel particolare contesto (in seguito riportati) è importante che l'intervistatore chiarisca la qualità dell'interazione in atto, (il *perché* ed il *come* dell'incontro che si sta svolgendo), per poi stimolare una libera narrazione.

È fondamentale porre cautela nella tipologia e nella qualità dei quesiti rivolti alla presunta vittima, ad esempio una norma generale consiste nell'evitare di porre domande strutturate e chiuse, lasciando invece libero il minore di raccontare ciò che vuole. È importante, soprattutto con i bambini più piccoli che l'interazione dia spazio a forme espressive libere e al gioco, per non correre il rischio di evocare nel bambino rispose "attese": il minore potrebbe pensare che l'adulto di fronte a lui desideri che gli narri lo stesso resoconto fatto in precedenza ad altri adulti[99].

[98] Trentini, G., *Manuale del colloquio e dell'intervista*, Utet, Torino, 1995.
[99] De Leo G, Patrizi P., *Psicologia Giuridica*, Il Mulino, Bologna. 2002

Non dimenticandoci del contesto entro cui si svolge il colloquio con il minore, in questo caso quello giudiziario, durante il colloquio d'indagine con un minore lo scopo non sarà solo quello di valutare la presenza/assenza di una psicopatologia, ma capire come essa si rapporta, in termini di ***nesso di causalità***, all'evento traumatico, se ne è la conseguenza e se (ed in quale misura) la vita del minore ne subisce un pregiudizio di ordine esistenziale.

Per far ciò i due soggetti principali dell'incontro, ovvero il minore e l'esaminatore, devono necessariamente comunicare tra di loro. Le modalità di interazione/comunicazione sono diverse a seconda dell'età della vittima. Ricordandoci sempre che il setting *non è* quello di una psicoterapia e che l'intervento che è richiesto non va in direzione del supporto psicologico o della "guarigione" dai sintomi, è comunque importante offrire al minore un'atmosfera ed un contesto che permettano lo stabilirsi di una *buona relazione* comunicativa tra i due attori dell'incontro.

Le principali modalità di scambio e comunicazione possono essere varie (e mutevoli a seconda dell'età), ma ognuna deve tenere in considerazione il ***linguaggio dell'esaminatore*** che deve essere accessibile per il minore tenendo conto sia dell'età che del livello di sviluppo raggiunto.

Prima dei 5-6 anni, ad esempio, le domande poste direttamente al bambino hanno spesso un effetto inibitorio; le frasi devono essere brevi, le parole semplici e spesso ripetute. Ovviamente l'esaminatore porrà altrettanta attenzione a tutte le modalità comunicative di tipo analogico ed infra-verbali cui soprattutto i bambini sono particolarmente sensibili (l'intonazione della voce, le attitudini gestuali, ecc.)[100].

Vediamo ora alcune modalità comunicative tra il minore e l'esaminatore[101].

- ***Gioco***: giacché esso permette al bambino di muoversi ed occupare lo spazio. Diviene così possibile valutare la qualità della motricità del bambino e l'immagine dinamica del suo corpo; qualora si evidenzino goffaggine gestuale, instabilità, distonie, ecc.. può essere richiesta una valutazione psicomotoria, tanto più se prima del trauma questi sintomi non erano presenti.
- ***Il dialogo immaginario***: il cui prototipo è il gioco con le marionette, ma anche la storia inventata (ad esempio "tu inventi un bel sogno" oppure "tu inventi un brutto sogno") o ancora il gioco di ruolo come il gioco della scuola o della famiglia.
- ***Il disegno***: a prescindere dal fatto che spesso il bambino disegna volentieri o spontaneamente esso è un ottimo indicatore dello stato psicologico del bambino ed è infatti largamente utilizzato in quanto tecnica proiettiva.

[100] Marcelli D., *Psicopatologia del bambino*, Masson, Milano, 1995.
[101] *Ibidem*

- ***Il dialogo tradizionale***: in cui esaminatore e minore si trovano l'uno di fronte all'altro e che caratterizza la tecnica principale di indagine con i prepuberi e gli adolescenti.

Tab. 1 **Cronologia delle principali modalità di comunicazione con il bambino durante l'indagine**

	Fino a 3 anni	**Da 3 a 7 anni**	**Da 7 a 11 anni**	**Da 11 a 13 anni**	**Oltre i 13 anni**
Giochi	+++	++	+	--	--
Dialoghi immaginari	++	+++	+	--	--
Disegno	+	++	+++	--	--
Dialoghi di tipo adulto	--	--	+	++	+++

Viste le difficoltà di conduzione relative alla precoce età dei soggetti coinvolti, occorre programmare il colloquio in tutte le sue fasi, in base all'età, alla capacità linguistiche, alle abitudini ed alla natura del tema che si vuol affrontare. In linea di massima se "è stato fatto un buon lavoro" con il minore, ovvero se si è riusciti a creare un buon clima di fiducia e di serenità il passo successivo non sarà poi così "traumatico" per nessuno dei due attori dell'incontro.

Alla fase del colloquio seguirà, infatti, nella maggior parte dei casi, quella della somministrazione di una batteria di test opportunamente strutturata, dove compaiono i test di livello, quelli proiettivi, quelli di personalità e quelli di tipo neuropsicologico.

3.2.2 Esame delle funzioni intellettive[102]

Partendo dalla definizione d'intelligenza fornita da Wechsler quale: "*capacità globale o complessiva dell'individuo di agire con un fine, di pensare razionalmente e di trattare con efficacia i suoi rapporti con l'ambiente*"[103] è intuitivo comprendere come tale costrutto vada necessariamente investigato all'interno di un iter peritale. In generale un test che misuri la dimensione dell'intelligenza tiene conto di tutte le dimensioni che le appartengono ma soprattutto, come affermava Wechsler nel 1980, della "posizione relativa", ovvero come una persona esegue una prestazione in confronto ai suoi pari. Nel valutare l'intelligenza, quindi, vanno prese in considerazione sia la capacità assoluta dell'individuo, che l'abilità relativa ad altre persone.

Il test di intelligenza maggiormente utilizzato in ambito peritale è la scala d'intelligenza Wechsler (sia quella relativa all'età prescolare, all'età scolare e alla vita adulta).

[102] Tratto da Kendall P. C., Norton-Ford J.D., *Psicologia clinica*, Il Mulino, Bologna, 1986
[103] Wechsler D., *The measurement and appraisal of adult intelligence*, Baltimore, Williams & Wilkins, 1958 In Kendall P. C., Norton-Ford J.D., *Psicologia clinica*, Il Mulino, Bologna, 1986

Fornendo un indice quantitativo del funzionamento intellettivo generale, in questa sede andremo a citare per esteso solo la scala WISC-R, ovvero la Wechsler Intelligence Scale for Children, Revised[104], rivista nel 1974. Tale scala va dai 6 ai 17 anni ed è formata da 12 subtest (10 obbligatori +2 facoltativi). Il test è suddiviso in una serie di *prove verbali* che comprendono la cultura generale, le somiglianze, il ragionamento aritmetico, la definizione di vocaboli, la comprensione e la memoria di cifre; e delle *prove di performance* che consistono nel completamento di figure, nell'ordinamento di storie figurate, nel disegno con i cubi, nella ricostruzione di figure, nel cifrario e nei labirinti. La memoria di cifre ed i labirinti sono i due test facoltativi. Alla fine della somministrazione si ottiene un punteggio relativo alle prove verbali, uno a quelle di performance ed uno totale. È bene inteso che nei casi in cui emerga un ritardo mentale, che può consistere in una deprivazione psicosociale o in una disfunzione cerebrale, è bene richiedere un'analisi aggiuntiva: si dovrebbe esaminare la storia familiare del fanciullo, il livello di funzionamento precedente e le prestazioni in altri test appositamente previsti per studiare la presenza di un danno cerebrale. In questa sede ritengo importante sottolineare come i tentativi di ottenere da questa scala delle *informazioni diagnostiche aggiuntive* e diverse rispetto alla classificazione del livello di ritardo siano stati futili[105]: i test di intelligenza possono fornire un indice valido delle capacità intellettive di un fanciullo e sono utili per le categorizzazioni diagnostiche nel campo del ritardo mentale, ma essi non possono essere considerati come un'informazione sufficiente per categorizzazioni diagnostiche in altri settori, è per questo che nella valutazione del minore (come anche nell'adulto) si distingue l'esame della personalità e quello neuropsicologico, che hanno propri strumenti finalizzati per indagare quegli aspetti al di fuori del costrutto dell'intelligenza.

Ulteriori test d'intelligenza che si possono utilizzare in ambito dell'età evolutiva possono essere il:

- *Test del vocabolario di immagini di Peabody (PPVT),* composto da 150 tavole illustrate contenenti ognuna quattro immagini ed in cui il ragazzo deve indicare la figura che meglio delle altre mostri il significato della parola detta dall'esaminatore.

[104] Wechsler D., *Wechsler Intelligence Scale for Children, Revised (WISC-R)*, 1987. Traduzione italiana a cura di Orsini A., Organizzazioni Speciali, Firenze, 1993.

[105] Ad esempio è stato dimostrato come, rispetto alla delinquenza giovanile, i dati ottenuti dal WISC-R siano stati "inutili". I delinquenti giovanili mostravano un QI della scala di performance più alto rispetto a quello della scala verbale; tuttavia la stessa discrepanza poteva essere l'esito di un certo numero di difficoltà nell'apprendimento che producevano, in parte, un funzionamento carente livello verbale. Per fare un esempio, un retroterra socio economicamente deprivato normalmente incide sulle capacità verbali di un fanciullo. Ancora, rispetto ai disturbi emotivi, gli studi che hanno cercato di utilizzare il WISC-R nel tentativo di identificare i subtest che differenziano i fanciulli emotivamente disturbati dagli altri gruppi di fanciulli sono stati fallimentari: il livello intellettivo generale del fanciullo non risulta essere un indicatore di disturbo emotivo per cui fanciulli che sono affetti da disturbi emotivi non hanno necessariamente un'intelligenza al di sotto della media, anzi talora possono essere *sopra* di essa. (Kendall P. C., Norton-Ford J.D., *Psicologia clinica*, Il Mulino, Bologna, 1986)

- *Scala di performance internazionale Leiter*, composto da figure stampate presentate su un cartone. Il ragazzo deve inserire nel cartone dei blocchetti di legno in modo che si accoppino alle serie di figure stampate; gli elementi del test sono sistemati per livello di età ed ogni livello comincia con un compito semplice. Tale test ignora le capacità verbali ed è adatto ad esaminare le capacità mentali di quei ragazzi che non possiedono capacità linguistiche sufficienti per poter affrontare ad esempio la WISC-R.
- *Wechsler pre-scolare e Scala Primaria di Intelligenza*, somministrabile a bambini tra 4 e 6 anni e mezzo. Insieme a subtest simili a quelli della WISC-R, le modificazioni della WPPSI comprendevano l'aggiunta di prove più semplici e l'eliminazione di quelle più complesse, oltre ad alcuni cambiamenti nel metodo di somministrazione (ad esempio il test può essere interrotto si può fissare un secondo appuntamento per completare la prova, o può essere svolto a domicilio). La classificazione intellettiva basata su questa scala, tuttavia, è meno attendibile e meno valida rispetto a quella ottenibile dalla scala WISC-R e dalla WAIS-R ed inoltre i punteggi sono meno predittivi del comportamento futuro; essi possono essere utilizzati solo come un indicatore ipotetico di un potenziale intellettivo stabile di un bambino, in quanto è verosimile che dei fattori contingenti evolutivi o ambientali possano offuscare le reali capacità del bambino.
- *Scala di Intelligenza Stanford-Binet*, primo strumento di misura dell'intelligenza. Proposta nel 1905 e successivamente rivista "per l'ultima volta" nel '60, comprendeva una forma singola di test ricombinando gli item delle forme precedenti. Essa comprende una serie di prove raggruppate per livelli di età che si estendono dai 2 anni sino all'adulto superiore e richiedono da parte del soggetto il possesso di tutta una serie di capacità.
- *Test di intelligenza culturalmente neutri*, quale il test delle Matrici Progressive di Raven (PM-38 o PM-47) consistenti nel fornire un disegno al soggetto con una parte mancante e chiedendogli di scegliere tra i possibili disegni da inserire quello che secondo lui completa correttamente lo schema. Il test consiste di 60 schemi in ordine di complessità. La sua attendibilità è moderata ma le previsioni relative alle prestazioni scolastiche non sono molto precise rispetto a quelle ottenibili con gli altri test di intelligenza.

3.2.3 Esame della personalità[106]

I metodi dominanti usati sia in ambito clinico che in ambito giuridico-peritale nella diagnosi di personalità sono i *test strutturati* e quelli *non strutturati*.

Questi ultimi derivano in gran parte dalle teorie della personalità e sono considerati *metodi proiettivi* di esame. Essi implicano l'uso di stimoli ambigui e lasciano che il materiale d'esame sia mal definito in modo che il paziente si "proietti" sul materiale e riveli la propria personalità.

I test strutturati si interessano invece alle risposte del paziente a degli specifici elementi del test e si affidano, per l'interpretazione, più all'analisi empirica dei dati che a delle specifiche teorie della personalità; essi sono anche chiamati *metodi oggettivi* di diagnosi della personalità.

Le *interviste strutturate* e *non strutturate* e le *osservazioni* in condizioni naturali sono altri importanti metodi di esame che vengono utilizzati per valutare la personalità: tuttavia i due approcci principali sono i metodi d'esame proiettivi e quelli oggettivi.

- *Esame proiettivo*: il metodo proiettivo si riferisce alla prospettiva teorica che assume le caratteristiche psicodinamiche come elemento centrale della personalità, è per questo che tale metodo richiede che si forniscano al soggetto delle forme nuove, ambigue e quasi prive di contenuto alle quali si deve rispondere con un minimo di struttura o di istruzioni. Dal punto di vista teorico l'esaminatore parte dall'assunto che se il materiale del test contiene solo un minimo di contenuto ne deriva che le risposte fornite sono solo una funzione della personalità del soggetto. Sulla base di una visione psicodinamica della personalità gli strumenti proiettivi sono sensibili agli aspetti inconsci del comportamento[107]. Esistono molti test psicologici che rientrano nella categoria proiettiva, essi si differenziano, ad esempio, per le modalità di somministrazione, per il loro intento e per il tipo di risposta che stimolano. Lindzey ha suddiviso in categorie test proiettivi, a seconda del tipo di risposta che viene stimolata:
    a) *Associazione*, quando nel rispondere allo stimolo presentato dell'esaminatore il soggetto deve "associare", come ad es. nel Rorschach o nel testo di associazione verbale.

---

[106] Tratto da Kendall P. C., Norton-Ford J.D., *Psicologia clinica*, Il Mulino, Bologna, 1986.

[107] Secondo Lindzey (Lindzey G., *Projective techniques and cross-cultural research*, New York, Appleton-Century-Crofts, 1961.) *Una tecnica proiettiva è uno strumento che viene ritenuto particolarmente sensibile nel rivelare gli aspetti nascosti o inconsci del comportamento, che permette o incoraggia una notevole diversificazione delle risposte del soggetto, che è altamente multidimensionale ed evoca delle risposte insolitamente ricche o estese con una minima consapevolezza del soggetto sugli scopi del test. Inoltre è molto spesso vero che il materiale stimolante che viene presentato è ambiguo, che l'interprete si affida ad un'analisi di tipo globale, che il test evoca delle risposte di fantasia e che non esistono risposte corrette o scorrette al test.* In Kendall P. C., Norton-Ford J.D., *Psicologia clinica*, Il Mulino, Bologna, 1986.

b) *Costruzione*, quando il soggetto deve elaborare o costruire una storia o un'immagine, come nel CAT (Children Apperception Test), adattamento per l'età evolutiva del Test di Appercezione Tematica o quello delle Figure Blacky (per lo studio dei rapporti interpersonali).

c) *Completamento*, quando si presenta al soggetto uno stimolo incompleto con la richiesta di completarlo come, ad esempio il test a completamento di frasi o quello di frustrazione di Rosenzweig.

d) *Scelta o ordinamento*, ovvero quando si chiede al soggetto di compiere una scelta tra un certo numero di alternative, come il test di Szondi in cui il soggetto sceglie ripetutamente la foto preferita o quella che gli piace meno di una serie.

e) *Espressione*, quando si richieda al soggetto di creare una produzione, come nel metodo costruttivo, però in questo caso il soggetto recita una parte attiva nel determinare ciò che deve essere costruito, rientrano in questa categoria il gioco, la pittura, il disegno e lo psicodramma. In disegno, possiamo citare il noto testo della figura umana (TFU di K. Machover) o quello della famiglia.

- *Esame oggettivo:* tale approccio ha lo scopo di descrivere scientificamente le caratteristiche o i tratti di un individuo o di un gruppo di individui come mezzo per una previsione del comportamento. Mentre i metodi proiettivi sono più interessati alla dinamica intrapsichica, sono vaghi ed ambigui ed esiste un'ampia libertà di risposta, gli esami oggettivi ricercano una descrizione dei tratti, sono costituiti da stimoli ben definiti e richiedono delle risposte limitate (ad esempio, vero o falso). Allo stesso modo, mentre il contenuto di un test proiettivo è tipicamente interpretato da soggetto a soggetto e (talvolta) senza fare riferimento a delle norme precise, il punteggio di un test oggettivo paragona le risposte che il soggetto ha fornito agli item alle risposte di altri soggetti sottoposti allo stesso test. È per questo che la caratteristica principale di questi metodi risiede nella loro standardizzazione. Tra i più noti nell'età evolutiva possiamo annoverare il MMPI-A (di J.N. Butcher, C.L. Williams, J.R. Graham, R.P. Archer, A. Tellegen, Y.S. Ben-Porath e B. Kaemmer), versione del noto MMPI (ad oggi MMPI-2) adattata ai soggetti adolescenti, dai 14 ai 18 anni[108]; il BFQ-C (Big Five Questionnaire

[108] Il questionario è composto da 478 item, conta 6 scale di validità, più un indicatore di validità che non è una vera e propria scala, denominato Non so, che indica il numero totale di item che l'esaminato lascia in bianco o a cui risponde sia "vero" che "falso"; 10 scale cliniche di base; 15 di contenuto e 6 supplementari. Continuano ad essere presenti le scale **L**, **K**, **VRIN** e **TRIN**, anche se riportano qualche modifica quantitativa rispetto al numero degli item; per quanto riguarda la scala **F**, questa è stata divisa nelle scale **F1** e **F2**, presentando diciassette item nuovi formulati unicamente

Children), dagli 8 ai 14 anni volto a rilevare caratteristiche importanti per l'adattamento e il successo scolastico come la creatività, la curiosità intellettuale, la capacità di organizzazione personale, il rispetto delle regole, le capacità relazionali, la capacità di controllare ed esprimere le emozioni; o lo Scenotest (G. von Staabs), somministrabile dai 3 anni in su e volto a alla comprensione dell'atteggiamento interiore del soggetto verso il mondo degli uomini e delle cose, con particolare riferimento alla sua vita affettiva e agli elementi psichici profondi.

Infine, sulla prassi operativa in termini di somministrazione di test in ambito peritale rimando all' Appendice 3 *Linee Guida per l'utilizzo dei test in ambito forense,* proposte dai prof. Paolo Capri, Alessandro Crisi e Stefano Mariani.

