UNIVERSITÀ DI PARMA

DIPARTIMENTO DI MEDICINA E CHIRURGIA

CORSO DI LAUREA MAGISTRALE IN PSICOBIOLOGIA E NEUROSCIENZE COGNITIVE

ABUSO INFANTILE NELLA FASCIA 0-3 ANNI: RILEVAZIONE E INTERVENTO ATTRAVERSO UNA PROSPETTIVA PSICO-CRIMINOLOGICA.

Studio pilota sul Protocollo europeo "ECLIPS".

Relatore:
Chiar.ma Prof. OLIMPIA PINO

Controrelatore:
Chiar.ma Prof. GIOVANNA LAURA DE FAZIO

Laureanda:

MARGHERITA VALENTINA REALE

ANNO ACCADEMICO 2021 – 2022

ABSTRACT

L'abuso sui minori è un fenomeno presente a livello mondiale che coinvolge indistintamente soggetti di ogni genere e fascia d'età, compresa la primissima fascia 0-3 anni. L'abuso può essere definito come l'insieme di tutti quei comportamenti sia di tipo commissivo (violenza fisica), sia di tipo omissivo (trascuratezza) che determinano un pregiudizio per la salute del soggetto, e dunque per la sua sopravvivenza, per il suo sviluppo e per la sua dignità. Il presente lavoro si caratterizza per la necessita, *in primis*, di definire concretamente l'abuso su minore distinguendolo nelle sue varie forme e prestando attenzione anche a quella che è la sua prevalenza a livello globale. Vengono poi prese in considerazione tutte le normative vigenti in merito al tema dell'abuso, che nel corso degli anni hanno sempre più cercato di garantire diritti e protezione a favore dei minori. In seguito, sono state indagate quelle che sono le numerose conseguenze che tale condotta può determinare nei bambini abusati, conseguenze che coinvolgono non solo la sfera fisica ma anche quella psichica in cui suscita problematiche soprattutto a livello relazionale e quindi, nel caso di bambini, a livello del sistema dell'attaccamento. Tale condotta comporta anche modificazioni della sfera neurologica provocando delle alterazioni non indifferenti, sia a livello strutturale che funzionale, delle varie aree che caratterizzano il nostro cervello. Di fronte ai casi di abuso risulta estremamente importante intervenire tempestivamente per evitare che tali conseguenze possano esacerbarsi ulteriormente; tuttavia, ciò spesso è reso difficile dalla scarsa conoscenza sul fenomeno posseduta da chi circonda il minore, in riferimento soprattutto alla capacità di rilevare i segnali indicativi di tali violenze e alla capacità di attuare un piano di intervento affidandosi agli specialisti della cura della mente e alle autorità giudiziarie. A tale proposito, per favorire queste capacità è stato creato dall'Università di Modena e Reggio Emilia, in collaborazione con altre strutture europee, il cosiddetto "Progetto ECLIPS" nella speranza che tali condotte possano essere subito individuate e trattate.

ABSTRACT

Child abuse is a worldwide phenomenon that involves indiscriminately subjects of all kinds and age groups, including the very first 0-3 age group. Abuse can be defined as the set of all those behaviors both of a commissive type (physical violence), and of an omissive type (neglect) that determine a prejudice to the health of the subject, and therefore to his survival, for his development and for his dignity. The present work is characterized by the need, first, to define child abuse by distinguishing it in its various forms and paying attention to which is its prevalence at a global level. Then, all the regulations in force on the issue of abuse are considered, laws that over the years have increasingly tried to guarantee rights and protection in favor of minors. Subsequently, the numerous consequences that such conduct can determine in abused children were investigated, consequences that involve not only the physical sphere but also the psychic one in which it raises problems especially at the relational level and therefore, in the case of children, at the level of the attachment system. This conduct also involves modifications of the neurological sphere causing significant alterations, both structurally and functionally, of the various areas of our brain. In the cases of abuse, it is extremely important to intervene promptly to prevent these consequences being further exacerbated; however, this is often made difficult by the lack of knowledge on the phenomenon of abuse that those surrounding the child possess, in reference also to the ability to detect indicative signs of such violence and the ability to implement an intervention plan relying on mind care specialists and judicial authorities. In this regard, to foster these capacities, the so-called "ECLIPS Project" was created by the University of Modena and Reggio Emilia, in collaboration with other European structures, in the hope that these behaviors can be immediately identified and treated.

Indice

1. L'ABUSO……1

1.1. Introduzione…….....1

1.2. Forme di abuso infantile ……...6

1.2.1. *Abuso fisico*…….....8

1.2.2. *Trascuratezza*…….....11

1.2.3. *Abuso psicologico*……13

1.2.4. *Abuso sessuale*…….....16

1.3.Abuso sessuale intra-familiare…….....17

1.4. Abuso extra-familiare…….....19

1.5. Il fenomeno dell'abuso in Italia e nel resto del mondo……19

2. NORMATIVA……23

2.1. La normativa internazionale…….....23

2.1.1. *La Convenzione sui diritti del fanciullo*……23

2.1.2. *La Convenzione Europea sull'esercizio dei Diritti del Fanciullo*……..25

2.1.3. *La Convenzione di Lanzarote*……...28

2.2. La normativa nazionale…….....29

2.2.1. *La Costituzione della Repubblica Italiana*……...30

2.2.2. *Il Codice civile*……31

2.2.3. *Il Codice penale*……...35

3. ASPETTI PSICOLOGICI DEL SOGGETTO ABUSATO E DEL SOGGETTO ABUSANTE……...52

3.1. Reazioni emotive e comportamentali del minore abusato……...52

3.1.1. *Il disturbo post-traumatico da stress in fascia 0-3*……55

3.1.2. *Implicazioni sull'attaccamento*……60

3.1.3. *Implicazioni a livello neurobiologico*……...64

3.2. Aspetti emotivi e comportamentali dell'abusante……...68

4. LA RILEVAZIONE…….....75

4.1. La rilevazione……..75

4.1.1. *Progetto ECLIPS*……....78

4.1.1.1. *Dati qualitativi europei in merito a screening e rinvio*……..80

4.1.1.2. *Dati quantitativi europei in merito a screening e rinvio*……..83

4.1.1.3. *Il nuovo protocollo di screening e rinvio*…….....86

5. L'INTERVENTO……90

5.1. L'intervento psicoterapico……..90

5.1.1. *La psicoterapia*……90

5.1.2. *La TF-CBT*……...95

5.1.3. *L'EMDR*……100

5.1.4. *La psicoterapia psicoanalitica*…….....102

5.2. L'intervento giuridico……...103

5.2.1. *Il Tribunale dei Minori*……...105

5.2.2. *La testimonianza del minore*……..108

5.2.3. *La perizia sul minore* ……112

1. L'ABUSO

1.1. Introduzione

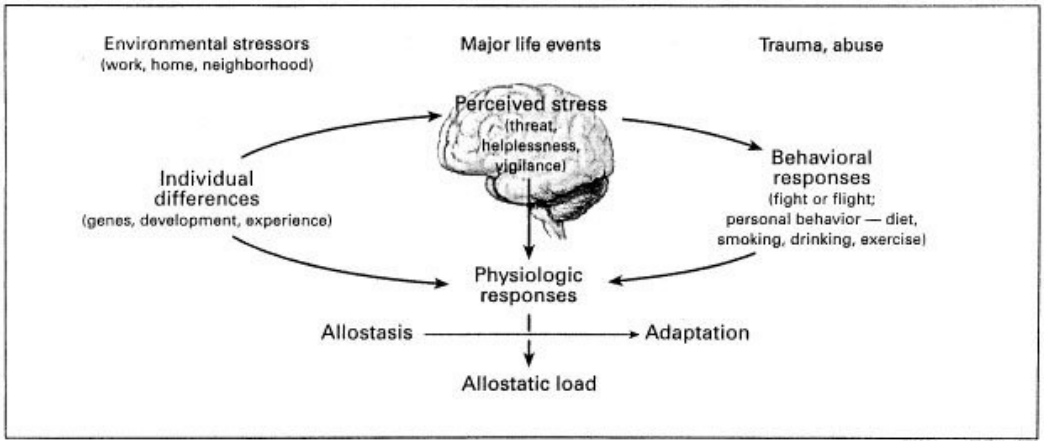
Il termine abuso deriva dal latino *abutor* che significa "usare in maniera impropria"; nel caso dell'abuso sui minori si fa riferimento a tutte quelle situazioni in cui viene fatto un uso inappropriato della propria autorità, approfittando di una condizione di inferiorità fisica e/o psichica della vittima. L'abuso all'infanzia è una questione estremamente delicata, caratterizzata dalla messa in atto**,** volontaria o meno, di specifici comportamenti da parte di adulti (parenti, tutori, conoscenti o estranei) che danneggiano in modo grave, e spesso irreversibile, lo sviluppo psicofisico del bambino. Infatti, per abuso su minore si intende tutto ciò che impedisce la normale crescita del minore stesso, o perché non vengono rispettati i suoi bisogni essenziali o perché non viene data lui la corretta protezione sul piano fisico e psichico. Vi rientrano non soltanto comportamenti di tipo commissivo, come il maltrattamento o l'abuso fisico, psichico o sessuale, ma anche comportamenti di tipo omissivo, come, ad esempio, l'incapacità di una madre di fornire cure adeguate a livello materiale ed emotivo al proprio figlio.

Volendo ricercare una definizione ufficiale, l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) nel 2019 ha definito l'abuso all'infanzia come tutte quelle forme di abuso, trascuratezza, sfruttamento commerciale o altro che comportano un pregiudizio reale o potenziale per la salute del bambino, e dunque per la sua sopravvivenza, per il suo sviluppo e per la sua dignità. A proposito dello sviluppo, il maltrattamento infantile ha un effetto estremamente dannoso sulle strutture, sui circuiti e sulle funzioni del cervello, sottoponendo le vittime ad un forte rischio di sviluppare condizioni negative sia fisiche che psichiatriche. Si possono individuare due prospettive teoriche che spiegano gli effetti del maltrattamento sul neurosviluppo. La prima deriva dalla teoria dei sistemi ecologici umani proposta da Garbarino (1980) e Bronfenbrenner (1981), la seconda invece può essere fatta risalire al lavoro di Cannon (1932) sull'omeostasi, e ai concetti di allostasi, stato allostatico, carico allostatico e sovraccarico allostatico (McEwen & Stellar, 1993).

Nel primo modello, definito ecologico-transazionale (Cicchetti & Lynch, 1993), il maltrattamento è visto come un evento traumatico che aumenta il rischio di sviluppare una patologia psichica (Toth & Cicchetti, 2013), soprattutto dal momento in cui, costantemente, influenze ambientali modulano processi cellulari quali la plasticità sinaptica, la connettività e l'apoptosi. Fra i primi studi a riguardo, c'è la ricerca di Greenough e collaboratori (1987) sugli ambienti arricchiti che ha portato alla luce la cosiddetta plasticità dipendente dall'esperienza. I risultati indicavano, inoltre, che l'esposizione ad ambienti arricchiti durante l'infanzia può avere effetti duraturi e benefici sul cervello mentre avversità precoci della vita, quali un abuso o una violenza, possono inibire la maturazione delle strutture neurali alla base dei processi psicologici ed emotivi così come le risposte endocrine e immunitarie allo stress; quindi, non è sorprendente che un numero significativo di anomalie neurobiologiche strutturali e funzionali siano associate all'esposizione al maltrattamento infantile precoce (Grassi-Oliveira et al., 2008). Nel secondo modello chiamato dell'allostasi, invece, il maltrattamento infantile è un'esperienza che impone al bambino delle sfide di adattamento (Cicchetti et al., 2010). Hans Selye, che per primo usò il termine "*stress*" (1998), postulò l'esistenza di una sindrome di adattamento generale, un processo adattativo di emergenza che risponde a uno stimolo stressante ed è progettato per mantenere l'omeostasi. L'allostasi si riferisce alla stabilità ottenuta tramite la variazione di alcuni parametri fisiologici (McEwen & Wingfield, 2003), quali i mediatori del comportamento, del sistema nervoso centrale (SNC), della funzione immunitaria (per esempio, le citochine), dell'asse ipotalamo-ipofisi-surrene (HPA) e della funzione cardiovascolare. Quando questi meccanismi adattativi sono ripetutamente attivati, l'organismo inizia a funzionare in uno stato allostatico e il risultato cumulativo di uno stato allostatico sostenuto prende il nome di carico allostatico (McEwen, 2000). Se, poi, le richieste di energia per alimentare il carico allostatico superano l'introito energetico, allora si verifica un sovraccarico allostatico che impone un costo elevato all'organismo e quindi probabilmente un fallimento omeostatico.

L'abuso e l'abbandono infantile sono esempi di sfide ai sistemi adattivi che, in un organismo immaturo e vulnerabile quale quello di un minore, possono facilmente portare ad un sovraccarico allostatico (Grassi-Oliveira et al., 2008). Nel contesto del maltrattamento infantile, il modello ecologico-transazionale può essere combinato con il modello dell'allostasi per ampliare la comprensione di come l'abuso e l'abbandono infantile alterino il neurosviluppo (vedi sotto figura 1).

Figura 1. Meccanismi di azione dell'allostasi.



(Fonte: McEwen, 2000)

Questa combinazione può avvenire dal momento in cui entrambi i modelli implicano un'interazione tra i sistemi responsabili dell'adattamento dell'organismo all'ambiente, come il sistema endocrino e il sistema immunitario, e un fattore di stress esterno. Infatti, quando il corpo subisce uno stress, i sistemi biologici interconnessi avviano una risposta che prepara l'individuo a rispondere efficientemente a ciò che minaccia il suo benessere o la sua sopravvivenza: si verifica da una parte l'attivazione del sistema nervoso autonomo (SNA), sia simpatico che parasimpatico (Charmandari et al., 2003), con l'attuazione della classica reazione di lotta o di fuga caratterizzata da un aumento di adrenalina e noradrenalina che provocano, a loro volta, vasocostrizione, aumento della frequenza cardiaca e avvio di specifici processi metabolici; e dall'altra parte viene attivato

il sistema neuroendocrino, in particolare l'asse HPA che è un risponditore prolungato allo stress che ha l'obiettivo di mobilitare l'energia immagazzinata (glucosio e lipidi) proprio per essere utilizzata in situazioni avverse. Concretamente, in seguito all'esposizione ad uno stress, come può essere l'abuso, il nucleo paraventricolare dell'ipotalamo aumenta la produzione dell'ormone di rilascio della corticotropina (CRH); questo ormone, poi, agisce nell'ipofisi anteriore, stimolando la produzione dell'ormone adrenocorticotropico (ACTH) che agirà nella corteccia delle ghiandole surrenali per stimolare la produzione di corticosteroidi, quali il cortisolo. Nel cervello, il cortisolo si lega a due diversi recettori: il recettore dei glucocorticoidi (GR) e il recettore dei Mineralcorticoidi (MR); dopo aver legato con questi, il complesso cortisolo-recettore provoca effetti stimolatori o inibitori nella trascrizione dei geni bersaglio, effetti che dipendono in gran parte dall'intensità, dalla durata e dalla distribuzione dei recettori, dal sesso dell'individuo e dai tempi di esposizione (Fietta & Fietta, 2007). Il cortisolo svolge, inoltre, un ruolo cruciale nel metabolismo intermedio e nella regolazione immunitaria, e orchestra l'adattamento del corpo alle risposte allo stress, integrando effetti preparatori, soppressivi e stimolatori (Fietta et al., 2009). A questo punto, onde evitare una produzione incontrollata o eccessiva di cortisolo è presente anche un sistema di *feedback* negativo, responsabile di riportare l'attivazione del sistema ad un livello basale dopo la cessazione del fattore di stress. Questa regolazione dovrebbe, quindi, produrre risposte adattive ai fattori di stress sociale e psicologico, preparando l'organismo ad anticipare e rispondere in modo ottimale a una minaccia e, poi, a ritornare ad un equilibrio omeostatico quando l'organismo non è più sfidato. È stato dimostrato che l'aumento del CRH ha un impatto significativo sulla neuroplasticità in quanto uno stress precoce nella vita dell'individuo può indurre una sensibilizzazione di lunga durata dell'asse HPA, riprogrammando permanentemente il sistema. In particolare, studi su bambini trascurati hanno dimostrato che la mancanza di stimolazione sociale ha effetti negativi profondi sui ritmi diurni del cortisolo, diversamente dagli ambienti arricchiti che, al contrario, migliorano questi livelli (Adam

& Gunnar, 2001). Dunque, complessivamente, questi risultati supportano l'idea che l'esposizione a contesti di sviluppo estremi, tra cui l'esposizione alla violenza, altera il funzionamento dell'asse HPA. Anche altri studi di ricerca hanno esaminato gli effetti neurobiologici dello stress precoce sull'attività dell'asse HPA in modelli animali di trascuratezza infantile (Neigh et al., 2009): la prole di ratto separata dalle loro madri per 3 ore al giorno dal secondo al decimo giorno di vita hanno mostrato un aumento della liberazione ipotalamica di CRH in 24 ore; quando, invece, la prole è stata separata dalle loro madre per 6 ore al giorno durante le prime 3 settimane di vita, hanno manifestato un aumento della concentrazione di ACTH, effetto che può essere osservato anche dopo la somministrazione di piccole scosse elettriche nelle zampe dei ratti. Invece, studi condotti su bambini maltrattati o bambini con diagnosi di *Post-Traumatic Stress Disorder* (PTSD) hanno mostrato un ipercortisolismo (Gunnar et al., 2001). Un altro studio di De Bellis et al. (1999) ha verificato che i bambini maltrattati hanno secrezioni più elevate di cortisolo urinario libero in un periodo di 24 ore rispetto a bambini che non sono stati maltrattati. Lo stesso studio ha trovato, inoltre, che livelli più alti di cortisolo salivare sono presenti nei bambini provenienti da ambienti socioeconomici sfavorevoli. Da ciò ne deriva dunque che l'abuso infantile potrebbe provocare alti livelli di CRH e una ridotta sensibilità ipofisaria alla stimolazione del CRH.

In conclusione, studi suggeriscono che uno stress precoce, come l'abuso infantile, è fortemente legato ad una maggiore sensibilità allo stress negli adulti e a tutte le conseguenze comportamentali che questo determina sia nel soggetto stesso che nelle generazioni successive (Plant et al., 2018). Ricerche hanno, per l'appunto, dimostrato che gli adulti che sono stati maltrattati da bambini possono avere difficoltà a regolare le loro emozioni ed essere più inclini a comportamenti genitoriali problematici che, a loro volta, possono avere un impatto negativo sul funzionamento psicologico ed emotivo dei loro figli (Choi & Kangas, 2020) e generare quindi comportamenti di *caregiving* meno sensibili anche in questi quando diventano genitori (Leerkes et al., 2020). Ulteriori studi

hanno dimostrato che gli individui nati da madri con una storia di maltrattamento infantile sono suscettibili a problemi di salute mentale (Plant et al., 2018). In particolare, quando il *caregiver* primario di un bambino è negligente o violento, perché a sua volta è stato soggetto a tali situazioni, il bambino perde, ad esempio, l'opportunità di sintonizzazione emotiva che gli consentirebbe di sviluppare le abilità di regolazione emotiva (ER) (Cloitre et al., 2011); di conseguenza, possono svilupparsi difficoltà di ER (Gruhn & Compas, 2020) e le prove suggeriscono che queste possono persistere anche nell'età adulta (Jennissen et al., 2016). Questi risultati sono coerenti con quelli prodotti da altri studi su adolescenti, in cui l'uso da parte dei genitori di contingenze non supportive è stato associato alla disregolazione emotiva e a sintomi interiorizzanti (Buckholdt et al., 2014; Jobe-Shields et al., 2014); così come studi condotti in giovani adulti hanno mostrato che contingenze non di supporto nell'infanzia (Cao et al., 2018; Guo et al., 2019) e nell'adolescenza (Lugo-Candelas et al., 2016) sono associati a disagio emotivo, ansia e depressione. Queste contingenze dei genitori nell'infanzia sono stati anche collegati a problemi di inibizione emotiva, disagio psicologico (Ramakrishnan et al., 2019) e ansia da tratto (Cabecinha-Alati et al., 2019) in età adulta.

1.2. Forme di abuso infantile

L'abuso infantile rappresenta un fenomeno multiforme, le cui diverse manifestazioni non si presentano quasi mai separate o scindibili. Le principali forme, maggiormente conosciute sono: l'abuso fisico cioè infliggere un danno al minore per mezzo di aggressioni fisiche, l'abuso sessuale ossia coinvolgere un minore in atti sessuali per i quali il bambino non può aver dato il suo consenso in ragione dell'età, e l'abuso psicologico ovvero creare una relazione emotiva caratterizzata da ripetute e continue pressioni psicologiche, indifferenza, rifiuto e svalutazioni. Esistono poi altre forme di violenza meno conosciute quali la trascuratezza cioè omettere cure o eccedere nel loro utilizzo con conseguenze significative per la salute e per lo sviluppo di chi la subisce, e

la violenza assistita cioè il coinvolgimento del minore in atti di violenza compiuti, non su di lui, ma su figure di riferimento affettivamente significative per lui; a questa conseguono danni psicologici pari a quelli derivanti dal maltrattamento direttamente subito. Sono state fatte numerose rassegne relative agli effetti dell'abuso infantile. Fra queste c'è quella di Lang et al. (2020) che ha individuato, per la prima volta, cinque segni distintivi dell'esposizione al maltrattamento: aumento del rischio di sviluppare psicopatologia, obesità, comportamenti sessuali ad alto rischio, vizio del fumo e aumento della probabilità di subire maltrattamenti nei bambini con disabilità. Per fare ciò hanno preso in considerazione il modello ecologico sviluppato da Bronfenbrenner. Questo concettualizza i processi di sviluppo come un'interazione tra il bambino e il suo ambiente su più livelli: micro-, meso-, eso-, e macro- sistema: il microsistema comprende il bambino, la sua biologia e le sue relazioni familiari; il mesosistema descrive l'ambiente e le relazioni extra-familiari cioè le amicizie, la scuola e la famiglia allargata; successivamente l'esosistema include l'interazione tra il bambino e il quartiere e la comunità; e infine, il macrosistema incorpora la società riconoscendo la politica, la religione e altre strutture più ampie. Nello studio gli autori hanno però aggiunto più livelli all'interno del microsistema per riflettere le diverse aree di ricerca su cui si sono concentrati: "Fattori biochimici", "Geni e fattori epigenetici", "Mente e corpo" e "Fattori sociali". "Fattori biochimici" comprendeva studi sui marcatori dell'infiammazione, sul sistema immunitario, sul cortisolo e su altri biomarcatori; "Geni e fattori epigenetici" esaminava i marcatori genetici ed epigenetici; "Corpo e mente" comprendeva la salute mentale e l'uso/abuso di sostanze; e infine "Fattori sociali" considerava relazioni, genitorialità, comportamento sessuale e comportamento offensivo e antisociale. Fra gli studi presi in considerazione per giungere alla conclusione sopra citata ci sono: lo studio di Bailey et al. (2018) che, nel dimostrare l'associazione tra trauma infantile e gravità delle allucinazioni e dei deliri nei disturbi psicotici, ha portato alla luce che l'abuso sessuale e l'abbandono sono significativamente correlati con la gravità delle

allucinazioni, che la negligenza fisica o emotiva è associata alla gravità del delirio e infine che l'abuso sessuale aumenta la gravità dei sintomi positivi della schizofrenia mentre l'abbandono infantile aumenta la gravità dei sintomi negativi; lo studio di Castellvi et al. (2017) che ha indagato l'associazione tra esposizione alla violenza e rischio di suicidio scoprendo che i soggetti con storia di abuso fisico hanno un aumentato rischio di comportamento suicidario; lo studio di Fusar-Poli et al. (2017) in cui hanno eseguito una metanalisi dei fattori ambientali associati a un rischio ultraelevato di psicosi, tra cui rientrano l'abuso infantile e l'abbandono; lo studio di Jones et al. (2012) che ha esaminato il rischio di violenza contro i bambini con disabilità, scoprendo che questi hanno un aumentato rischio di subire abuso e abbandono rispetto ai bambini non disabili; e infine lo studio di Norman et al. (2012) che ha dimostrato una serie di associazioni fra esiti di salute e abusi fisici, emotivi e negligenza, scoprendo che gli adulti che sono stati abusati fisicamente o emotivamente o sono stati trascurati durante l'infanzia sono a più alto rischio di sviluppare disturbi depressivi, disturbi d'ansia, disturbi alimentari e disturbi della condotta, e hanno anche un rischio più elevato di sviluppare abuso e dipendenza da alcol, fumo, droghe e comportamenti sessuali a rischio.