3.2.4 Esame neuropsicologico[109]

La neuropsicologia si caratterizza per il suo obiettivo di studiare i processi cognitivi e comportamentali correlandoli con i meccanismi anatomo-funzionali che ne sottendono il funzionamento[110]. Ogniqualvolta il cervello è danneggiato è probabile che la lesione produca dei cambiamenti nel comportamento, nel pensiero e/o nelle emozioni. La neuropsicologia clinica, dunque, si propone di indagare le funzioni cognitive come il linguaggio, la lettura, la scrittura, la memoria e la relazione fra i disturbi in queste funzioni e le lesioni cerebrali. Nel tentativo di precisare la presenza e la localizzazione del danno cerebrale l'esame neuropsicologico cerca di dare

---

per questa versione, gli altri sono gli originali della scala **F** e di altre scale della versione originale del *MMPI*. Le scale di base rimangono dieci: **Hs**, **D**, **Hy**, **Pd**, **Mf**, **Pa**, **Pt**, **Sc**, **Ma** e **Si**, che in molti casi sono identiche a quelle del *MMPI* (l'unica differenza può riguardare l'eliminazione di uno o due degli item presenti nella versione originale). Sono state mantenute le scale **A**, **R** e **MAC-R** e ne sono state sviluppate altre tre: **ACK** (*Ammissione di Problemi con Alcol o Droga*) per valutare la tendenza dei giovani ad ammette un loro problema concernente l'uso di alcol o droga; **PRO** (*Tendenza all'Abuso di Alcol o Droga*) per valutare la tendenza negli adolescenti a sviluppare problemi legati all'alcol o alla droga; **IMM** (*Immaturità*) per valutare quanto l'adolescente riferisca i comportamenti, gli atteggiamenti e le percezioni di sé e degli altri in modo immaturo (in termini di stile interpersonale, complessità cognitiva, autoconsapevolezza, giudizio e controllo degli impulsi). Quattro nuove scale sono state create specificatamente: **A-sch** (*Problemi Scolastici - Adolescenti*), per rilevare difficoltà di apprendimento, atteggiamenti negativi verso gli insegnanti e la scuola, noia, malumore e paura di andare a scuola; **A-las** (*Basse Aspirazioni - Adolescenti*), per misurare lo scarso interesse per il successo, le basse aspirazioni e la limitata partecipazione alle attività scolastiche; **A-aln** (*Alienazione - Adolescenti*) per quantificare la distanza emotiva dagli altri; **A-con** (*Problemi di Condotta - Adolescenti*), per individuare i molti e diversi problemi di comportamento. Undici scale sono derivate dall'*MMPI*: **A-anx** (*Ansia - Adolescenti*), **A-obs** (*Ossessività - Adolescenti*), **A-dep** (*Depressione - Adolescenti*), **A-hea** (*Preoccupazione per la Salute - Adolescenti*), **A-biz** (*Bizzarro - Adolescenti*), **A-ang** (*Rabbia - Adolescenti*), **A-cyn** (*Cinismo - Adolescenti*), **A-lse** (*Bassa Autostima - Adolescenti*), **A-sod** (*Disagio Sociale - Adolescenti*), **A-fam** (*Problemi Familiari - Adolescenti*) e **A-trt** (*Indicatori di Difficoltà di Trattamento - Adolescenti*). (Tratto da http://www.giuntios.it)

[109] Tratto da Bianchi A. (a cura di), *La valutazione neuropsicologica del danno psichico ed esistenziale*, Collana di Medicina Legale e Scienze Affini, Cedam, Padova, 2005.

[110] Umiltà C., *Manuale di neuroscienze*, Bologna, il Mulino, 1999.

una risposta a delle questioni che altrimenti sarebbero irrisolvibili: il danno cerebrale è focale o diffuso? È dovuto ad un'asportazione o una malattia del tessuto cerebrale? È o non è evolutivo? È acuto o cronico? Organico o funzionale? Ecc..

Gli aspetti neuropsicologici nell'età evolutiva, in situazioni patologiche, non hanno ricevuto un'attenzione pari a quella dedicata ai deficit riscontrabili nell'adulto. Ciò può essere ricollegabile a due motivi insiti nello studio dell'attività cognitiva del bambino: da un lato, in campo infantile, i problemi sono estremamente più complessi che nell'adulto, in quanto la patologia tende ad intrecciarsi profondamente con le linee di sviluppo; dall'altro è stata spesso decantata la plasticità degli emisferi cerebrali nell'età evolutiva, in grado di favorire rimodellamenti anatomo-funzionali nel recupero di deficit secondari a lesioni cerebrali. Ad ogni modo l'attuale neuropsicologia viene considerata un privilegiato strumento diagnostico in tutte quelle situazioni ove sia utile descrivere e/o misurare il funzionamento cognitivo del soggetto affetto da una presunta o accertata patologia neurologica.

I disturbi neuropsicologici tipici dell'infanzia si dividono in:

- ***Disturbi evolutivi***: che si manifestano durante lo sviluppo e sono caratterizzati dal mancato riscontro, a livello clinico, di una patologia esplicita e da frequenti difficoltà nell'acquisire alcune abilità e capacità da parte dei bambini affetti.
- ***Disturbi acquisiti***: anche chiamati "traumi" nel bambino o dell'adolescente sono essenzialmente di due tipi, ovvero ***cerebrali*** (equivalenti ai traumi cranio-encefalici negli adulti) ed ***emozionali*** (lutto, abuso, violenza).

  I *disturbi cerebrali* sono causati da chiare patologie neurologiche che procurano un danno alle abilità che precedentemente il bambino padroneggiava nel corso del suo sviluppo normale. Nel bambino e nel ragazzo il trauma cranico interviene in una fase molto importante della sua crescita, quella dei rapidi sviluppi e cambiamenti nelle funzioni fisiche, neurologiche e comportamentali. Queste funzioni sono correlate allo sviluppo anatomico del cervello che deve ancora raggiungere la sua completa maturazione anatomo-funzionale. Nel bambino il trauma cranico, intervenendo su strutture ancora in formazione, può produrre *un arresto o una distorsione dello sviluppo delle funzioni motorie, neuropsicologiche, cognitive e psicologiche*. Allo stesso modo, in *età adolescenziale, lo stesso trauma cranico può abbattersi con violenza portando ad amplificare le difficoltà che già esitano dall'evento*: l'immagine corporea, in via di maturazione, può venire distorta dagli effetti disabilitanti della lesione cerebrale oppure

una condizione di dipendenza può dare vita a sensazioni di insicurezza e frustrazione con reazioni di rifiuto e ribellione da parte del ragazzo.

I *traumi emozionali* si manifestano invece come risposta ad un evento traumatico e sono caratterizzati dal mancato riscontro, a livello clinico, di una patologia esplicita e privi di manifestazione esteriore e tangibile. Essi sono caratterizzati da frequenti difficoltà nell'acquisire alcune abilità e capacità, dalla riduzione, temporanea o permanente, di una o più funzioni psichiche della persona, riduzione che può impedire alla vittima di attendere in tutto o in parte alle sue ordinarie occupazioni di vita. Nel bambino il danno esistenziale può essere causato da trascuratezze e privazioni affettive da parte di un genitore, lutto di persona cara, violenza ed abusi subiti o assistiti, ecc.

L'esame neuropsicologico forense fornisce informazioni sul comportamento, la personalità, le capacità cognitive, le abilità apprese e il potenziale riabilitativo delle persone che hanno subito un trauma cerebrale o un trauma emotivo. Il suo obiettivo è di rilevare le manifestazioni comportamentali delle funzioni cerebrali, siano esse compromesse o preservate.

L'esame neuropsicologico in ambito peritale tiene conto di tre dimensioni del comportamento, ovvero la *cognizione*, le *funzioni esecutive*, *l'emozione e la motivazione*; e di un'attività mentale, ovvero la *consapevolezza o coscienza*.

Questo stesso esame si basa sull'utilizzo di tre categorie di strumenti, vale a dire l'intervista, l'osservazione e i test standardizzati.

L'***intervista*** è strutturata per aree di approfondimento e dovrebbe essere flessibile ed adattabile ai singoli soggetti in esame. Nel corso di essa si pone l'attenzione sulla relazione che il soggetto instaura con noi, sulle sue capacità attentive o sulla tendenza alla distraibilità, sulla postura, sul linguaggio, sulla simulazione, eccetera. Si somministreranno ***test standardizzati*** per valutare l'entità della lesione e/o del trauma procedendo ad una valutazione multidimensionale delle prestazioni somministrando al soggetto un'intera batteria di test che viene "costruita" in base alle caratteristiche individuali.

Attraverso questi strumenti, l'esame neuropsicologico si occupa di *valutare il livello del funzionamento attuale, quello premorboso e la validità dell'esame stesso.*

- Nella **valutazione del livello di funzionamento attuale**, ovvero quello con cui si presenta il soggetto alla nostra osservazione, l'esame neuropsicologico forense deve indagare essenzialmente il *funzionamento cognitivo* (attenzione, funzioni esecutive,

memoria); *il funzionamento emotivo* (comunque valutato attraverso un adeguato esame della personalità) e *l'adattamento alla vita quotidiana*.

Per quel che riguarda il ***funzionamento cognitivo***, i test costruiti per misurare globalmente *l'efficienza mentale* hanno l'obiettivo di dare informazioni necessarie a decidere se e quale strumento stare in circostanze specifiche. Per gli esempi si consulti la Tabella 2 *Test di livello* in Appendice 1.

Quelli concernenti l'*attenzione* e la *concentrazione* consistono nella capacità di assegnare, distribuire e mantenere le risorse cognitive disponibili in funzione del compito da svolgere. Anche in questo caso per gli esempi rimando alla Tabella 3 *Test dell'attenzione*.

I test riguardanti la *memoria* fanno riferimento alla comune distinzione in Memoria a Lungo Termine (MLT) e Memoria a Breve Termine (MBT). Quest'ultima è la capacità di ritenere fedelmente gli stimoli percepiti per brevi periodi di tempo (ad esempio, 30 secondi); è un deposito temporaneo a capacità limitata. La memoria a lungo termine, invece, è la capacità di ritenere in modo stabile gli aspetti salienti degli stimoli percepiti; è un deposito permanente a capacità virtualmente illimitata. I test che misurano la memoria fanno riferimento ad un quadro molto articolato: si dà infatti importanza non solo alla quantità di tempo interposta tra "evento" e "richiamo", ma anche alla qualità degli eventi intercorsi nel frattempo, al contenuto, al contesto dell'evento, all'interferenza di fattori quali l'intelligenza generale. Per gli esempi di test sulla MBT e sulla MLT si rimanda alle Tabelle 4 e 5 *Test della memoria*.

Poiché la *percezione* è un processo attivo di elaborazione, integrazione ed interpretazione degli stimoli sensoriali, i test utilizzati in tale ambito andranno a sondare proprio quelle componenti percettive, sia di tipo principale (vista, udito, ecc..) che "secondario", come le abilità più specifiche di riconoscimento dei volti, dei colori, e così via (rif. Tab. 6 *Test sulla percezione*).

Altri test cognitivi sono adibiti all'esame dei processi di *ragionamento* (insieme delle operazioni mentali che mettono in relazione due o più unità elementari, tra di esse possiamo annoverare il calcolo, il confronto, il giudizio, la formazione dei concetti, l'astrazione, la generalizzazione, il problem solving), le *abilità costruttive* (capacità di pianificare e realizzare prodotti dotati di rapporti spaziali complessi, come ad esempio l'assemblare oggetti, il disegnare, ecc..), le *funzioni esecutive* (abilità complesse che comprendono la capacità di decidere se e come impegnarsi in una certa azione, lo

stabilire obiettivi, la capacità di pianificare, controllare e correggere l'azione in corso) ed il *linguaggio* (è la capacità di manipolare i simboli linguistici, in esso si distinguono le componenti di comprensione orale, espressione orale, comprensione della lettura, espressione scritta; i disturbi possono investire prevalentemente la componente fonetica, quella lessicale o sintattica). Per un esempio dei test utilizzati in questi ambiti si rimanda alle Tab.7-8-9-10 in Appendice 1.

Rispetto al ***funzionamento emotivo***, sebbene esso rientri nel par.3.2.3 *l'esame di personalità,* ritengo importante aprire in questa sede una parentesi. Sembra, infatti, che non esista una definizione concordemente condivisa sulle patologie affettive dell'infanzia, mentre è assodato che tale quadro non è sovrapponibile alla patologia dell'adulto. Nel confrontarsi con le patologie dell'infanzia ed in generale dell'età evolutiva è senz'altro importante tener conto che le manifestazioni non sono simili a quelle dell'adulto. Prendiamo ad esempio le nevrosi: mentre nell'adulto si manifestano in una struttura già definita del carattere, nel bambino sono contraddistinte da processi potenzialmente capaci di svilupparsi in più direzioni. Tra i disturbi emozionali che più frequentemente ci troviamo a dover valutare in ambito peritale ricordiamo i disturbi dell'umore (depressione), i disturbi di personalità, e quelli di ansia (tra i più frequenti le fobie e il DPTS). Sebbene i test utilizzati nell'età evolutiva siano stati precedentemente menzionati, rimando comunque alle Tab 11-12-13 in Appendice 1 per un riepilogo dei test di personalità, di valutazione dello stato emozionale e di adattamento alla vita quotidiana in età evolutiva.

- Nella **valutazione del funzionamento premorboso**, ovvero quello antecedente l'evento traumatico esistono due procedure principali che possono correre in aiuto all'esaminatore: una si basa sull'utilizzo delle informazioni demografiche ed anamnestiche disponibili (in particolare la storia scolastica e lavorativa, la familiarità, l'anamnesi remota); l'altra sull'utilizzo di test particolarmente resistenti al danno neurologico (per esempio il subtest di Vocabolario della scala WAIS, oppure i test che esplorano l'abilità di lettura di parole ad accentazione irregolare, come il TIB, Test d'Intelligenza Breve). Nell'ambito evolutivo, data la plasticità dei bambini è molto difficile, nell'ambito dell'esame peritale, la misurazione di questo livello premorboso, ed è per questo che si utilizzano largamente interviste strutturate semistrutturate somministrate ai genitori e agli insegnanti, interviste che mirano a rilevare tutta la storia pregressa del soggetto. In esse vengono raccolte le informazioni precedentemente citate

relative alla storia personale (scolarità, famiglia, relazioni interpersonali, storia medica e psicologica, funzionamento cognitivo); alla descrizione soggettiva dei disturbi cognitivi; alla motivazione o all'apatia; all'autocontrollo o alla disinibizione; all'esame di realtà; alla personalità premorbosa; alla modificazione della personalità ed in ultimo alla consapevolezza dei disturbi. Per un esempio delle interviste per insegnanti e genitori si rimanda alla Tab. 14 in Appendice 1.

Infine, rispetto alla **valutazione della validità dell'esam**e in età evolutiva, è importante sottolineare l'aspetto che riguarda la credibilità delle informazioni ottenute, dal momento che i minori sono stati da sempre presentati come informatori poco affidabili[111].

Le possibili distorsioni della validità presenti in età infantile possono avere diverse cause:

- La "tipologia" di esaminante, nel senso che i bambini sono influenzati dalle caratteristiche qualitative e fisiche dell'esaminatore: tanto più cordiale e "simpatico" sarà l'esaminatore (senza "esagerare" nel senso di suscitare alta desiderabilità sociale nel bambino) tanto più il bambino sarà spinto a collaborare attivamente.
- La suggestionabilità dovuta al contesto dell'esame e lo stile di conduzione della valutazione (il tipo di domande). È noto ad esempio, come i bambini tendano a rispondere affermativamente alle domande che non comprendono, o come confermino i sintomi che gli vengono suggeriti (anche implicitamente) dall'esaminatore.
- I bambini hanno rappresentazioni del proprio corpo, ed ancor più del proprio stato emozionale, assai meno differenziate e precise rispetto agli adulti. Spesso usano parole con significati personali, oppure espressioni molto generiche, oppure preferiscono rinunciare del tutto ad esprimere i propri stati d'animo, sostituendoli con comportamenti allusivi o simbolici, per esempio attraverso il gioco o il disegno[112].
- La noia in cui incorrono, soprattutto i più piccoli, di fronte a compiti monotoni o complicati e privi di motivazione intrinseca.
- Le attese genitoriali (e dell'esaminatore) sia implicite che esplicite, sono fortemente condizionanti al punto da "creare" nella testa del bambino sintomi e ricordi in realtà mai vissuti prima. Questo può avvenire in due modi: il bambino può uniformarsi alle esplicite direttive dei genitori (simulazione per procura), o lamentare disturbi inesistenti per compiacere i bisogni psicologici degli stessi (disturbo fittizio per procura).

[111] Bianchi A. (a cura di), *La valutazione neuropsicologica del danno psichico ed esistenziale*, Collana di Medicina Legale e Scienze Affini, Cedam, Padova, 2005.
[112] *Ibidem*.

- I bambini tendono a “proteggere” i propri genitori, nascondendo o minimizzando i propri disturbi/vissuti quando percepiscono che questi potrebbero creare sofferenza o preoccupazione nei familiari.

CAPITOLO IV

PROPOSTA DI QUANTIFICAZIONE DELLA DIMENSIONE DINAMICO-RELAZIONALE DEL DANNO BIOLOGICO

Una volta che il danno psichico, "sottospecie" del danno biologico, è stato legittimato dalla Suprema Corte ed è stato così riconosciuto, in quanto danno alla salute, come un diritto individuale esercitabile in ambito privatistico, rimane il problema della quantificazione, a cavallo tra la nosografia classica e la c.d. personalizzazione ad opera del giudice per il tramite del consulente/perito. La dimensione psichica del danno biologico, infatti, come spiegato nel cap. 2 consiste nella diminuzione delle capacità funzionali[113] di far fronte alla sofferenza psichica determinata da un evento traumatico. Nell'ottica di una quantificazione tale sofferenza deve essere inquadrata in quanto psicopatologia, che dà "diritto" alla persona di avere "qualche punto in più" rispetto a quelli già presenti come danno biologico, qualora ci sia. Quando invece non sia presente un danno fisico (biologico, dunque) alla base, la stessa psicopatologia segue il sistema tabellare dei punteggi, per cui, ad es., un *"Disturbo depressivo maggiore cronico - forme da moderata o lieve complicata a grave con melanconia, fino alla presenza di sintomi psicotici e agiti suicidari*" vale da 31 a 75 punti di invalidità[114]. Ma come regolarsi per tutte quelle forme che non comportano una lesione fisica (danno biologico) o l'insorgenza di una psicopatologia (danno psichico) vera e propria? Pensiamo al caso di un bambino abusato che riesca a non sviluppare un DPTS ma che comunque non si fiderà per molto tempo (forse per sempre) del prossimo, magari non riuscendo a sviluppare relazioni significative nella sua vita, o diventando un bambino introverso e timido, incapace di giocare con i suoi coetanei e, più in generale, di godere di tutto ciò che appartiene al

[113] Secondo R. Voltolin, "*le capacità funzionali consistono nella capacità da parte di un individuo di accettare, affrontare, gestire e risolvere, anche con scelte compromissorie ma tali da non inibire la realizzazione della sua personalità. Le proprie inevitabili vicissitudini esistenziali caratterizzate dalla presenza di una sofferenza psichica. […] Esse si apprendono dai genitori tramite l'esperienza madre-bambino e successivamente padre-bambino […], ma vengono influenzate anche dal rapporto con altre figure importanti […] e rafforzate e rese stabili da ogni altre esperienza relazionale positiva, per cui possono essere intaccate o persino perdute a seguito di esperienze negative, anche extra-familiari, più o meno traumatiche*". (http://www.psicologiaforense.it/Quaderno%209.htm)

[114] Tabella delle menomazioni prevista dall'articolo n. 138, del D. Legislativo 7 settembre 2005 n. 209. Commissione D.M. 26/5/2004.

mondo infantile, un mondo che lui ha perso? Pensando invece ad un bambino nato con una malformazione fisica a causa di imperizia medica, non sarebbe giusto far valere anche la dimensione psicologica di quel danno? Il non poter fare gli stessi giochi dei suoi compagni, l'essere isolato dagli altri, il comprendere la propria diversità non costituiscono una patologia psichiatrica o psicologica, ma alterano per sempre la vita di quel bambino, trasformandolo in una persona che, se non fosse venuta in contatto con quel trauma, probabilmente non sarebbe stata. Purtroppo il carattere fortemente speculativo di questa dimensione, a mio parere, non viene adeguatamente preso in considerazione, anche perché dall'altra parte troneggiano i secoli della medicina e la sua scientificità che porta, senza grandi problemi, a "facili" misurazioni e quantificazioni.

Molto coraggiosamente e, soprattutto, finalmente, la Associazione Italiana di Psicologia Giuridica ha proposto in un Convegno tenutosi a Roma il 17 Giugno 2008, una metodologia ed una quantificazione del c.d. danno esistenziale. La stessa si basa su una concezione del danno esistenziale suddivisibile in tre macrocategorie (personalità ed assetto psicologico, relazioni familiari ed affettive ed area delle attività ricreative, culturali ed autorealizzatrici), aventi ognuna un "peso" diverso nel determinare l'individuo nella sua complessità (la prima vale il "50%" della persona nel suo insieme, la seconda il "30%" e l'ultima il "20%", per il totale individuo = "100%").

Inoltre credo che essa faccia direttamente riferimento alla definizione di danno esistenziale, fondato *sulla natura non meramente emotiva ed interiore (propria del cd danno morale) ma oggettivamente accertabile del pregiudizio, attraverso la prova di scelte di vita diverse da quelle che si sarebbero adottate se non si fosse verificato l'evento dannoso*[115]. Le scelte di vita "diverse" e che "non si sarebbero adottate" sono dunque costituite da una modificazione peggiorativa della stessa, una modificazione che, evidentemente, si è ripercossa su tutte le aree costituenti l'esistenza di un uomo. Utilizzando nella mia pratica lavorativa tali tabelle di quantificazione proposte dall'AIPG mi sono chiesta se queste non potessero essere applicate anche a soggetti in pieno sviluppo, o meglio ai bambini.

Da un lato credo sia possibile, forse con qualche cambiamento che in quest'ultimo capitolo vorrei sommessamente proporre.

In primo luogo probabilmente l'area della personalità e dell'assetto psicologico non può essere presa in considerazione quando parliamo di minori, poiché essa è nel pieno sviluppo e va pertanto considerata in una prospettiva evolutiva, ancor più che nella vita adulta (sostengo che la personalità possa cambiare nel corso della vita, ma prima se ne deve avere "coscienza", cosa che probabilmente i minori faticano ad avere).

[115] Cass., Sez. U., 24 marzo 2006, n. 6572

Proprio per via del momento di forte sviluppo, credo che la quantificazione nei minori non possa non essere "calcolata" in base alle diverse età: è ben diverso, infatti, parlare di un bambino di 2 anni seriamente traumatizzato o di uno di 11. Mi sembra ovvio che non si possano tenere in considerazione le stesse "aree" da valutare. In questo senso il criterio anagrafico e quello temporale descritti nel *paragrafo 1.2* credo siano basilari: operare una valutazione tenendo sempre a mente il cambiamento insorto in seguito al trauma e valutarlo in base a ciò che ci si potrebbe aspettare che in quell'età il bambino/fanciullo/adolescente sappia fare. Per dirlo con altri termini, tenere in considerazione i c.d. "compiti evolutivi" appartenenti ad ogni età.

A questo punto, prima di procedere con la mia proposta, vorrei condividere una riflessione: la valutazione del minore è assai complessa a causa di molte variabili che entrano in gioco. In primis il fatto che vada distinta sulla base dell'età, e già questo mi sembra difficile, anche se "risolvibile", in secondo luogo poiché, per molte informazioni, soprattutto nel caso di bambini molto piccoli, bisogna far riferimento direttamente alle figure genitoriali, e qui mi soffermerei un istante. Mi viene in mente il principio della causalità circolare, che piace tanto a noi psicologi ma che poco si incontra con la medicina ed il diritto, che invece prediligono le leggi lineari causa-effetto. Come si fa a determinare se il pregiudizio riportato da un bambino in seguito ad un trauma sia collegabile in termini di nesso di causa direttamente all'evento traumatico piuttosto che alla risposta della sua famiglia al trauma? Mi spiego meglio: un bambino che abbia, ad es. subito un abuso o anche un incidente, probabilmente (eccetto nei casi di famiglie "particolari") tenderà ad essere più protetto che in precedenza dalla propria famiglia. Magari verrà controllato di più e non gli verranno permesse attività che altrimenti avrebbe svolto. Forse a causa della fiducia che normalmente i minori ripongono nei propri genitori non si ribellerà ed il cambiamento nella sua attività esistenziale sarà forse determinato in parte dal trauma subito ed in parte dalla risposta del sistema familiare…. Come si esce da tutto ciò? Probabilmente non si deve nemmeno cercare la risposta, perché in fin dei conti, come che sia, è pur sempre "un cambiamento" in peggio della sua vita e forse attiene di più alla sfera del nesso di causa che non a quella del vero e proprio pregiudizio.

In ultimo, c'è da considerare un ulteriore aspetto che rende le valutazioni sui minori molto difficili: chi lo sa se quel minore, con grandi capacità di resilienza, con l'aiuto di qualcuno e per qualche altro motivo, non riesca a non subire nessun tipo di pregiudizio esistenziale? Senza entrare nel merito di considerazioni relative al fatto che i genitori agiscano per il figlio e lo spingano a riferire "sintomatologie" non vere per il mero risarcimento economico, credo che anche quest'ostacolo sia aggirabile. In fin dei conti noi valutiamo il minore nel *qui ed ora* della sua

sofferenza. Come, se e perché dovesse riuscire "a farcela" in futuro poco ci riguarda, potrebbe senz'altro renderci felici per lui, ma a livello valutativo non credo che possa inficiare sul nostro lavoro. Tanto più se noteremo degli aspetti resilienti nella piccola vittima essi faranno si che le aree che valuteremo non verranno considerate magari "fortemente compromesse" ma solo parzialmente.

Specificato questo, proseguo nella presentazione della mia proposta.

Come poc'anzi affermato, il primo criterio che ho ritenuto importante sottolineare è stato quello anagrafico. Per questo ho deciso di suddividere le "tabelle" di valutazione per età, rifacendomi in parte alla suddivisione piagetiana, che ritengo essere la più adatta in questa sede, poiché ci permette di distinguere una sorta di periodo post-natale, uno pre-scolare, e due "scolari" con compiti ed acquisizioni diverse; dall'altra parte ho invece tenuto in considerazione i "suggerimenti" eriksoniani, che mi hanno molto aiutata soprattutto per quel che riguarda il periodo adolescenziale, poco elaborato da Piaget. Le aree che ho quindi individuato non corrispondono a quelle proposte dall'AIPG, ma si riferiscono allo sviluppo biologico (che ho chiamato biosociale) e psicosociale del minore. Esse formano nel complesso l'individuo-bambino in *quell'età* e sono riconducibili alla definizione di "danno esistenziale" prodotta in seguito alle sentenze della Suprema Corte di Cassazione secondo cui *vi è la necessità di accettare l'effettiva consistenza dei pregiudizi non patrimoniali nel loro complesso, individuando in tal modo le ripercussioni negative sul " valore uomo"* – o "valore-bambino" - *e provvedendo alla loro integrale riparazione*. Nella c.d. personalizzazione (pilastro ideologico delle sentenze) sono quindi ricompresi anche pregiudizi di tipo esistenziale (concernenti aspetti relazionali della vita conseguenti a lesioni dell'integrità psicofisica). Citando due passi delle sentenze "*In ragione della ampia accezione del danno non patrimoniale, in presenza del reato è risarcibile non soltanto il danno non patrimoniale conseguente alla lesione dei diritti costituzionalmente inviolabili […] ma anche quello conseguente alla lesione di interessi inerenti la persona non presidiati da siffatti diritti, ma meritevoli di tutela in base all'ordinamento*[116]". "*La tutela non è ristretta ai casi di diritti inviolabili della persona espressamente riconosciuti dalla Costituzione nel presente momento storico, ma, in virtù dell'apertura dell'art. 2 Cost. ad un processo evolutivo, deve ritenersi consentito all'interprete rinvenire nel complessivo sistema costituzionale indici che siano idonei a valutare se nuovi interessi emersi nella realtà sociale siano, non genericamente rilevanti per l'ordinamento, ma di rango costituzionale attenendo posizioni inviolabili della persona umana*[117]".

[116] Cassazione sentenza n. 26972 11.11.2008 delle SS.UU., pag. 18
[117] Cassazione sentenza n. 26972 11.11.2008 delle SS.UU., pag. 22

4.1 Quantificazione per minori 0-2 anni (prima infanzia)

Prima di introdurre il metodo quantificativo dell'incidenza di un trauma in un bambino così piccolo vorrei aprire una parentesi sulla fascia di età 0-2 anni poiché è sulla basa di queste riflessioni che ho suddiviso "il mondo" del bambino Stando agli studi compiuti da Erikson questa prima fase di vita (definita da lui orale-sensoriale) fino al primo anno è incentrata sull'acquisizione della c.d. fiducia di base. Grazie alla continuità della relazione con la madre e delle esperienze sensoriali di appagamento e rilassamento il bambino acquisisce quella fiducia per cui gli sarà poi possibile tollerare le provvisoria assenza della madre con le frustrazioni ad essa connesse. Una seconda fase, che arriva ai 3 anni è invece segnata dall'esperienza del controllo e della disciplina. Il bambino affronta il conflitto tra autonomia o vergogna e dubbio. Durante il secondo anno di vita vuole governare le proprie azioni e il proprio corpo: se questo tentativo fallisce, o per sua incapacità o perché chi si prende cura di lui è troppo restrittivo e severo, egli prova vergogna e dubita delle proprie capacità. E' vero che per molti bambini la battaglia per l'autonomia si concentra sull'addestramento degli sfinteri, ma, come nota Erikson, a mano a mano che la crescente mobilità consente al bambino di passare da esperienze sicure e noiose ad altre più eccitanti e potenzialmente pericolose, egli incontra molti altri tipi di conflitto che lo portano o a sviluppare fiducia in se stesso, o a dubitare delle proprie capacità. Secondo Erikson, la fermezza dei genitori è l'elemento chiave che permette al bambino di affrontare con successo questa crisi, traendone un nuovo senso di autonomia[118].

A causa di quanto fin qui riferito ho ritenuto possibile paragonare l'esistenza del minore fino ai due anni (inclusi) ad una torta composta da due sole macro-aree, quella *biosociale* (poiché lo sviluppo biologico è comunque influenzato da fattori legati alla società in cui è immerso il minore) e quella *psicosociale* (per le stesse ragioni non credo di poter parlare di area psicologica "pura", essendo anche essa il risultato di un condizionamento sociale) valutate ognuna al 50% per il totale-bambino 100%. In realtà le due aree hanno confini molto labili, si influenzano a vicenda e sono strettamente collegate ed interdipendenti.

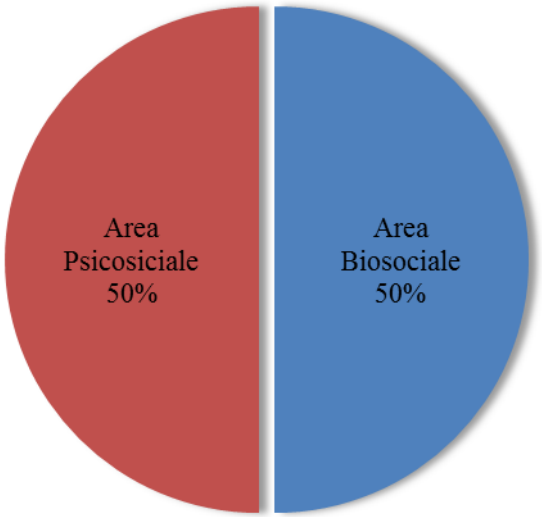
Esse possono essere valutate solo dal genitore, che in effetti ne è il leitmotiv. In tale fascia di età, difatti, ciò che è più evidente è la relazione diadica madre-bambino e successivamente genitori-bambino.

[118] Frustrazione e conflitto nell'infanzia http://www.opsonline.it/printable-62-62.html

Ogni area è composta da alcune sezioni che la rappresentano:

- ***Area biosociale***: sonno, alimentazione, controllo sfinterico, condotta motoria, instabilità psicomotoria e linguaggio.
- ***Area psicosociale*****:** riconoscimento delle emozioni, gioco sensomotorio/gioco simbolico, ansia, pianto, depressione, relazione.

Grafico 1 **Suddivisione delle aree, bambino 0-2 anni**



Nell'area biosociale sono dunque presenti gli aspetti di "maturazione" biologica che in effetti costituiscono la gran parte dei compiti da acquisire dopo la nascita. Inoltre in quest'età essa è fondamentale poiché quanto più un bambino è piccolo tanto più esprimerà il suo disagio o una tensione psichica attraverso il corpo.

Nella sezione relativa al **sonno** includiamo le alterazioni di quest'ultimo. Non saranno tuttavia distinte le condotte legate all'addormentamento, come l'insonnia precoce o tardiva e quelle legate al sonno vero e proprio (angosce notturne, vere e proprie opposizioni ad andare a letto). Come per tutte le aree è importante valutare se tali alterazioni subentrano in seguito al trauma e procurano poi delle difficoltà nel bambino o se invece gli sono sempre appartenute.

Quando parliamo di **alimentazione** ci riferiamo alle alterazioni che possono attribuirsi alla sfera oro-alimentare. Nel neonato si andrà quindi a valutare se sono presenti il riflesso di suzione e di deglutizione con i tentativi di prensione con le dita, mentre più tardi si valuterà in generale l'atteggiamento del bambino verso il cibo (voracità, assenza di appetito, rifiuto del cibo, necessità di ingerire qualsiasi cosa, ecc.).

Il **controllo sfinterico** è riferito al passaggio da un comportamento riflesso automatico ad uno volontario controllato. Se nel neonato la minzione e la defecazione sono successive alla replezione, tra l'uno e i due anni ci si dovrebbe aspettare un inizio di inibizione ed alcuni tentativi di informare il genitore dello stimolo.

La **condotta motoria** è intesa quale acquisizione di gesti motori che permettano al bambino di dare una "risposta dinamica" al mondo esterno. Se nel neonato con ciò si può intendere il protendere le braccia per afferrare qualcosa (*riflessi*) nel bambino di uno o due anni può intendersi

come la capacità, caratterizzata dall'intenzionalità, di manipolare un oggetto. Fondamentali in essa sono la coordinazione nel tempo e nello spazio e solo successivamente l'automatismo dei gesti.

L'**instabilità psicomotoria** intorno a quest'età si riferisce a quell'insieme di comportamenti messi in atto dal bambino che provocano difficoltà anche nell'ambiente familiare. Se nel neonato essi possono essere ricondotti alla sfera del sonno (ad esempio un neonato che non dorme mai e si mostra "iperattivo", o al contrario, un bambino che è completamente "appiattito" sul piano psicomotorio), nel bambino più grande si rintracciano ad esempio nella motricità esplosiva o in condotte associate in generale all'instabilità come l'enuresi, i comportamenti aggressivi, le condotte provocatorie pericolose, una suscettibilità accentuata ed una tendenza alla distruttività. In generale sono importanti le dimensioni dell'iperattività e dell'ipoattività.

Infine, il **linguaggio** nel neonato (talvolta fino ai 18 mesi) si riferisce a tutto ciò che fa parte dell'area prelinguistica (le lallazioni, il c.d. cinguettio, l'ecolalia), mentre successivamente alle acquisizioni caratteristiche dell'apprendimento del linguaggio.

Nell'area psicosociale ritroviamo tutti quei primi aspetti riconducibili ad una dimensione psico-affettiva che iniziano a farsi strada nel periodo post natale.

Il **riconoscimento delle emozioni** si riferisce alla capacità del neonato prima e del bambino più in là, di comprendere che cosa prova lui stesso e cosa provano gli altri. Esso può essere rintracciato in tutte quelle reazioni fisiologiche che comunicano i bisogni e stabiliscono un contatto con il caregiver, come può essere il c.d. sorriso sociale che compare già intorno ai primi mesi. Successivamente (3-9 mesi) ci aspettiamo un'attenzione più specifica verso persone e oggetti (con reazioni di sorpresa, collera e paura), una maggior consapevolezza di se e dell'ambiente (9-24 mesi, emozioni sociali come timidezza, colpa, vergogna) ed infine una modulazione delle proprie emozioni in accordo con le regole sociali (dai 24 mesi in poi). Il riconoscimento delle emozioni è particolarmente importante: in essa valuteremo l'attenzione precoce per il volto umano che favorisce il processo di differenziazione e di comprensione delle espressioni emotive.

Diversa è l'area del **gioco sensomotorio/simbolico**: l'aspetto del gioco sensomotorio è rintracciabile nei bambini fino ai 18 mesi. Esso comprende tutti quei giochi che i neonati, tramite l'adulto, fanno per conoscere il proprio corpo, fino a quando non raggiungono la permanenza dell'oggetto e la comprensione della relazione causa-effetto (4-12 mesi). Intorno ai 18 mesi compare invece il gioco simbolico in cui si apprende la capacità di pensare all'oggetto anche quando esso non è presente, vi è l'inizio del passaggio di decentramento dall'essere egocentrati, un inizio di consapevolezza della reciprocità ed un inizio di capacità di rappresentazione mentale. Oltre

a comprendere l'acquisizione di queste capacità queste aree includono le risposte emotivo-affettive del bambino di fronte alla "richiesta/proposta" del genitore di giocare. La sezione del gioco può essere considerata un valido indicatore di comportamenti depressivi nel bambino, si pensi ad es. quando il "gioco" consiste in autostimolazioni simil-autistiche (dondolamenti).

La sezione relativa al livello d'**ansia** ci aiuta a comprendere in che misura il vissuto angosciante del bambino di 0-2 anni sta invadendo la sua vita post-traumatica. Considerando che l'ansia nel bambino molto piccolo si evidenzia a livello somatico (coliche, spasmi da singhiozzo, ecc…), come le atre sezioni essa necessità di una speciale attenzione da parte del genitore, poiché deriva spesso da esso. Se l'ansia da separazione e la c.d paura dell'estraneo iniziano a comparire intorno ai sei mesi e possono rintracciarsi in molti bambini, esse non appartengono comunque a tutti i bambini. Potrebbero essere infatti il prototipo di un'organizzazione fobica. Si valuteranno quindi il "viso perso", gli "occhi sbarrati", le grida incessanti di angoscia e l'ipertonia generalizzata con la frequente agitazione degli arti inferiori (fino a 12 mesi). Successivamente essa sarà riscontrabile in tutte quelle condotte somatiche che non possiedono una base fisiologica accertata dal medico (ma anche angosce notturne, richieste infinite, necessità si sapere cosa si farà/succederà dopo, cefalee, vomito, dolori addominali, eczemi, alopecie, mericismo).

È risaputo che i bambini, soprattutto quelli molto piccoli, utilizzano il **pianto** come mezzo di comunicazione per far comprendere i propri disagi o le proprie necessità. Tuttavia in questa sezione non si valuterà questo tipo di pianto, bensì ad es. un pianto continuo, persistente, inconsolabile (ad es. per più di tre ore), a volte sommesso, associato ad irritabilità, o ancora un pianto disperato, con singhiozzi e spasmi.

La sezione della **depressione** è riferita a tutte quelle condotte che prima del trauma non erano presenti e che sono riconducibili ad una chiusura del bambino in se stesso con l'esclusione del mondo esterno. Se nel periodo in cui il bambino è ancora molto piccolo essa può rintracciarsi nel lungo piagnucolamento ed in uno stato di ritiro ed indifferenza, successivamente si rintraccia una vera e propria "depressione" delle prime acquisizioni, come quelle linguistiche o motorie (ritardo nella comparsa della posizione seduta, del controllo sfinterico, del gioco sensomotorio e simbolico, ecc…)

L'ultima area, quella **relazionale** riveste un'importanza fondamentale poiché è nella relazione che il bambino inizia la sua maturazione psico-affettiva. In questa sezione rientrano la relazione diadica madre-bambino (appartenente ai primi mesi di vita) che normalmente dovrebbe essere caratterizzata da intenzionalità e reciprocità (sincronia, sguardo, ecc..) e successivamente

relazioni triadiche tra se, altro ed oggetti. In essa rientrano tutte quei casi in cui vi sia una compromissione dell'aspetto relazionale del bambino.

Una volta spiegate le sezioni relative ad ogni area rimane da "calcolare" il quantum in percentuale del peggioramento della vita del minore.

Poiché ogni area costituisce il 50% dell'intero "bambino"= 100%, dovremmo ottenere una percentuale che sul totale 100 determini il peggioramento, o comunque l'incidenza del trauma sulla vita del bambino. Per cui calcoleremo tale percentuale in merito ad ogni area e poi sommeremo le stesse. Ma come calcolare queste aree?

Abbiamo visto che ognuna di esse è costituita da diverse sezioni, 6 all'interno dell'area Biosociale e 5 in quella Psicosociale. Ogni sezione va valutata su una scala Likert a 6 punti che va da "assente(0)" a "gravissimo(5)".

Per ottenere il punteggio percentuale si utilizzerà la seguente proporzione in cui:
50: 30= X:P in cui 50 è il valore dell'area Biosociale poiché essa costituisce il 50% della torta, 30 è il punteggio massimo che otterremmo se prendessimo tutti punteggi 5 (gravissimo) alle 6 sezioni, X è la percentuale da trovare e P è il punteggio "grezzo" che emergerà dalla somma dei punteggi ottenuti a tutte le sezioni.