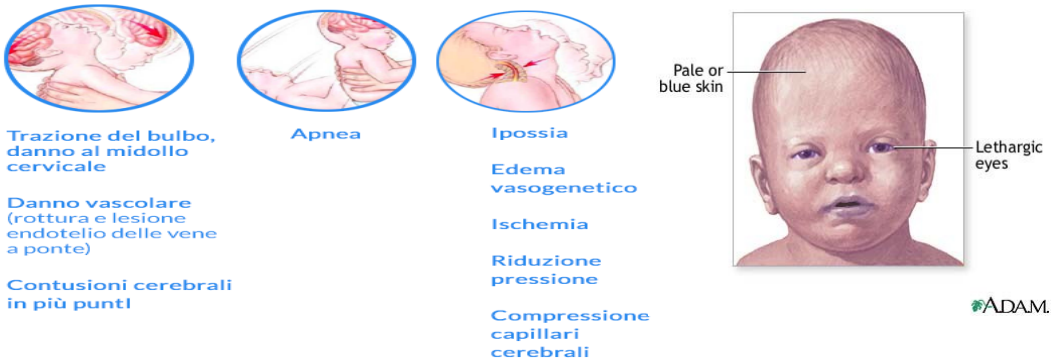
1.2.1. Abuso fisico. Si parla di abuso fisico quando i genitori o i *caregivers* del minore causano o permettono che si producano lesioni fisiche nei confronti di quest'ultimo. Queste lesioni possono, o meno, portare al ricovero o addirittura alla morte del minore e la loro gravità deve essere sempre indagata insieme ad altri specifici segnali, quali presenza di lesioni multiple e multiformi, verosimiglianza delle giustificazioni fornite dagli adulti e localizzazioni atipiche delle lesioni. In genere, i conseguenti segni di questa tipologia d'abuso sono bruciature, fratture o trauma cranici (quest'ultimi riguardano soprattutto i bambini al di sotto dei due anni); ma anche reattività esagerata, scoppi improvvisi d'ira, atteggiamento timoroso, rifiuto del contatto fisico o ricerca dello stesso

con modalità distorte. Dall'analisi dei dati dell'OMS (Euro Safe, 2014) per il periodo 2010-2012 nell'Unione Europea (UE) è emerso che i bambini di età inferiore a 1 anno sono tra i gruppi di popolazione con il maggior tasso di mortalità annuo per abuso fisico (13 decessi ogni 1.000.000 bambini). I corrispondenti valori in Italia per i bambini sotto l'anno d'età sono di circa cinque decessi per violenza interpersonale all'anno ogni milione di bambini. Quasi la metà dei decessi è legato all'uso di armi da fuoco o strumenti da taglio, nella rimanente metà dei casi si è trattato principalmente di spinte oppure uso di sostanze ustionanti, non sono infrequenti anche gli annegamenti o i soffocamenti. Nell'anno 2012 sono stati osservati in Italia 485 casi di aggressione su vittime di età pediatrica che hanno comportato ricovero ospedaliero; di questi 183 sono stati diagnosticati come casi di abuso fisico o maltrattamento su minore. (Pitidis et al., 2019). Nei ricoveri il 60% dei casi riguarda le femmine e il 74,7% degli eventi bambini d'età inferiore ai nove anni; nel 48,8% dei ricoveri si tratta di bambini d'età inferiore ai 5 anni. Il gruppo a maggior rischio è quello sotto l'anno d'età con 53 ricoveri per milione di residenti, seguito dal gruppo 1-4 anni (26,6 per milione). Riguardo ai traumi riportati, è stato osservato come risultino essere più frequentemente colpite parti significative quali la testa, il volto e le braccia che rappresentano il 42% dei distretti su cui si verificano i traumi; tuttavia, il 44% dei ricoveri sono dovuti a traumi a carico di distretti multipli o dell'intero corpo (Pitidis et al., 2019).

La *Shaken Baby Syndrome* (SBS), comunemente conosciuta come la "sindrome del bambino scosso", rappresenta una forma, spesso inconsapevole, di abuso fisico infantile determinata da un violento scuotimento del bambino con conseguente trauma sull'encefalo e successive sequele neurologiche (Mian et al., 2015). In relazione al ruolo centrale assunto dal trauma cranico, quale conseguenza del violento scuotimento del bambino, la SBS è nota anche come *Abusive Head Trauma* (AHT) (Joyce et al., 2020): il trauma cranico abusivo è la causa principale di morte e disabilità per abuso fisico nei neonati e nei bambini piccoli. Il criterio diagnostico che permette di identificare l'SBS è

rappresentato dalla triade: ematoma subdurale, edema cerebrale ed emorragia retinica, che possono associarsi a manifestazioni cliniche più aspecifiche come tumefazioni craniche, contusioni, fratture delle costole e delle ossa lunghe. I segni e sintomi associati a questa sindrome variano in funzione della gravità delle lesioni cerebrali: possono essere di lieve entità e non specifici o, al contrario, possedere caratteristiche qualitative e quantitative tali da essere facilmente riconducibili al trauma encefalico. Più frequentemente la sintomatologia può essere caratterizzata anche da: irritabilità o sonnolenza (occhio letargico), vomito e inappetenza, difficoltà di suzione o deglutizione, ritardo motorio o del linguaggio, disturbi comportamentali, e aumento eccessivo della circonferenza cranica della testa la cui pelle talvolta assume anche una colorazione pallida o bluastra (Vedi figura 2).

Figura 2. Conseguenze della Sindrome del Bambino Scosso.



(*Fonte: Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della provincia di Pordenone, OMCEO*).

In taluni casi, i segni del maltrattamento possono essere sospettati anche dopo anni, in relazione a disturbi comportamentali o dell'apprendimento. È stato rilevato in particolare una maggiore incidenza di stati depressivi, comportamenti violenti e aggressivi, uso di droghe e alcol con esordio in età adolescenziale in soggetti vittime di SBS (*American Academy of Pediatrics*, 2001). Per quanto riguarda le conseguenze neurologiche,

cognitive e comportamentali a lungo termine che avvengono in seguito a questa tipologia di abuso, uno studio retrospettivo (Lind et al., 2016), che ha incluso pazienti ricoverati dopo AHT, ha rilevato che negli anni successivi solo 7 bambini (15%) hanno avuto un "buon esito" (vita normale), mentre 19 bambini (40%) hanno presentato una grave compromissione neurologica. Quest'ultimi hanno sviluppato epilessia (38%), *deficit* motori (45%), *deficit* visivi (45%), disturbi del sonno (17%), anomalie del linguaggio (49%), *deficit* di attenzione (79%) e disturbi comportamentali (53%), e la maggior parte di questi (83%) ha avuto anche bisogno di seguire una riabilitazione. È sempre importante, però, ricordare che la presenza di questi segni, sia fisici che comportamentali, non è di per sé indicativa dell'avvenuto abuso fisico, che invece deve essere considerato anche come la possibile risultanza di molteplici fattori che possono influenzare e determinare la situazione (ambientali, sociali, medici, legali).

1.2.2. Trascuratezza. La trascuratezza si riferisce all'inadeguatezza o all'insufficienza di cure rispetto ai bisogni fisici, psicologici, medici e educativi del bambino da parte dei *caregivers*. Chi la subisce, solitamente, presenta scarso rendimento scolastico, iperattività e disturbi dell'attenzione oppure al contrario inibizione, tristezza e apatia; inoltre, si presentano spesso *pattern* di attaccamento insicuro caratterizzato da un'inversione di ruolo. La trascuratezza o patologia delle cure è un elemento multiforme che include incuria, discuria e ipercura (Montecchi, 2006). L'incuria è un'insufficienza di affettività e attenzione nei confronti dei bisogni evolutivi del bambino; può essere fisica o psicologica. Si definisce fisica quando i *caregiver* non forniscono delle cure fisiche complete, nei casi gravi il bambino non viene nutrito in maniera adeguata ai suoi fabbisogni, sia in senso quantitativo che qualitativo creando dunque delle carenze alimentari che possono compromettere la sua crescita. Si parla invece di incuria psicologica quando i *caregivers* provvedono al necessario dal punto di vista nutrizionale o dell'abbigliamento, ma non dal punto di vista emotivo ed affettivo. Questi bambini si

porteranno dentro ferite difficili da guarire, infatti, anche nell'età adulta, possono sentirsi segretamente inferiori rispetto agli altri e fronteggiano spesso sensazioni di vergogna e inadeguatezza. Questi bambini diventano, solitamente, adulti restii al confronto e hanno difficoltà a perseguire obiettivi importanti, diventano persone molto sensibili alle critiche, con paura del rifiuto, dell'abbandono e di ricevere giudizi negativi. Possono, inoltre, attraversare periodi di ansia sociale senza alcuna apparente ragione e sviluppare disturbi di personalità come il disturbo narcisistico di personalità, il disturbo *borderline* di personalità o il disturbo dipendente di personalità. Si presentano, poi, incapacità di accedere alle proprie emozioni o di esprimerle in modo funzionale e coerente con i propri reali bisogni, difficoltà a regolare le emozioni, a comprendere realmente i propri bisogni, a prendere decisioni, a instaurare un legame stabile e duraturo.

La discuria, invece, si ha quando vengono effettuate cure non adeguate all'età del bambino o ai suoi sintomi. Un esempio di discuria è la precocizzazione del bambino che avviene attraverso la richiesta di prestazioni non congrue alla sua età o al suo grado di maturazione. La precocizzazione può condurre anche alla pubertà anticipata cioè una condizione fisica e psichica del bambino che diventa troppo presto un adulto, saltando le normali tappe evolutive. Tali casi si verificano quando vi sono dei disagi familiari tali per cui il bambino deve imparare presto a cavarsela da solo per sopravvivere, in quanto non ha assistenza, supporto o è in condizione di abbandono o di rischio per la sua vita. Altro esempio di discuria è l'iperprotettività cioè le eccessive attenzioni e l'eccessiva infantilizzazione del bambino con l'intento idealizzato di non vederlo crescere, diventare indipendente ed autonomo. La forma più grave di discuria è la Sindrome di Munchausen per procura (*American Psychiatric Association*, APA, 2013) in cui il *caregiver* attribuisce al minore sintomi e malattie, di cui quest'ultimo non soffre realmente, ma che sono radicate nella mente distorta di chi se ne prende cura. Il bambino che subisce questa situazione non sarà più capace di distinguere le percezioni reali da quelle irreali prodotte dalla madre e dunque si adatterà alla malattia attribuitagli; inoltre, talvolta, nonostante la

consapevolezza della situazione della madre, il minore preferisce dare corda ai suoi deliri poiché è l'unica modalità con cui riesce a creare con essa una relazione affettiva.

Infine, l'ipercura si ha quando il bambino riceve delle effusioni e delle attenzioni eccessive come se fosse incapace di fare ogni cosa. Tale atteggiamento impedisce al piccolo di avere la percezione delle proprie capacità di sopravvivenza, indipendenza e autonomia. È qualcosa di più eccedente all'iperprotettività, è infatti un costringere il minore a rimanere un eterno bambino, creando un vero e proprio abuso sia fisico che psichico. Sono noti alle cronache, anche recenti, episodi di ritrovamenti di ragazzini lasciati a sé stessi con solo cibo per neonati, in totale stato di abbandono o allevati come se avessero pochi mesi, nonostante avessero superato i 12 anni (Cremaschini, 2017).

1.2.3. Abuso psicologico. L'abuso psicologico/emotivo comprende comportamenti messi in atto, in maniera ripetuta e duratura, da parte di chi si prende cura del minore, ad esempio non fornendo un ambiente appropriato e di supporto per il suo sviluppo; questi tipicamente provocano danni sia fisici che psico-sociali che influiscono su capacità di adattamento, socievolezza, autostima, fiducia e umore. A proposito dell'umore, una recentissima ricerca (Zhou & Zhen, 2022) ha indicato che, rispetto alle esperienze fisiche di abuso, l'abuso emotivo è associato allo sviluppo di più danni e successive psicopatologie (soprattutto depressione e problemi comportamentali) tra gli adolescenti (Liu et al., 2017; Yang et al., 2021). Infatti, gli individui che hanno subito abusi psicologici infantili possono poi presentare distorsioni nell'attenzione, nella codifica e nell'interpretazione dei segnali (Sistad et al., 2021; Yu et al., 2021); inoltre, tali esperienze possono sopraffare le capacità di regolazione cognitiva ed emotiva del soggetto, portandolo a sopprimere le sue emozioni, situazione che è poi correlata ad una maggiore probabilità di sviluppare depressione e comportamenti problematici. Oltre alla regolazione delle emozioni, l'abuso psicologico, come esperienza precoce avversa, può avere un impatto negativo sullo sviluppo dei modelli di elaborazione delle informazioni

sociali, portando a *deficit* nei processi cognitivi di rilevazione dei segnali. Pertanto, gli individui abusati possono mostrare pregiudizi ed errori nell'attribuire, continuamente, intenzioni ostili ad altri (Hong et al., 2012). Un recente studio empirico ha dimostrato che l'abuso emotivo è associato anche ad un aumento della rabbia (Plate et al., 2019) che può portare a cicli interpersonali viziosi caratterizzati da un aumento dei sentimenti di frustrazione verso gli altri, che si traducono in esclusione sociale, rifiuto, isolamento, solitudine e depressione (Galambos et al., 2018; Luyten et al., 2012). Inoltre, è stato scoperto che l'abuso emotivo ha avuto effetti diretti e positivi sia sulla depressione che sui comportamenti problematici, ciò suggerisce che può essere un importante fattore di rischio per l'interiorizzazione e l'esternalizzazione dei problemi (Humphreys et al., 2020; Li et al., 2020). Una possibile spiegazione è che gli adolescenti che vivono in una famiglia persistentemente emotivamente violenta (rimproverando, insultando e terrorizzando) possono avere attribuzioni di auto-denigrazione più stabili e globali, e pensare che nessuno si preoccupi di loro o li ami (Hamilton et al., 2013). Tra l'altro, sembrerebbe che l'abuso emotivo sia correlato alla depressione attraverso la soppressione delle emozioni. Questo può essere attribuito alla possibilità che gli adolescenti siano, probabilmente, emotivamente, socialmente o finanziariamente dipendenti dai loro genitori, il che significa che preferiscono sopprimere, piuttosto che rivelare, emozioni negative causate dall'abuso, per evitare il rifiuto e l'abbandono. Altre volte l'abuso emotivo riflette una situazione in cui i genitori sfogano le loro emozioni negative, in particolare la rabbia, sui loro figli. Nel contesto della teoria dell'apprendimento sociale (Bandura, 1978), quando uno dei modelli primari di un bambino esprime grandi quantità di rabbia, quel bambino può adottare quegli *standard* di espressione (Plate et al., 2019), e quindi mostrare più rabbia. Una volta suscitati tali sentimenti, un individuo può avere intenzioni più ostili verso gli altri, il che crea più conflitti interpersonali, aumenta i comportamenti problematici dell'individuo (Hou et al., 2017) e mina le sue relazioni interpersonali e il sostegno sociale. A sua volta, questo porta all'esclusione sociale e

aumenta ulteriormente la depressione dell'individuo (Galambos et al., 2018). Questi risultati hanno, dunque, mostrato che l'abuso emotivo ha effetti diretti sulla depressione e sui comportamenti problematici attraverso la soppressione emotiva e la rabbia. La teoria dell'apprendimento sociale offre, dunque, una potenziale spiegazione di ciò, in quanto gli individui possono imparare (almeno in parte) osservando i comportamenti degli altri. Gli adolescenti imparano quindi a "fare ciò che è stato fatto a loro", e a mostrare comportamenti più problematici talvolta diventando abusanti anche loro.

Una forma di abuso psicologico è il "Trattamento del silenzio" (Faulkner et al., 1998): il rifiuto da parte di una persona di comunicare con un'altra che invece lo desidera, si configura come una forma passivo-aggressiva di abuso emotivo in cui il malcontento, la disapprovazione e il disprezzo vengono esibiti mantenendo il silenzio verbale. Può essere utilizzato anche come una forma di ostracismo cioè qualunque atto teso a respingere ed escludere individui o gruppi di individui (Paolini, 2019). Altra forma è il *gaslighting* il cui termine deriva da un'opera teatrale del 1938 "Luci a gas" e dagli adattamenti cinematografici di Alfred Hitchcock "*Rebecca – la prima moglie*" del 1940 e "*Angoscia*" del 1944. Tale condotta appartiene ad una persona che presenta una falsa narrativa ad un'altra per portarla crudelmente a dubitare delle sue memorie e delle sue percezioni; può anche essere semplicemente il negare che episodi siano mai accaduti, o la messa in scena di eventi bizzarri sempre con l'intento di disorientare la vittima, per far sì che dubiti di sé stessa e dei suoi giudizi di realtà fino a sentirsi confusa e sbagliata. Generalmente, questa dinamica è possibile all'interno di relazioni caratterizzate da ineguale potere, o quando il soggetto che subisce ha paura delle perdite associate alla sfida della falsa narrativa; quindi, è possibile all'interno di relazioni romantiche, familiari o amicali caratterizzate dalla presenza del cosiddetto *gaslighter* cioè colui che mette in atto tale manipolazione mentale, minando alla base ogni certezza e sicurezza dell'altro. Il *gaslighting* non è incluso nel Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali 5 (DSM-5) (APA, 2013), anche se diversi studiosi lo considerano un atteggiamento comune dei sociopatici che,

infatti, in genere, sono dei bugiardi estremamente convincenti che negano costantemente le loro azioni, portando le loro vittime a dubitare della propria percezione (Stout, 2005). Altro esempio di abuso psicologico è l'iperprotezione che si concretizza in atteggiamenti eccessivamente protettivi nei confronti del minore, quali ad esempio non fargli frequentare con regolarità la scuola, impedire la sua socializzazione e impartire regole di vita tali da incidere sul suo sviluppo psichico. Infine, tale tipologia di abuso potrebbe manifestarsi sottoforma di conflitto di lealtà: di solito accade in coppie separate con figli nelle quali i genitori si svalutano a vicenda**,** collocando il bambino nel ruolo di giudice o facendolo sentire in colpa per essersi divertito con l'altro genitore.

1.2.4. Abuso sessuale. L'abuso sessuale su minore si concretizza in qualsiasi attività sessuale (violenza, adescamento, pedopornografia) tra un adulto e un bambino che non ha adeguata consapevolezza del significato e del valore delle attività sessuali in cui viene coinvolto. È possibile individuare la presenza di tale situazione prestando attenzione a eventuali lesioni in zone particolari (soprattutto seno, glutei e cosce), difficoltà nella deambulazione e infezioni ricorrenti, ma anche a umore negativo, stanchezza cronica, mancanza di fiducia e/o motivazione, scarsa autostima, interessi e comportamenti sessuali inadeguati all'età, e difficoltà relazionali. Sebbene tutte le forme di abuso (fisica, psicologica e sessuale) sembrino associate all'attuazione di futuri comportamenti antisociali, fra cui la delinquenza sessuale, l'abuso sessuale è stato identificato come il trauma infantile più significativo nel prevedere tale condotta o lo sviluppo di disturbi della sfera sessuale (Drury et al., 2019; Papalia et al., 2020). Ad esempio, gli adulti che hanno sperimentato l'abuso sessuale durante l'infanzia hanno maggiori probabilità di ricevere la diagnosi di Disturbo pedofilo (Nunes et al., 2013), sviluppare disturbi relazionali (Cicchetti & Banny, 2014; Marini et al., 2014) e congruenza emotiva con i bambini più che con gli adulti (Blank et al., 2018). Inoltre, è stato trovato un legame diretto tra abuso sessuale infantile e cognizioni maladattive che supportano, ad

esempio, l'idea che i bambini possano essere veri e propri partner di vita (Paquette & McPhail, 2020). Sempre il medesimo studio ha suggerito, anche, che questi individui hanno maggiori probabilità di fidarsi e sentirsi sicuri intorno ai bambini perché quest'ultimi sono percepiti come più sicuri e affidabili rispetto agli adulti. Gli stessi soggetti sembra, inoltre, che abbiano l'idea che il mondo sia estremamente pericoloso e di conseguenza tendono ad evitare il contatto sociale con gli altri adulti, ciò contribuisce allo sviluppo di un forte senso di solitudine; hanno anche ipotizzato che gli individui che hanno sperimentato l'abuso sessuale infantile sviluppano strategie di *coping* disadattive per gestire le loro emozioni negative (Paquette & Cortoni, 2022).

1.3. Abuso intra-familiare

Le forme di violenze possono verificarsi in più contesti: sia extra- che intra- familiari, ma assumono prevalentemente le caratteristiche di quest'ultimi restando spesso inespressi e invisibili e producendo dunque gravi e invalidanti conseguenze sul piano fisico e psicologico del soggetto che le subisce. In tale contesto, la persona che abusa è una persona conosciuta, più frequentemente padri naturali, patrigni o conviventi della madre (Stroebel et al., 2012), ma anche madri, fratelli, nonni, zii e cugini; tutti soggetti che all'esterno appaiono solitamente normali e affettuosi col minore, e proprio per questo, molte volte, i professionisti del settore non credono alle dichiarazioni del bambino. Spesso anche le madri sono vittime di queste violenze e per questo non sono in grado di accorgersi dell'abuso che subiscono i figli e quindi di adoperarsi in maniera efficiente per difenderli; esiste anche una percentuale non irrilevante di madri che non mette in atto volontariamente nessun comportamento di protezione nei confronti dei propri figli e addirittura sceglie di difendere il marito. L'abuso perpetuato dalla figura materna è una situazione molto difficoltosa da riconoscere perché la relazione fra madre e bambino è particolare fin dalla nascita. In tal caso, solitamente, l'abuso si configura con comportamenti sessuali ma anche atteggiamenti quali cercare di mantenere lo sviluppo

psichico del figlio ad un livello infantile. La violenza sessuale fra fratelli, invece, è possibile che sia frutto della relazione conflittuale dei genitori e quindi questa loro relazione è come se fosse un rifugio, una relazione consolatoria, sostitutiva di quella che i genitori gli fanno mancare; altre volte invece, si tratta di una relazione violenta, attraverso il quale il fratello tenta di costruirsi un'identità maschile a discapito di una preda facile, a portata di mano ogni giorno, che è facilmente influenzabile, resa anche remissiva a causa del segreto e della minaccia che sussiste in queste circostanze. (Minenna & D'amico, 2013). Nell'ambito familiare bisogna però prestare attenzione anche ai cosiddetti pseudo abusi cioè degli abusi dichiarati che non sono stati effettivamente consumati; le motivazioni che solitamente portano il minore a fare queste dichiarazioni sono diventare oggetto di attenzione o affermare la propria identità.

Tra gli esiti disadattivi derivanti dalle pervasive distorsioni della relazione *caregiver*-bambino, tipiche dei contesti familiari trascuranti e violenti, merita un'attenzione particolare lo sviluppo dei Modelli Operativi Interni (MOI) (Bowlby, 1969) di tipo insicuro e disorganizzato. I MOI sono rappresentazioni mentali, costruite dall'individuo stesso, che contengono le diverse configurazioni (spaziale, temporale, causale) dei fenomeni del mondo e che hanno la funzione di veicolare la percezione e l'interpretazione degli eventi, consentendo di fare previsioni e creare aspettative sugli accadimenti della propria vita relazionale; averli di tipo insicuro o disorganizzato può comportare, come dimostra il paragrafo successivo, numerose problematiche a livello relazionale.

Le modalità di accudimento spaventanti e/o estremamente insensibili costituiscono una rilevante precondizione dell'insorgenza della disorganizzazione dell'attaccamento perché tali modalità atipiche di cura espongono il bambino ad una situazione paradossale, in cui il *caregiver* diviene al tempo stesso fonte di pericolo/paura e di protezione/rassicurazione. In tali contesti relazionali viene pertanto a crearsi una spirale di paura, che non è di per sé disorganizzante, ma lo diviene dal momento in cui il bambino non trova una soluzione organizzata nel sistema di difesa (attraverso la messa in atto di risposte di fuga o di

attacco) o in quello di attaccamento (attraverso la ricerca nel *caregiver* di vicinanza protettiva e conforto). Per tale ragione, non riuscendo a fronteggiare l'intensa paura, si verifica nel bambino un crollo delle strategie comportamentali e attentive, con la conseguente formazione di MOI di tipo disorganizzato. Non sorprende, quindi, che numerosi siano i contributi che dimostrano empiricamente la presenza di percentuali elevate di MOI di tipo disorganizzato nei contesti familiari violenti (Attili et al., 2013; Cyr et al., 2010).

1.4. Abusi extra-familiari

Come detto in precedenza, l'abuso può presentarsi anche in contesti extra-familiari in cui l'abusante è uno sconosciuto, o comunque un soggetto esterno al contesto familiare, che si avvicina alla vittima attraverso un comportamento gentile e premuroso, lusingandola, catturandone l'attenzione attraverso regali, complimenti e apprezzamenti (Seto et al., 2015). Tra gli abusanti extra-familiari, rientrano prevalentemente vicini di casa, amici di famiglia, oppure persone che per lavoro si occupano di bambini (Spröber et al., 2014). Dopo la famiglia, il secondo luogo dove il minore è maggiormente esposto al rischio di subire abusi è la scuola seguita da istituti e comunità in cui l'abuso è attuato da un educatore che approfitta della sua posizione per assicurarsi silenzio e impunità. Nella quasi totalità dei casi di abuso extra-familiare vi è, alla base, anche una situazione di trascuratezza fisica e/o affettiva da parte dei *caregivers*, che non consente al bambino di sviluppare la capacità di riconoscere i pericoli, e lo predispone invece ad accettare qualunque esperienza affettiva propostagli fuori casa pur di ricevere attenzione, cura e amore.