***Tab. A* Area Biosociale, 0-2 anni**

Area Biosociale 0-2 anni	Sonno	Alimentazione	Controllo sfinterico	Condotta motoria	Instabilità psicomotoria	Linguaggio	Totale delle x	Moltiplic.
Gravissmo (5)								
Grave (4)								
Moderato (3)								
Medio (2)								
Lieve (1)								
Assente (0)								
							Somma moltipl =	
							Punteggio % =	

A seconda della gravità e della presenza o meno di "sintomi" o difficoltà in una delle aree si mette una x che avrà punteggio 1, riportandolo nella colonna "Punteggio". Per cui una x vicino a "gravissimo" (che ha valore 5) significa che c'è un problema molto grave in quell'area. Ogni x va "moltiplicata" per il "peso" di gravità, quindi ottenendo così un massimo punteggio di 30. Con una proporzione volta a trasformare il punteggio ottenuto (il cui massimo, lo ripeto, è 30 poiché 5 è il massimo peso di gravità e 6 sono le categorie esaminate) in una percentuale che avrà il suo massimo valore nel 50% (poiché la sfera biosociale costituisce solo la metà del totale 100%-bambino).

Vediamo un esempio pratico:

***Tab. A1*Area Biosociale, 0-2 anni (esempio)**

Area Biosociale 0-2 anni	Sonno	Alimentazione	Controllo sfinterico	Condotta motoria	Instabilità psicomotoria	Linguaggio	Totale delle x	Moltiplic.
Gravissmo (5)	x					x	2	(2·5=) 10
Grave (4)					x		1	(1·4=) 4
Moderato (3)				x			1	(1·3=) 3
Medio (2)		x	x				3	(3·2=) 6
Lieve (1)							0	(0·1=) 0
Assente (0)							0	(0·0=) 0
							Somma moltipl = 23/30	
							Punteggio % = 38%	

Il punteggio ottenuto è 23, bisogna applicarvi la proporzione 50:30=X:P, per cui avremo 50:30=X:23. A questo punto, come ci insegna la matematica, si moltiplicano gli estremi e si dividono per il valore centrale presente, quindi X= 50·23/30; X=38 (38,3 arrotondato).

Il primo punteggio attenuto all'area biosociale è dunque 38% che andrà sommato alla percentuale che otterremo all'area Psicosociale (Tab. B).

***Tab. B* Area Psicosociale, 0-2 anni**

Area Psicosociale 0-2 anni	Riconoscimento delle emozioni	Gioco sensomotorio/ gioco simbolico	Ansia	Pianto	Depressione	Relazione	Totale delle x	Moltipl.
Gravissmo (5)								
Grave (4)								
Moderato (3)								
Medio (2)								
Lieve (1)								
Assente (0)								
							Somma moltipl = /30	
							Punteggio % =	

Anche in questo caso utilizzeremo le X per segnare la presenza di difficoltà in ogni area ed utilizzeremo lo stesso metodo moltiplicativo dei pesi per i punteggi ottenuti, arrivando infine al punteggio totale da trasformare in percentuale.

Si utilizzerà anche in questo caso una proporzione: 50:30=X:P. Anche questa volta il valore massimo che si può ottenere dalla moltiplicazione dei livelli di gravità (pesi) per il nostro numero di sezioni è 30, visto che esse sono 6. Dunque il punteggio percentuale sarà X= 50·P/30.

Vediamo un esempio pratico anche in questo caso.

Tab. B1 **Area Psicosociale, 0-2 anni (esempio)**

Area Psicosociale 0-2 anni	Riconoscimento delle emozioni	Gioco sensomotorio/ gioco simbolico	Ansia	Pianto	Depressione	Relazione	Totale delle x	Moltipl.
Gravissmo (5)							0	0
Grave (4)		x		x	x	x	4	16
Moderato (3)	x		x				2	6
Medio (2)							0	0
Lieve (1)							0	0
Assente (0)							0	0
							Somma moltip =	22/30
							Punteggio % =	

Pertanto, applicando la proporzione, il punteggio 22/30 dovrà essere convertito in termini percentuali. X=50·22/30 X=37% (36,67 arrotondato)

A questo punto, sommando le due percentuali ottenute alle due aree avremo:

Area Biosociale:	38% +
Area Psicosociale:	37% =
Totale Aspetto Esistenziale:	75%

La percentuale ottenuta indica che, rispetto a prima del trauma, la vita del piccolo minore da 0 a 2 anni ha subito un danno pari al 75%, vale a dire che per più di ¾ la sua vita non è più come prima!

Tenendo sempre in considerazione i range dei punteggi dell'AIPG che indicano lungo un continuum la misura in cui il pregiudizio esistenziale influisce sulla vita quotidiana, potrei proporre più o meno gli stessi range di gravità. A rischio di sembrar ripetitiva vorrei ancora una volta porre l'accento sul fatto che nel *qui ed ora* della consulenza/perizia si valuterà il minore senza tenere in considerazione il fatto che grazie alla resilienza, al supporto del nucleo familiare, ad un percorso terapeutico, al sostegno di altre istituzioni, ecc.. questo aspetto esistenziale potrebbe poi "riassorbirsi" nel corso dello sviluppo. Avremo quindi:

0-20%	**Lieve** ripercussione esistenziale
20-40%	**Media** ripercussione esistenziale
40-60%	**Moderata** ripercussione esistenziale
60-80%	**Grave** ripercussione esistenziale
80-100%	**Gravissima** ripercussione esistenziale

4.2 Quantificazione per minori 3-6 anni (seconda infanzia)

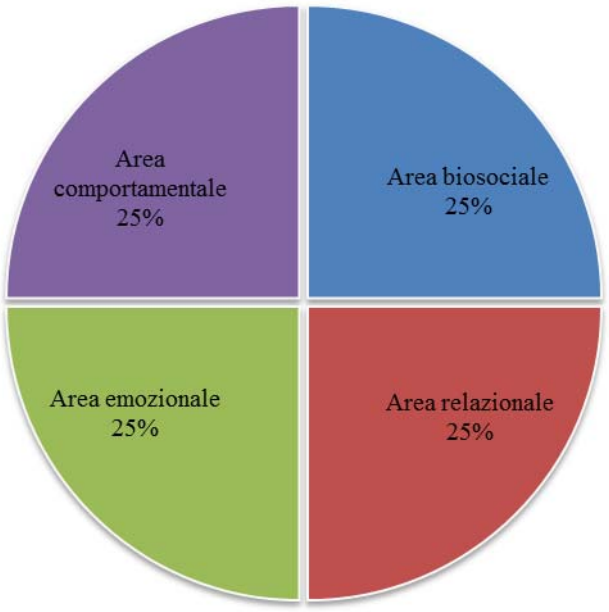
Anche in questo caso, per "scegliere" le aree importanti relativa alla c.d fase del pensiero pre-operativo (Piaget) sono ricorsa alla teoria dello sviluppo di Erikson. In questo periodo il bambino consolida il senso di autocontrollo di volontà e di autonomia della fase precedente in un atteggiamento sempre più integrato di padronanza delle situazioni, responsabilità e iniziativa autonoma. Il conflitto di questo stadio, secondo Erikson, è quello tra l'iniziativa e i sensi di colpa.

Durante questa crisi, che è strettamente legata all'emergente senso del se e alla consapevolezza di una società più vasta, il bambino in età prescolare intraprende con entusiasmo nuovi compiti e nuove attività di gioco, e si sente in colpa quando ai suoi sforzi fanno seguito insuccessi o critiche.

Tipica di questa fase è la voglia dei bambini di intraprendere molte attività "da grandi", che eccedono le loro abilità e/o i limiti posti loro dai genitori. Di conseguenza i tentativi di agire in maniera indipendente li rendono soggetti a sentimenti di orgoglio o fallimento, il che dipende anche in parte dalle reazioni dei genitori e dalle aspettative culturali attinenti al comportamento dei bambini.

Dal momento che le attività e lo sviluppo del bambino in questa età sono più vivi che mai, dai 3 ai 6 anni possiamo dunque paragonare l'esistenza ad una torta formata da 4 aree, a mio parere tutte di pari importanza nel determinare il totale bambino. Anche in questo caso ogni area è costituita da alcune sezioni che la contraddistinguono e che ne costituiscono l'essenza. Tali sezioni si riferiscono ai compiti evolutivi ed in generale a tutte quelle acquisizioni cognitive, emotive, affettive e relazionali che il minore rientrante in questa fascia di età dovrebbe aver acquisito.

Grafico 2 **Suddivisione delle aree, bambino 3-6 anni**



Le macro-aree sono:

- ***Area biosociale***: sonno, alimentazione controllo sfinterico, difficoltà cognitive e linguaggio.
- ***Area relazionale*****:** perdita/compro-missione delle relazioni con i

coetanei, con le figure genitoriali (ad esempio morte di un genitore), con se stessi, con altri/autorità e l'attività del gioco simbolico.

- ***Area psicoaffettiva***: rabbia/aggressività, paure/fobie, atteggiamento depressivo, ed ansia/angoscia.
- ***Area comportamentale***: suzione protratta, condotte compulsive (tic, tricotillomania, onicofagia) isolamento ed iperattività.

Queste quattro aree sono strettamente correlate fra loro ed interdipendenti. In particolare l'area comportamentale costituisce l'effetto pragmatico di quella psicoaffettiva, trasformando in sintomi ed atteggiamenti le difficoltà o i turbamenti psicologici. Inoltre è possibile che alcuni aspetti comportamentali o emozionali non siano compresi nelle tabelle, in questo caso ritengo sia importante cercare di far rientrare il comportamento/emozione/compito evolutivo o aspetto biologico in una delle sezioni proposte.

Nell'area biosociale valuteremo dunque il **sonno** che intorno a questa età dei bambini dovrebbe variare tra le 11 e le 12 ore e mezza. In questo caso, come negli altri, oltre ad essere valutata la quantità di sonno si porrà attenzione alla sua qualità, alla presenza o meno di angosce notturne o fobie in sorte in seguito al trauma.

Anche nel caso dell'**alimentazione** il criterio temporale sarà fondamentale: esso stabilisce se è insorto ad esempio un rifiuto del cibo in seguito all'evento traumatico, o se al contrario vi è una richiesta continua ed eccessiva di esso.

Allo stesso modo, dal momento che il bambino dovrebbe aver acquisito il **controllo sintetico** intorno ai due anni, si valuteranno con attenzione le condotte regressive che porterebbero il minore a fenomeni frequenti di enuresi o encopresi notturna e/o diurna.

Spesso legate alla sintomatologia di un DPTS, le **difficoltà cognitive** si rintracciano alla labilità delle capacità di attenzione e concentrazione. Tali difficoltà andranno senz'altro investigate in relazione alla sfera comportamentale e psicoaffettiva, alla presenza spesso di iperattività ed aggressività.

Infine, per ciò che riguarda il **linguaggio**, sappiamo bene che tra i tre e i sei anni il bambino già ha appreso una buona parte del vocabolario adulto. Si valuteranno quindi anche qui eventuali fenomeni regressivi insorti in seguito al trauma (il bambino torna a parlare come quand'era più piccolo) o deficit linguistici quali le balbuzie o il mutismo.

Nell’area relazionale rientrano in generale tutte quelle difficoltà che concernono la dimensione relazionale del bambino. Così, ad esempio, nella sezione relativa alla **relazione con i genitori**, si valuterà come gravissima una compromissione irrecuperabile (come la perdita di un genitore) o nel caso di **coetanei** un completo ritiro dalla vita sociale, associato ad esempio ad isolamento e fobia scolastica. Rispetto ai **rapporti con l’autorità/altri** si valuterà invece il grado di “competenza sociale” che il bambino è riuscito a mantenere in seguito al trauma. sarà quindi importante capire, ad esempio, se sono insorti problemi di rifiuto dell’autorità rappresentata magari dal corpo docenti, oppure in generale se il minore riesce ad interagire adeguatamente con l’ambiente circostante o se al contrario ne è spaventato o si mostra ostile. Infine, nel caso della **relazione con se stesso**, rientrano quelle difficoltà che il bambino sperimenta rispetto allo stare da solo che spesso si collegano intimamente con le sezioni della sfera affettiva quali l’ansia, l’atteggiamento depressivo o l’aggressività, che in alcuni casi può essere anche rivolta verso se stesso. In tale sezione rientra anche la capacità di giocare da solo, “bastando a se stesso” o, al contrario, la richiesta continua di attenzioni da parte dei genitori o dei coetanei. All’interno dell’area relazionale è stato posto il **gioco simbolico** poiché esso richiama necessariamente e direttamente la dimensione della relazionalità, sia nei confronti di “esterni” che rispetto a se stesso. Il gioco simbolico (e più tardi quello contestualizzato) è fondamentale per organizzare il pensiero del bambino in uno stadio in cui il linguaggio sta velocemente progredendo; esso permette la manipolazione e la produzione di immagini mentali durante le quali il bambino assimila nuove informazioni. Pensiamo quindi quanto sia rilevante la perdita o l’interruzione del gioco in seguito ad un trauma! Non solo, in questo caso sarà importante valutare la presenza o meno di atteggiamenti depressivi, che inibiscono il bambino nel gioco e nella relazione con gli altri.

Nell’area psicoaffettiva rientrano quelle condotte che meritano un’attenzione particolare relativamente alla loro insorgenza in seguito al trauma. La sezione dell**’aggressività/rabbia**, spesso accompagnata all’iperattività, al gioco ridotto, semplificato o solo motorio (quindi un gioco simbolico povero o assente) può essere valutata ponendo attenzione alla litigiosità, provocatorietà, assenza di paura e tendenza ad incorrere in “incidenti”. Questa sezione è molto importante in ragione dello sviluppo psicopatologico del fattore aggressività che in pubertà o in adolescenza potrebbe portare a dei veri e propri disturbi del comportamento. In ultimo un bambino che presenti gravi problemi di aggressività può spesso riportare anche dei disturbi del sonno, quindi quest’area andrà letta e valutata tenendo in considerazione i risultati ottenuti all’area biosociale.

La presenza di **ansia** ed **angoscia** è spesso associata all'esistenza di **paure** e **fobie** che possono consistere in "paure" immotivate ad esempio degli estranei, in sorte da un momento all'altro o in una fobia dei ladri o una vera e propria fobia sociale. Se, infatti, non sono rare in questa fascia d'età fobie come quella scolastica o un'ansia da separazione dalla madre, ribadisco che è necessario valutarle in relazione temporale all'evento traumatico: un bambino "pauroso e timido" prima dell'incidente continuerà con molta probabilità ad esserlo anche dopo.

Diverso è **l'atteggiamento depressivo** del bambino chiuso ed introverso. Tali fattori sono molto importanti a livello predittivo di un disagio psicopatologico futuro. Gli indicatori che evidenziano un atteggiamento depressivo sono spesso rintracciabili nel gioco patologico (come la completa assenza di esso), nei comportamenti aggressivi, in quelli masturbatori cronici, nell'aspetto "caotico" dello stato affettivo che può essere ad esempio caratterizzato da un'alternanza di rifiuto relazionale ad una ricerca affettiva intensa, in vere e proprie oscillazioni dell'umore (agitazione euforica e pianti silenziosi), nelle difficoltà nel sonno e nelle condotte regressive.

Nell'area comportamentale si rintracciano tutti quei comportamenti che hanno ovviamente alla base delle difficoltà di ordine psicologico: troviamo così **la suzione protratta**, un fattore regressivo notevole tanto più se prima del trauma il bambino non mostrava necessità di alimentarsi come un lattante (tale sezione si può associare a quella del controllo sintetico regredito), le **condotte compulsive** (tic, tricotillomania, onicofagia) ovvero quelle condotte relative alla sfera dell'instabilità motoria. Sebbene tali condotte possano apparire anche più tardi è comunque importante stabilirne insorgenza in termini di nesso di causa con l'evento traumatico e la loro associazione all'iperattività o in generale ad atteggiamenti ansiosi. Si porrà attenzione alla tendenza del bambino all'**isolamento** che è caratterizzato uno dei sintomi principali di depressione o comunque di disagio (bisogna indagare cosa c'è alla base di questi isolamento: vergogna, senso di colpa, intolleranza alla compagnia degli altri, ecc.) ed in ultimo ai livelli di **iperattività**, correlata con l'ansia e con le condotte aggressive.

Come è evidente dalle brevi spiegazioni delle sezioni e delle aree connesse, risulta necessaria ed indispensabile, oltre che "forzata" una lettura incrociata ed integrata delle difficoltà riferite dal bambino o dalla sua famiglia. Tale lettura permette tra l'altro anche di avere un quadro più completo e coerente del pregiudizio subito dal minore: sarebbe, infatti, inverosimile trovarsi di fronte un minore con un altissimo livello di aggressività e di iperattività senza nessun problema di relazione né in famiglia né con i coetanei!

Di seguito sono illustrate le tabelle di quantificazione e la relativa proporzione per trasformare il punteggio "grezzo" in una percentuale che indichi la compromissione dell'esistenza del minore dai 3 ai 6 anni. Tenendo sempre a mente che ogni "fetta" della torta vale il 25%, la procedura è la stessa, contando sempre il numero di sezioni e moltiplicandolo per il massimo punteggio ottenibile (5) ad ognuna di esse.

***Tab. C* Area Biosociale, bambini 3-6 anni**

Area Biosociale 3-6 anni	Sonno	Alimentazione	Controllo sfinterico	Difficoltà cognitive	Linguaggio	Totale delle x	Moltipl.
Gravissmo (5)							
Grave (4)							
Moderato (3)							
Medio (2)							
Lieve (1)							
Assente (0)							
						Somma molt. = /25	
						Punteggio % =	

Proporzione da applicare: 25:25=X:P X= 25·P/25

***Tab. D* Area Relazionale, bambini 3-6 anni**

Area Biosociale 3-6 anni	Relazione con i genitori	Relazione con i coetanei	Relazione con altri/autorità	Relazione con sè	Gioco simbolico/	Totale delle x	Moltipl.
Gravissmo (5)							
Grave (4)							
Moderato (3)							
Medio (2)							
Lieve (1)							
Assente (0)							
						Somma molt. = /25	
						Punteggio % =	

Proporzione da applicare: 25:25=X:P X= 25·P/25

***Tab. E* Area Psicoaffettiva, bambini 3-6 anni**

Area Psicoaffettiva 3-6 anni	Rabbia/ Aggressività	Paure/fobie	Atteggiamento depressivo	Ansia/ angoscia	Totale delle x	Moltipl.
Gravissmo (5)						
Grave (4)						
Moderato (3)						
Medio (2)						
Lieve (1)						
Assente (0)						
					Somma molt. = /20	
					Punteggio % =	

Proporzione da applicare: 25:20=X:P X= 25·P/20

***Tab. F* Area Comportamentale, bambini 3-6 anni**

Area Comportamentale 3-6 anni	Suzione protratta	Condotte compulsive (tic, onicofagia, tricotillomania)	Isolamento	Iperattività	Totale delle x	Moltipl.
Gravissmo (5)						
Grave (4)						
Moderato (3)						
Medio (2)						
Lieve (1)						
Assente (0)						
					Somma molt. = /20	
					Punteggio % =	

Proporzione da applicare: 25:20=X:P X= 25·P/20

4.3 Quantificazione per minori 7-11 anni (terza infanzia)

La così detta età di latenza o terza infanzia è un periodo normalmente tranquillo e produttivo che vede emergere nel bambino un senso di competenza e di efficacia.

Il conflitto che Erikson attribuisce a questa fase evolutiva è quello tra operosità e senso di inferiorità. In questo periodo le energie del bambino, incentrate fino ad allora principalmente sul gioco, si indirizzano verso compiti più maturi come l'impegno scolastico, lo sport, le attività artistiche. E' importante che il ragazzo applichi la propria intelligenza e canalizzi l'energia in compiti di difficoltà e di responsabilità adeguate, che siano sostenuti da una corrispondente motivazione interna, altrimenti gli sforzi non porteranno mai ad un'autentica soddisfazione. Si tratta di un momento molto delicato, in cui il bambino può acquisire una certa sicurezza e padronanza delle proprie capacità, premessa fondamentale per sviluppare in futuro una riconosciuta competenza lavorativa, oppure può sentirsi inferiore o incapace di fare qualsiasi cosa[119]. Pensiamo quindi a quanto possa essere compromettente un trauma riportato a quest'età! In questo caso, la nostra torta sarà dunque formata da 3 macro-aree principali di cui quella psicoaffettiva riveste poca più importanza di quella relazionale. Tale scelta è stata determinata dal fatto che tra i 7 e gli 11 anni, di pari passo con una maggiore indipendenza, i bambini cominciano a prendere delle decisioni ed a governare il proprio comportamento, che va dalla banale scelta di quali pantaloni indossare alla scelta sociale ad es. "di chi farsi come amico", alle decisioni morali sul mentire o sul rubare. Nel far ciò i bambini sono sempre influenzati da altri bambini oltre che dalla comunità di appartenenza. Per via del mondo sociale in forte espansione e per l'importanza che iniziano a rivestire i rapporti con "gli altri" che non siano i genitori ho ritenuto importante offrire all'area relazionale un 35% ed a

[119] Frustrazione e conflitto nell'infanzia, http://www.opsonline.it/printable-62-62.html

quella psicoaffettiva, che comunque "governa" ancora il vissuto del bambino e sulla quale un trauma andrebbe senz'altro ad agire con una maggiore severità, un 45%.

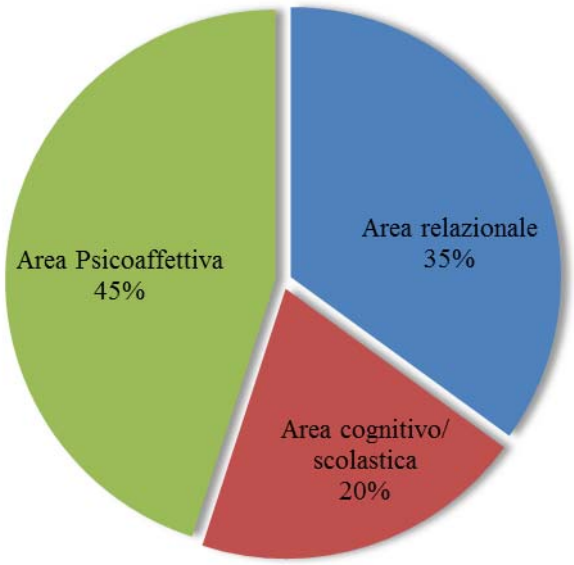
Area relazionale: relazioni con i coetanei, con i genitori, con se e con l'autorità.

Area cognitivo-scolastica: attenzione/ concentrazione, disinteresse scolastico e capacità comunicativa.

Area psicoaffettiva: autostima, motivazione, aggressività, ansie/fobie e paure, tolleranza alla frustrazione, alterazioni umorali, sonno.

Come nel caso delle fasce di età precedenti le aree evidenziate si influenzano tra di loro e sono pertanto intimamente interconnesse ed interdipendenti, così che un disagio nell'area psicoaffettiva può produrre senz'altro delle ripercussioni nell'area relazionale ed in quella cognitivo/scolastica.

Grafico 3 **Suddivisione delle aree, bambino 7-11 anni**



All'interno dell'area psicoaffettiva, la maggiore delle tre, sono rintracciabili le sezioni relative all'**autostima** ed alla **motivazione**, due elementi fondamentali che caratterizzano la terza infanzia. un trauma che intervenga nel momento in cui il bambino sta sperimentando i primi successi scolastici o nel campo relazionale, possono incidere fortemente sul livello di autostima e sulla motivazione ad intraprendere nuovi compiti: la discrepanza tra *ciò che si è* (con le caratteristiche che il bambino si porta dietro in seguito a un trauma) e *ciò che si vorrebbe essere* (ma che è impossibile diventare a causa del danno riportato) può avere un effetto consistente sul autostima e può portare il bambino ad avere l'impressione di operare in modo inadeguato negli ambiti che per lui sono importanti e dunque ad evitare di sperimentarsi in essi. Ciò che è importante di questa sezione è il suo risvolto a livello emozionale: essa è difatti evidentemente collegata a livelli di ansia, depressione e mancanza di energia.

In generale intorno a questa età le **paure** e le **fobie** non dovrebbero essere presenti. Anche in questo caso si valuterà l'insorgenza di paure specifiche correlate ad un disturbo d'**ansia** elevato, insorto in seguito al danno subito. Si potrebbe anche osservare la comparsa di condotte compulsive o pensieri ossessivi che precedentemente non appartenevano alla piccola vittima.

La sezione delle **alterazioni umorali** è particolarmente importante poiché in questa età il bambino a mezzi più elaborati e diversificati per esprimere la propria sofferenza. Normalmente la sintomatologia si raggruppa intorno a due poli: da un lato vi sono comportamenti di disprezzo, auto svalutazione, mancanza di autostima, perdita della motivazione (con una sofferenza morale direttamente espressa con una "non posso", "non ce la faccio"); dall'altro si possono osservare comportamenti legati alla protesta ed all'opposizione verso questi stessi sentimenti depressivi. Abbiamo allora l'altra faccia della medaglia (atteggiamento maniacale) in cui sono rintracciabili **aggressività**, collera, impulsività e soprattutto **difficoltà scolastiche**. L'aggressività è spesso collegata all'incapacità di **tollerare la frustrazione.**

Considerando quest'ultima "la condizione in cui viene a trovarsi l'organismo quando è ostacolato, in modo permanente o temporaneo nella soddisfazione dei propri bisogni", ho ritenuto importante inserirla tra le sezioni dell'area psicoaffettiva poiché essa costituisce per antonomasia il trauma nel minore, in quanto ostacolo dell'espressione di se. Se normalmente le reazioni alla frustrazione comprendono delle capacità di *problem solving* e razionalizzazione, in un bambino traumatizzato possiamo individuarne altre in cui la situazione non viene esaminata razionalmente e la reazione viene così espressa in modo non mediato, secondo alcune modalità principali e generalizzate, quali la già citata aggressività (autodiretta ed eterodiretta), la regressione, l'ansia, l'angoscia e l'apatia.

Da ultimo è stata aggiunta la sezione relativa al sonno poiché la mancanza di esso può incidere sia a livello psichico ed affettivo (un'accentuata irritabilità o la tendenza a lasciarsi sopraffare dalla stanchezza- moto depressivo) che a livello cognitivo/scolastico, incidendo sull'attenzione e sulla concentrazione.

Nell'area relazionale rientrano in generale le dimensioni relative all'incontro con l'altro da se. Tale dimensione acquisisce un'importanza sempre maggiore mano a mano che il bambino si avvicina alla pubertà ed all'adolescenza. In questa fascia di età le **relazioni con i genitori** cominciano a subire un mutamento: dalla fiducia incondizionata che il bambino riponeva in loro si passa ad una fase di opposizione sempre crescente. Un danno gravissimo in quest'area si riferisce dunque ad una gravissima alterazione in termini di perdita di essa o al completo stravolgimento (come una morte o l'improvviso allontanamento di un genitore). Un danno classificato meno grave invece si riferirà a tutte quelle compromissioni derivanti dallo stravolgimento dei ruoli nel nucleo familiare, ancora una volta, dopo il trauma. Allo stesso modo la **relazione con i coetanei**, che via via assume significato sempre maggiore, sarà considerata compromessa nel momento in cui il

bambino non riuscirà – in seguito al trauma - a mantenere le vecchie relazioni ed a stabilirne di nuove. In questo caso si determineranno quindi la qualità di tale relazione ma anche la sua quantità, in termini di tempo passato con i coetanei. Le **relazioni con l'autorità/altri** sono importanti per stabilire la capacità del bambino di entrare in contatto con l'ambiente circostante, sentendosi in grado di "gestirlo" in maniera adeguata. In tal senso una relazione con le insegnanti caratterizzata ad es. da continui rimproveri e note di merito potrebbe costituire un indicatore di difficoltà comportamentali e di rispetto di figure significative. Infine la **relazione con se stessi** è riferita alla capacità del bambino di "comprendere se stesso", ovvero spiegare le proprie azioni facendo riferimento agli eventi della situazione immediata ed esercitare su di se un maggiore autocontrollo (controllo e modifica delle proprie esperienze emotive). Una condotta regressiva al c.d. "egocentrismo" dell'età precedente descritto da Piaget può essere un utile campanello di allarme di un "danno" in tale sezione.

Nell'area cognitivo/scolastica rientrano invece quelle categorie che si riferiscono sì alle capacità cognitive apprese, ma anche a come una perturbazione traumatica possa influire su di esse. Tenendo a mente la definizione che Piaget ha dato a tale stadio di sviluppo del bambino dai 7 agli 11 anni, ovvero "lo stadio operatorio-concreto" in cui il bambino comprende ed utilizza il pensiero logico, ma è ancora legato ad esempi concreti per comprendere ciò che lo circonda e non possiede ancora la capacità di astrazione, le difficoltà che si possono incontrare in seguito ad un trauma in tale area saranno riferite alla sezione dell'**attenzione/concentrazione** rispetto al portare a termini i propri compiti in classe o nel riuscire ad es. a seguire una lezione senza distrarsi continuamente o a svolgere a casa i compiti senza un aiuto eccessivo e continuo da parte del genitore. L'area dell'attenzione è particolarmente rilevante poiché essa migliora sensibilmente e costantemente nella terza infanzia ed è importante per il ragionamento e la risoluzione dei problemi.

La sezione dell'**insuccesso scolastico,** invece, è relativa ad un improvviso peggioramento a scuola in un bambino che non aveva mai dimostrato eccessive difficoltà. Essa è riconducibile anche ad una dimensione di perdita dell'interesse scolastico il cui calo del rendimento ne è un effetto.

Infine, la capacità comunicativa si riferisce alla capacità del bambino di esprimere i propri vissuti sia all'interno della sua famiglia che nel gruppo dei pari. Essa tuttavia fa anche capo alle capacità di logica ed organizzazione che dovrebbero appartenere ad un bambino di questa età.

Anche in questo caso, dunque, valuteremo se tale capacità viene meno o diminuisce drasticamente in seguito all'evento traumatico.

Come in precedenza utilizziamo le tabelle per determinare il quantum dell'aspetto esistenziale derivato da un trauma.

***Tab. G* Area Psicoaffettiva, bambini 7-11 anni**

Area Psicoaffettiva 7-11 anni	Autostima	Motivaz.	Aggres.	Ansia /fobie /paure	Toller. alla frustrazione	Alterazioni umorali	Sonno	Totale delle x	Moltipl.
Gravissmo (5)									
Grave (4)									
Moderato (3)									
Medio (2)									
Lieve (1)									
Assente (0)									

Somma molt. = /35
Punteggio % =

Proporzione da applicare: 45:35=X:P X= 45·P/35

***Tab. H* Area Relazionale, bambini 7-11 anni**

Area Relazionale 7-11 anni	Relazione con i coetanei	Relazione con le figure genitoriali	Relazione con se stessi	Relazione con altri/autorità	Totale delle x	Moltipl.
Gravissmo (5)						
Grave (4)						
Moderato (3)						
Medio (2)						
Lieve (1)						
Assente (0)						

Somma molt. = /20
Punteggio % =

Proporzione da applicare: 35:20=X:P X= 35·P/20

***Tab. I* Area Cognitivo/scolastica, bambini 7-11 anni**

Area Cognitivo /scolastica 7-11 anni	Attenzione/ Concentrazione	Insuccesso scolastico	Capacità comunicativa	Totale delle x	Moltipl.
Gravissmo (5)					
Grave (4)					
Moderato (3)					
Medio (2)					
Lieve (1)					
Assente (0)					

Somma molt. = /15
Punteggio % =

Proporzione da applicare: 20:15=X:P X= 20·P/15

4.4 Quantificazione per minori 12-15 anni (preadolescenza)

Dai 12 anni inizia un periodo di rapida maturazione fisica e sessuale che pone fine all'infanzia e porta verso l'età adulta, passando ovviamente per la tappa obbligata dell'adolescenza.

Nel corso di essa l'individuo acquisisce le competenze e i requisiti necessari per assumere le responsabilità di adulto. Nel processo di transizione verso tale stato entrano in gioco ed interagiscono fra loro fattori di natura biologica, psicologica e sociale. L'adolescenza inizia con la pubertà (12-15 anni circa) ma non è il solo mutamento biologico connesso con la pubertà che provoca il momento adolescenziale: il cambiamento fisico si associa ad esperienze emozionali molto intense. Esse possono essere imputate alla rilevanza dei cambiamenti corporei e dell'assetto pulsionale, che impongono la ricerca di nuovi equilibri nei rapporti con il mondo e con il proprio se; o alla precocità del cambiamento rispetto a quello dei coetanei (o coetanee) che lo fa giungere inaspettato, o ancora per il suo ritardo che suscita in chi si aspetta di cambiare, ansie e incertezze in rapporto a chi è già cresciuto.

La personalità dunque è in via di sviluppo e la crisi principale di questo momento è relativa proprio alla scoperta della propria identità. Per far ciò i giovani pre-adolescenti si allontanano dalle famiglie e concentrano la maggior parte delle proprie energie nelle relazioni con i pari, che dunque rivestono un'importanza fondamentale. In esse il giovane adolescente si rispecchia e comincia a capire ciò che vorrebbe/non vorrebbe essere. L'aspetto oppositivo è piuttosto frequente, soprattutto nei confronti della famiglia, dalla quale il giovane non accetta più di essere totalmente dipendente, così come dalle varie forme di sostegno sociale-affettivo che la famiglia gli/le ha fornito sino a quel momento. L'adolescente, in altre parole, si trova di fronte molte incertezze a proposito di come interpretare la propria esperienza, tanto più che non vuole più applicare ad essa i metri di giudizio familiare.

L'organizzazione della vita sociale diviene fondamentale: essendo in contatto con tanti coetanei che condividono gli stessi problemi (a scuola, sul lavoro, nel tempo libero), l'adolescente rafforza ed estende le proprie relazioni con il gruppo di pari così che tali relazioni diventano più frequenti, intense e significative.

La riorganizzazione del sistema di se, dunque, si verifica grazie a questa fitta rete di relazioni e di scambi in cui il soggetto, consapevole almeno in parte del cambiamento che lo concerne, verifica il proprio valore e riflette su se stesso.

Poiché l'adolescenza si conclude quando l'individuo è in grado di stabilire rapporti stabili e significativi con se stesso, con i gruppi di riferimento più prossimi e con il proprio ambiente di vita

più ampio (carattere attivo del rapporto se-altri-mondo), e ciò significa aver strutturato la propria personalità, ho ritenuto che dai 15 anni in poi, sebbene non si sia concluso il periodo adolescenziale, sia però possibile applicare la quantificazione proposta dall'AIPG comprendente le aree della personalità delle relazioni e delle attività autorealizzatrici.

L'identificazione delle aree della pre-adolescenza è stata in questo caso molto complessa. Trattandosi, infatti, di un periodo di transizione la dimensione relazionale in tutte le sue dimensioni (genitori/coetanei/se/autorità) riveste senz'altro un'importanza fondamentale, ma quanto di più degli "scombussolamenti" emotivo (aggiungerei ormonali) - affettivi? In effetti l'area psicologica e quella relazionale andrebbero considerate insieme piuttosto che separate poiché l'una influenza l'altra e l'una si basa sull'altra: in quest'età un litigio con un'amica può senz'altro costituire un dramma esistenziale in cui investire tutte le proprie energie e che può portare la giovane a vivere l'inferno ed il momento dopo a trovarsi sulle stelle. Pensiamo a come possa influire un trauma in un momento di transizione così delicato ma anche così poco definito (non siamo ancora in adolescenza!)

Le due aree, dunque, per quanto interdipendenti non possono essere considerate una sola poiché si sta piano piano strutturando la personalità, proprio sulla base di queste esperienze relazionali. Ho così pensato di conferire pari importanza ad entrambe le aree, cercando di inserire in quella psicologica le dimensioni che più di tutte potrebbero essere destabilizzate da un trauma.

Per quanto appena affermato dunque, le macro aree individuate sono quattro.

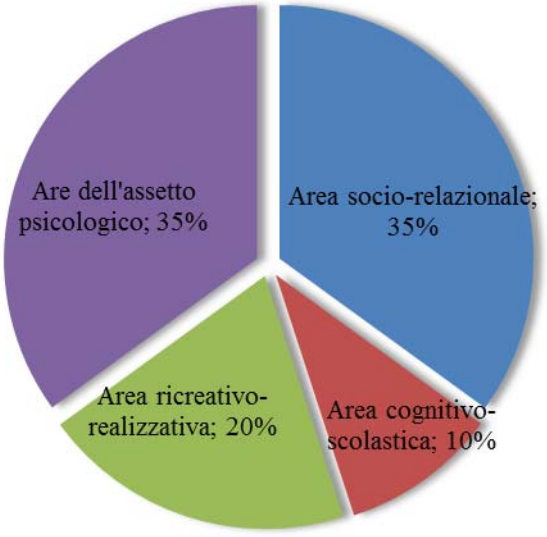
Area relazionale: relazioni con i coetanei, relazioni con i familiari, relazione con se e relazione con altri/autorità/ambiente.

Area dell'assetto psicologico: alterazioni umorali, equilibrio emotivo, capacità di autoregolazione, livello di ansia.

Area cognitivo-scolastica: disinteresse/ insuccesso scolastico, interazione in classe, attenzione/concentrazione.

Area ricreativo-realizzativa: partecipazione ad attività extra-scolastiche, sport, attività ludico-ricreative, aspirazioni/sogni.

Grafico 4 **Suddivisione delle aree, minore 12-15 anni**



L'area socio-relazionale è cos' definita per via delle relazioni intraprese non solo nell'ambito del gruppo dei pari e di quello familiare, ma anche quelle che, più in generale, costituiscono l'interazione con l'ambiente, inteso in senso lato. Le **relazioni con i coetanei** assumono senz'altro un ruolo importante poiché i pari diventando un punto di riferimento per il ragazzo, oltre alla famiglia e alla scuola. In questa fase è molto diffusa la presenza dell'amico del cuore, con cui il ragazzo condivide esperienze e confidenze, e dei gruppi di riferimento, con luoghi di riunione abituali e all'interno dei quali i ragazzi possono sperimentare le loro abilità sociali. Un danno in tale area può essere rappresentato dalla tendenza all'isolamento del giovane o ad una progressiva diminuzione della frequentazione di tali gruppi. **Le relazioni con i genitori** cominciano a "raffreddarsi" sempre di più, in questa fase ci aspettiamo una momentanea svalutazione delle figure genitoriali e due atteggiamenti opposti verso i fratelli: o un distacco da essi, o una loro ipervalutazione. Il raffreddamento dei rapporti con i familiari facilita il trasferimento degli investimenti affettivi su persone estranee all'ambiente famigliare, ed è in tal senso verrà valutato il **rapporto con altri/autorità/ambiente**. Come nel caso delle fasce di età precedenti si valuterà il cambiamento insorto in seguito al trauma per esempio nei confronti degli insegnanti, oppure, in generale verso l'ambiente (ad es. un danno grave può essere costituito dal richiamo dalle forze dell'ordine per atti di vandalismo mai perpetrati prima del trauma subito). Ultima categoria nell'area socio-relazionale è quella relativa alla **relazione con se**. Il pre-adolescente è alle prese con la formazione del proprio Se e della propria identità, che è condizionata dai giudizi dei genitori, degli insegnanti e dei coetanei. A tutto ciò si aggiunge l'idea che egli ha di se e della realtà che lo circonda. In questa fase quindi un danno grave potrebbe essere rappresentato da un improvviso abbassamento del livello di autostima e del "senso di se", un abbassamento che porta il ragazzo a "non riconoscersi" in modo patologico.

Queste dimensioni relazionali concorrono a formare la personalità del giovane pre-adolescente e vanno necessariamente valutate in termini qualitativi e quantitativi in seguito al danno subito.

All'area dell'assetto psicologico appartengono le sezioni che iniziano a costituire una prima strutturazione della personalità. In tal senso le **alterazioni umorali** si riferiscono a quelle dimensioni quasi patologiche dell'instabilità dell'umore. Se da un lato in questa fascia d'età ci aspettiamo che i cambiamenti di umore siano repentini ed inaspettati, dall'altro cercheremo di comprendere se in seguito al trauma sono comparsi sentimenti depressivi con una tendenza all'introversione e alla chiusura rispetto all'ambiente circostante (formato dalla famiglia, dal gruppo

dei pari ed in generale delle attività che svolgeva il ragazzo) o piuttosto una tendenza ad atteggiamenti orientati sul polo della maniacalità per protratti periodi di tempo. Ci apparrà dunque degno di attenzione un ragazzo che in seguito al trauma abbia iniziato ad intraprendere due o tre attività sportive, a dormire poche ore per notte, a studiare come non aveva mai fatto in precedenza, a parlare più velocemente del solito, e così via. La sezione relativa all'**equilibrio emotivo**, invece, intende valutare il tipo di struttura emotiva che ragazzo ha acquisito nel corso dello sviluppo e che fino al momento del trauma aveva costituito una sorta di "equilibrio" nonostante l'instabilità emotiva propria di quest'età. Un danno grave in questa sezione sarebbe senz'altro associato ad uno altrettanto grave nell'area dell'instabilità umorale e significherebbe che il giovane sta vivendo un periodo di profondo malessere psicologico (depressivo o maniacale) che ha completamente destabilizzato il suo equilibrio, portandolo a compiere delle azioni che in precedenza non aveva mai fatto. La sezione relativa alla **capacità di autoregolazione** è un po' assimilabile al livello di coscienziosità che ragazzo manifesta verso se stesso e di propri istinti. Così, ad esempio, un danno grave in tale area potrebbe significare l'insorgenza di un disturbo alimentare, oppure di una "dipendenza da computer". In generale essa si riferisce al controllo che il ragazzo riesce ad esercitare sui propri istinti ed in generale è assimilabile alla tolleranza alla frustrazione.