1.5. Il fenomeno dell'abuso in Italia e nel resto del mondo

L'abuso è un fenomeno molto più esteso di quanto si possa immaginare, sia a livello

globale che nazionale. Un'indagine sul maltrattamento all'infanzia eseguita dalla Fondazione Cesvi (2021) ha evidenziato che nel mondo, nel 2015, circa tre bambini su quattro (1,7 miliardi di minori) hanno vissuto una qualche forma di violenza. Nel dettaglio 1,3 miliardi di questi sono stati sottoposti a qualche forma di punizione corporale, 261 milioni hanno sperimentato violenza da parte dei loro coetanei mentre 100.000 sono stati vittime di omicidio. La stessa indagine ha rilevato che la maggior parte degli episodi di violenza sui bambini avviene all'interno della famiglia, che rappresenta quindi il luogo più pericoloso: tra il 60% e il 70% dei bambini tra i 2 e i 14 anni di età ha vissuto episodi di violenza da parte dei propri *caregiver* e, nei soli Paesi industrializzati, circa il 58% dei bambini ha subìto una qualche forma di disciplina violenta in casa; percentuali alte riguardano anche i più piccoli, infatti, dati raccolti in 30 Paesi hanno mostrato che sei bambini su dieci tra i 12 e i 23 mesi sono soggetti a disciplina violenta e di questi almeno la metà è esposta anche ad abusi verbali. Come nel resto del mondo, anche in Europa il maltrattamento e la trascuratezza sono fenomeni diffusi e potenzialmente sottostimati. Secondo la *WHO-European Region*, circa 55 milioni di bambini sono vittime di maltrattamento nell'Unione: nel 9,6% dei casi il maltrattamento assume la forma di abuso sessuale, nel 16,3% di trascuratezza fisica, nel 18,4% di trascuratezza emotiva, nel 22,9% di abuso fisico, nel 29,6% di abuso emotivo. Per quanto riguarda l'Italia, dall'Indagine nazionale sul maltrattamento dei bambini e degli adolescenti in Italia, realizzata lo scorso anno (2021) da *Terre des Hommes* e dal Coordinamento Italiano dei Servizi contro il Maltrattamento e l'Abuso all'Infanzia (CISMAI), è emerso che, su due milioni di minorenni residenti nei 196 comuni italiani, ad aprile 2018 sono stati 401.766 i bambini presi in carico dai servizi sociali, 77.493 dei quali erano vittime di maltrattamento. Secondo quanto evidenziato dall'indagine, la forma di maltrattamento principale è la patologia delle cure, quindi incuria, discuria e ipercura, di cui è vittima il 40,7% dei minorenni in carico ai servizi sociali, seguita dalla violenza assistita (32,4%). Il 14,1% degli *under* 18 è invece vittima di maltrattamento psicologico, mentre il maltrattamento

fisico è registrato nel 9,6% dei casi e l'abuso sessuale nel 3,5%**.** Per quanto riguarda il genere, bambine e ragazze sono più frequentemente in carico per maltrattamento (201 su 1000, rispetto a 186 maschi). Inoltre, ogni 1000 bambini vittime di maltrattamento 7 sono italiani e 23 stranieri, l'intervento dei servizi sociali risulta più frequente al Nord che al Sud e nel 65,6% dei casi ha una durata maggiore di 2 anni. Infine, questi dati hanno suggerito un aumento del fenomeno: +14,8% di bambini e ragazzi in carico perché maltrattati. Sempre per quanto riguarda l'Italia, un'indagine dell'Istituto Nazionale di Statistica (ISTAT) del 2020 ha riscontrato che, sulla base delle denunce giunte ai corpi di Polizia, nel 2018 i casi di abuso sessuale perpetuato contro minorenni sono stati almeno 1418. Fra questi le tipologie più presenti sono: gli atti sessuali con minorenne (31,5%), la violenza sessuale in danno a minori di 14 anni (28,0%), la pornografia minorile (17,4%) e la corruzione di minorenne (10,2%); mentre quote più contenute riguardano la detenzione di materiale pedopornografico (7,3%) e lo sfruttamento e favoreggiamento prostituzione minorile (5,6%). La stessa indagine ha, inoltre, rilevato che le vittime della maggior parte di questi abusi sono in prevalenza ragazze: nel 2018 sono circa l'83% contro il 17,3% dei ragazzi, fatta eccezione però per il reato di sfruttamento e favoreggiamento di prostituzione minorile in cui la presenza di ragazze tra le vittime si avvicina molto a quello dei coetanei maschi (45,6%); idem per la violenza sessuale di gruppo subita dai minori di 14 anni che nel 2015 ha coinvolto in uguale misura maschi e femmine (vedi tabella 1).

Tabella 1. Autori e vittime minorenni di abusi a sfondo sessuale (2014-2018).

	2014			2015			2016			2017			2018		
	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale
							AUTORI (valori assoluti)								
Violenza sessuale in danno di minori di anni 14 (C.P. art. 609TER)	502	12	514	462	23	485	515	23	538	610	27	637	633	18	651
Violenza sessuale di gruppo in danno di minori di anni 14 (c.p.art. 609OCTIES)	14	0	14	16	1	17	20	2	22	0	0	0	0	0	0
Atti sessuali con minorenne (C.P. art. 609QUATER)	601	27	628	596	33	629	549	24	573	527	28	555	597	33	630
Corruzione di minorenne (C.P. art. 609QUINQUIES)	126	18	144	129	8	137	106	13	119	137	18	155	138	12	150
Sfruttamento e favoreggiamento prostituzione minorile (C.P. art. 600BIS)	395	42	437	203	41	244	209	46	255	212	62	274	201	55	256
Pornografia minorile (C.P. art. 600TER)	366	45	411	404	38	442	335	31	366	345	35	380	392	35	427
Detenzione materiale pedopornografico (C.P. art. 600QUATER)	357	24	381	344	19	363	275	14	289	277	20	297	330	22	352
							AUTORI (valori percentuali)								
Violenza sessuale in danno di minori di anni 14 (C.P. art. 609TER)	97,7	2,3	##	95,3	4,7	100,0	95,7	4,3	100,0	95,8	4,2	100,0	97,2	2,8	100,0
Violenza sessuale di gruppo in danno di minori di anni 14 (c.p.art. 609OCTIES)	100,0	0,0	##	94,1	5,9	100,0	90,9	9,1	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Atti sessuali con minorenne (C.P. art. 609QUATER)	95,7	4,3	##	94,8	5,2	100,0	95,8	4,2	100,0	95,0	5,0	100,0	94,8	5,2	100,0
Corruzione di minorenne (C.P. art. 609QUINQUIES)	87,5	12,5	##	94,2	5,8	100,0	89,1	10,9	100,0	88,4	11,6	100,0	92,0	8,0	100,0
Sfruttamento e favoreggiamento prostituzione minorile (C.P. art. 600BIS)	90,4	9,6	##	83,2	16,8	100,0	82,0	18,0	100,0	77,4	22,6	100,0	78,5	21,5	100,0
Pornografia minorile (C.P. art. 600TER)	89,1	10,9	##	91,4	8,6	100,0	91,5	8,5	100,0	90,8	9,2	100,0	91,8	8,2	100,0
Detenzione materiale pedopornografico (C.P. art. 600QUATER)	93,7	6,3	##	94,8	5,2	100,0	95,2	4,8	100,0	93,3	6,7	100,0	93,8	6,3	100,0
							VITTIME (valori assoluti)								
Violenza sessuale in danno di minori di anni 14 (C.P. art. 609TER)	85	316	401	79	285	364	84	312	396	91	378	469	69	328	397
Violenza sessuale di gruppo in danno di minori di anni 14 (c.p.art. 609OCTIES)	1	4	5	5	5	10	0	5	5	0	0	0	0	0	0
Atti sessuali con minorenne (C.P. art. 609QUATER)	96	344	440	93	335	428	86	301	387	93	343	436	102	344	446
Corruzione di minorenne (C.P. art. 609QUINQUIES)	35	124	159	36	96	132	28	104	132	34	132	166	40	105	145
Sfruttamento e favoreggiamento prostituzione minorile (C.P. art. 600BIS)	33	55	88	35	62	97	62	74	136	23	61	84	27	52	79
Pornografia minorile (C.P. art. 600TER)	62	198	260	37	146	183	38	163	201	39	181	220	60	187	247
Detenzione materiale pedopornografico (C.P. art. 600QUATER)	16	71	87	14	75	89	19	55	74	27	96	123	21	83	104
							VITTIME (valori percentuali)								
Violenza sessuale in danno di minori di anni 14 (C.P. art. 609TER)	21,2	78,8	##	21,7	78,3	100,0	21,2	78,8	100,0	19,4	80,6	100,0	17,4	82,6	100,0
Violenza sessuale di gruppo in danno di minori di anni 14 (c.p.art. 609OCTIES)	20,0	80,0	##	50,0	50,0	100,0	0,0	100,0	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Atti sessuali con minorenne (C.P. art. 609QUATER)	21,8	78,2	##	21,7	78,3	100,0	22,2	77,8	100,0	21,3	78,7	100,0	22,9	77,1	100,0
Corruzione di minorenne (C.P. art. 609QUINQUIES)	22,0	78,0	##	27,3	72,7	100,0	21,2	78,8	100,0	20,5	79,5	100,0	27,6	72,4	100,0
Sfruttamento e favoreggiamento prostituzione minorile (C.P. art. 600BIS)	37,5	62,5	##	36,1	63,9	100,0	45,6	54,4	100,0	27,4	72,6	100,0	34,2	65,8	100,0
Pornografia minorile (C.P. art. 600TER)	23,8	76,2	##	20,2	79,8	100,0	18,9	81,1	100,0	17,7	82,3	100,0	24,3	75,7	100,0
Detenzione materiale pedopornografico (C.P. art. 600QUATER)	18,4	81,6	##	15,7	84,3	100,0	25,7	74,3	100,0	22,0	78,0	100,0	20,2	79,8	100,0

Fonte: Ministero dell'interno - Sistema di indagine (SDI)

(Fonte: Ministero dell'interno, Indagine ISTAT, 2020)

2. NORMATIVA

In questo capitolo verrà presentato il materiale normativo nazionale e internazionale riguardante il maltrattamento e l'abuso sui minori.

2.1. Normativa internazionale

L'abuso e il maltrattamento sono pratiche che esistevano già nelle prime civiltà: nell'antica Grecia, a Sparta, era consuetudine lanciare i bambini che presentavano delle deformità dal monte Taigeto; nella civiltà romana, l'ordinamento giuridico stabiliva il diritto del *pater familias* di vita e di morte sui propri figli; nel Medioevo era normale l'allontanamento del bambino dalla famiglia già in età precoce (circa sette anni), affidandolo ad istituzioni esterne al nucleo; infine, la Rivoluzione industriale avviò lo sfruttamento su larga scala del lavoro minorile, soprattutto in Inghilterra e in America, con un aumento della mortalità dei minori, che continuò poi in Europa fino alla fine dell'Ottocento quando venne istituito l'obbligo scolastico. Nel XIX secolo, però, l'attenzione nei confronti dell'infanzia divenne maggiore. In Inghilterra, con l'*English Factories Act* del 1833, venne vietato il lavoro in fabbrica ai bambini sotto i nove anni e, nel 1842, la promulgazione del *Mines Act* limitò l'impiego di fanciulli nel lavoro di miniera. Nel 1896, nel Codice civile tedesco fu introdotta una normativa che rendeva punibile il maltrattamento e l'abbandono dei bambini da parte dei genitori e nel 1899 negli Stati Uniti furono istituiti i primi tribunali minorili. Si ottenne così, finalmente, il riconoscimento del maltrattamento dei minori come problema sociale.

2.1.1. La Convenzione sui diritti del fanciullo. La prima significativa attestazione dei diritti del bambino si ha con la Dichiarazione di Ginevra, o Dichiarazione dei Diritti del Fanciullo, approvata il 24 settembre 1924 dalla Quinta Assemblea Generale della Lega delle Nazioni. Essa consisteva di cinque principi: il bambino ha diritto a uno sviluppo

fisico e mentale, ad essere nutrito, curato, riportato a una vita normale se demoralizzato, accudito ed aiutato se orfano. Tale documento non era però ancora concepito come strumento atto a valorizzare il bambino in quanto titolare di diritti, ma solo in quanto destinatario, né si rivolgeva agli Stati per stabilirne dei doveri, ma si rivolgeva all'umanità intera affinché garantisse la protezione del minore. Allora, il 20 novembre 1959 l'Assemblea Generale dell'ONU approvò all'unanimità la nuova Dichiarazione dei Diritti del Fanciullo, che constava di dieci principi con cui si ribadivano i diritti a un sano sviluppo psicofisico, a non subire discriminazione, ad avere un nome, una nazionalità, un'educazione, cure particolari in casi di *handicap* fisico o mentale, assistenza e protezione dallo Stato di appartenenza; essa introduceva, inoltre, il concetto che anche il minore fosse un soggetto di diritto. Infine, il 20 novembre 1989 a New York venne approvata dall'Assemblea Generale delle Nazioni Unite la Convenzione Internazionale sui Diritti dell'Infanzia. Con la Convenzione, per la prima volta, i diritti dei bambini furono riconosciuti ufficialmente da una norma; prima era presente solo la Dichiarazione Universali dei Diritti dell'Uomo (1948) che però aveva individuato i diritti inerenti esclusivamente alla persona adulta e quindi il bambino era visto come non pienamente titolare dei diritti umani. Come detto precedentemente, la sua redazione cominciò nel 1987 e fu conclusa solo il 20 novembre 1989 a causa degli interessi discrepanti tra gli Stati firmatari: i Paesi occidentali privilegiavano i diritti civili e politici, mentre i Paesi socialisti si concentravano sui diritti economici e sociali; inoltre, i Paesi industrializzati volevano un alto livello di tutela per i bambini, mentre i Paesi in via di sviluppo si ponevano il problema delle risorse necessarie a garantire tali diritti. Tale documento si compone di 54 articoli e si basa su alcuni principi fondamentali: non discriminazione; superiore interesse del minore; vita, sopravvivenza e sviluppo dell'infanzia; e ascolto delle opinioni del bambino. Entrando nello specifico della problematica del maltrattamento e dell'abuso, con gli articoli 34-37, la Convenzione difende i minori, da ogni forma di sfruttamento e violenza sessuale (pornografia, prostituzione, attività

sessuali in genere), traffico di minori, tortura o modalità crudeli di punizione e educazione, richiedendo agli Stati parti di adottare ogni adeguata misura a livello nazionale, bilaterale e multilaterale per evitare che tutto ciò possa accadere. Per quanto riguarda la violenza familiare, la Convenzione si è mossa consapevole che anche la famiglia può essere luogo di violenza, maltrattamenti e abusi e, per questo, all'articolo 20, impone che in tali situazioni lo Stato punisca l'abuso e sottragga il minore dal nucleo. Gli Stati parti devono, inoltre, prevedere per questo fanciullo una protezione sostitutiva che può essere la sistemazione in un'altra famiglia, l'adozione o il collocamento in un adeguato istituto per l'infanzia, ovviamente tenendo conto della sua origine etnica, religiosa, culturale e linguistica.

2.1.2. La Convenzione Europea sull'esercizio dei Diritti del Fanciullo. La Convenzione Europea, invece, disciplina i provvedimenti penali e civili in cui è coinvolto un minore con l'obiettivo di tutelarlo. Elenca inoltre vari diritti del minore, fra cui la possibilità di essere informato del provvedimento penale e di esprimere la propria opinione, il diritto di chiedere la nomina di un rappresentante speciale qualora i genitori non fossero più in possesso della responsabilità genitoriale, e infine il diritto di essere difeso da un avvocato. La Convenzione è stata approvata a Strasburgo il 25 gennaio 1996 ma è entrata in vigore internazionale dal 1° luglio 2000. In Italia, invece, è stata ratificata con la legge 20 marzo 2003, n. 77, ed è entrata in vigore il 1° novembre 2003. Il documento si compone di 26 articoli suddivisi in 5 capitoli. Il capitolo I si occupa della portata e dell'oggetto della Convenzione, più le definizioni generali. Il Capitolo II si occupa dei diritti procedurali spettanti al fanciullo e delle misure necessarie a promuovere l'esercizio del diritto a ricevere ogni informazione pertinente, ad essere consultato ed esprimere la sua opinione, ad essere informato delle conseguenze dell'attuazione della sua opinione o decisione, di chiedere la designazione di un rappresentante speciale in caso di conflitto d'interessi con coloro che hanno la responsabilità di genitore. È altresì prevista la

possibilità di concedere ai fanciulli diritti procedurali supplementari, ad esempio, chiedere di essere assistiti da una persona appropriata di loro scelta o designare un proprio rappresentante. Quanto al ruolo dell'autorità giudiziaria, viene stabilito che 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 e 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 ovvero una figura che ha lo scopo di fornire informazioni e spiegazioni al fanciullo, determinare la sua opinione ed informarne l'autorità giudiziaria. È stato poi istituito anche un Comitato permanente, con il compito di seguire i problemi relativi alla Convenzione con la facoltà di esaminare ogni questione relativa all'interpretazione o all'attuazione della Convenzione, di proporre emendamenti e di fornire assistenza e consulenza agli organi nazionali coinvolti. Successivamente, in occasione del decimo anniversario dell'entrata in vigore della Convenzione internazionale sui diritti del fanciullo, l'Assemblea Generale delle Nazioni Unite ha adottato due Protocolli opzionali relativi alla vendita, alla prostituzione dei bambini, alla pornografia infantile e al coinvolgimento dei bambini nei conflitti armati. Il Protocollo sulla vendita e la prostituzione dei bambini e sulla 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. I due Protocolli facoltativi introducono nuove norme per superare i limiti della Convenzione stessa, rendendola uno strumento più adeguato ad affrontare alcune attuali problematiche. Il primo Protocollo riguarda lo sfruttamento dei minori per fini sessuali e intende codificare una più organica cooperazione tra gli Stati per la prevenzione e la repressione di tali reati. Il testo, elaborato si ricollega ad alcune disposizioni contenute nella

Convenzione come l'articolo 34 che impegna gli Stati contraenti a adottare, sul piano nazionale misure atte a proteggere i fanciulli contro ogni forma di sfruttamento che li coinvolga in attività sessuali illecite, nella prostituzione o in spettacoli pornografici. Il Protocollo impone dunque l'obbligo di vietare la compravendita, la prostituzione e lo sfruttamento pornografico dei fanciulli, vigilando affinché tali reati vengano perseguiti dalla legge penale nazionale, a prescindere che siano commessi all'interno del proprio territorio o all'esterno, da singoli individui o da organizzazioni. I reati oggetto del Protocollo sono inclusi de iure in qualsiasi trattato di estradizione in vigore fra le Parti, infatti, ai fini dell'estradizione, il reato va trattato come se fosse stato commesso non solo nel luogo in cui si è verificato, ma anche nel territorio di quei Paesi che, sottoscrivendo il Protocollo facoltativo, hanno riconosciuto e previsto tali reati. Per tutte queste motivazioni ciascuno Stato Parte ha l'obbligo di presentare, entro due anni in vigore dall'entrata in vigore del Protocollo, un rapporto al Comitato dei diritti del fanciullo contenente informazioni dettagliate sulle misure attuative a livello nazionale. Il secondo Protocollo ha come tema il coinvolgimento dei bambini nei conflitti armati e si compone di un Preambolo e di 13 articoli. L'oggetto e gli obiettivi perseguiti dal Protocollo richiamano due strumenti internazionali recanti disposizioni a tutela dei minori. Il primo di questi è lo Statuto della Corte Penale Internazionale che include fra i crimini di guerra l'obbligo di leva o l'arruolamento nelle forze armate nazionali per i minori di quindici anni o il fatto di farli partecipare attivamente alle ostilità. Il secondo è la Convenzione n. 182 dell'OIL, che proibisce ogni forma di sfruttamento e lavoro minorile e vieta il reclutamento forzato di bambini al fine di utilizzarli in operazioni belliche. Il Protocollo condanna anche il reclutamento, l'addestramento e l'uso di bambini ad opera di gruppi armati diversi dalle forze armate di uno Stato, riconoscendo la responsabilità di coloro che arruolano, addestrano e utilizzano fanciulli a tale scopo. L'età minima per la partecipazione ai conflitti e per l'arruolamento obbligatorio nelle forze armate viene quindi elevata a diciotto anni, con la sola eccezione per l'arruolamento volontario,

stabilendo tuttavia l'obbligo per gli Stati contraenti di predisporre specifiche misure di prevenzione e protezione. Tra gli obblighi che gli Stati contraenti si impegnano a rispettare vi è anche quello di informare adeguatamente gli adulti e i minori interessati dei principi e delle norme sanciti nel Protocollo. Le Parti sono inoltre tenute a smobilitare i giovani eventualmente arruolati in contrasto con le disposizioni del Protocollo e a provvedere al loro reinserimento nella società civile, prestando tutta l'assistenza necessaria per il loro riadattamento fisico e psicologico. È anche previsto che gli Stati contraenti attuino forme di cooperazione a livello internazionale volte a fornire assistenza tecnica e finanziaria a favore dei Paesi più bisognosi impegnati nella mobilitazione, riqualificazione e reinserimento dei giovani sotto le armi. Come per il precedente, anche il Protocollo sul coinvolgimento dei bambini nei conflitti armati stabilisce che, entro due anni dall'entrata in vigore, le Parti presentino un rapporto dettagliato al Comitato dei diritti del fanciullo contenente tutte le informazioni sui provvedimenti adottati in applicazione alle disposizioni del Protocollo. Il terzo capitolo si occupa del Comitato permanente, il quarto si occupa degli Emendamenti alla Convenzione e il quinto si occupa delle clausole finali.

2.1.3. La Convenzione di Lanzarote. Infine, la Convenzione di Lanzarote impone agli Stati di prevedere come reati tutte le forme di abuso sessuale nei confronti dei minori, compresi gli abusi commessi entro le mura domestiche o all'interno della famiglia, con l'uso di forza, costrizione o minacce. Le misure preventive enunciate nella Convenzione riguardano il reclutamento, la formazione e la sensibilizzazione delle persone che lavorano a contatto con i bambini affinché quest'ultimi ricevano informazioni sui rischi che possono correre, sui modi per proteggersi, e sulle misure e sui programmi di intervento presenti per prevenire il rischio di abuso. La Convenzione prevede inoltre dei programmi di sostegno alle vittime, invita gli Stati a prendere le misure necessarie per incoraggiare ogni persona che sospetti episodi di abuso o di sfruttamento sessuale a

riportarli ai servizi responsabili, e a creare servizi di informazione, quali linee telefoniche speciali di aiuto e siti internet per fornire consigli e assistenza ai minori. Prevede altresì che siano perseguite come reati penali certe condotte, quali le attività sessuali con un minore, la prostituzione di minori e la pornografia infantile. La convenzione penalizza inoltre l'utilizzo di nuove tecnologie, in particolare internet, allo scopo di compiere atti di corruzione o abusi sessuali sui minori, per esempio mediante il "*grooming*" (adescare il minore creando un clima di fiducia per incontrarlo a scopi sessuali), fenomeno particolarmente inquietante e in aumento, che vede coinvolti minori molestati sessualmente da adulti incontrati nelle *chat on line* o nei siti di giochi. Al fine di contrastare il turismo sessuale che coinvolge bambini, la Convenzione stabilisce poi che gli autori possano essere perseguiti per certi reati, anche se l'atto è stato commesso all'estero. Questo garantisce che i bambini vittime di abusi siano protetti durante i procedimenti giudiziari, tutelando la loro identità e la loro vita privata. Notevole importanza ricopre l'esplicitazione, nella Convenzione, della necessità di programmi di intervento e di reinserimento sociale per chi ha commesso l'abuso, anche in caso di minori; non va mai dimenticato che aiutare il minore maltrattato o abusato vuol dire anche aiutare l'adulto abusante o maltrattante (soprattutto nel caso sia un suo genitore). La Convenzione è applicabile in Italia a seguito della ratifica del Parlamento, approvata il 19 settembre 2012; rientra nell'ambito del Programma del Consiglio d'Europa "Costruire un'Europa per e con i bambini".

2.2. Normativa nazionale

In Italia la prima denuncia dell'esistenza del fenomeno del maltrattamento compare in seguito alle ricerche di Rezza e De Caro (1962) che rilevarono dati clinici riguardo la presenza di numerosi casi di violenza; tuttavia, solo a partire dagli anni 80 i grandi mezzi di comunicazione hanno iniziato ad occuparsi ampiamente dei maltrattamenti all'infanzia e più in generale della violenza intrafamiliare. Secondo Francesco Montecchi (1998), le

ragioni di questo ritardo vanno dalla chiusura della struttura familiare, alla diffusa riluttanza ad ammettere l'esistenza di un fenomeno riprovevole ed imbarazzante. Ancora più difficile risultava poi accettare che si trovassero dei bambini maltrattati non solo in famiglie in cattive condizioni socioeconomiche, o con problemi di etilismo o patologie psichiatriche, ma anche in famiglie le cui condizioni sociali, strutture coniugali e comportamenti esterni apparivano normali.

2.2.1. La Costituzione della Repubblica. La Costituzione italiana presenta un quadro abbastanza preciso dei diritti dei minori, considerati non più come esseri incapaci e indifesi da proteggere, ma come soggetti di diritti. A differenza dello Statuto Albertino, la Carta costituzionale riconosce attenzione al minore e alla sua famiglia e dà impulso ad un sistema di promozione e protezione della sua personalità. La Costituzione italiana non prevede statuti particolari per categorie deboli, ma ciò risulta essere in fin dei conti positivo perché comporta una maggiore duttilità dell'ordinamento di fronte alle sempre nuove necessità della vita, difficilmente incasellabili in specifiche categorie di diritti. In particolare, l'articolo 3 della Costituzione afferma che un compito della Repubblica è quello di rimuovere tutti gli ostacoli che impediscono il pieno sviluppo della persona umana, quindi anche il minore. L'articolo 3 riconosce, inoltre, il diritto del minore a formarsi in modo completo e a ricevere prestazioni e apporti educativi che lo mettano in grado di crescere. L'art. 30, invece, sottolinea che i genitori hanno prima un dovere e poi un diritto nell'educazione dei figli, e che questo diritto è comunque per i figli (non sui figli) e quindi è funzionale allo sviluppo della loro personalità. Il secondo comma del medesimo articolo impone allo Stato di intervenire, quando le carenze dei genitori sono tali da non garantire una adeguata crescita del minore, attraverso interventi di supporto o integrativi alla funzione genitoriale, o attraverso la loro sostituzione temporanea o permanente. L'articolo 31 impegna la Repubblica a proteggere la maternità, l'infanzia e la gioventù, inserendo l'intervento a favore del ragazzo, in un intervento più ampio, anche

nei confronti del suo nucleo familiare, per cui *favor minoris favor familiae* divengono materia di uno stesso progetto. Un intervento che non si esaurisce in un impegno di tipo riparativo ma impone anche una promozione con interventi legislativi e amministrativi e la costituzione di strutture adeguate che consentono al giovane di sviluppare la sua identità individuale e sociale (Moro, 2008). L'articolo 34, invece, assicura il diritto allo studio non solo come diritto all'istruzione, cioè come predisposizione di strutture e provvidenze scolastiche che assicurino una frequenza in istituti scolastici, ma anche come un diritto a ricevere adeguate prestazioni educative coerenti a quelle premesse di libertà, dignità e autonomia della persona dalla quale esso scaturisce (Moro, 2008). Infine, l'art. 37 si occupa del lavoro minorile, stabilendo che le condizioni di lavoro devono garantire al minore una appropriata tutela e che deve essere assicurata parità di retribuzione a parità di lavoro, rinviando alle norme di legge per la specifica disciplina di questi aspetti. Lo stesso articolo stabilisce inoltre il limite minimo di età per il lavoro salariato. Quindi, in conclusione, si può convenire sul fatto che, pur non essendoci nel testo costituzionale alcun riferimento esplicito ai minori, questi sono compresi ugualmente nella tutela costituzionale.

2.2.2. Il Codice civile. Il Codice civile, in merito al tema dell'abuso sui minori, disciplina i provvedimenti di chi ha compiuto un reato previsto dal Codice penale. A questo proposito, qualora il genitore metta in atto condotte pregiudizievoli gravi quali violare o trascurare i doveri genitoriali o abusare della propria posizione nei confronti del figlio, è prevista la decadenza della responsabilità genitoriale su esso e su altri eventuali figli, anche se non vittime di abuso. Nel caso in cui, invece, tali atti non siano così gravi da rendere necessaria la decadenza della responsabilità genitoriale, il Giudice può disporre provvedimenti quali l'allontanamento del minore dalla casa familiare. Il Codice prevede anche la disciplina degli "ordini di protezione": il soggetto che abbia tenuto una condotta pregiudizievole nei confronti di minori conviventi può essere obbligato ad allontanarsi

dalla casa familiare e gli può essere negato di avvicinarsi ai luoghi normalmente frequentati da questi. I due articoli del Codice civile che maggiormente si interessano a ciò sono il 342 *bis* e il 342 *ter* aggiunti al Codice civile con l'inserimento del Titolo IX *bis*, a norma dell'articolo 2 della legge 4 aprile 2001, n. 154, inerente agli ordini di protezione contro gli abusi familiari. Questi articoli stabiliscono che, nei casi in cui dalla condotta di un convivente derivi un grave pregiudizio all'integrità fisica o morale di un altro convivente, il giudice può adottare uno dei provvedimenti previsti. Successivamente, con la legge 6 novembre 2003, n. 304, pubblicata sulla Gazzetta Ufficiale del 12 novembre 2003, sono state apportate delle modifiche all'articolo 342 *bis* stabilendo che il giudice, su istanza di parte può adottare con decreto uno o più ordini di protezione quando la condotta del coniuge o di altro convivente è causa di grave pregiudizio all'integrità fisica e morale ovvero alla libertà dell'altro coniuge o convivente. Nel testo previgente il giudice poteva agire anche in mancanza di istanza di parte qualora il fatto costituisse reato perseguibile d'ufficio.

Sempre in ambito civile è stato istituito, con la Legge n.112 del 12 luglio 2011, anche il Garante per l'infanzia e l'adolescenza. Con l'istituzione di tale Autorità, nominata dai Presidenti della Camera dei deputati e del Senato della Repubblica, si è data piena attuazione da un lato, all'art. 31 della Costituzione (la Repubblica protegge la maternità, l'infanzia e la gioventù); dall'altro, alle Disposizioni internazionali, come la Convenzione ONU dell'89, sui diritti del Fanciullo, che negli artt. 12 e 18 fa riferimento ad Istituzioni specifiche per la cura degli interessi dei bambini e adolescenti. Il Garante per l'infanzia e adolescenza ha fra i compiti istituzionali quello di vigilare sull'applicazione della Convenzione ONU del 1989 sui diritti dei bambini. In particolare, all'art. 12 della Convenzione è garantito al bambino il diritto di esprimere liberamente la propria opinione su ogni questione che lo interessa. In virtù di tale disposizione, è riconosciuta al bambino la possibilità di essere ascoltato in ogni procedura giudiziaria e amministrativa che lo riguardi sia direttamente, sia tramite un rappresentante in maniera compatibile con le

regole di procedura della legislazione nazionale. L'art. 18 della Convenzione sui diritti dei bambini, invece, tutela il principio della responsabilità dei genitori ai fini dell'educazione del bambino e dell'obbligo di provvedere allo sviluppo del medesimo. In caso di loro assenza, tale principio viene applicato ai tutori. Tra gli altri compiti istituzionali del Garante rientrano: diffondere la conoscenza e la cultura dei diritti dell'infanzia; segnalare alle Autorità competenti casi di violazioni dei diritti dei minorenni; verificare che alle persone di minore età siano garantite pari opportunità nell'accesso ai diritti; esprimere Pareri sul piano nazionale di azione e di intervento per la tutela dei diritti e lo sviluppo dei soggetti in età evolutiva; esprimere pareri sui disegni e proposte di legge riguardanti i minorenni; segnalare al Governo, alle Regioni, agli Enti locali, interessati tutte le iniziative opportune per assicurare la piena promozione dei diritti dell'infanzia e della adolescenza. I principali mezzi di protezione giuridica volti a tutelare minori in difficoltà sono la Tutela (art. 357 Codice civile) e la Curatela (artt. 390 e 334 Codice civile): la Curatela è utilizzata per assistere il minore nel compimento di determinati atti, di solito di tipo patrimoniale, quando mancano valide figure genitoriali, la Tutela, invece, è applicabile nei casi di assenza di genitori adeguati ad esercitare le funzioni genitoriali. Il tutore è, di regola, la persona designata dal genitore che, per ultimo, ha esercitato la potestà; tale designazione può avvenire per testamento, per atto pubblico o scrittura privata autenticata. In mancanza, o se ostano gravi motivi, la scelta può cadere sugli ascendenti (nonni) o altri prossimi parenti (zii) o affini. In ogni caso deve trattarsi di persona maggiorenne di ineccepibile condotta. Se mancano parenti conosciuti o idonei, può essere investita della tutela l'Amministrazione locale o un ente di assistenza, i quali provvederanno a svolgere direttamente l'attività di rappresentanza o assistenza. Colui che è nominato non può sottrarsi alla nomina, a meno che abbia più di 65 anni, tre figli minori, sia gravemente ammalato, oppure eserciti già altra tutela. Ulteriore funzione del Garante, come detto precedentemente, è di segnalare al Governo, alle Regioni e agli Enti locali interessati, le iniziative opportune per assicurare la promozione dei diritti dell'infanzia e

della adolescenza. A tal proposito vengono segnalati: contributi e supporti alle famiglie con minori del dipartimento delle politiche sociali a mezzo i Servizi Territoriali; laboratori per l'integrazione scolastica degli alunni con disabilità della Agenzia Educativa Miur; progetti Asl di prevenzione all'uso dell'alcol e sostanze stupefacenti; laboratori per la diffusione di sani stili di vita; educazione stradale e Ambientale.

Particolarmente rilevante in ambito di tutela di minori in difficoltà è, infine, la Legge 28 agosto 1997, n. 285 "Disposizioni per la promozione di diritti e di opportunità per l'infanzia e l'adolescenza" che persegue le seguenti finalità: realizzazione di servizi di preparazione e di sostegno alla relazione genitore-figli, di contrasto della povertà e della violenza, nonché di misure alternative al ricovero dei minori in istituti educativo-assistenziali; innovazione e sperimentazione di servizi socio-educativi per la prima infanzia; realizzazione di servizi ricreativi ed educativi per il tempo libero; realizzazione di azioni positive per la promozione dei diritti dell'infanzia e dell'adolescenza, per l'esercizio dei diritti civili fondamentali, per lo sviluppo del benessere e della qualità della vita dei minori, per la valorizzazione delle caratteristiche di genere, culturali ed etniche; azioni per il sostegno economico ovvero di servizi alle famiglie naturali o affidatarie che abbiano al loro interno uno o più minori con *handicap*. Tali finalità possono essere raggiunte attraverso l'erogazione di un minimo vitale a favore di minori in stato di bisogno; facilitando l'accesso ai servizi di assistenza alla famiglia ed alla maternità di cui alla Legge 29 luglio 1975, n. 405, e successive modificazioni; azioni di sostegno al minore ed ai componenti della famiglia al fine di realizzare un'efficace azione di prevenzione delle situazioni di crisi e di rischio psico-sociale; gli affidamenti familiari sia diurni che residenziali; l'accoglienza temporanea di minori in piccole comunità educativo-riabilitative; l'attivazione di residenze per donne agli arresti domiciliari nei casi previsti dall'articolo 47- *ter*, comma 1, numero 1), della Legge 26 luglio 1975, n. 354, e successive modificazioni, alle quali possono altresì accedere i padri detenuti, qualora la madre sia deceduta o sia assolutamente impossibilitata a prestare assistenza ai figli

minori; la realizzazione di case di accoglienza per donne in difficoltà con figli minori, o in stato di gravidanza, nonché la promozione da parte di famiglie di accoglienze per genitori unici esercenti la potestà con figli minori al seguito; gli interventi di prevenzione e di assistenza nei casi di abuso o di sfruttamento sessuale, di abbandono, di maltrattamento e di violenza sui minori; i servizi di mediazione familiare e di consulenza per famiglie e minori al fine del superamento delle difficoltà relazionali; gli interventi diretti alla tutela dei diritti del bambino malato ed ospedalizzato.

2.2.3. Il Codice penale. Il Codice penale tratta vari argomenti: i reati familiari, prevedendo il reato di violazione degli obblighi di assistenza, d'abbandono del domicilio domestico e comportamento contrario all'ordine o alla morale della famiglia, di malversazione o dilapidazione dei beni del figlio minore o del coniuge, di far mancare i mezzi di sussistenza ai discendenti di età minore agli ascendenti o al coniuge; l'abuso dei mezzi di coercizione e disciplina che può essere commesso da chi è titolare di una posizione di autorità; e i reati sessuale includendo, ad esempio, gli atti sessuali con un soggetto che non ha ancora compiuto quattordici anni, o sedici nel caso in cui chi compie gli atti sia una persona che ha il compito di occuparsi del minore (genitore, convivente del genitore, tutore o chi si occupa della sua istruzione, salute), la corruzione di minore punendo chi fa assistere un minore di quattordici anni ad atti sessuali al fine di convincerlo a subirli o a compierli a sua volta e l'incesto, punendo chiunque lo metta in atto con ascendenti, discendenti, fratelli o sorelle. A proposito dei reati sessuali ai danni di un minore, fino al 1996 erano previsti solo dall'articolo 519 che, per l'appunto, puniva chi con violenza o minaccia, costringeva qualcuno a congiunzione carnale, aumentando la punizione se la vittima non aveva ancora compiuto 14 anni (16 se il colpevole ne è l'ascendente o il tutore, ovvero è un'altra persona a cui il minore è affidato per ragioni di cura, di educazione, di istruzione, di vigilanza o di custodia) o se la vittima era malata di mente o era stata tratta in inganno. Poi, nel 1996 venne attuata una radicale riforma dei

reati sessuali, in seguito a richieste pressanti derivanti dall'incremento di reati sessuali commessi soprattutto nei confronti di minori. La legge 66/96 "Norme contro la violenza sessuale" del 15 febbraio 1996 è la prima risposta significativa alla necessità di provvedimenti per contrastare il fenomeno dell'abuso sessuale. Uno dei punti cardine della riforma è lo spostamento di tale normativa all'interno del Codice penale, dai delitti contro la moralità pubblica e il buon costume a quello dei delitti contro la persona, in particolare alla sezione II del capo III del titolo XII che regola i delitti contro la libertà personale. Si definì che l'abuso sessuale poteva essere realizzato sia con comportamenti attivi, sia con condotte omissive: quindi sia attraverso il compimento di atti sessuali direttamente sul corpo del bambino, sia costringendo quest'ultimo ad assistere a rapporti sessuali. Dunque, si stabilì che erano due le tipologie di condotte punite dall'ordinamento: quelle poste in essere con costrizione (violenza, minaccia o abuso d'autorità) e quelle poste in essere con induzione (inganno o abuso delle condizioni d'inferiorità fisica o psichica). Un'altra importante novità è rappresentata dal superamento della distinzione tra violenza carnale e atti di libidine violenta, cioè atti sessuali violenti diversi dalla congiunzione carnale, ampliando così il concetto di abuso sessuale ed eliminando di conseguenza la necessità di indagini umilianti per la vittima, volte a identificare la specifica condotta compiuta dal colpevole. La scelta di adottare la terminologia generica "atti sessuali" però ha suscitato delle critiche perché comporterebbe una violazione del principio di tassatività (art. 25 Cost.), che impone invece al legislatore di delineare in maniera specifica l'azione delittuosa, in modo che ognuno sappia distinguere ciò che è lecito da ciò che non lo è. Perciò, successivamente, in una pronuncia della Corte di Cassazione del 2006, si affermò che la condotta vietata dall'art. 609 *bis* c. p. ricomprende, oltre ad ogni forma di congiunzione carnale connotata da costrizione (violenza, minaccia o abuso di autorità), sostituzione ingannevole di persona o abuso di condizioni di inferiorità fisica o psichica, qualsiasi atto che, risolvendosi in un contatto corporeo tra soggetto attivo e soggetto passivo, sia finalizzato e normalmente idoneo a porre in

pericolo la libertà sessuale del soggetto passivo. Inoltre, si stabilì che non potevano qualificarsi, pertanto, come "atti sessuali" tutti quegli atti i quali, pur essendo inerenti alla sfera sessuale, erano però inidonei (come nel caso dell'esibizionismo, del feticismo, dell'autoerotismo praticato in presenza di altri costretti ad assistervi o del "voyerismo") ad intaccare la sfera della sessualità fisica della vittima. Precisamente, la legge n. 66/1996 individua quattro reati di violenza sessuale: la violenza sessuale propriamente detta (art. 609 *bis*), gli atti sessuali con minorenne (609 *quater*), la corruzione di minorenne (609 *quinquies*) e la violenza sessuale di gruppo (609 *octies*). La riforma introduce poi una serie di aggravanti specifiche del reato di violenza sessuale (609 *ter*), in particolare relative alla minore età del soggetto passivo e introducendo i "casi di minore gravità", con riduzione fino ai due terzi della pena edittale così da rendere possibile il patteggiamento. In relazione all'individuazione dei "casi di minore gravità" nacque un grande problema interpretativo, perché né la legge n. 66/1996, né il sistema normativo nel suo complesso fornivano alcuna indicazione per poter comprendere il vero significato di tali casi, ne conseguì che è il giudice a dover valutare concretamente il caso secondo una sua valutazione soggettiva. A questo proposito la Corte di Cassazione afferma che l'attenuante del fatto di minore gravità è applicabile quando la libertà sessuale personale della vittima è stata compromessa in maniera non grave, ed implica la necessità di una valutazione globale del fatto. Un'altra innovazione è rappresentata dalla previsione della procedibilità d'ufficio generalizzata per i reati sessuali ai danni dei minori (609 *septies*, comma 4) e dal prolungamento a sei mesi del termine per la proposizione della querela (art. 609 *septies*, comma 2). Di importanza non secondaria è anche l'obbligo imposto al giudice di sottoporre a perizia l'imputato di violenza sessuale e di prostituzione minorile al fine di verificare se egli sia affetto da patologie sessualmente trasmissibili, qualora le modalità del fatto possano prospettare un rischio di trasmissione delle stesse (art. 16 della legge n. 66/96 e art. 15 della legge n. 296/98). Secondo l'art. 609 *bis*, gli atti sessuali devono essere commessi con minaccia o violenza o mediante abuso di autorità, ovvero

anche con l'induzione attraverso l'abuso d'inferiorità fisica o psichica o attraverso l'ingannevole sostituzione da parte del colpevole ad altra persona. In questo caso la minore età della persona offesa costituisce una mera circostanza aggravante della violenza sessuale. L'art. 609 *ter* distingue in relazione alle fasce d'età: rapporti sessuali con persona che non ha ancora compiuto i dieci anni d'età, per cui la pena oscilla tra i sette e quattordici anni di reclusione; rapporto sessuale con persona che non ha ancora compiuto quattordici anni d'età, per cui la pena oscilla tra i sei e dodici anni di reclusione; rapporti sessuali con persona che non ha ancora compiuto i sedici anni d'età, della quale il colpevole sia l'ascendente, il genitore anche adottivo, il tutore, per cui la pena oscilla tra i sei e dodici anni di reclusione. Le altre aggravanti previste sono: l'uso di armi o di sostanze alcoliche, narcotiche o stupefacenti o di altri strumenti o sostanze gravemente lesive della salute della persona offesa; la simulazione della qualità di pubblico ufficiale o di incaricato di pubblico servizio; l'attività sessuale svolta nei confronti di persona sottoposta a limitazione della libertà personale. L'art. 609 *quater* disciplina gli atti sessuali con minorenni, atti che il minorenne compie volontariamente, senza che sia utilizzata violenza o minaccia. La legge presume che i minori di quattordici anni, e in alcuni casi, i minori di sedici anni (quando il reato è commesso da un ascendente, genitore anche adottivo, o il di lui convivente, il tutore ovvero altra persona cui, per ragioni di cura, di educazione, di istruzione, di vigilanza o di custodia, il minore è affidato o che abbia, con quest'ultimo, una relazione di convivenza) non possano prestare validamente alcun consenso al compimento di atti sessuali; in questi casi, dunque, la violenza è presunta, senza possibilità di prova contraria e senza che rilevi l'errore sull'età del minore offeso. In altre parole, chi compie atti sessuali con un soggetto minore di quattordici anni commette reato di violenza sessuale. Se poi l'atto è commesso nei confronti di minore che non abbia compiuto dieci anni, art. 609 *ter* prevede un aumento della pena. Il legislatore ha poi contemplato anche l'ipotesi in cui rapporti sessuali possano intercorrere tra due soggetti minorenni; due sono le esigenze in contrapposizione: da un lato quella di

garantire in maniera assoluta i minori, in quanto soggetti immaturi, nella loro inviolabilità sessuale, dall'altro l'esigenza di salvaguardare anche il loro diritto alla sessualità. La soluzione di compromesso è stata raggiunta con la previsione di una particolare causa di non punibilità dei rapporti sessuali tra minorenni, a condizione che nessuno di essi abbia un'età inferiore a tredici anni e che la differenza d'età tra gli stessi non sia superiore a tre anni. L'art. 609 *quinquies* disciplina il reato di corruzione minorenne che è configurato nelle ipotesi in cui vengono compiuti atti sessuali in presenza di persona minore di quattordici anni, al fine di farla assistere a tali atti. Per esso ha previsto la pena da sei mesi a tre anni di reclusione e la procedibilità d'ufficio, ma la condotta è punibile solo se compiuta con il preciso fine di fare assistere il minore a tali atti, si tratta cioè di una fattispecie a dolo specifico, mentre non rileva penalmente se l'azione è compiuta, pur consapevolmente in presenza del minore, per un fine diverso, quale ad esempio la mera soddisfazione del piacere personale. Il reato di corruzione di minorenne è infine un reato di pericolo e non reato di danno, per cui non si richiede per la consumazione delittuosa l'effettiva corruzione del minore, ma è sufficiente l'apprezzabile possibilità di tale evento da valutarsi in relazione alle circostanze di tempo, di luogo, di modalità in cui si compie l'azione e alle condizioni personali del soggetto passivo. La Corte di Cassazione, con sentenza del 25 febbraio 1969, ha ritenuto che il reato non sussistesse quando il minore pur trovandosi nel luogo dell'attività, stesse dormendo, perché in tal caso il pericolo di corruzione non deve essere confuso con il pericolo di risveglio del minore. La Corte ha inoltre affermato che il reato sussiste tutte le volte che il minore abbia la possibilità di percepire l'atto lascivo nella sua materiale realtà, non potendo ravvisarsi un pericolo di corruzione nei casi in cui il minore sia talmente piccolo da non poter distinguere i fatti concreti che avvengono sotto i suoi occhi. L'art. 609 *octies* punisce con la reclusione da sei a dodici anni coloro che in gruppo partecipano ad atti di violenza sessuale, di cui all'art. 609 *bis*. Il reato di violenza sessuale di gruppo fino al 1996 era disciplinato dalle norme sul concorso di persone; dunque, l'agire di gruppo non era precedentemente

irrilevante, ma l'attuale disciplina impone una sanzione specifica nella misura in cui non costituisce più concorso di persone ma fattispecie di reato autonoma. L'art 609 *nonies* introduce inoltre, quale forma di tutela più ampia per il minore vittima di abuso sessuale, una serie di pene accessorie: la condanna, infatti, per uno dei reati previsti dagli artt. 609 *bis* e ss. comporta una serie di effetti, tra i quali, in particolare, la perdita della potestà genitoriale, quando la qualità di genitore è elemento costitutivo del reato, e l'interdizione perpetua dagli uffici di tutore e curatore. Infine, l'art. 609 *decies* contiene la specifica previsione dell'obbligo per il Pubblico Ministero di darne comunicazione al Tribunale per i minorenni, più propriamente alla Procura della Repubblica per i minorenni, mettendolo così in grado di intervenire tempestivamente con i provvedimenti opportuni a tutela della personalità e dei diritti del minore. Con ciò si assicura un duplice intervento, repressivo del reato e di tutela del minore vittima. Inoltre, al fine di assicurare al minore la necessaria assistenza affettiva e psicologica durante l'iter processuale, oltre alla presenza dei genitori e di altre persone idonee indicate dal minore, l'art. 609 *decies* assicura l'assistenza dei servizi minorili dell'Amministrazione della giustizia e dei servizi istituiti dagli enti locali.

Altra legge fondamentale è stata, poi, la legge 269/98 del 3 agosto 1998 "Norme contro lo sfruttamento della prostituzione, della pornografia, del turismo sessuale in danno dei minori, quali nuove forme di riduzione in schiavitù". Con questa sono stati identificati nuovi illeciti riguardo allo sfruttamento sessuale dei minori e in particolare, al fenomeno della pedofilia. Un nuovo gruppo di norme incriminatici viene così inserito nel Codice penale (art. 600 *bis* e ss.): esse rendono perseguibili, per l'appunto, reati quali l'induzione e lo sfruttamento della prostituzione del minore di 18 anni, la pornografia minorile, la detenzione di materiale pornografico, il turismo sessuale e la tratta di minori al fine di prostituzione. La legge 296/98, in collegamento con la legge sulla violenza sessuale (l. 66/96), si propone di tutelare l'integrità psicofisica dei minori, delineando un quadro punitivo di estremo rigore e prevedendo specifiche aggravanti e pene accessorie.