Infine, la sezione relativa al **livello di ansia**, ci permette di valutare l'insorgenza di vissuti angoscianti e le modalità con cui il giovane riesce o meno a fronteggiarli. Anche in questo caso, un danno grave in questa sezione, sarebbe riferibile al riscontro con una patologia ansiosa invalidante.

Nell'area ricreativo-realizzativa abbiamo le sezioni relative alle **attività extra-scolastiche**, vale a dire tutte quelle attività che il minore può svolgere con il gruppo dei pari e che costituiscono per lui fonte di gratificazione, divertimento e svago; esse possono andare dalle attività sportive al frequentare una parrocchia, un oratorio e così via dicendo. La sezione relativa alle **aspirazioni/sogni** che fa riferimento al sistema della fantasia ed in generale a quei pensieri che permettono al giovane di impegnarsi in un'attività sportiva, intellettuale, e così via o di rispecchiarsi in una modello sportivo, del cinema, ecc; quella del **sonno**, ovvero della possibilità di godere di momenti di riposo ed in ultimo quella relativa ai c.d. **hobbies** che sebbene vengano sepolti al di fuori della scuola essi non costituiscono un'attività extra scolastica poiché implicano la dimensione della realizzazione personale, essi possono consistere ad esempio nello scrivere poesie o canzoni, nell'avere un gruppo musicale o nel crescere un animale domestico.

In ultimo, nell'area cognitivo-scolastica rientrano le sezioni relative al **disinteresse/ insuccesso scolastico** ovvero a tutte quelle condizioni che insorgono in seguito al trauma e che "allontanano" il minore dalla dimensione scolastica. Così l'insuccesso a scuola è in realtà l'effetto pratico del disinteresse che è a sua volta senz'altro legato a dinamiche di origine psicologica. La sezione dell'**interazione in classe** mira invece a valutare la capacità del minore di gestire e regolare i rapporti con i compagni di classe all'interno della classe stessa (dunque all'interno di un contesto regolato da norme specifiche). In tal senso anche in quest'area sarà interessante notare se sono presenti dinamiche di isolamento dal gruppo-classe o alti livelli d'ansia che rendono al minore poco tollerabile il confronto con la classe. In ultimo, come nelle fasce precedenti, è importante notare se in seguito al trauma sono insorte difficoltà di ordine cognitivo che hanno inficiato sui livelli di **attenzione**/**concentrazione** non solo in classe ma anche nello svolgimento dei compiti a casa.

Ciò che rende complicata la quantificazione delle ripercussioni di un trauma in questa fascia di vita è la sua inevitabile evanescenza e vaghezza. Se, infatti, essa è stata "circoscritta" dai 12 ai 15 anni, i livelli di maturazione biologica, sociale e psicologica sono diversi per ogni ragazzo e la stessa pre-adolescenza è una fase di transizione che ha ad oggi subito un mutamento. Non è difatti una novità l'idea che l'attuale adolescenza si sia prolungata con un conseguenziale mutamento delle fasi precedenti. Mi chiedo addirittura se si possa ancora parlare di una fase pre-adolescenziale; vista la velocità del cambiamento mi sembra più un "momento" che una vera e propria fase!

Vediamo ora le ultime tabelle utilizzabili nella quantificazione del pregiudizio esistenziale nel minore dai 12 ai 15 anni.

Tab. J **Area socio-relazionale, adolescenti 12-15 anni**

Area socio-relazionale 12-165 anni	Relazioni con i coetanei	Relazioni con i genitori/ familiari	Relazioni con se stessi	Relazioni con altri/autorità/ambiente	Totale delle x	Moltipl.
Gravissmo (5)						
Grave (4)						
Moderato (3)						
Medio (2)						
Lieve (1)						
Assente (0)						
					Somma molt. = /20	
					Punteggio % =	

Proporzione da applicare: 35:20=X:P X= 35·P/20

***Tab. K* Area dell'assetto psicologico, adolescenti 12-15 anni**

Dell'assetto psicologico 12-15 anni	Alterazioni umorali	Equilibrio emotivo	Capacità di autoregolazione	Livello di ansia	Totale delle x	Moltipl.
Gravissmo (5)						
Grave (4)						
Moderato (3)						
Medio (2)						
Lieve (1)						
Assente (0)						
					Somma molt. = /20	
					Punteggio % =	

Proporzione da applicare: 35:20=X:P X= 35·P/20

***Tab. L* Area ricreativo-realizzativa, adolescenti 12-15 anni**

Area ricreativo-realizzativa 12-15 anni	Attività extra-scolastiche	Aspirazioni/sogni	Sonno	Hobbies	Totale delle x	Moltipl.
Gravissmo (5)						
Grave (4)						
Moderato (3)						
Medio (2)						
Lieve (1)						
Assente (0)						
					Somma molt. = /20	
					Punteggio % =	

Proporzione da applicare: 20:20=X:P X= 20·P/20

***Tab. M* Area cognitivo/scolastica, adolescenti 12-15 anni**

Area cognitivo /scolastica 12-15 anni	Disinteresse /Insuccesso scolastico	Interazione in classe	Attenzione/concentrazione	Totale delle x	Moltipl.
Gravissmo (5)					
Grave (4)					
Moderato (3)					
Medio (2)					
Lieve (1)					
Assente (0)					
				Somma molt. = /15	
				Punteggio % =	

Proporzione da applicare: 10:15=X:P X= 10·P/15

4.5 Pesi e misure

Avendo compreso il senso di ogni area e di ogni sezione ad essa appartenente, ritengo che la valutazione del livello di gravità possa essere effettuata dal clinico seguendo sia dei criteri soggettivi che dei criteri oggettivi, come ad esempio le valutazioni emerse dagli strumenti oggettivi rappresentati dai test psicologici, dal colloquio clinico e dall'osservazione diretta.

In ogni caso, un criterio generale potrebbe essere quello di considerare i "pesi" nel modo seguente. La valutazione "**lieve**" si riferisce a momenti brevi o transitori di difficoltà in quella determinata sezione, momenti che non destano un'attenzione clinica o una preoccupazione da parte di un genitore o di una figura di accudimento e che sembrano velocemente riassorbirsi "da soli" e che sembrano far parte del carattere del minore. Ad esempio, un danno valutato lieve nelle sezioni delle aree di tipo biosociale potrebbe far pensare in generale a difficoltà da parte del minore ad assolvere alle proprie funzioni biologiche, quindi magari ad un lieve ritardo nella comparsa, ad esempio, del controllo sintetico o del linguaggio. Nelle aree relazionali, invece, un danno lieve potrebbe significare la preferenza del bambino/ragazzo di "starsene per conto suo", senza però che questo lo ostacoli nelle attività sociali; si potrebbe assimilare ad un temperamento poco socievole.

Il livello "**moderato**", invece, si riferisce a delle alterazioni che perdurano nel tempo causando alcune difficoltà, seppure sormontabili, nella vittima e nelle figure che le gravitano intorno. Tali difficoltà tuttavia saranno arginate e contenute e non porteranno ad una vera e propria disfunzionalità in quella determinata sezione. Per fare un esempio, nelle sezioni delle aree di tipo biosociale un danno moderato può corrispondere alla necessità e richiesta di molte attenzioni nell'apprendimento dei primi compiti evolutivi, attenzioni che provocheranno senz'altro un ritardo, tuttavia contenuto. Allo stesso modo un danno moderato nell'area psicoaffettiva può significare la presenza di numerosi spunti malinconici comunque contenuti, o un'autostima bassa ma controllata, o ancora una presenza, comunque accolta dai genitori, di ansie o paure. Ancora, nell'area cognitivo/scolastica un danno moderato può far pensare alla presenza di difficoltà nell'apprendimento o di relazione con i compagni, difficoltà che tuttavia non impediscono ai minori di recarsi a scuola o di superare l'anno scolastico.

Quando ad una sezione viene dato il peso "**medio**" si intende d'altro canto un ritardo nell'acquisizione di un compito di sviluppo, un cambiamento, un modo di essere o di relazionarsi, che destano attenzione. La qualità e la quantità della sezione in esame sono compromesse e rappresentano di più che una semplice difficoltà. Se ad esempio venisse dato un peso medio generale nelle sezioni delle aree relazionali, dovremmo considerare che la vittima tenderà ad essere

solitaria e passiva rispetto ad esse, che è in corso un cambiamento visibile e poco tollerabile da parte delle figure che le gravitano intorno, che ci sarà una sorta di rifiuto ad instaurare nuove relazioni o a mantenere quelle già esistenti ed in generale allo stare in compagnia di altre persone.

Allo stesso modo, un danno medio in un'area di ordine psicologico può indicare la presenza di un atteggiamento tendente al malinconico, della presenza di ansia o di vere e proprie fobie, di una bassa autostima, che comportano dei turbamenti evidenti anche nelle altre sfere, come delle palesi difficoltà scolastiche o il rifiuto ad acquisire delle abilità evolutive.

Nel momento in cui si valuta "**grave**" una sezione, ci si riferisce in generale ad una compromissione durevole ed invalidante, sia per la vittima, che per i familiari. Normalmente tale compromissione è "drastica" e si necessita quasi sicuramente di un aiuto esterno per gestirla. Ad esempio, una valutazione che sia grave nelle sezioni delle aree relazionali indica il completo distacco del minore dalle relazioni significative e, per contro, una tendenza ad isolarsi e a preferire in generale le situazioni in cui non debba confrontarsi con familiari, amici o qualsivoglia persona esterna. Allo stesso modo una valutazione grave nelle sezioni relative alle aree psicoaffettive può considerarsi un terreno molto fertile per lo sviluppo di una psicopatologia, se già non è in atto; mentre nelle sezioni delle aree cognitivo/scolastiche può comportare la perdita dell'anno scolastico a causa delle difficoltà cognitive, con un disturbo dell'attenzione, o di relazione con gli insegnanti con i compagni.

In tal senso quando valutiamo una sezione "**gravissima**" intendiamo una completa compromissione irreversibile della stessa. Parliamo in questo caso di una vera e propria psicopatologia in atto. Per esempio, una valutazione gravissima nelle sezioni delle aree biosociali può indicare la completa compromissione di una funzione biologica o, se ci riferiamo alle sezioni delle aree relazionali, alla totale assenza di relazione, dovuta necessariamente ad una perdita irreversibile di essa, come nel caso di una morte o di un allontanamento permanente da una figura di riferimento. Ancora, nelle sezioni delle aree cognitivo/scolastiche un danno gravissimo implica la perdita dell'anno scolastico e la vera e propria impossibilità/incapacità cognitiva di frequentare la scuola o i compagni.

Riflessioni conclusive

La questione della valutazione del danno è articolata e per quanto la giurisprudenza e la medicina cerchino di creare un po' d'ordine e di metodologia, in realtà sembra di avere a che fare con un nodo che forse non si scioglierà mai.

Probabilmente la psicologia è una scienza ancora troppo giovane perché possa sedere al tavolo con mamma medicina e papà diritto. Di sicuro il problema più grande sta nel carattere speculativo della psicologia che, per quanti sforzi faccia non sarà mai una scienza esatta, perché esatta non è la mente delle persone.

Ad aggravare la situazione la stessa mente non è direttamente visibile, quanto meno non lo sono i processi di pensiero e le emozioni che ahimè costituiscono la persona nel suo essere. Ciò significa che volenti o nolenti, le sole ossa ed i soli muscoli insieme al sistema nervoso non costituiscono la persona: se così fosse saremmo tutti automi. Sono le esperienze e la lettura che diamo loro, che impariamo dai genitori, dalle figure significative, dall'osservazione degli altri, dall'istinto che ancora un po' ci lega al mondo animale, che ci plasmano e ci trasformano fino a farci diventare *persone.*

La parola persona, come molti sanno, deriva dal greco *prósōpon* cioè *volto dell'individuo*, ma anche *maschera dell'attore.* Significa che, indossando la maschera, l'attore di carne sotto ad essa prendeva vita e si trasformava in un essere che portava la propria storia di fronte al pubblico.

La disciplina che ha cercato di comprendere questa persona fatta di parti visibili e di altre invisibili, ovvero la psicologia, ha cercato talvolta anche di "scientificizzarsi", perché così le veniva richiesto dalla disciplina sua antenata, ovvero la medicina.

Al giorno d'oggi fortunatamente si è riusciti a dare uno spazio ad ogni faccia della psicologia, ed è così che a seconda dei soggetti del suo studio ed agli obiettivi che si pone, si parla di psicologia sociale, dell'età evolutiva, del lavoro, di comunità, dei processi cognitivi, ecc… fino ad arrivare alla psicologia giuridica. Eh, si, tra mamma medicina e papà diritto serve un figlio che introduca elementi nuovi, che li faccia comunicare, che insegni loro che non tutto è inquadrabile in leggi lineari causa-effetto. Il dramma più grande è che, come tutti gli adulti, medicina e diritto impongono le loro regole, prendono poco in considerazione le parole della psicologia e, quando lo fanno, gli attribuiscono un significato attinente alle loro personalità.

Tutto questo per dire cosa? Che sebbene la psicologia giuridica, con non pochi sforzi, provi ad incanalare emozioni e pensieri in tabelle e schemi in termini di relazioni causa-effetto, il risultato sarà sempre di non tenere in adeguata considerazione tutto quello che sfugge a queste "tabelle"; d'altro canto, si possono recintare i pensieri? Le emozioni? La sofferenza di una persona? Io credo di no, ma credo anche che quando si subisce un "torto" si abbia bisogno di un "risarcimento", tanto morale quanto economico.

Come fare allora? È un bel problema, come lo è il capire che ci sono altri aspetti, al di la di quelli visibili ed inquadrabili in nosografie classiche che portano la persona a compiere delle scelte che la rendono fondamentalmente infelice ed insoddisfatta per il resto della sua vita. È quell'infelicità e quell'insoddisfazione che diventa poi una sofferenza, perché protratta per la durata dell'esistenza, che noi psicologi veniamo chiamati a quantificare: tanto infelice, tanto tanto insoddisfatto ma talvolta un po' no… grande sofferenza, piccola sofferenza… e quando parliamo di un bambino?? Le dimensioni dell'insoddisfazione e dell'infelicità dovrebbero essere peggio, perché ai bambini rimangono molti più anni di un adulto, da vivere in sofferenza e scontento.

Beh, sono molto critica ed estrema ma forse è così. Credo che la questione di come cambi la vita di un minore, in generale, sia una bella "gatta da pelare" perché sono proprio tante le variabili che entrano in gioco, io credo di più di quelle di un adulto. Bisogna, infatti, considerare che la personalità del minore è in via di sviluppo e che per lui certe dimensioni come quella relazionale, rivestono un'importanza non indifferente. Inoltre, la stessa età evolutiva è suddivisa in stadi con compiti differenti e con ostacoli differenti, per cui uno stesso trauma può comportare ripercussioni peggiori in un momento dell'infanzia piuttosto che in un altro.

Chi lo sa se quel minore abusato su cui stiamo facendo una perizia oggi, a distanza di sei mesi dall'evento traumatico non sia "riuscito a farcela", cancellando quell'esperienza dalla sua vita e riuscendo poi a realizzarsi e ad essere un adulto "sano"? Ma vale anche il contrario: chi lo sa se quel bambino che sembra così bravo nell'affrontare la sua menomazione fisica un domani non si dimostri un adulto timido ed insicuro, una persona che vive nascosta, ingozzandosi e stabilendo rapporti interpersonali solo via chat a causa dell'emarginazione vissuta in infanzia per via del suo difetto fisico? Si perché questo è uno dei tanti aspetti da considerare quando si ha a che fare con l'età evolutiva. Non è una novità il concetto che i bambini in generale tendano ad "allontanare" colui che è diverso. Se ad oggi l'opera di sensibilizzazione di istituzioni varie cerca di cancellare il pregiudizio "razziale" nei confronti di chi è diverso, la tendenza dei minori rimane sempre quella di "scegliersi" gli amici tra coloro che gli assomigliano. Non sempre è così, ci sono casi di bambini sensibili che aiutano quelli meno fortunati, ma purtroppo si tratta più di eccezioni che di regole.

Vengono presi in giro i ragazzini con l'apparecchio ed allontanati quelli che hanno il padre o la madre "strani" o magari che fanno un lavoro umile, figuriamoci i ragazzi/bambini con un difetto fisico o che si autoescludono per un abuso o per dei maltrattamenti o ancora minori che diventano "lagnosi e timorosi" di tutto, e così via.

È proprio una questione complessa, probabilmente non si arriverà mai ad avere delle risposte chiare e definite. Anche se trovo la sparizione del c.d. danno esistenziale e l'idea della *personalizzazione* del danno molto equa ed interessante, bisogna vedere a che risultati porterà!

In tal senso questa "innovazione" delle Sezioni Unite restituisce una certa importanza alla figura dello psicologo, sicuramente più adatta delle altre nel descrivere come la qualità della vita della persona o del minore sia cambiata ed in quali aree si rintracci il danno maggiore.

D'altro canto la stessa figura dello psicologo (esperto in psicologia giuridica) non è chiamata a quantificare, ma solo a valutare, pertanto le quantificazioni che possiamo proporre saranno sempre un "di più" rispetto a quello che ci viene richiesto, anche se esse prendono in considerazione aspetti importanti al pari di quelli medici.

Mi viene in mente questo perché nella mia pratica lavorativa affianco un medico legale che ogni volta mi chiede di "percentualizzargli" il pregiudizio esistenziale (la componente dinamico-relazionale del danno biologico e quando esso non sia presente la c.d. attività esistenziale) sebbene poi con questa percentuale lui ci faccia ben poco.

Come mai solo i medici possono proporre i punti di invalidità? Come mai lo psichiatra (in quanto medico), che sicuramente è più formato in materia psicologica del medico-legale generico, lo può fare pur sapendo comunque molto poco del funzionamento dinamico della persona? Non dovremmo essere noi psicologi a stabilire in che percentuale quella sofferenza incide sulla vita della persona? Intendo dire, non dovrebbe essere presa in considerazione la nostra percentuale ed integrata in qualche modo in quella medico-legale?

Del resto, ci occupiamo di campi diversi, ma entrambi appartenenti alla persona nella stessa misura! Si pensi ad un grave schizofrenico con un corpo funzionante (danno psichico presente e danno biologico assente) o, al contrario ad un tetraplegico con un QI di 160 (danno biologico massimo e danno psichico minimo): in entrambi i casi la qualità di vita (la componente dinamico-relazionale) non è nella stessa misura compromessa? A me sembra che la percentuale "biologica", essendo direttamente conoscibile (schizofrenia e tetraplegia) costituisca la fetta maggiore della torta ed alla fine la valutazione della persona si riduca ad essa, nonostante gli sforzi compiuti da psicologi o avvocati e giuristi illuminati per "far valere le ragioni del danno esistenziale".

Per concludere, in questo lavoro ho cercato di offrire una panoramica generale della valutazione sul minore, alternando momenti di pura cronaca giurisprudenziale ad altri più attinenti alla mia materia, fino a cercare di avanzare una proposta che probabilmente avrà molti margini di miglioramento e di cambiamento, come tutte le proposte prima di essere ottimizzate ed accettate.

Mi chiedo se un giorno si riuscirà a dare corpo ad una proposta di quantificazione del danno alla persona intesa nel suo insieme, fatta di carne e di pensieri nella stessa percentuale! Sarebbe altamente auspicabile.