Comunque, la legge n. 296 è composta da 19 articoli i quali mirano a realizzare cinque finalità: rafforzare la repressione penale mediante l'introduzione nel codice di nuove fattispecie delittuose, in particolare l'art. 600 *bis* (prostituzione minorile), l'art. 600 *ter* (pornografia minorile), l'art. 600 *quater* (detenzione di materiale pornografico), l'art. 600 *quinquies* (iniziative turistiche finalizzate allo sfruttamento della prostituzione minorile); fornire all'autorità giudiziaria più efficaci strumenti processuali, infatti, la legge amplia la gamma di reati per cui è obbligatorio l'arresto in flagranza e sono ammissibili le intercettazioni, oltre a prevedersi la cosiddetta audizione protetta (modalità di audizione dei testimoni minori); attribuire alla polizia giudiziaria nuovi mezzi di contrasto nella lotta alla criminalità (acquisto simulato di materiale pornografico, apertura di siti internet di "copertura", ritardo dell'esecuzione di provvedimenti d'arresto e sequestro, "infiltrazione" di agenti nei viaggi organizzati per il turismo sessuale); tutelare i minori dai danni fisici e psichici connessi ai reati patiti (divieto di pubblicazione delle generalità della vittima e obbligo di accertamenti diagnostici sull'autore del reato al fine di prevenire l'insorgere di patologie sessualmente trasmissibili sulla vittima); attribuire alla Presidenza del Consiglio e al Ministro degli Interni importanti compiti di coordinamento (stimolando anche la cooperazione internazionale e provvedendo all'istituzione di nuovi nuclei specializzati investigativi). La legge 296/98 è molto importante anche perchè per prima ha dato una decisiva rilevanza giuridica al fenomeno del turismo sessuale (art. 600 *quinquies*), esso si concretizza nel comportamento di chi organizza o propaganda iniziative turistiche finalizzate alla fruizione di attività di prostituzione a danno dei minori o comunque comprendenti tali attività. In relazione a ciò l'art. 10 della suddetta legge, prevede una deroga al principio generale della territorialità della legge penale, per cui il turista italiano denunciato per pedofilia all'estero è perseguito anche dalla legge penale italiana oltre che da quella del paese in cui è stato commesso il fatto. Una più incisiva tutela è prevista dall'art. 16 della citata legge, recante "Comunicazioni agli utenti", che pone obblighi informativi a carico degli operatori turistici che organizzano, sia nei modi

convenzionali che per via telematica, viaggi collettivi o individuali nei paesi esteri, infatti, l'operatore turistico ha l'obbligo di inserire l'avvertenza di legge della pena della reclusione per i reati in esame, anche se commessi all'estero, nei materiali propagandistici, nei cataloghi e nei documenti di viaggio individuali. Uno dei punti qualificanti della normativa è costituito dal fatto che tutte le fattispecie di reato previste dalla nuova disciplina sono procedibili d'ufficio, il che rende non necessaria la denuncia della vittima del reato, poiché l'Autorità Giudiziaria può procedere autonomamente non appena venga informata della notizia di reato. Esaminiamo nel dettaglio le singole fattispecie di reato introdotte da questa legge. L'art. 600 *bis* disciplina il delitto di prostituzione minorile, punendo chi induce, favorisce, sfrutta un minore di 18 anni ai fini di prostituzione, e chi compie atti sessuali con minore di età compresa tra i quattordici e diciotto anni (come modificato dall'art. 1 della legge del 6 febbraio 2006, n. 38) in cambio di denaro o altra utilità economica. L'art. 600 *ter* prevede il reato di pornografia minorile, in relazione a tale norma è necessario dare una definizione del fenomeno. Il nostro Codice penale non ha mai descritto questo termine; infatti, si limita a utilizzare il termine "osceno" per indicare ciò che offende il pudore ma non descrive in nessun punto cosa sia la pedopornografia. Il Protocollo facoltativo della Convenzione ONU sui Diritti dell'infanzia la definisce come qualsiasi rappresentazione, con qualsiasi mezzo, di un bambino dedito ad attività sessuali esplicite, concrete o simulate o qualsiasi rappresentazione degli organi sessuali di un bambino a fini soprattutto sessuali. L'art. 600 *ter*, primo comma, disciplina l'ipotesi dello sfruttamento dei minori ai fini della realizzazione di esibizioni pornografiche e della produzione di materiale pornografico. La giurisprudenza ha precisato che il termine "sfruttare" deve essere inteso nel significato di utilizzare a qualsiasi fine (non necessariamente di lucro). Seguendo tale indirizzo, la legge n. 38 del 6 febbraio 2006 ha riformato l'art. 600 *ter*, sostituendo il termine "sfruttare" con la nozione "utilizzare" minori di diciotto anni ovviamente richiamando l'attenzione sull'aspetto sessuale ed in modo tale che la sua libertà psico-fisica sia

completamente o notevolmente compromessa. A sostegno dell'esigenza di una più incisiva tutela dei minori, il legislatore introduce, sempre nel primo comma dell'articolo 600 *ter*, l'ipotesi dell'induzione del minore alla partecipazione di esibizioni pornografiche; ossia l'inganno, mediante il quale l'adulto fa accettare al minore una situazione che consapevolmente non avrebbe mai accettato. Il secondo comma prevede l'ipotesi di commercio di materiale pedo-pornografico, anche in questo caso la giurisprudenza soccorre nella definizione del concetto di commercio: "attività che richiede la predisposizione di un'attività d'impresa, con adeguati strumenti di distribuzione, nella prospettiva di un'offerta del prodotto destinata a durare nel tempo". È sufficiente quindi, per la configurazione del reato, anche un solo atto di vendita, ma è necessaria l'esistenza di un'organizzazione funzionale alla diffusione del materiale pornografico. Il terzo comma individua una serie di condotte qualificabili come "diffusive", aventi ad oggetto materiale pedo-pornografico e notizie ed informazioni finalizzate all'adescamento o allo sfruttamento sessuale di minori di diciotto anni, e che si possono realizzare con qualunque mezzo, anche per via telematica. Nel caso specifico che la fattispecie avvenga attraverso l'utilizzo d'Internet perché vi sia divulgazione o distribuzione occorre, che l'agente inserisca le foto pornografiche minorili in un sito accessibile a tutti, al di fuori di un dialogo "privilegiato", o le invii ad un gruppo o lista di discussione, da cui chiunque le possa scaricare. Il quarto comma disciplina l'offerta (come modificato dall'art. 2 della legge 38/96) o la cessione di materiale pedo-pornografico, anche a titolo gratuito; per cessione si intende qualunque transazione verso terzi a titolo individuale (ciò che la distingue dal commercio, attività commerciale organizzata con riferimento all'impresa commerciale). La legge 38/06 aggiunge inoltre all'articolo 600 *ter* un quinto comma, che prevede nei casi disciplinati dal terzo e dal quarto comma un aumento della pena in misura non eccedente i due terzi ove il materiale sia d'ingente quantità. L'art 600 *quater* punisce la detenzione di materiale pedo-pornografico, per la configurazione del reato occorre che l'agente sia a conoscenza del

contenuto del materiale in suo possesso. Infine, la legge 38/06 inserisce l'art 600 *quater* 1, prevedendo il reato di pornografia virtuale, stabilisce la diminuzione di un terzo della pena quando il materiale pornografico rappresenta immagini virtuali realizzate utilizzando minori di diciotto anni o parti di esse. L'art. 600 *quinquies*, punisce le iniziative turistiche finalizzate allo sfruttamento della prostituzione minorile. La legislazione del 1998 aggiunge infine all'art. 601 c.p. (Tratta e commercio di schiavi) un secondo comma che punisce più gravemente la tratta e il commercio di minori di diciotto anni al fine d'indurli alla prostituzione.

Infine, nel 2006 è stata emanata la legge 38/06 "Disposizioni in materia di lotta contro lo sfruttamento sessuale dei bambini e la pedopornografia anche a mezzo Internet" integra e modifica la legge n. 296 del 3 agosto 1998. Essa è costituita da due capi, il primo "Disposizioni in materia di lotta contro lo sfruttamento sessuale dei bambini e la pedopornografia", il secondo "Norme contro la pedopornografia a mezzo internet". Tra le novità introdotte rivestono particolare importanza: l'ampliamento della nozione di pornografia infantile e del suo ambito; l'estensione della protezione accordata al minore sino al compimento del diciottesimo anno di età; l'interdizione perpetua dall'attività nelle scuole e negli uffici o servizi in istituzioni o strutture pubbliche o private frequentate prevalentemente da minori per le persone condannate per questo tipo di reati e l'esclusione del patteggiamento per i reati di sfruttamento sessuale; l'individuazione degli elementi costitutivi del reato di sfruttamento sessuale di minori, comuni a tutti gli Stati dell'Unione; le iniziative finalizzate ad impedire la diffusione e la commercializzazione dei prodotti pedopornografici via Internet: tra queste ha un particolare rilievo un sistema di controllo e disattivazione di mezzi informatizzati di pagamento, carte di credito ed altro. Presso la Polizia Postale e delle Comunicazioni, organo del Ministero dell'Interno per la sicurezza e regolarità dei servizi di telecomunicazione, viene inoltre costituito il Centro nazionale per il contrasto della pedopornografia sulla rete Internet, con il compito di raccogliere segnalazioni, anche provenienti dall'estero, riguardanti siti che diffondono

materiale concernente l'utilizzo sessuale dei minori avvalendosi della rete Internet e di altre reti di comunicazione. Infine, con la legge 38/06 è stata introdotta la fattispecie di pornografia virtuale, essa si configura quando il materiale pornografico rappresenta immagini virtuali realizzate utilizzando immagini di minori di diciotto anni o parti di esse, per immagini virtuali si intendono immagini realizzate con tecniche di elaborazione grafica non associate in tutto o in parte a situazioni reali, la cui qualità di rappresentazione fa apparire come vere situazioni non reali (art. 4). Tale legge colma alcune delle lacune esistenti in questa materia, ma soprattutto mira a rafforzare la tutela prestata al minore contro ogni forma di sfruttamento sessuale e la pedopornografia.

Il Codice penale si concentra molto anche sul tema dei maltrattamenti; in particolare, l'odierno articolo 572 c.p., rubricato "Maltrattamenti contro familiari e conviventi", fa sì che, chiunque maltratti una persona della famiglia, un convivente o una persona sottoposta alla sua autorità o a lui affidata per ragioni di educazione, istruzione, cura, vigilanza o custodia, o per l'esercizio di una professione o di un'arte, è punito con la reclusione da tre a sette anni. La pena è aumentata fino alla metà se il fatto è commesso in presenza o in danno di persona minore di quattordici anni, di donna in stato di gravidanza o di persona con disabilità come definita ai sensi dell'articolo 3 della legge 5 febbraio 1992, n. 104, oppure se il fatto è commesso con armi. Infine, se dal fatto deriva una lesione grave, si applica la reclusione da quattro a nove anni; se ne deriva una lesione gravissima, la reclusione da sette a quindici anni; se ne deriva la morte, la reclusione da dodici a ventiquattro anni. Questo articolo, prima di raggiungere la forma odierna, è stato sottoposte a diversi interventi di riforma. In primo luogo, con la legge n. 172 del 2012, sono state aumentate le pene previste dall'articolo 572. Ad esempio, in riferimento al comma 1, la pena base della reclusione, fissata, originariamente, da uno a cinque anni, è divenuta da due a sei anni ed è stato previsto un aumento di pena fino ad un terzo qualora il fatto sia commesso nei riguardi di un minore di quattordici anni. Invece, in riferimento al terzo comma (originario comma 2) è stato disposto l'aumento dei massimi edittali delle

circostanze aggravanti: nel caso di lesioni gravi, la reclusione massima è stata portata da otto a nove anni, per la lesione personale gravissima la pena è stata elevata a quindici anni, in luogo dei precedenti sette, mentre per l'aggravante della morte a venti anni, in luogo dei precedenti dodici. Con la legge n. 172 del 1° ottobre 2012, inoltre, l'attività commessa nei confronti di un infra-quattordicenne è divenuta una delle circostanze aggravanti nel comma 2 dell'articolo 572 c.p. Successivamente, l'articolo 1 del decreto-legge del 14 agosto del 2013 n. 93, convertito poi in legge il 15 ottobre 2013 n. 119, ha modificato il secondo comma dell'art. 572 c.p., prevedendo che la circostanza aggravante, di cui al citato comma, si configuri non più solo quando il fatto sia commesso in danno di un minore di 14 anni, ma anche quando venga commesso in danno o in presenza di un minore di 18 anni o in danno di una donna in stato di gravidanza. Tale intervento di riforma ha portato, quindi, all'introduzione di un'ulteriore aggravante che si configura quando il fatto di reato viene commesso non direttamente nei confronti del minore, ma in sua presenza, essendo esso costretto ad assistere a scene di maltrattamento, ad esempio nei confronti della madre. La legge di conversione del decreto ha poi abrogato il 2° comma (circostanza aggravante introdotta dalla l. n. 172/2012), perché ne ha spostato la collocazione, ampliandone la portata, all'interno dell'art. 61. Gli articoli 2 e 8, comma 2, della legge n. 119, del 15 ottobre 2013, hanno altresì modificato il Codice introducendo l'art. 572 c.p. nel novero dei reati per i quali è previsto che la polizia giudiziaria, a fini dell'accertamento del delitto, abbia l'obbligo di farsi affiancare da esperti psicologi e psichiatri, nominati dal P.M., per acquisire sommarie informazioni dai soggetti minori, assicurandosi che la persona offesa, particolarmente vulnerabile, in occasione della richiesta di sommarie informazioni, non abbia contatti con la persona sottoposta ad indagini e non sia chiamata più volte a rendere sommarie informazioni, salva l'assoluta necessità per le indagini. Infine, nel 2019 è intervenuta un'ulteriore modifica: la legge "Codice Rosso" n. 69 del 19 luglio, pubblicata nella Gazzetta Ufficiale n. 173 del 25 luglio 2019, che ha (tra l'altro) nuovamente riformato, a partire dal 9 agosto 2019,

l'articolo 572 c.p. Quanto al comma 1 dell'art. 572 c.p., per effetto della legge 69/2019 non è più prevista la pena della reclusione da due anni a sei, ma da tre a sette. In relazione, invece, alle circostanze del delitto di maltrattamenti, il Codice Rosso ha eliminato dall'art. 61 c.p. il riferimento al delitto di maltrattamenti e ha introdotto, dopo il primo comma dell'art. 572 c.p., il seguente comma: "La pena è aumentata fino alla metà se il fatto è commesso in presenza o in danno di persona minore, di donna in stato di gravidanza o di persona con disabilità come definita ai sensi dell'articolo 3 della legge 5 febbraio 1992, n. 104, ovvero se il fatto è commesso con armi". In conclusione, all'ultimo comma dell'art. 572 c.p., è espressamente statuito che il minore di diciotto anni che assiste ai maltrattamenti di cui al presente articolo, si considera anch'egli persona offesa con la conseguenza che può esercitare tutti i diritti e le facoltà riconosciute, ai sensi dell'art. 74 c.p.p., ed è legittimato alla costituzione della parte civile. Lo studio dell'art. 572 c.p. ai fini della rilevazione della condotta tipica ha suscitato molti dubbi derivanti dalla vaghezza del termine utilizzato dal legislatore per descrivere la condotta. Giurisprudenza e parte della dottrina ritengono che la condotta tipica del reato di cui all'articolo 572 c.p. può manifestarsi sia in forma di azione che di omissione e attraverso atti in sé già qualificabili come reato, atti non dotati di autonoma rilevanza penale, o atti appartenenti ad entrambe le categorie. Quindi, il reato può configurarsi anche quando ha come oggetto condotte che da sole non integrano alcuna fattispecie di reato. Occorre precisare che, oltre che in forma commissiva, il delitto può realizzarsi mediante omissione, come quando, ad esempio, un figlio minore è costretto in modo sistematico ad assistere a violenze fisiche e/o psicologiche, realizzate da un genitore o dal convivente del genitore nei confronti dell'altro genitore, tali da indurre nel minore gravi sofferenze morali, come il timore per la vita e l'incolumità della madre e il sentirsi necessitati a difenderla. Si identificano, altresì, come condotte omissive rilevanti, quelle esageratamente protettive nei confronti del minore, tali da limitarne il normale sviluppo come eccesso di accudienza, di protezione e di cura. Secondo la giurisprudenza, il reato di cui all'art. 572 c.p. sarebbe

configurabile anche quando sono presenti continue omissioni dei doveri di solidarietà capaci di creare o aggravare condizioni di abituale e persistente sofferenza. Pertanto, ad esempio, nei confronti di un disabile, il reato è configurabile non solo in caso di fatti commissivi lesivi della sua personalità, ma anche in ipotesi di condotte omissive quali indifferenza e trascuratezza verso i suoi bisogni affettivi ed esistenziali. Dunque, la condotta tipica è eterogenea perché si può realizzare attraverso comportamenti diversi ma finalizzati al maltrattamento del soggetto, maltrattamento che può provocare danni non solo fisici, ma anche morali e psicologici. La giurisprudenza individua, comunque, un'ampia gamma di condotte che configurano il reato di maltrattamenti in famiglia. La condotta di maltrattamenti contro familiari o conviventi può consistere, ad esempio, nella privazione del sostegno economico, nelle condotte del marito che infligge alla moglie gravi e violente aggressioni fisiche o insulti e vessazioni morali, o ancora, il continuo ed invasivo controllo da parte del marito, divorato da una patologica gelosia, nei confronti della moglie. Contrariamente, la giurisprudenza stabilisce non può invece rientrare nella fattispecie di cui all'art. 572 c.p. la costrizione del coniuge al rapporto sessuale perché tale comportamento rientra nel delitto di violenza sessuale ex art. 609-*bis* c.p. oppure quando alla collera del marito la moglie risponde con capacità reattiva. Relativamente al reato di maltrattamenti consumato nei confronti dei figli, si ritiene che integri il reato la condotta del genitore che impone al proprio figlio un regime di vita snaturato, costringendolo ad assistere ai rapporti sessuali avuti con diversi uomini o ad assumere droga, o del padre che sottomette la figlia a costanti umiliazioni tramite comportamenti di privazione o provocatori tali da scaturire una condizione di malessere. I figli, d'altronde, sono vittime anche quando sono obbligati ad essere spettatori di atti di violenza fisica o psicologica di un genitore nei confronti dell'altro. In definitiva, si può concludere affermando che «il reato di maltrattamenti (art. 572 c.p.) integra una ipotesi di reato necessariamente abituale che si caratterizza per la sussistenza di una serie di fatti, per lo più commissivi, ma anche omissivi, i quali isolatamente considerati potrebbero

anche essere non punibili (atti di infedeltà, di umiliazione generica) o non perseguibili (percosse o minacce lievi, procedibili solo a querela), idonei a cagionare nella vittima durevoli sofferenze fisiche e morali.

Oltra alle leggi 66 e 269, anche altre risultano molto importanti per la tutela del minore; fra queste rientrano le leggi 184/1983 "Diritto del minore ad una famiglia" e 328/2000, "Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali", 172/2012 (ratifica della Convenzione di Lanzarote). Per quanto riguarda la prima prevede che ogni minore abbia diritto a essere educato e a crescere nella propria famiglia, quando questo non è possibile, si deve offrire al minore la possibilità di vivere in una famiglia, anche se non è la sua famiglia naturale. Questi diritti valgono per qualsiasi minore, senza discriminazione di sesso, etnia, età, lingua e nel rispetto della cultura di appartenenza del minore. Qualora il minore non possa vivere nella propria famiglia, deve essere affidato ad un altro nucleo o a persona singola, in una comunità di tipo familiare o in un istituto di assistenza pubblico o privato. La legge prevede che il minore per il quale è accertato lo stato di abbandono (cioè è privo "di assistenza morale e materiale da parte dei genitori o dei parenti tenuti a provvedervi, purché la mancanza di assistenza non sia dovuta a causa di forza maggiore di carattere transitorio") sia dichiarato adottabile. L'adozione prevede la decadenza della responsabilità genitoriale, mentre l'affidamento può prevederne la sospensione. La seconda si pone l'obiettivo di sostenere le famiglie, nell'ambito della quotidianità e nei momenti di particolare disagio; inoltre promuove il mutuo aiuto e l'associazionismo tra famiglie. Sono previsti assegni di cura ed altri interventi a sostegno della maternità e della paternità responsabile, politiche di conciliazione tra il tempo del lavoro e il tempo della cura, servizi informativi e di sostegno alla genitorialità, prestazioni di aiuto domiciliare ed economico per le famiglie che al loro interno curano una persona che soffre di disagio fisico o psichico, e misure per il sostegno dell'affido familiare. La legge vuole inoltre agevolare l'autonomia finanziaria dei nuclei più deboli (monoparentali, con un membro non autosufficiente, coppie giovani con figli, famiglie di

recente immigrazione). La terza ha apportato modifiche alla normativa italiana riguardo ai reati di pedofilia e prostituzione minorile, ma anche al materiale riguardante la protezione dei soggetti deboli in generale, non necessariamente minori (ci si riferisce ad esempio al maltrattamento tra conviventi). Entrando nello specifico, sono stati raddoppiati i termini di prescrizione per alcuni reati di natura sessuale e non, di cui possono essere vittime sia adulti sia minori (riduzione in schiavitù, maltrattamento in famiglia o verso i fanciulli, turismo sessuale, detenzione di materiale pornografico). È stata introdotta una nuova fattispecie di reato, l'istigazione a pratiche di pedofilia e di pedopornografia. Il reato di prostituzione è stato ampliato e sono state introdotte le fattispecie di gestione, organizzazione e controllo. Per chi compie atti sessuali con minorenni in scambio di denaro è stata aumentata la pena detentiva e diminuita la pena pecuniaria. Inoltre, per costituire reato, gli atti sessuali non necessariamente devono essere stati messi in atto, ma possono essere anche stati solo promessi. Un'innovazione di particolare rilevo è rappresentata dall'introduzione di percorsi di recupero per chi abbia compiuto reati di natura sessuale. Infine, non costituisce più un attenuante il fatto che a compiere un reato di natura sessuale sia stato un minore.

Infine, il 13 dicembre 2013, in occasione del VI congresso CISMAI, gli Stati Generali sul maltrattamento all'infanzia in Italia si sono riuniti e hanno redatto un documento conclusivo che sottolinea alcuni punti. Il maltrattamento su bambini e adolescenti è un problema molto diffuso in Italia; quindi, la società deve agire con sempre maggior responsabilità per proteggerli, per fare ciò il personale educativo deve essere formato e capace a riconoscere i segni del maltrattamento in modo tempestivo. L'Italia deve provvedere anche a creare un sistema di monitoraggio e raccolta dati sul maltrattamento per cui i tagli economici ai servizi che si occupano di minori vittime di maltrattamento e abuso vanno sospesi; è necessario inoltre aumentare la formazione degli operatori, in particolare riguardo all'approccio al trauma ed al lavoro con adulti abusanti. Infine, è necessario migliorare il sistema giudiziario per evitare ulteriori traumi alle vittime, creare

strumenti giuridici capaci di proteggere i minori vittime di abusi online e affrontare in modo congiunto il problema della violenza domestica e della violenza assistita. Dunque, questo documento lancia alle istituzioni alcune sfide importanti, di tutela e protezioni dei minori, che non aspettano altro che essere accolte.

3. ASPETTI PSICOLOGICI DEL MINORE ABUSATO E DEL SOGGETTO ABUSANTE

In questo capitolo, invece, verranno trattate le conseguenze che un abuso, di qualunque tipo, comporta sul minore che lo subisce, e i meccanismi psicopatologici che stanno, invece, alla base del comportamento dell'abusante.

3.1. Reazioni emotive e comportamentali del minore abusato

Il trauma dell'abuso rappresenta per la vittima, in particolare se molto piccola, una forte frustrazione dovuta sia all'impossibilità di potersi sottrarre da tale situazione o di reagirvi efficacemente, sia alla consapevolezza di non poter ottenere sufficiente aiuto o sostegno da altri, dato che la maggior parte delle volte la situazione traumatica avviene all'interno del contesto familiare; ciò genera anche un forte senso di sfiducia, uno degli elementi clinici più comuni e importanti dei disturbi correlati ai traumi (Liotti & Farina, 2011). Le esperienze sfavorevoli, soprattutto quelle infantili, possono produrre effetti negativi, più o meno gravi, sia a breve che a lungo termine, lasciando tracce significative non solo sulla psiche, ma anche sulla salute fisica del soggetto. Tuttavia, a differenza di un soggetto adulto o di un bambino che ha già una buona capacità comunicativa di tipo verbale, osservare gli effetti, o meglio le reazioni ad un abuso, in un infante di età compresa fra 0 e 3 anni risulta molto difficile. Innanzitutto, un primo problema è che i neonati tendono spesso a piangere, talvolta semplicemente per richiamare l'attenzione, e questo può dunque portare alla non preoccupazione da parte dei genitori o dei *caregivers* di fronte alla comparsa di tale pianto. Una seconda difficoltà che si incontra è legata al fatto che i bambini compresi in questa fascia d'età non hanno ancora acquisito capacità comunicative tali da permettergli di raccontare ciò che hanno vissuto e quindi di esprimere il loro malessere verbalmente. In questi casi, diventa, dunque, importante dare molta rilevanza a tutto ciò che riguarda il comportamento e la comunicazione non verbale del bambino: il volto in particolare costituisce un canale privilegiato nella comunicazione

ad esempio delle emozioni, ma anche i gesti, i movimenti e il contatto corporeo. Per quanto riguarda le emozioni però, come spiegato dalla teoria della differenziazione di Sroufe (1979), bisogna stare piuttosto attenti poiché i bambini solamente intorno ai 9-12 mesi sono capaci di esprimere un'intenzionalità emozionale e quindi comunicare un loro reale malessere dovuto, ad esempio, ad un abuso. Infine, una terza problematica riguarda il fatto che spesso ad essere abusanti sono gli stessi familiari i quali, ovviamente, tentano di far sembrare tutto normale all'esterno, ad esempio, limitando gli abusi al solo contesto domestico e non riferendo le conseguenze a chi di dovere.

Comunque, ogni bambino ha un proprio modo di esprimere il suo dramma, ad esempio con un cambiamento improvviso, ingiustificato e soprattutto inspiegabile. Questo cambiamento può riguardare le sue funzioni biologiche più ordinarie, per cui può iniziare ad avere difficoltà a dormire in modo regolare o a rifiutare il cibo, o ancora, può cominciare ad avere strane paure. Può anche incominciare a bagnare il letto oppure ad avere dei tic mai rilevati prima. Alcuni bambini mostrano anche cambiamenti di umore, per cui passano da essere allegri e sereni a taciturni e depressi. Possono presentarsi, inoltre, segni di regressione alle fasi di sviluppo precedenti, possono dunque riprendere a ciucciarsi il dito o il ciuccio, o ad avvicinarsi alla madre ed accoccolarsi in prossimità del suo ventre; altri bambini diventano invece aggressivi con scatti di rabbia ed ira incontrollata, oppure, al contrario, troppo calmi e remissivi (Cremaschini, 2017). È importante prestare molta attenzione anche ai disegni e al gioco perché i piccoli che non esprimono a parole la loro rabbia possono avere l'impulso di disegnarla oppure raccontarla con giochi violenti sulle loro bambole e pupazzi, o, ancora, possono esprimere il loro disagio provocando dolore agli animali, soprattutto quelli domestici. In generale, i bambini nella fascia 0-3 anni che hanno subito una qualche forma di abuso, possono presentare anche: incapacità di lettura delle emozioni altrui, mancanza di fiducia negli altri, dipendenza dal *caregiver* e ritardi dello sviluppo. Questi segni sono poi spesso accompagnati anche da disturbi della condotta, impulsività, distruttività e lesionismo sia

auto che etero diretto. L'abuso comporta, poi, anche l'insorgenza di molteplici difficoltà psicologiche che si concretizzano soprattutto nello sviluppo di una bassa autostima, in modalità di attaccamento disfunzionali, nell'incapacità di regolare gli affetti, in problemi nell'accrescimento fisico, difficoltà nell'apprendimento del linguaggio e *deficit* intellettivi. Si assiste spesso, in numerosi bambini vittime di abusi, anche allo sviluppo del PTSD caratterizzato da: ricordi intrusivi del trauma che generano ansia, panico e disagio psichico, evitamento degli stimoli legati all'abuso (ad esempio amnesie), aumento dell'eccitazione, esagerate risposte di allarme, irritabilità e difficoltà nella concentrazione (APA, 2013).

La letteratura sullo sviluppo suggerisce che l'esposizione ad abusi durante le prime fasi della vita interferisce anche con il normale sviluppo della personalità (Tedesco, 2013). In particolare, in un campione longitudinale di 793 bambini, è stato scoperto che l'abuso emotivo, e in particolare quello verbale, è associato a disturbi di personalità *borderline*, narcisistici, ossessivo-compulsivi e paranoici durante la prima età adulta (Johnson et al., 2001). Il livello di gravità di queste componenti segue sette dimensioni fondamentali: la relazione con l'abusante: più stretto e significativo è il legame tra chi abusa e chi viene abusato, tanto più doloroso dovrebbe essere il trauma; l'età della vittima: più il trauma è precoce, più distruttivo può rivelarsi, ma è anche vero che più la psiche è plastica, più la ferita può rimarginarsi facilmente; le modalità con cui l'abuso è stato agito: più invasivo è stato, più dannoso si rivelerà, però più è stato subdolo, più difficile sarà per la vittima decodificarlo come abuso; la durata: più il trauma si prolunga nel tempo, peggiori saranno le conseguenze; numero elevato di abusi, ma anche un singolo gesto può avere esiti drammatici; le reazioni della vittima: più la vittima è riuscita a difendersi, a ottenere l'interruzione dell'abuso e a chiedere aiuto successivamente, meno intensi e pervasivi saranno i sensi di colpa; e infine i fattori di protezione intra ed extrafamiliari. Per cui, ad esempio, un abuso sessuale subito da parte di un genitore in un bambino in età molto precoce, che si protrae nel tempo con un coinvolgimento fisico totale, con ogni

probabilità, si rivelerà un'esperienza tra le più distruttive per la sua salute psichica. Naturalmente essendo queste dimensioni molto variabili, fare previsioni nei singoli casi è molto complesso perché sulla base delle capacità e delle risorse individuali, situazioni che potrebbero far pensare a conseguenze peggiori potrebbero rivelarsi meno gravi di altre da cui ci si aspetterebbe al contrario quadri meno compromessi (Bakacs, 2021). Alla base sembrerebbe esserci, inoltre, un meccanismo neurobiologico specifico rappresentato dal circuito della risposta allo stress e dalla produzione di cortisolo nei confronti del quale il cervello ha una vulnerabilità differente nelle diverse età della vita, per effetto di un diverso livello di maturazione delle aree cerebrali sensibili. Tali meccanismi neurobiologici, sostenuti anche da studi condotti con tecniche di risonanza magnetica funzionale, ad esempio sul ruolo del circuito prefrontale mediale e dell'amigdala nell'esperienza di emozioni negative come la paura, sia per esperienze traumatiche che non (Lanius et al., 2010), contribuiscono a spiegare i *deficit* riscontrati in ambito neuropsicologico, in particolare nelle abilità di memoria visiva e verbale, memoria di lavoro, attenzione uditiva e visiva, inibizione della risposta e discriminazione di emozioni (Hart & Rubia, 2012).

3.1.1. Post-Traumatic Stress Disorder. Il PTSD è stato riconosciuto come uno dei principali effetti a lungo termine dell'abuso infantile, dovuto al mancato superamento dell'esperienza vissuta. Solitamente dopo un trauma un soggetto comincia a sperimentare contenuti mentali indesiderati come *flashback* visivi, uditivi o olfattivi, pensieri, ricordi spaventosi o incubi ricorrenti legati all'evento; queste esperienze sono intrusive e improvvise e la persona si sente incapace di controllarli. Ciò determina una profonda sofferenza mentale e fisica (dolori al torace, capogiri, problemi gastrointestinali, cefalee), fino ad arrivare, talvolta, alla perdita della consapevolezza di sé e dell'ambiente circostante. Il soggetto sviluppa anche una forte tendenza all'evitamento per cui cercherà in ogni modo di non ritrovarsi in luoghi e situazioni che possono innescare i ricordi

dell'evento traumatico. Un'altra modalità di reazione è il *numbing* o intorpidimento emotivo, cioè sviluppare sentimenti di distacco verso gli altri e l'ambiente circostante. Altro sintomo del PTSD è poi l'ipervigilanza ovvero la tendenza a spaventarsi o sobbalzare facilmente, essere sempre tesi o spaventati, avere problemi di sonno, di concentrazione, irritabilità ed esplosioni di rabbia, ma anche comportamento spericolato o autodistruttivo. Sul piano emotivo si assiste ad un persistente stato d'animo negativo caratterizzato da rabbia, orrore, depressione, preoccupazione, paura, ansia e un'incapacità di provare emozioni positive (APA, 2013). Il PTSD dopo un abuso ovviamente non è inevitabile, infatti, il suo sviluppo è influenzato anche da alcune variabili personali come il temperamento, l'attaccamento, la vulnerabilità allo stress, la difficoltà a regolare le emozioni negative, la presenza di altre difficoltà psicologiche e l'esposizione ad altri eventi traumatici in passato. Il DSM-5 inserisce il PTSD in una nuova categoria denominata "Disturbi correlati a eventi traumatici e stressanti", apportando anche qualche modifica ai criteri del volume precedente: definisce l'evento traumatico in modo più preciso, viene eliminato l'aspetto della reazione soggettiva all'evento (paura intensa, sentimenti di impotenza o di orrore), viene poi aggiunto un ulteriore elemento, prima contenuto nel *cluster* relativo all'evitamento ossia alterazioni negative di pensieri ed emozioni (intorpidimento e stati emotivi negativi persistenti), infine l'ultimo *cluster* riguardante l'aumento dell'*arousal* ora comprende anche comportamento irritabile o esplosioni di rabbia e comportamento spericolato o autodistruttivo. Il DSM-5 ha introdotto anche un ulteriore elemento cioè un sottotipo di PTSD dedicato ai soggetti con età inferiore ai 6 anni, per sottolineare come esso abbia valenze differenti in base all'età in cui sorge. I criteri diagnostici sono simili a quelli dell'adulto, ma presentano un elemento di novità dato dal criterio relativo al disagio e alla compromissione che la sindrome crea nel rapporto con i genitori, i fratelli, i coetanei, i *caregivers* e in ambiente scolastico, considerate queste come le uniche forme di relazione che il minore può avere durante questo periodo della sua vita. I criteri diagnostici in questo caso sono:

A. Nei bambini sotto i 6 anni, esposizione a morte reale o minaccia di morte, grave lesione, oppure violenza sessuale in uno (o più) dei seguenti modi:

1. Fare esperienza diretta dell'evento/i traumatico/i.

2. Assistere direttamente a un evento/i traumatico/i accaduto ad altri, in particolare ai *caregiver* primari. L'essere testimoni non include eventi ai quali si assiste attraverso media elettronici, televisione, film, o immagini.

3. Venire a conoscenza di un evento/i traumatico/i accaduto a un membro della famiglia oppure a una figura di accudimento.

B. Presenza di uno (o più) dei seguenti sintomi intrusivi associati all'evento/i traumatico/i, che hanno inizio successivamente all'evento/i traumatico/i:

1. Ricorrenti, involontari e intrusivi ricordi spiacevoli dell'evento/i traumatico/i. Ricordi spontanei e intrusivi non appaiono necessariamente come spiacevoli e possono essere espressi come gioco riattualizzante.

2. Ricorrenti sogni spiacevoli in cui il contenuto e/o le emozioni del sogno sono collegati all'evento/i traumatico/i. Può essere possibile accertare che il contenuto terrorizzante sia collegato con l'evento traumatico.

3. Reazioni dissociative (*flashback*) in cui il bambino sente o agisce come se l'evento/i traumatico/i si stesse ripresentando. Tali reazioni possono verificarsi lungo un *continuum*, in cui l'espressione estrema è la completa perdita di consapevolezza dell'ambiente circostante. La riattualizzazione specifica del trauma può verificarsi nel gioco.

4. Intensa o prolungata sofferenza psicologica all'esposizione a fattori scatenanti interni o esterni che simboleggiano o somigliano a qualche aspetto dell'evento/i traumatico/i.

5. Marcate reazioni fisiologiche in risposta a fattori che ricordano l'evento/i traumatico/i.

C. Uno (o più) dei seguenti sintomi, che rappresentano persistente evitamento degli stimoli associati all'evento/i traumatico/i o alterazioni negative di pensieri ed emozioni associati all'evento/i traumatico/i, devono essere presenti, iniziati o peggiorati dopo

l'evento/i traumatico/i:

1. Evitamento o tentativi di evitamento di attività, luoghi o fattori fisici che suscitano ricordi dell'evento/i traumatico/i.

2. Evitamento o tentativi di evitamento di persone, conversazioni o situazioni interpersonali che suscitano ricordi dell'evento/i traumatico/i.

3. Sostanziale aumento della frequenza di stati emotivi negativi (paura, colpa, tristezza, vergogna, confusione).

4. Marcata diminuzione di interesse o partecipazione ad attività significative, inclusa la limitazione del gioco.

5. Comportamento socialmente ritirato.

6. Persistente riduzione dell'espressione di emozioni positive.

D. Alterazione dell'*arousal* e della reattività associate all'evento/i traumatico/i, iniziate o peggiorate dopo l'evento/i traumatico/i, come evidenziato da due (o più) dei seguenti criteri:

1. Comportamento irritabile ed esplosioni di rabbia (con minima o nessuna provocazione) tipicamente espressi nella forma di aggressione verbale o fisica nei confronti di persone o oggetti (compresi estremi accessi di collera).

2. Ipervigilanza.

3. Esagerata risposta di allarme.

4. Problemi di concentrazione.

5. Difficoltà relative al sonno (per es., difficoltà nell'addormentarsi o nel rimanere addormentati, oppure sonno non ristoratore).

E. La durata delle alterazioni è superiore a 1 mese.

F. L'alterazione provoca disagio clinicamente significativo o compromissione nella relazione con genitori, fratelli, coetanei o altri *caregiver*, oppure nel comportamento scolastico.

G. L'alterazione non è attribuibile agli effetti fisiologici di una sostanza (farmaci, alcol) o a un'altra condizione medica.

Oltre a tutto ciò è importante specificare se il disturbo è acuto cioè se la durata dei sintomi è inferiore a 3 mesi o cronico cioè se la durata dei sintomi è 3 mesi o più, e se presenta sintomi dissociativi quali depersonalizzazione caratterizzata da persistenti o ricorrenti esperienze di distacco dai propri processi mentali o dal proprio corpo (sensazione di essere in un sogno, sensazione di irrealtà di sé stessi o del proprio corpo o del lento scorrere del tempo), o derealizzazione caratterizzata da persistenti o ricorrenti esperienze di irrealtà dell'ambiente circostante (il mondo intorno all'individuo viene da lui vissuto come irreale, onirico, distante o distorto). Per utilizzare questo sottotipo, i sintomi dissociativi non devono essere attribuibili agli effetti fisiologici di una sostanza o a un'altra condizione medica (crisi epilettiche parziali complesse). Infine, è rilevante specificare se presenta espressione ritardata cioè se i criteri diagnostici non sono soddisfatti a pieno entro sei mesi dall'evento (ancorché l'insorgenza e l'espressione di alcuni sintomi possano essere immediate).

Nel fare diagnosi di PTSD bisogna prestare attenzione anche alle possibili diagnosi differenziali presenti nel DSM-5. Ad esempio, il PTSD si differenzia dall'*Acute Stress Disorder* (ASD) poiché quest'ultimo dura da un minimo di 2 giorni ad un massimo di 4 settimane e presenta più sintomi dissociativi; dall'*Obsessive-Compulsive Disorder* (OCD) in cui vi sono ricorrenti pensieri intrusivi, ma questi soddisfano la definizione di ossessione e inoltre i pensieri intrusivi non sono collegati con un evento traumatico vissuto; dal Disturbo psicotico breve perché qui sono presenti anche deliri, allucinazioni, eloquio disorganizzato e la durata è di almeno 1 giorno ma meno di 1 mese con successivo pieno ritorno al livello di funzionamento premorboso, e infine dai Disturbi dell'Adattamento caratterizzati dallo sviluppo di sintomi solitamente transitori, emotivi o comportamentali, che devono svilupparsi entro 3 mesi dall'esposizione all'evento stressante e devono risolversi entro 6 mesi dalla cessazione del fattore o delle sue

conseguenze.

Il PTSD, come ogni altro disturbo psichico, non va mai sottovalutato, ma sottoposto a specifico trattamento. Tuttavia, molti dei trattamenti tipici (esposizione immaginativa o in vivo, psicoterapia sensomotoria, *mindfulness, trauma sensitive yoga*) sono difficili da attuare con bambini molto piccoli e quindi in questi casi risultano più utili e talvolta anche più efficaci la terapia Cognitivo-Comportamentale focalizzata sul trauma (Cohen et al., 1996) e la desensibilizzazione e rielaborazione del movimento oculare (EMDR) (Shapiro, 2001) che verranno trattate in dettaglio nel capitolo successivo. Talvolta è necessario anche servirsi di alcuni farmaci specifici, ma solo nei casi più gravi. I farmaci più utilizzati sono gli inibitori della ricaptazione della serotonina, come la fluvoxamina, la sertralina o la paroxetina, oppure gli inibitori della ricaptazione della norepinefrina, come la venlafaxina, che si sono rilevati efficaci nel ridurre i sintomi post-traumatici e sono considerati come i trattamenti farmacologici di prima scelta (Jitender, 2014). Per quanto riguarda le benzodiazepine, si è visto che il clonazepam agisce bene sul sonno, sugli incubi, sul panico e sui *flashback*; mentre per quanto riguarda gli stabilizzatori dell'umore, come il litio, questi sono efficaci nel ridurre l'irritabilità, il discontrollo degli impulsi e i fenomeni di ripresentazione dell'evento traumatico (Lax & Clerici, 2012). Comunque, bisogna considerare i farmaci più come un'occasione per alimentare la *compliance* del paziente e non come un trattamento a sé stante, infatti solo molto raramente i farmaci da soli hanno favorito una completa remissione dei sintomi, è quindi indispensabile associare sempre una psicoterapia.

3.1.2. Implicazioni sull'attaccamento. Innanzitutto, l'attaccamento è un insieme di comportamenti messi in atto dal bambino nel tentativo di costruire una relazione solida con un soggetto adulto che si prende cura di lui. Questa teoria è stata elaborata da John Bowlby (1989) secondo il quale il bambino, sin dalla nascita, mostra la tendenza a voler creare un forte legame di attaccamento con chi meglio si prende cura di lui (solitamente

la madre); lo scopo di questo legame sarebbe quello di sopravvivere e favorire il suo corretto sviluppo psico-sociale. Successivamente allo sviluppo di questa teoria, una collaboratrice di Bowlby, Mary Ainsworth, propose una particolare condizione sperimentale chiamata "*Strange situation*" (Ainsworth & Wittig, 1969) con la quale individuò le diverse tipologie di attaccamento: sicuro, insicuro-evitante, insicuro-ambivalente e disorganizzato (quest'ultimo introdotto successivamente nel 1990 da Main e Solomon). Sono stati eseguiti studi con l'obiettivo di osservare una possibile correlazione tra l'aver subito un abuso e l'aver sviluppato poi forme di attaccamento insicuro ed è stata rilevata una prevalenza di attaccamenti insicuri (ansioso-evitante o ansioso-resistente) nei due terzi dei bambini maltrattati (Zeanah & Gleason, 2015).

In particolare, l'attaccamento disorganizzato sembrerebbe spesso associato a contesti caratterizzati dall'abuso e soprattutto ad uno specifico *pattern* comportamentale del genitore nel quale egli presenta contemporaneamente comportamenti indifferenti, iperstimolanti e ipostimolanti che, ovviamente, non possono far altro che determinare comportamenti incoerenti anche nel bambino; questi genitori tendono anche ad avere poche aspettative nei confronti del piccolo, mostrano una scarsa responsività nei confronti dei loro segnali e non riescono a contenerne il *distress* emozionale, infine mancano di modalità adeguate di accudimento, elemento associato a numerosi fattori di stress. In una ricerca longitudinale del 2012, Shi e collaboratori hanno esplorato l'influenza del ritiro materno nello sviluppo del bambino. Il ritiro materno è caratterizzato da comportamenti interattivi silenziosi, incapacità di accogliere le iniziative del bambino e uso eccessivo di oggetti per calmarlo, trasmettendo al bambino la riluttanza del genitore a partecipare con lui in una relazione basata sulla vicinanza fisica e sul coinvolgimento emozionale. Questo tipo di esperienze è risultato predittivo di stili di attaccamento insicuri o disorganizzati (Shi et al., 2012). L'attaccamento disorganizzato (AD) è caratterizzata dal crollo delle strategie di attenzione e comportamento durante la *Strange Situation Procedure* (SSP): il bambino mostra movimenti di avvicinamento al *caregiver* seguiti in maniera

abnormemente veloce e apparentemente immotivata da movimenti di allontanamento, o addirittura avvicinamento e allontanamento simultanei, come se la condotta fosse guidata da due centri di iniziativa e significato diversi. Altre volte l'AD si manifesta con condotte che suggeriscono invece l'alienazione: il bambino può apparire estraniato, restare improvvisamente immobile e con lo sguardo assente, o irrigidirsi come nel *freezing* tipico del sistema di difesa. Quanto alle caratteristiche della relazione col *caregiver* che determinano il crollo di ogni coerente strategia attentiva e comportamentale nel bambino (più facilmente in presenza di alcuni assetti genetici), è stato ipotizzato che siano incentrate sull'esperienza emotiva della paura impotente. Il *caregiver* può provocare paura nel bambino attraverso atteggiamenti apertamente aggressivi conseguenti in genere a memorie traumatiche irrisolte; oppure, la paura può essere indotta per una sorta di contagio emotivo. Come nei traumi, nell'AD il funzionamento motivazionale di base coniuga in maniera conflittuale motivazioni di difesa e di attaccamento. Osservazioni teorico-cliniche (Liotti, 2004) sostengono quest'ipotesi, inducendo a considerare l'AD nei primi due anni di vita come un fattore di rischio, attivo poi in tutto l'arco della vita, non solo per il PTSD ma in genere per tutte le patologie correlate a traumi e dissociazione. Inoltre, la prospettiva di Schore (2009a), che vede nelle condizioni relazionali in cui si sviluppa l'AD un autentico trauma, porta a studiare l'AD come il primo dei traumi cumulativi che conducono al PTSD, traumi che avvengono di regola in un contesto familiare oppure in un contesto composto da *caregivers* così vulnerabili emotivamente e così impotenti da non riuscire a proteggere un figlio dai ripetuti traumi a opera di persone esterne alla famiglia. Esistono dati empirici a sostegno dell'ipotesi che l'AD nel primo anno di vita costituisca un fattore di vulnerabilità alla stessa ampia gamma di disturbi psicopatologici a cui conduce lo sviluppo traumatico conseguente a traumi intrafamiliari (Dozier & Rutter, 2008). Alcuni dati di ricerca suggeriscono, poi, che l'AD precoce abbia fra le sue conseguenze, nel corso del successivo sviluppo della personalità, difficoltà nelle relazioni interpersonali (Crugnola, 2017), una deficitaria capacità di regolare le emozioni

di stress (Lionetti & Barone, 2011) e un più generale ostacolo allo sviluppo oppure all'esercizio delle capacità metacognitive e di mentalizzazione (Baldoni, 2015).

Nonostante l'importanza clinica evidente di queste conseguenze dell'AD, il dato di ricerca più interessante riguarda una specifica influenza sugli equilibri motivazionali e interpersonali successivi: lo sviluppo, intorno ai tre anni di età, delle cosiddette strategie controllanti (Lyons-Ruth & Jacobvitz, 2008). La grande maggioranza (almeno l'80%) dei bambini apparsi disorganizzati nella SSP, tra il terzo e il sesto anno di età mostra verso il *caregiver* un comportamento controllante volto a mantenere coercitivamente l'attenzione del *caregiver* attraverso strategie punitive (cioè di critica e di opposizione) oppure accudenti (cioè di attaccamento invertito). Nella strategia controllante punitiva, i bambini cercano mettono in atto atteggiamenti ostili, dominanti o umilianti. Nella strategia controllante accudente, invece, il bambino mostra condotte apertamente consolatorie e protettive nei confronti del genitore vulnerabile e sofferente, producendo così un'indebita e paradossale inversione dei ruoli dell'attaccamento: il sistema di accudimento si risveglia nel bambino (al posto di quello di attaccamento) durante le interazioni col genitore, che invece è motivato durante le interazioni col figlio dal proprio sistema di attaccamento. Dunque, riassumendo, i contesti relazionali traumatici influenzano lo sviluppo delle competenze interpersonali causando tipicamente gravi difficoltà a riporre fiducia negli altri, oscillazioni fra ricerca di vicinanza protettiva e paura dell'intimità affettiva, e comportamenti inappropriati di controllo della relazione, fino all'uso della violenza. Da un lato, le relazioni affettive divengono instabili a causa della drammaticità dello scambio emotivo, in maniera simile a quella tipicamente riscontrata nel disturbo *borderline* di personalità; dall'altro, al contrario, sono affettivamente appiattite dal continuo sforzo di compiacere l'altro, verso il quale si sviluppa una patologica dipendenza, come tipicamente si osserva anche nei pazienti con disturbo di personalità dipendente. Altre volte ancora, spicca un evitamento dell'intimità affettiva che ricorda il disturbo di personalità evitante. Inoltre, la difficoltà se non l'impossibilità a sfuggire alle esperienze

traumatiche, provocate da coloro che in altri momenti hanno fornito se non conforto e calore affettivo almeno cura (altrimenti il paziente maltrattato in famiglia non sarebbe sopravvissuto), causa in questi pazienti, oltre a tutto ciò, una serie di credenze patogene come la convinzione che sia impossibile perseguire sia mete di autonomia sia mete di vicinanza affettiva.