Appendice 1

Tabelle riassuntive dei test utilizzati nella valutazione del minore

Tab.2 ***Test di livello***

Test	**Età**	**Norme italiane**
Matrici Progressive 38 (PM 38) avanzate (Raven, 1940)[120]	12 anni in poi	Spinnler e Tognoni, 1987
Matrici Progressive 47 (PM 47) colorate (Raven 1977)[121]	3-8 anni	Pruneti, 1985
Wechsler Intelligence Scale for Children, Revised (WISC-R) (Wechsler, 1987)[122]	5-16 anni	Orsini, 1993
Wechsler Preschool and Primary Scale of Intelligence, (WIPPSI) (Wechsler, 1973)[123]	4-6 anni	Orsini e Picone, 1996
Wechsler Adult Intelligence Scale, Revised (WAIS-R) (Wechsler, 1981)[124]	16 anni in poi	Orsini e Laicardi, 1997

Tab.3 ***Test dell'attenzione***

Test	**Età**	**Norme italiane**
Test delle Campanelle (Biancardi e Stoppa, 1997)[125]	4-14 anni	Biancardi e Stoppa, 1997
Subtest Associazione simboli-numeri delle Scale Wechsler (WIPPSI, WISC-R, WAIS-R)	4 anni in poi	Vedi Scale Wechsler

Tab.4 ***Test della memoria (MBT)***

Test	**Età**	**Norme italiane**
Test di Apprendimento di Coppie di parole (Novelli et all., 1986)[126]	15 anni in poi	Novelli et all., 1986
Test di Corsi di Span Spaziale (Spinnler e Tognoni, 1987)[127]	6 anni in poi	Spinnler e Tognoni, 1987
Subtest Memoria di Cifre delle scale Wechsler (WIPPSI, WISC-R, WAIS-R)	4 anni in poi	Vedi Scale Wechsler

Tab.5 ***Test della memoria (MLT)***

Test	**Età**	**Norme italiane**
Benton Visual Retention Test – BVRT (Benton, 1945)[128]	8 anni in poi	Ferracuti, 2000
Test della grande figura complessa di Rey (Rey, 1942)[129]	7 anni in poi	Lis e Di Nuovo, 1982
Test della piccola figura complessa di Rey (Rey, 1968)[130]	4-7 anni	Di Nuovo, 1979

[120] Raven J.C., *Matrici Progressive 38 (PM 38) avanzate*, *1940*, Organizzazioni Speciali, Firenze 1987.
[121] Raven J.C., *Matrici Progressive 47 (PM 47) colorate, 1977,* Traduzione italiana a cura di Prunetti C., Organizzazioni Speciali, Firenze, 1985.
[122] Wechsler D., *Wechsler Intelligence Scale for Children, Revised (WISC-R)*, 1987. Traduzione italiana a cura di Orsini A., Organizzazioni Speciali, Firenze, 1993.
[123] Wechsler D., *Wechsler Preschool and Primary Scale of Intelligence (WIPPSI)*, 1973. Traduzione italiana a cura di Orsini A., e Picone L., Organizzazioni Speciali, Firenze, 1993.
[124] Wechsler D., *Wechsler Adult Intelligence Scale, Revised (WAIS-R),* 1981. Traduzione italiana a cura di Orsini A., e Laicardi C., Organizzazioni Speciali, Firenze, 1997.
[125] Biancardi A., Stoppa E., *Il test delle Campanelle modificato: una proposta per lo studio dell'attenzione in età evolutiva*. Psichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza, 64:73-89, 1997.
[126] Novelli G., Pagano C., Capitani E., Laiacona M., Cappa S.F., Vallar G., *Tre test di memoria verbale a lungo termine. Taratura su soggetti normali.* Archivio di Psicologia, Neurologia e Psichiatria, 1986, 47:278-296.
[127] Spinnler H., Tognoni G., *Standardizzazione e taratura italiana di Test Neuropsicologici*, The Journal of Neurological Sciences, 1987, 6: suppl. n. 8.
[128] Benton A.L., *Benton Visual retention Test – BVRT*, 1955. Traduzione italiana a cura di Ferracuti S., Organizzazioni Speciali, Firenze, 2000.
[129] Rey A., *Test della grande figura complessa di Rey*, *1942*. Traduzione italiana a cura di Lis A., Di Nuovo S., Organizzazioni Speciali, Firenze, 1982.
[130] Rey A., *Test della piccola figura complessa di Rey*, *1942*. Traduzione italiana a cura di Di Nuovo S., Organizzazioni Speciali, Firenze, 1979.

Tab.6 ***Test sulla percezione***

Test	Età	Norme italiane
Discriminazione visiva (Bisiacchi et all., 2005)[131]	5-11 anni	Bisiacchi et all., 2005

Tab.7 ***Test di ragionamento***

Test	Età	Norme italiane
Subtest scale Wechsler (WPPSI, WISC-R, WAIS-R): analogie, ragionamento aritmetico, comprensione, completamento di figure, riordinamento di storie.	4 anni in poi	Vedi Scale Wechsler

Tab.8 ***Test sulle abilità costruttive***

Test	Età	Norme italiane
Subtest scale Wechsler (WPPSI, WISC-R, WAIS-R): disegno con i cubi, ricostruzione di figure	4 anni in poi	Vedi Scale Wechsler

Tab.9 ***Test sulle funzioni esecutive***

Test	Età	Norme italiane
Fluenza verbale per categorie semantiche (Milner, 1964; Benton, 1968)[132]	5-11 anni	Laiacona et all., 1993
Torre di Londra (Shallice, 1982)[133]	5-13 anni	Bisiacchi et all., 2005
Wisconsin Card Sorting Test (WCST) (Nelson, 1976)[134]	4-13 anni	Sannio Fancello, Cianchetti, 2003
Subtest scala Wechsler WISC-R: labirinti	4 anni in poi	Vedi Scale Wechsler

Tab.10 ***Test sul linguaggio***

Test	Età	Norme italiane
Subtest scale Wechsler (WPPSI, WISC-R, WAIS-R): vocabolario	4 anni in poi	Vedi Scale Wechsler
Test Reception of Grammar – T.R.O.G. (Bishop, 1982)[135]	4-13 anni	Cendron, Conciari, Sartori, 1985
Test del Primo Linguaggio (TPL) (Axia, 1995)[136]	12-36 mesi	Axia, 1995
Test di Valutazione del Linguaggio livello prescolare (TVL) (Cianchetti, Sannio Fancello 1997)[137]	30mesi – 6 anni	Cianchetti, Sannio Fancello 1997

[131] Bisiacchi et all., *BVN 5-11Batteria di Valutazione Neuropsicologica per l'età evolutiva*, ed. Erikson, Trento, 2005.
[132] Laiacona M., Barbarotto R., Trivelli C., Capitani E., *Dissociazioni semantiche intercategoriali: descrizione di una batteria standardizzata e dati normativi*. archivio di Psicologia, Neurologia e Psichiatria, 2: 210-248, 1993.
[133] Shallice T., *Torre di Londra, 1982*, Adattamento a cura di Bisiacchi P.S. et all In *BVN 5-11 Batteria per la Valutazione Neuropsicologica per l'età evolutiva*, ed. Erikson, Trento, 2005.
[134] Sannio Fancello G., Cianchetti C., *MCST – Modified Card Sorting Test. Adattamento per l'età evolutiva del Wisconsin Card Sorting Test*, Organizzazioni Spaciali, Firenze, 2003.
[135] Bishop D.V.M., *Test Reception of Grammar – T.R.O.G.*, Medical Research Council, Oxford, 1982. Traduzione, adattamento e letteratura italiana a cura di Cendron M., Conciari I., Sartori G., 1985. In Bisiacchi P.S. et all In *BVN 5-11 Batteria per la Valutazione Neuropsicologica per l'età evolutiva*, ed. Erikson, Trento, 2005.
[136] Axia G**.,** *Test del Primo Linguaggio (TPL)*, Organizzazioni Speciali, Firenze, 1995.
[137] Cianchetti C., Sannio Fancello G., *Test di Valutazione del Linguaggio livello prescolare (TVL)*, Organizzazioni Speciali, Firenze, 1997.

Tab.11 ***Test di personalità***

Test	Età	Norme italiane
Minnesota Multiphasic Personality Inventory – Adolescent (MMPI-A) (Butcher et all., 2001)[138]	14-18 anni	Sirigatti e Pancheri, 2001
K-SADS-PL (per la parte relativa all'intervista diagnostica per la valutazione dei disturbi psicopatologici in bambini e adolescenti) (Kaufman et all, 1997)[139]	6-17 anni	Sogos et all., 2004

Tab.12 ***Test di valutazione dello stato emozionale***

Test	Età	Norme italiane
K-SADS-PL (per la parte relativa al disturbo post-traumatico da stress) (Kaufman et all, 1997)	6-17 anni	Sogos et all., 2004
TAD: Test dell'ansia e depressione dell'infanzia e adolescenza (Newcomer et all., 1994)[140]	6-19 anni	Ianes, 1995

Tab.13 ***Test di adattamento alla vita quotidiana***

Test	Età	Norme italiane
Questionario di autostima (Culture-Free Self-Esteem Inventory For Children, Form AD)[141] (Battle, 1992)		Tressoldi e Vio, 1996

Tab.14 ***Interviste per insegnanti e genitori***

Test	Età	Norme italiane
Intervista semi-strutturata (Mondini, Mapelli, Vestri e Bisiacchi, 2003)[142]	Tutte	Mondini, Mapelli, Vestri e Bisiacchi, 2003
Subtest scale Wechsler: vocabolario e completamento di figure	4 anni in poi	Vedi Scale Wechsler
Indice di Barthel (Shah et all., 1989) adattato[143]	4-18 anni	Regine, Cardeti, 2005

[138] Butcher J.N., William C.L., Graham J.R., Archer R.P., Tellegen A., Ben-Porath J.S., Kaemmer B., *Minnesota Multiphasic Personality Inventory – Adolescent (MMPI-A), 2001*, Traduzione, adattamento e taratura italiana a cura di Sirigatti S. e Pancheri P., Organizzazioni Speciali, Firenze, 2001.

[139] Kaufman J. et all., *K-SADS-PL Intervista diagnostica per la valutazione dei disturbi psicopatologici in bambini e adolescenti*, Ed. Erikson, Trento, 1995.

[140] Newcomer P., Barenbaum E., Bryant B., *Test TAD. Test dell'ansia e depressione nell'infanzia e adolescenza*, Ed. Erikson, Trento, 1995.

[141] Battle J., *Questionario di autostima* (Culture-Free Self-Esteem inventory For Children, Form AD), 1992. Traduzione italiana a cura di Tressolsi P.E. e Vio C., Ed. Erikson, Trento.

[142] Mondini S., Mapelli D., Vestri A., Bisiacchi P.S., *Esame neuropsicologico breve*. Raffaello Cortina Editore, Milano, 2003.

[143] Shah S., et all., *Indice di Barthel adattato, 1989*, Riadattamento a cura di Regine A., Cardeti E., 2005.

Appendice 2
Prassi ed operatività in ambito peritale in età evolutiva

Appendice 2 **Prassi ed operatività in ambito peritale in età evolutiva**[144]

PRASSI E OPERATIVITA' IN AMBITO PERITALE IN ETÁ EVOLUTIVA

Premessa alla prassi peritale

In età evolutiva, la possibilità di utilizzare il colloquio e, quindi, in ultima analisi, la sua validità dipendono da svariate caratteristiche del minore preso in esame quali: l'età, il livello di sviluppo del linguaggio, il livello di comprensione, la motivazione, la socializzazione, le modalità espressive ed emotive, il livello di suggestionabilità, la presenza di possibili evidenze cliniche e la congruenza, infine, tra organizzazione di personalità, narrazione ed eventuali vissuti traumatici.
E' importante sottolineare che la presenza di eventuali psicopatologie non interferisce necessariamente sulla capacità del minore a rendere testimonianza.
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;
- la tutela della salute psichica del singolo minore in relazione alle sue caratteristiche di personalità, di storia e contesto di vita;
- 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, evitando domande suggestive e/o induttive.

1. Setting.

Lo spazio deve essere caratterizzato da un locale accogliente, arredato e attrezzato in modo adeguato ad ospitare un minore, in particolar modo un bambino; la stanza, inoltre, deve essere dotata di un impianto di videoregistrazione a circuito chiuso con monitor o con specchio unidirezionale, al fine di permettere una partecipazione indiretta dei CTP - in altra stanza – senza che questa ostacoli la relazione con il minore.

2. Durata, numero e frequenza dei colloqui.

a) La durata del colloquio deve tenere 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 di affaticamento;
b) Il numero degli incontri con il minore non deve essere inferiore a tre, ad esclusione delle sedute per la somministrazione dei test;
c) La frequenza degli incontri peritali di osservazione e dei colloqui con i minori dovrebbe essere ravvicinata nel tempo.

In ogni fase peritale va garantito il rispetto dell'orario previsto per gli incontri.

3. Conduzione del colloquio clinico.

a) Allorché venga richiesta dall'autorità giudiziaria e ove possibile l'esperto dovrà ricorrere alla video o audio registrazione; per ove possibile si intende il caso in cui il minore rifiuti lo strumento della registrazione, attraverso opposizioni verbali o non verbali (Convenzione di New York, art. 12; Convenzione di Strasburgo, art. 3 consenso informato);
b) In riferimento soprattutto alla prima e seconda infanzia, l'osservazione diretta diventa prioritaria per comprendere e cogliere il senso delle emozioni, dei sentimenti e degli affetti oltre che la qualità del funzionamento (organizzato o disorganizzato) dei meccanismi di difesa dell'Io;
c) L'esperto deve 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;
d) Nell'incontro con il minore è necessario 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 le persone, il livello di integrazione fra realtà e fantasia;
e) L'esperto deve essere consapevole che durante lo svolgimento del colloquio con il minore, specie se 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.

[144] Tratto da www.ordinepsicologilazio.it

Pertanto, la capacità di gestire tali processi garantisce il rispetto della specificità del contesto valutativo.

f) L'esperto deve 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. A tale scopo l'esperto deve porre:
   - domande brevi e aperte al fine di favorire risposte ampie e libere; domande sugli aspetti emotivi legati ai contenuti del colloquio; domande di chiarificazione specificando che si vuole capire bene onde evitare influenze di suggestione positiva o negativa.
   - utilizzare costruzioni grammaticali semplici e termini facilmente comprensibili scegliendo tra quelli usati dal minore;
   - evitare termini giuridici;
   - evitare di interrompere il minore;
   - riaffermare ed approfondire quanto detto dal minore ("hai detto…mi fai capire bene?").

   L'esperto, inoltre, non deve mai rivolgere al minore domande induttive, che possano far intendere al bambino che l'adulto già conosce tutte le risposte e indichi, quindi, una via da seguire già tracciata.
   Parimenti, non dovranno essere utilizzate modalità e domande aggressive, ambivalenti, squalificanti o neganti, in quanto interferiscono e ostacolano marcatamente la relazione con il minore.
   Infine, l'esperto deve accogliere con attenzione tutto ciò che il minore esprime e comunica spontaneamente cercando di comprendere il significato profondo e la reale portata che tali comunicazioni possono rivestire.

g) L'esperto non deve mai operare sapendo di avere poco tempo a disposizione o essere sbrigativo nel porre le domande e/o nel ricevere le risposte richieste o nell'accogliere informazioni spontanee; la disponibilità all'ascolto attento del minore indica interesse, comprensione e un coinvolgimento emotivo ed empatico.

h) L'esperto deve far comprendere al bambino che, prima ancora 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.

i) L'esperto non deve mai dimenticare che la psiche infantile è sotto l'egida delle emozioni e non del costrutto logico-formale, pertanto, la credibilità e la plausibilità della narrazione di un minore, soprattutto in età prescolare, non deve far riferimento ai parametri degli adulti, bensì alle competenze specifiche dell'età. In tal senso, particolare importanza deve essere rivolta da parte dell'esperto all'osservazione degli atteggiamenti, del comportamento, dei gesti, del gioco, del linguaggio del minore al fine di comprenderne a fondo le modalità sensopercettive, attentive, mnemoniche, di pensiero e il loro significato.

j) 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 fin quando il bambino non abbia organizzato sufficienti costrutti logico-formali.

4. Strumenti psicodiagnostici

L'esperto dovrà effettuare un approfondito esame psicodiagnostico, attraverso l'utilizzazione di strumenti testologici organicamente strutturati in un assessment clinico e scelti in base alla fascia d'età di appartenenza del minore (vedi note utilizzo dei test in ambito forense).

5. Ulteriori approfondimenti

Nello svolgimento dell'indagine psicologica l'esperto dovrà estendere l'ascolto a figure significative del mondo familiare e anche, qualora lo ritenga opportuno, del mondo sociale, educativo, relazionale e sanitario del minore. Conoscere la storia del minore, permetterà di poter collocare cronologicamente le evidenze cliniche riferite e, quindi, di poter effettuare un confronto tra la situazione attuale e quella passata.

6. Aggiornamento professionale

Nell'ascolto e nella valutazione del minore in ipotesi di abuso, sia esso individuale che collettivo, è auspicabile un continuo confronto e aggiornamento tra esperti del settore per garantire accertamenti tecnici che possano assicurare al minore la massima protezione psicologica nel rispetto di tutte le parti che partecipano al processo (art. 5 Codice Deontologico degli Psicologi).

Appendice 3
Linee guida per l'utilizzo dei test in ambito forense

Appendice 3 **Linee guida per l'utilizzo dei test in ambito forense**[145]

Linee Guida per l'utilizzo dei test psicologici in ambito forense

(Elaborate da Paolo Capri, Alessandro Crisi e Stefano Mariani)
[…]
L'esame della personalità, conseguenza diretta dello studio sugli sviluppi della personalità, in ambito forense, civile e penale, nell'età adulta e nell'età evolutiva, è ormai entrato a far parte delle valutazioni che qualsiasi consulente o perito deve fare […].
In tutti i casi - nell'età adulta e nell'età evolutiva, in penale e in civile - ormai può ritenersi acquisita l'integrazione di più metodologie dell'esame psichico, osservazione diretta, anamnesi, colloqui liberi, tematici e test psicologici.
[…]

Premessa
Per garantire un adeguato livello professionale e standard operativi appropriati per gli psicologi che utilizzano i test psicologici in ambito giudiziario e per evitare che l'uso distorto di tali strumenti interferisca negativamente sulla loro validità, il nostro Ordine ha dato incarico ad un gruppo di studio di stilare un documento contenente dei suggerimenti teorici ed operativi in tale ambito, orientati a stabilire dei criteri ai quali gli autori suggeriscono di attenersi.

Considerazioni Generali
Quanto segue riguarda i test proiettivi, ma, in generale, può essere esteso a tutti i differenti tipi di test (di livello, di personalità) utilizzati in ambito giudiziario.
A. Al fine di un'esauriente ed attendibile valutazione della personalità, è necessario che lo psicologo usi i test proiettivi all'interno di una batteria psicodiagnostica che comprenda anche test di personalità e di livello.
B. Lo psicologo s'impegna al rispetto dei test nelle loro modalità di somministrazione, grigliatura/siglatura ed interpretazione.
C. L'esame della personalità, attraverso i test psicologici, in un contesto di consulenza tecnica o perizia, non dovrebbe mai cercare di rendere "elemento di prova" le risposte fornite dall'esaminando ad un test proiettivo. Ad esempio, la personalità di un minore, vittima o presunto tale di atti sessuali da parte di un adulto o di maltrattamenti in famiglia, dovrebbe essere analizzata attraverso una visione globale, dettagliata e approfondita dei processi psicologici e delle funzioni intrapsichiche.
D. Al perito che utilizza i test compete esclusivamente la valutazione dei dati esterni e dei vissuti interni integrati ad una descrizione psicodinamica della personalità, cosa quest'ultima di per sé di non facile elaborazione; ciò vale, se possibile, ancora di più in situazioni in cui l'esaminatore si trova di fronte un minore vittima di abuso sessuale in cui dovrà valutare lo sviluppo psico-affettivo e l'adeguatezza dell'evoluzione personologica relativa alle medie statistiche della propria fascia d'età, non certo accertare o valutare l'eventuale veridicità delle sue affermazioni, soprattutto se ricercata attraverso le associazioni alle risposte al test di Rorschach o attraverso la produzione di disegni, da non confondersi con la descrizione corretta di una personalità eventualmente orientata alle fantasticherie, alle confabulazioni, alle ricche immaginazioni, tipica di alcune fasce d'età infantile.
E. Lo psicologo dovrebbe sempre ricordare che sta valutando una persona e non dovrebbe, dunque, disperdersi nella confusione dei piccoli dettagli tecnici del test, che lo allontanano inevitabilmente da una visione generale interpretativa. Infatti, un uso distorto dei test, rappresentato da affrettate risposte psicodiagnostiche legate esclusivamente ad indici e dati estrapolati da un contesto ben più ampio e

[145] Tratto da www.ordinepsicologilazio.it

generali o addirittura a un libero arbitrio interpretativo, può portare l'esaminatore a delle conclusioni peritali che, se acquisite dal giudice, possono condurre quest'ultimo ad errate valutazioni con danni materiali e psicologici alle persone.