3.1.3. Implicazioni a livello neurobiologico. Le conseguenze neuroanatomiche atipiche sono legate ad un particolare processo fisiologico, conosciuto come processo infiammatorio che si manifesta con una risposta attivata dal sistema immunitario sulla base di cause interne (un'allergia, un'intossicazione o una irritazione) o esterne all'organismo (forti situazioni di stress) (Medzhitov, 2008). Ad esempio, lo stress cronico indotto da relazioni interpersonali che causano traumi ripetuti e ravvicinati, provoca una risposta neuroendocrina capace di causare danni microanatomici cerebrali, in particolare a carico delle ramificazioni dendritiche dell'ippocampo (struttura della corteccia cerebrale preposta all'integrazione delle informazioni nella memoria). Questi danni fanno riferimento alla neurotossicità che noradrenalina e glucocorticoidi, entrambi normalmente privi di effetti neurotossici quando sono prodotti in sequenza nella risposta allo stress, potrebbero esercitare sulle connessioni sinaptiche quando vengono invece secreti simultaneamente per effetto della ripetizione ravvicinata dei traumi (Cena, 2014). Più precisamente, l'attivazione cronica di corticosteroidi e lo stato iperadrenergico, indotti da costanti stati di allarme durante lo sviluppo, provocano l'inibizione della neurogenesi e della differenziazione delle cellule nervose (inibendo i fattori di crescita nervosa come il BDNF), ostacolano lo sviluppo dendritico e la formazione di sinapsi, attivano azioni di potatura (*pruning*) delle connessioni nervose esistenti e inducono fenomeni di morte cellulare (Wagner et al., 2010). Ciò causerebbe la riduzione del volume dell'ippocampo osservata in numerosi studi nei pazienti con storie infantili di traumi gravi e ripetuti (Vermetten et al., 2006).

La risposta allo stress cronico si manifesta a diversi livelli dell'organizzazione cerebrale: alterazioni della neurotrasmissione, riduzione di volume e funzionalità di strutture cruciali per la memoria autobiografica (l'ippocampo), e organizzazione abnorme delle reti neurali implicate nell'integrazione delle esperienze relazionali (come il giro del cingolo dove sono probabilmente mappate le disposizioni innate alla relazione) e nella regolazione degli stati emotivi (corteccia prefrontale e vie di connessione tra questa e le strutture limbiche). Ne può, inoltre, conseguire una ridotta specializzazione funzionale degli emisferi cerebrali (Mead et al., 2010), e un'alterazione della capacità di *networking*, ovvero di lavoro integrato e connettività tra le strutture corticali superiori e le strutture inferiori limbiche e tronco-encefaliche (Lanius et al., 2010). Studi neurobiologici hanno dimostrato, in pazienti con sviluppo traumatico, l'alterazione del controllo esercitato dalla corteccia frontale e prefrontale sulle strutture limbiche che mediano le emozioni (Dell'Osso et al., 2010). Uno altro studio ha dimostrato che nei disturbi post traumatici il metabolismo si altera, vi possono essere aritmie, bradicardie o tachicardie prolungate, problemi cardiovascolari, maggior rischio di sviluppare diabete o cancro, e disregolazione nel funzionamento del sistema limbico che può deteriorare la memoria (Williamson et al., 2014). A proposito di quest'ultima, è noto che il consolidamento delle memorie a lungo termine avviene mediante un trasferimento graduale di informazioni che va da un'iniziale connessione cortico-ippocampale ad una più stabile traccia neuronale cortico-corticale, questo processo sembra essere molto influenzato dagli ormoni e dai neurotrasmettitori dello stress (come il cortisolo e la norepinefrina), che in caso di stress cronico vanno a complicare i processi iniziali del sistema cortico-ippocampale (Van Marle, 2015). Esisterebbe, inoltre, a seguito di traumi, una diversa risposta cerebrale a stimoli che attivano il sistema di attaccamento che comporta un simultaneo e conflittuale risveglio della tendenza a cercare vicinanza protettiva a una fonte di conforto (sistema di attaccamento) e della tendenza a fuggire dalla stessa fonte, che appare anche simultaneamente minacciosa (sistema di difesa).

Altre indagini di neuroradiologia funzionale, hanno dimostrato che l'abuso infantile, soprattutto nel periodo precoce della vita, può causare modifiche anatomo-funzionali in corrispondenza di alcune specifiche aree cerebrali, quali corteccia prefrontale, ippocampo, amigdala, corpo calloso, insula e lobi parieto-temporali; in pratica in questi contesti tutto diventa mente traumatizzata (Siegel, 2017). Per quanto riguarda la prefrontale, rispetto ai soggetti sani, i bambini con PTSD correlato all'abuso hanno volumi cerebrali più piccoli e maggiori quantità di liquido cerebrospinale (Dannlowski et al., 2012); altri studi, all'opposto, hanno segnalato un volume aumentato (Carrion et. al., 2010). Tali discrepanze dipendono dal fatto che gli studi sono stati condotti tramite l'utilizzo di tecniche di neuroimaging diverse fra loro, così come molto diversa era l'età dei soggetti presi in considerazione per le indagini (McCory et al., 2010). Inoltre, non è da escludere che vi siano circoscritte e specifiche finestre di vulnerabilità durante lo sviluppo che si prestano a dimostrare in modo più o meno evidente i danni derivanti dalle esperienze di maltrattamento, ad esempio, l'ippocampo mostrerebbe i massimi segni derivanti dall'abuso nella fascia d'età 5-6 anni, mentre la corteccia prefrontale nella fascia d'età 14-16 anni e quindi le alterazioni sarebbero visibili soltanto a partire da un periodo di vita più avanzato (Andersen et. al., 2008). Sull'ippocampo uno studio (Pagani, 2016) ha trovato prove di riduzione del volume in un campione di PTSD infantile a 12-18 mesi dopo la valutazione basale. Al contrario, un altro studio (McCrory et al., 2011) ha riportato un aumento del volume bilaterale dell'ippocampo in un ampio campione di bambini con PTSD correlato all'abuso: gli autori suggeriscono che questo aumento del volume dell'ippocampo potrebbe essere dovuto alla possibilità che, subito dopo il trauma, l'ippocampo subisca un improvviso scatto di crescita per poi ridursi nella prima età adulta quando l'ippocampo completa il suo processo di maturazione. Inoltre, sembra esserci una correlazione significativa tra il volume dell'ippocampo e l'insorgenza o la durata dell'abuso. Sull'amigdala, che svolge un ruolo chiave nell'elaborazione emotiva, nella valutazione delle informazioni minacciose (Hill et al., 2011), nella regolazione

comportamentale, nel condizionamento della paura e nella memoria emotiva (Dolan, 2007), ci sono prove contrastanti di anomalie strutturali nei bambini abusati: Carrion et al. (2001) hanno trovato una riduzione del 5,1% del volume dell'amigdala nei bambini con PTSD correlato al maltrattamento rispetto ai controlli. Al contrario, recenti studi condotti con tecniche di risonanza magnetica su un campione di bambini e adolescenti che hanno vissuto l'esperienza dell'istituzionalizzazione all'interno degli orfanotrofi entro i primi due anni della loro vita, hanno dimostrato un volume dell'amigdala superiore rispetto alla norma (Tottenham et al., 2010). Infine, una metanalisi su bambini con PTSD correlato al maltrattamento non ha trovato differenze significative nel volume dell'amigdala tra bambini maltrattati e non (Woon & Hedges, 2008). Sul corpo calloso che collega gli emisferi cerebrali sinistro e destro e che ricopre un ruolo fondamentale per quanto concerne il controllo su tutta un'altra serie di processi, fra cui lo stato di attivazione, le emozioni e le funzioni cognitive alte, sono state individuate diminuzioni del volume e dell'integrità della sostanza bianca in bambini e adolescenti maltrattati (Mehta et al., 2009). Tramite studi di rappresentazione del tensore di diffusione, è stato dimostrato che nei bambini che hanno vissuto esperienze precoci e prolungate di istituzionalizzazione negli orfanotrofi, i tratti di materia bianca all'interno del cervello erano meno connessi fra loro rispetto a quelli dei coetanei, soprattutto nella regione frontale e temporale della materia bianca (Govindan, 2010). L'abuso fisico è stato anche associato a riduzioni dell'insula normalmente implicata nella consapevolezza del proprio corpo (compresa la consapevolezza enterocettiva), nella percezione del dolore, nel controllo motorio, nell'omeostasi, e nella percezione empatica; per questa associazione è stato ipotizzato che l'abuso fisico può contribuire a determinare alterazioni in tali esperienze, così come sintomi dissociativi, tipicamente osservati nelle persone che sono state esposte ad abusi fisici infantili (Edmiston et al., 2011). Inoltre, sono state trovate differenze strutturali a livello dell'insula fra donne e uomini che hanno subito un trauma e successivamente hanno sviluppato disturbi quali il PTSD (Pino, 2017): il volume

e la superficie dell'insula, in particolare a livello del solco anteriore circolare, sono maggiormente ridotti in ragazze che hanno subito traumi durante l'infanzia rispetto a ragazzi che hanno subito gli stessi avvenimenti. Prove a favore di questo dismorfismo derivano anche da studi di *neuroimaging* in cui si è osservato che le ragazze hanno un più rapido declino del volume e della superficie dell'insula rispetto ai ragazzi (Wierenga et al., 2014), probabilmente perché lo stress legato ai traumi contribuisce ad accelerare l'invecchiamento corticale nelle ragazze. Infine, per quanto riguarda i lobi parieto-temporali, un altro studio ha trovato volumi più piccoli nei bambini abusati fisicamente.

In conclusione, l'abuso, dunque, risulta essere un elemento che oltre alle eventuali conseguenze fisiche, comporta anche numerosi effetti a livello neurobiologico.

3.2. Aspetti emotivi e comportamentali dell'abusante

Passando alle caratteristiche dell'abusante, in molti casi, chi abusa soffre di un particolare disturbo della personalità chiamato Disturbo narcisistico della personalità (APA, 2013). Il narcisista, in questi contesti, fa tutto ciò che è in suo potere per non rischiare di essere scoperto per come è realmente, non farlo significherebbe riconoscere la responsabilità per le sue azioni e i suoi comportamenti e quindi ammettere di avere difetti e non essere perfetto come ha sempre sostenuto. Dunque, per mantenere il suo sistema di credenze precario, spesso capovolge i ruoli: il narcisista diventa l'abusato e la vittima l'abusante (Tudor, 2016). Secondo il DSM-5, un soggetto affetto da Disturbo narcisistico della personalità presenta forti manie di grandiosità, forte necessità di ammirazione e mancanza di empatia, queste compaiono entro la prima età adulta e sono presenti in una varietà di contesti. Per quanto riguarda l'eziologia del disturbo, poca ricerca è stata fatta sui fattori biologici che contribuiscono al suo sviluppo, anche se sembra che vi sia una componente ereditaria significativa. Altre teorie, invece, ipotizzano che si tratti di soggetti i cui *caregivers* non hanno utilizzato un trattamento appropriato per il loro bambino, per esempio, essendo eccessivamente critici o lodevoli, o indulgendo verso quest'ultimo. In

altrettanti casi, chi abusa soffre del cosiddetto Disturbo Antisociale di Personalità (APA, 2013). Chi rientra all'interno di questa categoria diagnostica viene gergalmente chiamato sociopatico in riferimento ad una persona che presenta difficoltà nella regolazione dei propri comportamenti in termini etici e morali, deficit di empatia con una marcata difficoltà nei processi di *perspective-taking* e cioè nell'assunzione della prospettiva dell'altro, cinismo e disprezzo verso i sentimenti e le emozioni altrui, scarsa considerazione dei bisogni e dei sentimenti dell'altro, e assenza di senso di colpa e rimorso a seguito delle proprie azioni; dunque, tutti tratti tipici di una persona che non si pone alcun problema nel perpetuare un abuso nei confronti di un'altra, anche quando quest'ultima ha un'età molto ridotta.

Gli abusanti spesso soffrono anche di disturbi dell'umore e probabilmente è questo il motivo per cui sono così inclini a irascibilità e rabbia. Sia la depressione che la mania possono determinare un'*escalation* improvvisa e rapida di aggressività, o altre manifestazioni patologiche quali la paranoia psicotica e il PTSD, in cui si assiste ad un nervosismo cronico. Molto presenti sono poi il Disturbo del controllo degli impulsi (APA, 2013) caratterizzato da un'incapacità del soggetto a tenere sotto controllo comportamenti ribelli, e la dipendenza da sostanze, quali alcool o cocaina, che possono aggravare fortemente questi comportamenti. Da un punto di vista endocrinologico, alcune ricerche hanno inoltre sottolineato che il testosterone sembra essere coinvolto, a volte, nel peggiorare i comportamenti violenti, antisociali e aggressivi, e nell'influenzare negativamente l'empatia (Batrinos, 2012), e questo potrebbe spiegare dunque il perché la maggioranza degli abusanti sia un uomo. Inoltre, anche l'ambiente e il comportamento appreso contribuiscono alla messa in atto dell'abuso: spesso gli abusanti sono stati vittime o testimoni diretti di comportamenti simili all'interno del proprio nucleo familiare, e inevitabilmente imitano i loro modelli originari (padre e/o madre). Per di più, non è raro che nelle dinamiche familiari di tipo abusante e incestuoso si inneschi l'identificazione con l'aggressore, ossia l'aggressione viene vissuta dunque come modello da imitare nelle

successive relazioni, come il modo migliore per sopravvivere per non soccombere nuovamente e ritornare ad essere vittima. Vi è anche un ulteriore aspetto da considerare in questi soggetti: di solito l'abuso è diretto verso persone che vengono considerate più deboli e vulnerabili, come magari una ragazza con una corporatura esile, più giovane, meno istruita e finanziariamente meno indipendente; infatti, vi è una modalità pervasiva di manipolazione e controllo da parte dell'abusante in cui gli agiti di violenza fanno parte di *pattern* più estesi di dominanza e paralizzazione emotiva con l'intento di rendere le vittime meno indipendenti e quindi ancora più deboli (Bancroft, 2015).

Queste caratteristiche figurano su quello che è il piano psicologico degli abusanti in generale, ovviamente, però, a seconda del tipo di abuso perpetuato, possono esserci delle componenti sottostanti differenti come nel caso dei *sex offender* e più nel dettaglio dei *child sex offender*, dato che l'interesse maggiore di questo testo ricade su soggetti molto piccoli d'età. Per pedofilia si fa riferimento all'attrazione sessuale da parte di soggetti adulti nei confronti di bambini; dunque, il *child sex offender* è colui che pratica, o vorrebbe praticare, atti sessuali con soggetti che non hanno ancora raggiunto la maggiore età. Sono soggetti che molto probabilmente hanno subito a loro volta questa tipologia di abuso e da ciò potrebbe esserne derivato che: o sono passati dall'avere un orientamento sessuale adeguato ad un orientamento che, in seguito al trauma, è regredito nuovamente alla fase "bambino", oppure, se hanno subito il trauma in un'età molto precoce, sono rimasti direttamente bloccati a quella fase del loro orientamento sessuale. Per quanto riguarda il profilo psicologico questi soggetti soffrono di un particolare disturbo, il Disturbo pedofilo (APA, 2013) per l'appunto, che rientra tra le parafilie e che si manifesta con azioni, ricorrenti impulsi e fantasie erotiche che implicano attività sessuali con bambini prepuberi. A proposito delle parafilie, il DSM-5 distingue il disturbo parafilico dalla parafilia, sostenendo che il primo è una parafilia che, nel momento presente, causa disagio o compromissione nell'individuo, oppure la cui espressione ha arrecato, o rischia di arrecare, danno a sé stessi o agli altri; una parafilia, invece, è una condizione necessaria

ma non sufficiente per avere un disturbo parafilico, poiché è una condizione che di per sé non richiede l'intervento clinico o giudiziario. L'uso del termine diagnosi dovrebbe quindi essere riservato solo a individui che hanno un disturbo parafilico. Il DSM-5 riconosce otto tipi di disturbo parafiliaco: disturbo voyeuristico, disturbo esibizionistico, disturbo frotteuristico, disturbo da masochismo sessuale, disturbo sadico sessuale, disturbo pedofilo, disturbo feticistico e disturbo da travestitismo. Altre tipologie sono diagnosticate sotto gli elenchi "Altro disturbo parafilico specificato" o "Disturbo parafilico non specificato" Per poter fare diagnosi del disturbo pedofilo, secondo il DSM- 5, occorrono:

A. Presenza di fantasie, impulsi sessuali, o comportamenti ricorrenti, e intensamente eccitanti sessualmente, che comportano attività sessuale con uno o più bambini prepuberi (generalmente di 13 anni o più piccoli) per almeno 6 mesi;
B. Gli impulsi o le fantasie sessuali causano considerevole disagio o difficoltà interpersonali;
C. Il soggetto ha almeno 16 anni ed è di almeno 5 anni maggiore del bambino o dei bambini di cui al Criterio A.

È poi importante specificare se il pedofilo è sessualmente attratto da: maschi, femmine o entrambi; se l'atto è limitato all'incesto; e il tipo: esclusivo (attratto solo da bambini) o non esclusivo.

Per quanto riguarda l'eziologia della pedofilia, la maggior parte degli studi ad indirizzo neuro-biologico focalizza la propria attenzione sui disturbi dello sviluppo neurologico, sulle alterazioni della struttura e sulle funzioni delle aree cerebrali del sistema limbico e dell'area fronto-temporale. Tra le varie teorie che si susseguono in tale ambito ci sono: la teoria del lobo frontale che esamina le differenze nella corteccia orbito-frontale e nella corteccia prefrontale dorso-temporale destra e sinistra nei soggetti affetti da pedofilia (Schiffer et al., 2007, 2008). La corteccia orbito-frontale è responsabile del controllo del comportamento, e nello specifico del controllo inibitorio sessuale, differenze di volume o disfunzioni, potrebbero essere causa di disordine del comportamento associato alla

pedofilia. Altra teoria è quella riguardante il lobo temporale di Hucker e Langevin (1986), che si riferisce all'ipersessualità legata alla pedofilia: i due ricercatori hanno dimostrato che i disturbi del lobo temporale possono aumentare tali comportamenti. La teoria neurobiologica, invece, mostra come differenze nelle strutture cerebrali aumenterebbero ed accentuerebbero lo sviluppo della pedofilia. Inoltre, la maggior parte dei biologi, sostiene che la causa più verosimile della pedofilia si trovi nell'esposizione al testosterone da parte del feto nell'utero materno. Sembra, quindi, opinione comune tra i ricercatori che la pedofilia, derivi da una combinazione di fattori genetici e ambientali che provocano una tendenza sessuale e comportamentale anomala. Ovviamente, un particolare genotipo presente alla nascita o un fenotipo cerebrale manifestatosi in età evolutiva, così come un'esperienza, non sono singolarmente causa certa di pedofilia.

Infine, per quanto riguarda il trattamento, la pedofilia, come generalmente tutte le perversioni, è egosintonica per cui difficilmente questi soggetti richiedono volontariamente un trattamento. I pazienti affetti da parafilie, infatti, sono difficili da trattare in quanto solo di rado sono intenzionati a rinunciare a quei comportamenti che gli producono intenso piacere. Di conseguenza, la richiesta di trattamento emerge, di solito, solo a seguito di difficoltà relazionali connesse alla pratica perversa o quando i comportamenti antisociali e criminali divengono oggetto giuridico da parte dell'Autorità Giudiziaria. Quando ciò avviene si può ricorrere ad un intervento multidisciplinare che va dalla *Cognitive-Behavioral Therapy* (CBT) (Beck, 1967) e dal modello di Prevenzione delle Ricadute (Marlatt & Gordon, 1985), alla prescrizione di farmaci psicotropi e, nei casi più gravi, di farmaci antiandrogeni per ridurre la libido o la castrazione chimica. Per castrazione chimica si intende la somministrazione di farmaci che agiscono inibendo il desiderio sessuale; tuttavia, autori come Castro (2012) mettono in discussione tale metodo perché ritengono che gli esiti non siano così soddisfacenti. La CBT è una parte indispensabile del trattamento perché da questa il paziente può imparare a identificare gli elementi anomali del suo comportamento sessuale e sviluppare alternative di relazione

più appropriate. Questo approccio terapeutico riconosce come principio di base che le emozioni e i comportamenti siano influenzati dalla percezione degli eventi da parte dell'individuo, dunque, l'origine di tale disturbo sarebbe insita nella forma distorta dei loro pensieri disfunzionali, andando ad influire negativamente sull'umore e sul comportamento (Castro, 2012; Kunzler, 2013). Gli interventi, dunque, cercano di ristrutturare le distorsioni cognitive associate al problema, come la minimizzazione e la negazione dell'atto, la sessualizzazione della vittima e l'assenza di colpa; mirano ad aiutare l'individuo a ridurre il suo comportamento, sostituendolo con comportamenti più adattivi e cercano anche di aumentare l'empatia e la competenza sociale del soggetto in modo che possa stabilire e mantenere relazioni sociali più sane. Fase cruciale di ogni trattamento è poi la prevenzione dalle ricadute (Dettore & Fuligni, 1999). Qui vengono analizzate le circostanze che possono scatenare un nuovo abuso, così come le conseguenze negative a lungo termine dell'indulgere negli impulsi sessuali. A tal fine vengono individuate situazioni ad "alto rischio", come il passare davanti a una scuola elementare soprattutto nel periodo immediatamente successivo al termine della terapia, quando il controllo degli impulsi può non essere ancora ottimale. L'obiettivo è principalmente quello di individuare situazioni a rischio che potrebbero portare ad un nuovo abuso; organizzare e mettere in atto una serie di strategie da utilizzare in quei casi; ristrutturare l'interpretazione degli errori (o fantasie) che secondo il soggetto lo inducono a commettere un nuovo abuso; sviluppare strategie in grado di prevenire nuovi comportamenti devianti; e infine modificare lo stile di vita del soggetto per prevenire nuove ricadute. Naturalmente, durante questa fase viene affrontato anche il problema della gratificazione immediata dei desideri, facendo leva sulle conseguenze negative. Qualora il disturbo sia contraddistinto anche da un'ipersessualità e la psicoterapia non risulti sufficiente, si può ricorrere ad un trattamento psicofarmacologico usando ad esempio il ciproterone acetato (CPA) o il medrossiprogesterone acetato (MPA); se invece è associata ad altri disturbi psichiatrici, quali depressione e psicosi, si può

intervenire con antidepressivi e antipsicotici. Alternativamente, può essere utilizzato un approccio farmacologico combinato con terapia psicoanalitica di tipo cognitivo-comportamentale. Fra i trattamenti farmacologici e medici principalmente utilizzati per i soggetti affetti da Disturbo pedofilo ci sono la castrazione chirurgica (pratica volontaria attualmente in uso in Europa solo in Germania e in Repubblica Ceca) e, come detto sopra, la castrazione chimica (o terapia antiandrogena, utilizzata in USA, Canada ed Europa, ma non in Italia). La castrazione chimica è il trattamento farmacologico più comune, tuttavia, è un trattamento da ripetere a vita, perché la situazione si ripristina non appena il trattamento viene sospeso, anche dopo anni. Per questo stati quali il Regno Unito, gli USA e la Danimarca hanno predisposto anche un servizio telefonico che gli abusanti possono chiamare nel momento in cui temono di poter commettere nuovamente un abuso sessuale verso un bambino, per avere consigli o assistenza immediata e quindi facilitare quello che è il loro reinserimento nella società. Il servizio provvede ad informare immediatamente la polizia e i servizi sociali della chiamata in modo da garantire protezione al bambino prima che sia coinvolto.

In conclusione, dunque, una buona parte dei soggetti a cui è stata fatta diagnosi di Disturbo pedofilo non presenta malattie mentali, ma presenta personalità disturbate, formatesi probabilmente, a seguito di esperienze infantili negative quali gravi carenze affettive o trascuratezze genitoriali. Nonostante ciò, è importante ricordare che non tutte le vittime compiono a loro volta abusi sessuali, questo dipende dalla presenza di specifici fattori di criticità quali: l'incisività dell'abuso, l'età in cui è stato subito, la sua durata, il tipo di relazione con l'abusante, e il grado della violenza subita (Arrivas, 2008).

4. LA RILEVAZIONE

Una rapida individuazione e presa in carico delle situazioni di abuso all'infanzia può tradursi in un'attività di riduzione del rischio, mirata ad impedire la cronicizzazione del disagio.