F. L'esaminatore privo di un solido fondamento teorico dei test, delle teorie che ne sono alla base e della conoscenza della psicopatologia nell'età adulta e nell'età evolutiva, possiede soltanto una competenza operativa isolata, non sufficiente ad un valido lavoro clinico, sia per l'esame della personalità, sia per la diagnosi clinica. La psicodiagnostica - ancor di più nello specifico l'uso di test proiettivi - non può quindi che essere collegata ad una adeguata formazione teorica e pratica, dove lo spazio alla preparazione teorica riveste un ruolo essenziale all'uso degli strumenti specifici d'indagine; tale preparazione, pertanto, deve meritare un'attenzione che può esprimersi solo attraverso un training di specializzazione e formazione, in cui il tirocinio pratico non può prescindere da esperienze in campo psicopatologico.

G. L'utilizzazione distorta, più o meno volontariamente, di strumenti tecnici (test proiettivi) che mirano ad ampliare ed approfondire la conoscenza e la comprensione di dinamiche e processi intrapsichici individuali, significa la compromissione e mistificazione di tali strumenti e la sottolineatura del libero arbitrio rispetto a posizioni scientifiche acquisite. In ambito forense e ancor più nel campo di esame di personalità di minori, dove tutto sembra amplificarsi ed acquisire maggior valore, lo psicologo che utilizza i test deve evitare un'analisi contenutistica priva del "tessuto connettivo di sostegno" offerto dai dati statistici quantitativi nell'interpretazione di un test proiettivo come ad esempio il Rorschach e, soprattutto, deve evitare di assumersi il compito-dovere di accertare un'eventuale colpevolezza, di accertare la verità su di un fatto, o ancora nel valutare il grado del dolo, interpretando così in modo soggettivo e privo di fondamenta scientifiche un test proiettivo.

Ruolo, compiti e competenze dello psicologo esperto in psicodiagnostica

1- Definizione dello psicologo esperto in psicodiagnostica

A tutti gli effetti il ruolo dello psicodiagnosta si configura come una vera e propria specializzazione e in quanto tale richiede uno specifico percorso formativo teorico-pratico.

2 - La formazione.

L'esperto in tecniche proiettive deve possedere una preparazione specifica e ampia anche in ragione delle responsabilità che si assume stilando una diagnosi psicologica sia in relazione alle peculiarità dell'ambito forense in cui opera, sia per le conseguenze che possono scaturire dal suo lavoro. La preparazione deve riguardare, oltre ovviamente alla competenza specifica psicodiagnostica dei test di maggior diffusione, anche quella di psicologia forense e clinico-psicopatologica.

3- Differenziazione di competenze inerenti le problematiche dei vari cicli di vita.

L'esperto in psicodiagnostica dovrà altresì sviluppare competenze specifiche legate alle diverse fasi dello sviluppo della personalità, ciascuna delle quali è caratterizzata da problematiche peculiari dal punto di vista psicoaffettivo e, più in generale, da quello dell'organizzazione dei processi di pensiero.

4- Compiti e conoscenze dello psicologo esperto in psicodiagnostica

L'esperto in psicodiagnostica deve conoscere la reale utilità dei test che andrà ad applicare, le loro potenzialità e i limiti insiti nelle prove stesse. Dovrà, perciò, utilizzare gli strumenti d'indagine più opportuni in relazione alle richieste specifiche, con cautela e consapevolezza, tenendo sempre conto che le conoscenze - soprattutto nell'ambito delle scienze umane - sono spesso relative e che nessun test è uno strumento infallibile.

Dovrà, altresì, fornire una valutazione globale della personalità in senso clinico dei soggetti esaminati.

5- Setting

L'esperto in tecniche proiettive dovrebbe garantire all'esaminando un setting peritale idoneo per l'effettuazione di un esame psicodiagnostico, tenendo comunque conto della normativa procedurale. Si sottolinea che nella particolare situazione peritale si attivano nel soggetto specifiche strategie difensive, di cui è necessario tener conto.

In presenza di condizioni troppo disturbanti che possono alterare in misura sostanziale la validità e l'attendibilità delle prove, quali ad esempio si verificano in alcuni istituti penitenziari, l'esperto dovrà rinunciare ad effettuare l'esame, rinviandolo eventualmente ad altro momento. E' auspicabile che di conseguenza si affermi la prassi più idonea alla validità dell'esame.

6- Interpretazione e lettura dei test

L'esperto in psicodiagnostica dovrà basare le interpretazioni su dati più obiettivi possibile. L'utilizzo di una prova complessa, come ad esempio quella del Rorschach, prevede un'analisi quantitativa, secondo i parametri della statistica descrittiva, prima ancora che simbolico-interpretativa.

Pertanto, al Rorschach, si dovrebbe privilegiare sempre l'interpretazione attraverso indici formali ed utilizzare quella contenutistica solamente se supportata dagli stessi indici formali.

7- Coerenza ed etica applicate alle conoscenze psicodiagnostiche

L'esperto in psicodiagnostica dovrà sempre tener conto dei risultati raggiunti nel rispetto della obbiettività scientifica, indipendentemente dalle esigenze dei ruoli processuali, attraverso un corretto comportamento dal punto di vista deontologico.

8- Il consenso informato

Il soggetto che verrà sottoposto ad un esame psicodiagnostico ha il diritto di essere informato sulle finalità dei test, e si dovrà evidenziare che questi strumenti potrebbero, almeno in parte, condizionare e determinare i risultati dell'indagine psicologica. Il soggetto ha naturalmente il diritto di dare o meno il proprio consenso all'esame.

Inoltre, lo psicologo prima di iniziare l'esame psicodiagnostico, è tenuto ad informare il soggetto che può richiedere un incontro specifico volto a chiarire i risultati dell'esame. Tale incontro potrà avvenire soltanto dopo la consegna al Tribunale dell'elaborato peritale da parte del CTU o del perito.

Lo psicodiagnosta è tenuto a soddisfare tale eventuale richiesta.

9- Comunicazione dei risultati

L'esperto in tecniche proiettive, nel ruolo di consulente d'ufficio o di parte, o come ausiliario degli stessi, ha l'obbligo di fornire, insieme alla relazione finale, anche i protocolli completi dei test eseguiti, al fine di garantirne il controllo e la verifica dei dati, nel rispetto del diritto delle parti al confronto e alla replica.

10- Linguaggio

Il linguaggio utilizzato per elaborare una relazione psicodiagnostica dovrà necessariamente tenere presente la formazione e la specificità differenziata degli interlocutori che, naturalmente, possono non essere esperti in psicodiagnostica, psicopatologia o psicologia clinica. Ricordiamo che un elaborato psicodiagnostico sarà letto da più persone, spesso operatori giuridici.

11- Trattamento dei dati sensibili

Lo psicodiagnosta è tenuto all'osservanza delle vigenti norme in tema di privacy e trattamento dei dati sensibili.

Specifiche

A. Per evitare contaminazioni e condizionamenti dovuti alla conoscenza specifica del caso, è opportuno che il CTU non somministri direttamente i test, ma si avvalga dell'operato di collaboratori.

B. Il CTP, per non invalidare l'operato del CTU, si deve astenere dal somministrare in proprio i test nel corso della consulenza.

C. Lo psicologo, se consultato per una possibile futura CTP, eviterà la somministrazione e l'uso dei principali e più utilizzati test, per evitare che essi non possano essere somministrati nuovamente all'interno della perizia o della CTU.

D. Il CTP eviterà, se non in casi del tutto eccezionali e di particolare gravità, di presenziare alle fasi di somministrazione dei test, al fine di salvaguardare una corretta metodologia psicodiagnostica.

E. Lo psicodiagnosta è tenuto a far firmare al soggetto esaminato tutto il materiale raccolto e prodotto durante la somministrazione dei test.

Bibliografia

Axia G**.,** *Test del Primo Linguaggio (TPL)*, Organizzazioni Speciali, Firenze, 1995.

Baker A.M., Shalhoub-Kevorkian N., *The effects of political and military trauma on children: The Palestinian case.* Clinical Psychology Review. V. 19, 935-950, 1999.

Battle J., *Questionario di autostima* (Culture-Free Self-Esteem inventory For Children, Form AD), 1992. Traduzione italiana a cura di Tressolsi P.E. e Vio C., Ed. Erikson, Trento.

Benton A.L., *Benton Visual Retention Test – BVRT*, 1955. Traduzione italiana a cura di Ferracuti S., Organizzazioni Speciali, Firenze, 2000.

Berne E., *Analisi transazionale e psicoterapia,* Astrolabio, Roma, 1971.

Biancardi A., Stoppa E., *Il test delle Campanelle modificato: una proposta per lo studio dell'attenzione in età evolutiva*. Psichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza, 64:73-89, 1997.

Bianchi A. (a cura di), *La valutazione neuropsicologica del danno psichico ed esistenziale*, Collana di Medicina Legale e Scienze Affini, Cedam, Padova, 2005.

Bishop D.V.M., *Test Reception of Grammar – T.R.O.G.*, Medical Research Council, Oxford, 1982. Traduzione, adattamento e letteratura italiana a cura di Cendron M., Conciari I., Sartori G., 1985

Bisiacchi et all., *BVN 5-11Batteria di Valutazione Neuropsicologica per l'età evolutiva*, ed. Erikson, Trento, 2005.

Bowlby J., *Costruzione e rottura dei legami affettivi,* Cortina, Milano, 1982.

Brazelton B., Greenspan S.I., *Psicoterapia e sviluppo psicologico*, Il Mulino, Bologna, 1999.

Brondolo W., Farneti A., Giannini G., Loi U., Mangili F., Marigliano A., Morini O., Pogliani M., Ronchi E., Secchi E., Toscano G., *Il danno biologico, patrimoniale, morale,* Giuffrè, Milano, 1995.

Butcher J.N., William C.L., Graham J.R., Archer R.P., Tellegen A., Ben-Porath J.S., Kaemmer B., *Minnesota Multiphasic Personality Inventory – Adolescent (MMPI-A), 2001*, Traduzione, adattamento e taratura italiana a cura di Sirigatti S. e Pancheri P., Organizzazioni Speciali, Firenze, 2001

Carlson E.A., *A prospective longitudinal study of disorganized/disoriented attachment*,Child Development, 69, 1107-1128, 1998.

Chindemi D., *Il danno alla persona dopo le Sezioni Unite*, Maggioli Editore, Santarcangelo di Romagna, 2009.

Cianchetti C., Sannio Fancello G., *Test di Valutazione del Linguaggio livello prescolare (TVL)*, Organizzazioni Speciali, Firenze, 1997.

Conway, M.A., Pleydell-Pearce, C.W. *The construction of autobiographical memories in the self memory system.* Psychological Review, 107, 261-288, 2000.

Crittenden P.M., *Attaccamento in età adulta*. *L'approccio dinamico-maturativo all'Adult attachment Interview*, trad. it. Milano, Cortina, 1999.

De Leo G, Patrizi P., *Psicologia Giuridica*, Il Mulino, Bologna. 2002

De Matteis R., *Il danno esistenziale,* in *Danno e responsabilità*, 2002.

De Saint-Exupery, *Il piccolo principe,* trad. it. Nini Bompani Bregoli, Milano, 2006.

Dominici R. (a cura di), *Il danno psichico ed esistenziale*, Giuffrè Editore, Milano, 2006.

Erikson E.H., *Infanzia e società,* Armando, Roma, 1966.

Escalona S. K., *Programmes d'intervention pour les enfants à haut risque psychiatrique in :* L'Enfant à haut risque psychiatrique, P.U.F., Paris, 1980.

Franzoni M., *il danno risarcibile*, Giuffrè Editore, Milano, 2004.

Freud A., Burlingham D., *Infants Without Families and Reports on the Hampstead Nurseries: 1939–1945*. London: Hogarth, 1974.

Freud S., *Inhibition, symptôme et angoisse.* P.U.F., Paris, 1951.

Introna F., *I traumi cranici: diagnosi polispecialistica e valutazione medico legale,* in Riv. It. Med Leg., 1998, XX, 2.

Janoff-Bulman, R., *Shattered assumptions: Towards a new psychology of trauma.* New York: Free Press, 1992.

Kaufman J. et all., *K-SADS-PL Intervista diagnostica per la valutazione dei disturbi psicopatologici in bambini e adolescenti*, Ed. Erikson, Trento, 1995.

Kendall P. C., Norton-Ford J.D., *Psicologia clinica*, Il Mulino, Bologna, 1986.

Laiacona M., Barbarotto R., Trivelli C., Capitani E., *Dissociazioni semantiche intercategoriali: descrizione di una batteria standardizzata e dati normativi*. archivio di Psicologia, Neurologia e Psichiatria, 2: 210-248, 1993

Leavitt K.S., Gardner S.A., Gallagher M.M., Schamess G., *Severely traumatized siblings: A treatment strategy.* Clinical Social Work Joumal, 26, 16-23, 1998.

Lindzey G., *Projective techniques and cross-cultural research*, New York, Appleton-Century-Crofts, 1961

Marcelli D., *Psicopatologia del bambino*, Masson, Milano, 1995.

Maughan, A., Cicchetti, D., *Impact of child maltreatment and interadult violence on children's emotion regulation abilities and socioemotional adjustment*. Child Development, 73, 1525-1542, 2002.

Mondini S., Mapelli D., Vestri A., Bisiacchi P.S., *Esame neuropsicologico breve*. Raffaello Cortina Editore, Milano, 2003.

Moradi A.R., Doost H.N., Taghavi M.R., Yule W., Dalgleish T., *Everyday memory deficits in children and adolescents with PTSD: Performance on the Rivermean Behavioural Memory Test.* Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 33, 939-944, 1999.

Newcomer P., Barenbaum E., Bryant B., *Test TAD. Test dell'ansia e depressione nell'infanzia e adolescenza*, Ed. Erikson, Trento, 1995.

Novelli G., Pagano C., Capitani E., Laiacona M., Cappa S.F., Vallar G., *Tre test di memoria verbale a lungo termine. Taratura su soggetti normali.* Archivio di Psicologia, Neurologia e Psichiatria, 1986, 47:278-296

Oliverio Ferraris A., *Resilienti: la forza è con loro*. In Psicologia Contemporanea, 179, 18-25, 2003.

Pedrazzi G., *Il danno esistenziale,* in G. Ponzanelli (a cura di): *La responsabilità civile. Tredici variazioni sul tema*, Cedam, Padova, 2002.

Punamaki R L. *Determinants and mental health effects of dream recall among children living in traumatic conditions*. Dreaming, 7, 235-263, 1997.

Punamaki R L., *Resiliency in conditions of war and military violence: preconditions and developmentai processes*. In Garralda E.M., Fiament M., (Eds.) *Working with chiIdren and adolescents. An evidence-based approach to risk and resilience* (pp 129-177). New York: Jan Aronson, 2006.

Pynoos R.S., Steinberg A.M., Piacentini J.C., *A developmental psychopathology model of childhood traumatic stress and intersection with anxiety disorders.* Biological Psychiatry, 46, 1542-1554, 1999.

Qouta S., Punamaki R.L., EI Sarraj E., *Mother-child expression of psychological distress in war trauma*. Clinical Child Psychology and Psychiatry, lo, 135-156, 2005

Qouta S., Punamaki R-L., Miller K. E., El Sarraj E., *Does war beget child aggression? Military violence, child age and aggressive behavior in two Palestinian samples*. Aggressive Behavior, 33, 1-14, 2007.

Qouta S., Punamaki R-L., Miller K. E., El Sarraj E., *Does war beget child aggression? Military violence, child age and aggressive behavior in two Palestinian samples*. Aggressive Behavior, 33, 1-14, 2007.

Raven J.C., *Matrici Progressive 38 (PM 38) avanzate*, 1940, Organizzazioni Speciali, Firenze 1987.

Raven J.C., *Matrici Progressive 47 (PM 47) colorate, 1977,* Traduzione italiana a cura di Prunetti C., Organizzazioni Speciali, Firenze, 1985.

Rey A., *Test della grande figura complessa di Rey, 1942*. Traduzione italiana a cura di Lis A., Di Nuovo S., Organizzazioni Speciali, Firenze, 1982.

Rey A., *Test della piccola figura complessa di Rey, 1942*. Traduzione italiana a cura di Di Nuovo S., Organizzazioni Speciali, Firenze, 1979.

Saakvitne K.W., Gambe S., Pearlman, L.A. Lev B.T., 2000, *Risking connection: a training curriculum for working with survivors of childhood sexual abuse*. Lutherville: Sidran Press

Sanavio E., Sica C., *I test di personalità. Inventari e questionari*. Il Mulino, Bologna, 1999.

Sannio Fancello G., Cianchetti C., *MCST – Modified Card Sorting Test. Adattamento per l'età evolutiva del Wisconsin Card Sorting Test*, Organizzazioni Spaciali, Firenze, 2003

Scheeringa M., Zeanah C. H., *A relational perspective on PTSD in early childhood.* Joumal of Traumatic Stress, 14,799-815, 2001.

Shah S., et all., *Indice di Barthel adattato, 1989*, Riadattamento a cura di Regine A., Cardeti E., 2005.

Shallice T., *Torre di Londra, 1982*, Adattamento a cura di Bisiacchi P.S. et all In *BVN 5-11 Batteria per la Valutazione Neuropsicologica per l'età evolutiva*, ed. Erikson, Trento, 2005.

Shore A.N., *Effects of a secure attachment relationship on right brain development, affect regulation, and infant mental health*. Infant Mental Health Journal, 22, 7-66, 2001.

Spinnler H., Tognoni G., *Standardizzazione e taratura italiana di Test Neuropsicologici*, The Journal of Neurological Sciences, 1987

Stern D., *La costellazione materna*, Bollati Boringhieri, Torino, 1995.

Trentini, G., *Manuale del colloquio e dell'intervista*, Utet, Torino, 1995.

Umiltà C., *Manuale di neuroscienze*, Bologna, il Mulino, 1999.

Van der Kolk B.A., Van der Hart, O., Marmar, C.R., *Dissociation and information processing in Posttraumatic Stress Disorder.* In van der Kolk B.A., McFarlane A.C., and Weisaeth L., (Eds.) *Traumatic stress. The effects of overwhelming experience on mind, body, and society*. Pp. 303-327). NY: Guilford Press , 1996.

Wechsler D., *Wechsler Adult Intelligence Scale, Revised (WAIS-R),* 1981. Traduzione italiana a cura di Orsini A., e Laicardi C., Organizzazioni Speciali, Firenze, 1997.

Wechsler D., *Wechsler Intelligence Scale for Children, Revised (WISC-R)*, 1987. Traduzione italiana a cura di Orsini A., Organizzazioni Speciali, Firenze, 1993.

Wechsler D., *Wechsler Preschool and Primary Scale of Intelligence (WIPPSI)*, 1973. Traduzione italiana a cura di Orsini A., e Picone L., Organizzazioni Speciali, Firenze, 1993.

Sitografia

http://dibattitopubbl.ucoz.com/forum/25-36-1
http://it.wikipedia.org/wiki/Convenzione_internazionale_sui_diritti_dell'infanzia
http://www.altalex.com
http://www.genitorialita.it/Definizione Genitorialita.asp.
http://www.ordinepsicologilazio.it
http://www.personaedanno.it/cms/data/articoli/files/011093_resource1_orig.doc
http://www.psicologiaforense.it/Linee%20guida%20abuso%20minore.pdf
http://www.salus.it/psichiatria/abuso_sessuale_infantile3.html
http://www.wikipedia.org
http://www.psicologi-roma.com/danno_psichico.htm#Danno_da_Wrongful_Life.
http://www.psiconline.it/article.php?sid=253
http://www.synergiacentrotrauma.it/modules/wfsection/article.php?articleid=480
http://www.eduprof.it/mod-xFPDF-main-plugin-News-sid-405.html
http://www.psicologiaforense.it/Quaderno%209.htm