4.1. La rilevazione

Per rilevazione si intende l'approfondimento di alcune anomalie emerse da osservazioni compiute da chi circonda il soggetto, nel caso di un minore si tratta di insegnanti, pediatri, educatori, familiari o cittadini preoccupati della presenza di comportamenti di disagio e sofferenza vissuti da questo. In tale fase si effettua, quindi, una prima valutazione dei segnali di malessere, dei rischi per la crescita, e dell'eventuale connessione tra i segni di disagio del minore e le condotte pregiudizievoli dei suoi caregiver. L'accuratezza e la tempestività delle osservazioni in questa prima fase dell'intervento determinano in modo significativo l'esito della situazione. In generale, dalle osservazioni possono emergere quadri caratterizzati da: segni fisici ad esempio tagli, ustioni, lividi, fratture costali considerate un indice abbastanza allarmante per gli abusi sui minori dato che circa l'80% delle fratture costali nei bambini tra 0 e 3 anni di età sono causate da altri; segni comportamentali quali modelli di sonno insoliti (risvegli improvvisi, sonno disturbato, incubi), difficoltà nutrizionali (rifiuto dell'allattamento al seno), frequenti capricci o *freezing*; ritardi nell'acquisizione del linguaggio, nell'intelligenza generale e/o nella risoluzione dei problemi; mancanza di espressione di emozioni positive associata ad un'enorme espressione di emozioni negative (ad esempio, frustrazione, mancanza nell'espressione di emozioni positive, soprattutto durante il gioco); stili di attaccamento di tipo disorganizzato caratterizzati da comportamenti afinalistici o contraddittori e *compulsive compliance*, ovvero una pronta e forzata risposta volta a compiacere gli adulti soddisfacendo le loro richieste e desideri; giochi disfunzionali genitore-figlio che mancano di intenzione, attenzione congiunta o sono aggressivi. Fra gli strumenti

principali che si possono utilizzare per individuare questi segnali abbiamo:

- Lista di controllo del comportamento dei bambini (CBCL/1.5–5: Achenbach, 2000): La CBCL/1.5-5 valuta una vasta gamma di problemi emotivi e comportamentali nei bambini sia in età prescolare (1,5-5), è composta da 99 *item*, che esplorano entrambe le problematiche. È incluso anche un sondaggio sullo sviluppo del linguaggio per lo *screening* dei ritardi linguistici.
- *Child Abuse Screening Tool - Parental* (Runyan et al., 2009): l'ICAST-P è un'intervista di 57 *item* sull'esposizione dei bambini alla violenza, di solito viene somministrata ai genitori, in particolari circostanze può anche essere somministrata ad altri *caregiver*, compresi i professionisti dell'assistenza all'infanzia.
- Segni di abbandono nella scala di valutazione dei neonati (SIGN: Arimoto & Tadaka, 2019): SIGN è una nuova scala per identificare specificamente i segni di abbandono nei neonati, composta da 14 *item* su tre fattori: mancanza di cure di supervisione di base, sottosviluppo del bambino e mancanza di comportamento emotivo. Può essere fatta da pediatri, educatori e professionisti dell'assistenza all'infanzia in generale.
- Valutazione sociale ed emotiva del neonato (ITSEA: Briggs-Gowan & Carter, 2002): Il *Brief Infant-Toddler Social and Emotional Assessment* (BITSEA) è uno strumento di 42 *item* utile per lo *screening* di problemi socio-emotivi/comportamentali e ritardi nell'acquisizione delle competenze e può essere utilizzato dai professionisti dell'assistenza all'infanzia.
- Strumento di *screening INTOVIAN*: *INTOVIAN* è uno strumento di primo *screening* molto semplice e veloce creato appositamente per pediatri, educatori e professionisti dell'assistenza all'infanzia in generale. È stato sviluppato nell'ambito di un progetto europeo (bando "Daphne") in numerosi paesi europei (Cipro, Grecia, Italia, Spagna, Portogallo e Regno Unito). Si compone di 10 *item* e focalizza l'osservazione su:

  qualità comportamentale dell'interazione tra *caregiver* e bambino; tono affettivo dell'interazione tra *caregiver* e bambino; coinvolgimento psicologico di entrambi i

partner di interazione; informazioni fornite dalla famiglia e/o da altri professionisti

- *Infant/Toddler CARE-Index* (Crittenden, 2007): Il *CARE Index* è uno strumento di *assessment* che valuta la relazione tra un neonato/bambino e il suo *caregiver*. Può essere applicato a bambini di età compresa tra 0-15 mesi (infanti) o 16-72 mesi (bambini piccoli). Il *CARE Index* utilizza un'osservazione di gioco libero videoregistrata di 3-5 minuti, in cui all'adulto viene chiesto di giocare con il bambino come farebbe normalmente. Può essere utilizzato con tutte le figure di attaccamento e con altri adulti che non hanno cura diretta del bambino. Vengono codificati l'espressione facciale, l'espressione vocale, la posizione e il contatto del corpo, l'affetto, il cambio di turno, il controllo e la scelta dell'attività e questi codici poi vengono sommati per produrre punteggi di scala per la cooperazione, la compulsività, la coercizione resistente e la coercizione passiva ovvero rispondere ai comandi del genitore attuando resistenze o senza opporne alcuna.
- Scala di valutazione globale della relazione genitore-bambino (PIR-GAS: Wu, 2017): PIR-GAS è uno strumento utilizzato in ambito medico. Mette alla prova gli aspetti della relazione genitore-figlio: la qualità comportamentale delle interazioni, il tono emotivo e il coinvolgimento psicologico. I punteggi finali vanno da buon adattamento (100-91) a grave compromissione (10 e meno). Le difficoltà relazionali sono valutate in base all'intensità, alla frequenza e alla durata delle interazioni disadattive e un punteggio inferiore a 40 indica un attaccamento disorganizzato.

La rilevazione di un potenziale abuso, nonostante l'esistenza di liste di segni e sintomi e di alcuni strumenti di misura, non è un'attività semplice specialmente per i professionisti dell'assistenza all'infanzia che operano in ambito educativo. In particolare, numerose barriere rendono difficoltosa la rilevazione dell'abuso in infanti e bambini piccoli. In primo luogo, è più complesso individuare segni e sintomi di abuso, specialmente emotivo, in bambini che non parlano. A differenza dei segni fisici, più facilmente rilevabili, soprattutto se presenti in parti ben visibili quali volto o mani del bambino, i segni

psicologici e quelli dovuti ad un abuso sessuale non sono di facile rilevazione. Inoltre, gli strumenti precedentemente elencati, oltre ad essere piuttosto *time-consuming*, richiedono, per essere usati efficacemente, una formazione pregressa che non compete ai professionisti di ambito educativo, ma solo a quelli di ambito medico. Risulta, quindi, fondamentale per la fase della rilevazione, la possibilità di promuovere le capacità protettive dei soggetti presenti nell'ambito familiare e comunitario in cui il minore vive. I contesti in cui i minori vengono incontrati, alcuni quotidianamente, per bisogni generali legati alla loro crescita e che quindi possono risultare i principali luoghi in cui può avvenire il riconoscimento dei segni d'abuso sono: nidi d'infanzia e scuola; associazioni religiose, culturali, sportive; servizi sanitari di base: pediatri di base, medici di base, consultori, medicina scolastica e ospedali (pronto soccorso, pediatria, ginecologia). Ricerche hanno dimostrato, però, che molti di questi soggetti, tra cui gli educatori all'infanzia, che passano moltissimo tempo a contatto con i bambini, ancora oggi, non posseggono le giuste competenze che permettano loro di poter riconoscere questi segnali più nascosti. Questa loro "ignoranza" è dovuta, prevalentemente, al fatto che esistono poche fonti di informazione su come rilevare segnali e intervenire nei casi di abuso, soprattutto per i casi riguardanti bambini di età compresa fra 0 e 3 anni, e di conseguenza è pressoché normale che sia presente tale situazione. A tal proposito, l'Università di Modena e Reggio Emilia, in collaborazione con l'Università belga del Lovanio, e associazioni non-governative in Lettonia e Ungheria, ha dato avvio ad un progetto chiamato ECLIPS, che ha proprio l'obiettivo di sviluppare un'adeguata offerta formativa in merito a *screening* e rinvio per gli educatori all'infanzia.

4.1.1. Il progetto ECLIPS. ECLIPS è un progetto europeo volto a sviluppare un modello integrato di cooperazione tra i professionisti dell'assistenza all'infanzia, in relazione a *screening* e rinvio, in casi di maltrattamento su minori di età compresa tra 0 e 3 anni. Lo *screening* è il processo attraverso il quale i bambini vengono monitorati per identificare

e rispondere precocemente a qualsiasi segno di abuso; mentre il rinvio è l'atto di riferire il presunto abuso a un'autorità competente per consultazione, revisione o ulteriore azione. Il progetto nasce, innanzitutto, dalla scoperta che l'abuso e l'abbandono sono riferiti dai professionisti dell'assistenza all'infanzia in meno dell'1% dei casi. Ciò costituisce una criticità perché i bambini di età pari o inferiore a tre anni costituiscono quasi il 50% di tutte le vittime minorenni, insieme a quelli di età inferiore ai 12 mesi che mostrano la più alta percentuale di vittimizzazione (USDHHS, 2019; 2020). Nonostante ciò, la ricerca e la pratica sono meno focalizzate sui bambini di questa età (USDHHS, 2020). Altra spinta, è stata scoprire che su 8162 studi esistenti sul maltrattamento, solo 4132 coinvolgevano bambini di età compresa tra 0 e 3 anni, e di questi, solamente 38 si riferivano al tema dello *screening* e del rinvio: 27 erano relativi alla descrizione dei segni e sintomi più comuni osservati nel caso di maltrattamento infantile mentre 11 riguardavano strumenti e misurazioni utilizzati per valutare l'abuso e l'abbandono dei minori. Sono state identificate, inoltre, solo quattro misure auto-segnalate per i genitori (Achenbach & Rescorla, 2000; Runyan et al. 2009), cinque strumenti per professionisti (Arimoto & Tdaka, 2019; Briggs-Gowan et al. 2002; Essau, 2015) e solo due strumenti osservativi (Crittenden, 2007; Wu, 2017). Gli scopi del progetto ECLIPS sono:

- produrre un aumento della conoscenza, della consapevolezza e un cambiamento di atteggiamento nei professionisti della cura di bambini di età 0-3 anni, riguardo l'abuso infantile, le conseguenze e i segni dell'abuso infantile;
- Aumentare la capacità dei professionisti dell'assistenza all'infanzia di affrontare l'abuso infantile;
- Fornire una chiara guida di riferimento in caso di sospetto di abuso infantile;
- Migliorare le capacità di comunicazione con i genitori;
- Migliorare la consapevolezza del benessere e dei comportamenti dannosi involontari del personale della scuola materna.

Quindi, riassumendo, gli scopi sono affrontare la sotto segnalazione, le lacune di conoscenza, la mancanza di istruzione e la frammentazione dei servizi, realizzando al contempo un approccio congiunto, utile a migliorare le competenze fondamentali e i requisiti educativi necessari per salvaguardare gli interessi dei bambini di età compresa tra 0 e 3 anni all'interno di strutture di assistenza diurna.

4.1.1.1. Dati qualitativi europei in merito a screening e rinvio. Per fare tutto ciò è stato necessario, innanzitutto, analizzare le attuali competenze dei professionisti dell'assistenza all'infanzia in merito a *screening* e rinvio in caso di abuso su minore. Per raccogliere tali dati sono stati utilizzati dei *focus groups* che si sono svolti da febbraio 2021 a marzo 2021 tramite diverse piattaforme *online* che permettevano di registrare e successivamente sottoporre ad analisi questioni rilevanti. La loro durata variava tra 1,5 e 2 ore e cominciavano con una breve presentazione da parte dei diversi *partner* provenienti da Belgio, Italia, Lettonia e Ungheria. Ciascuno di questi Stati mostrava un'analisi di quella che era la loro situazione generale e le capacità di *screening* e rinvio dei loro assistenti all'infanzia. Il Belgio, e più precisamente l'UC Leuven-Limburg, ha dichiarato che, per quanto riguarda lo *screening* e il rinvio, c'è una grande differenza di capacità tra i diversi professionisti, i quali riferiscono che il loro ruolo non è così chiaro, che non sentono di avere il mandato per poter parlare di preoccupazioni perché non c'è una formazione sufficiente e si chiede loro troppo (consulenza, osservazione, segnalazione, attivazione di altre organizzazioni), e che preferiscono non rivolgersi ai genitori in merito alle loro preoccupazioni per evitare che la fonte di reddito si esaurisca o per paura che questo possa danneggiare il benessere del bambino, infatti, spesso, aspettano fino a quando non è stato raggiunto un alto livello di allarme prima di agire sulle loro preoccupazioni, cosa che poi ovviamente fa anche sì che non ci sia modo di instaurare un buon rapporto di fiducia tra genitori e professionisti dell'assistenza all'infanzia. Inoltre, molte strutture di assistenza non hanno la possibilità di coinvolgere terze parti di supporto,

infatti, c'è una mancanza di spirito di squadra che può far sentire i professionisti isolati l'uno dall'altro; non ci sono abbastanza ore senza bambini per ragionare sulle osservazioni fatte e ci sono, invece, troppi bambini in un gruppo, causando saturazione e scarsa attenzione. Infine, in Belgio il rinvio non è obbligatorio per legge ma in caso di comportamento sospetto, viene utilizzato un protocollo ABC in tre fasi: osservazione dei professionisti dell'assistenza all'infanzia (fase 1) che riferiscono prima al loro supervisore le osservazioni preoccupanti (fase 2), e poi ai genitori (fase 3). La *Pressley Ridge Hungary Foundation*, invece, ha riferito che, per lo *screening*, i pediatri e i Servizi Locali di Assistenza all'Infanzia non hanno un protocollo di *screening* specifico in quanto il loro unico protocollo riguarda solo la segnalazione; in più c'è paura di interferire nella vita di una famiglia, problemi di accessibilità ai servizi e mancanza di cooperazione tra i professionisti. Per il rinvio c'è riluttanza dei professionisti ad assumersi la responsabilità per paura di essere rivelati, di non essere protetti o di perdere la fiducia dei loro pazienti; difficoltà a decidere cosa conta come abuso perché le definizioni non sono univoche. Inoltre, L'Ungheria ha una diversa organizzazione di assistenza all'infanzia per i bambini sotto i tre anni di età e non esiste uno *screening* formale negli asili nido. L'Università di Modena e Reggio Emilia ha rivelato per lo *screening* la presenza di: una grande diversità tra i professionisti dell'assistenza all'infanzia: alcuni con pochissime conoscenze e competenze sul tema dello *screening* altri più competenti ma che basano le loro capacità sul loro istinto o sulle loro attuali scarse conoscenze e competenze; totale assenza di strumenti standardizzati; difficoltà a condividere con i genitori le loro preoccupazioni perché sentono come se stessero tradendo un legame, o hanno paura che i genitori possano rimuovere il bambino, o "far scomparire i segni della violenza"; alcuni professionisti ritengono di non avere abbastanza esperienza mentre hanno difficoltà a relazionarsi con altri professionisti e un forte senso di *loafing* sociale, basato sull'idea che il rinvio è un processo molto complicato e stressante, che potrebbe essere meglio agito da qualcun altro. Per il rinvio, invece, segnalano la mancanza di conoscenze sulle procedure, mancanza di

feedback quindi un professionista non può mai sapere se qualcosa è cambiato in meglio nella vita del bambino, forte presenza di pregiudizio e ignoranza riguardo al loro lavoro perché additati come coloro che "portano via i bambini" e quindi rovinano le famiglie. Inoltre, in Italia i professionisti dell'assistenza all'infanzia sono considerati per legge "responsabili di un servizio pubblico" e sono obbligati a riferire comportamenti che alludono ad abusi e negligenza. In caso di potenziale lesione del minore, dovrebbero fare riferimento al loro supervisore che, a sua volta, potrebbe (a) discutere la situazione con i genitori e/o (b) fare riferimento ai servizi sociali, o (c) al tribunale dei minori, se la situazione è molto grave. Se non fanno riferimento, possono essere perseguiti legalmente. Infine, dall'analisi del *Centre Dardedze* in Lettonia è emerso che i professionisti dell'infanzia sono impreparati ad affrontare la prevenzione della violenza in generale, infatti, a volte sono loro stessi ad essere abusivi nei confronti dei bambini a causa di una mancanza di conoscenza su ciò che è riconosciuto come abuso sui minori; mancano le risorse umane nelle scuole materne dove la capacità e il senso di responsabilità del dirigente sono stati identificati sia come facilitatore che come barriera sulla gestione dei casi di abuso. Per il rinvio, in particolare, sarebbero presenti documenti formali e burocratici che non sono utilizzabili nella pratica; mancano le linee guida specifiche a causa di un approccio passivo alla segnalazione percepita come un rischio per l'immagine della scuola materna, dei genitori o del professionista che ha denunciato; e manca la comunicazione e la collaborazione tra i professionisti e i genitori. In Lettonia, inoltre, quando i professionisti dell'infanzia identificano segni di potenziali abusi sui minori, dovrebbero prima fare riferimento al capo della scuola materna che poi discute la situazione con i genitori e/o riferisce ai servizi sociali, al tribunale di custodia degli orfani o alla polizia. Gli strumenti di *screening* sono disponibili solo per il personale medico sotto forma di uno strumento chiamato "Foglio di valutazione dello sviluppo fisico e mentale per un bambino di età compresa tra 1 settimana e 5 anni" che include la valutazione del maltrattamento, dei conflitti e della sicurezza dei bambini. L'uso di questo

strumento è facoltativo e in pratica usato raramente.

4.1.1.2. Dati quantitativi europei in merito a screening e rinvio. Il questionario quantitativo è stato sviluppato dal *team* UCLL (Verdonck et al., 2019), in seguito alla scoperta che gli strumenti per la valutazione della pratica *trauma-sensitive* sono pochi e scarsamente conosciuti, per testare conoscenza, atteggiamento e pratica di *screening* e rinvio, nonché *trauma-sensitive care* di 29 educatori all'infanzia. La struttura del questionario prende spunto sia dal sondaggio *Knowledge, Attitudes and Practices of Trauma Informed Practice* creato da Abdoh e collaboratori (2017) per i professionisti sanitari, in cui gli *item* sono basati su una scala Likert di 5 punti (per niente d'accordo – in disaccordo – neutrale – d'accordo – molto d'accordo); sia dalla scala *Attitudes Related to Trauma-Informed Care* (ARTIC), creata per valutare gli atteggiamenti relativi alla TIC del personale che lavora nei diversi contesti caratterizzati da soggetti che hanno vissuto un trauma (Baker et al., 2015). Alcuni *item* sono stati creati per rispondere ad alcune specificità dei professionisti dell'assistenza all'infanzia quali le diverse sfaccettature dell'approccio alla *Trauma-sensitive care* nell'interazione con il bambino, con il *caregiver*, con sé stessi e con i colleghi. Una prima bozza del questionario è stata presentata a tutti i *partner* europei per ricevere un *feedback*, dopodiché ogni *partner* ha rinviato il questionario con le sue osservazioni e queste sono state incorporate nella versione finale del questionario. Il questionario definitivo si compone di 24 *item* relativi ai 3 temi sopracitati (conoscenza, atteggiamento e competenze pratiche degli educatori all'infanzia). Per quanto riguarda la conoscenza i primi sette item chiedono all'educatore di auto-valutarsi in termini di conoscenze possedute sulle tematiche indagate. Alcuni esempi di item sono: "Ho abbastanza conoscenze per capire gli effetti del trauma sui bambini" oppure "Sono a conoscenza delle procedure di rinvio da seguire in caso di sospetto abuso" oppure ancora "Ho una comprensione completa della *Trauma-sensitive care*". Sull'atteggiamento, invece, gli *item* indagano la predisposizione e l'interesse

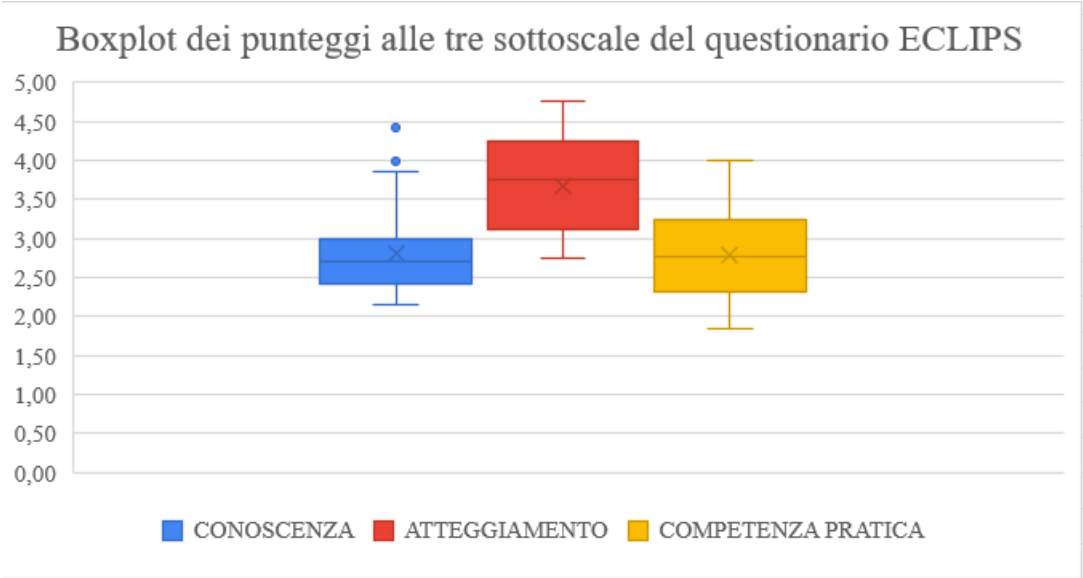
dell'educatore rispetto ai temi di identificazione e presa in carico dell'abuso infantile. Alcuni esempi di item sono: "Credo e supporto i principi della *Trauma-sensitive care*", "Condivido la mia esperienza e collaboro efficacemente con i colleghi in merito all'uso della *Trauma-sensitive care*", "Mi piacerebbe ricevere più formazione sulla *Trauma-sensitive care*". Infine, l'ultima parte relativa alle competenze pratiche faceva riferimento a quattro contesti: cura del bambino, interazione con il genitore, cura di sé e ambiente di gruppo. In merito al primo gli *item* erano, ad esempio, "Sono sicuro di avere le capacità per regolare la risposta da stress di un bambino" oppure "Sono sicuro di avere le capacità per ristabilire il legame con un bambino"; nel secondo gli *item* erano molto simili a quelli del primo contesto solo che in questo caso erano rivolti al genitore; nel terzo gli item erano "Sono sicuro di avere le capacità per regolare la mia risposta da stress quando affronto una situazione stressante con un bambino o con il suo caregiver" e "Mi prendo cura di me stesso (dei miei bisogni e del mio benessere)"; infine nel quarto gli *item* erano "Penso di poter condividere con i miei colleghi le mie preoccupazioni in merito a possibili segni di violenza domestica" e "Sperimento fiducia e senso di sicurezza nel mio ambiente di lavoro attuale". Di seguito sono riportati i dati (Tabella 2).

Tabella 2. Dati quantitativi ottenuti dal questionario quantitativo.

CONOSCENZA	ATTEGGIAMENTO	COMPETENZA PRATICA
2,43	4,25	2,69
3,00	3,75	3,23
2,43	3,00	2,08
2,43	3,25	2,92
2,86	3,75	2,23
2,14	3,25	1,85
2,14	3,00	3,15
2,57	4,25	4,00
3,86	4,00	3,85
2,43	3,00	1,92
2,86	4,50	2,38
3,29	3,25	3,00
2,71	2,75	1,92
3,00	4,25	3,46
2,86	4,75	3,15
2,71	3,75	2,54
2,43	3,75	2,62
2,71	3,50	3,15
2,71	3,25	1,92
2,14	3,50	2,38
2,43	3,00	1,85
4,00	3,50	3,31
2,57	4,25	2,46
2,57	4,00	3,23
3,29	3,00	3,23
2,57	3,00	2,77
3,57	4,25	3,54
2,29	4,25	2,46
4,43	4,25	3,46

Dai dati emerge che per quanto riguarda le conoscenze, gli educatori ottengono valori medi pari a 2,8 con deviazione *standard* 0,5; per quanto riguarda l'atteggiamento hanno valori medi pari a 3,6 con deviazione *standard* 0,5; e infine per quanto riguarda la pratica hanno valori medi pari a 2,8 con deviazione *standard* 0,6. Prendendo in considerazione il punto centrale della scala (3), questi dati supportano le osservazioni qualitative, presentate nel sotto capitolo precedente, sul fatto che i professionisti dell'infanzia non sono particolarmente formati né hanno buone competenze pratiche sui temi di *screening* e rinvio. È possibile affermare ciò graficamente (vedi grafico 1).

Grafico 1. Boxplot dei punteggi alle tre sottoscale del questionario ECLIPS



Anche il grafico conferma quanto anticipato: la maggior parte dei soggetti è al di sotto del valore centrale nelle sotto scale di conoscenza e competenza pratica, indice appunto che queste due componenti sono piuttosto scarse nei soggetti esaminati. Tuttavia, nella sottoscala della conoscenza ci sono almeno due soggetti che possono essere considerati *outliers,* singoli soggetti che diversamente dagli altri presentano buoni punteggi. L'unica sottoscala in cui la maggior parte dei soggetti è al di sopra del valore centrale è quella dell'atteggiamento dove i soggetti sembrano mostrare punteggi piuttosto buoni.

4.1.1.3. Il protocollo di screening e rinvio. Come detto precedentemente, l'obiettivo principale di ECLIPS era creare uno strumento per assistere i professionisti dell'assistenza all'infanzia nei processi di *screening* e rinvio, offrendogli un supporto flessibile e dinamico nel loro ambiente quotidiano, oltre ai protocolli e alle linee guida già in uso nelle loro organizzazioni. Per raggiungere questo obiettivo, un buon punto di partenza è stato la progettazione di un protocollo di *screening* semplice e non dispendioso in termini di tempo, caratterizzato da una serie di indicatori osservativi. Il protocollo era composto da due elementi: uno strumento di auto-valutazione dello *screening* per i professionisti della cura dei bambini, e uno strumento di *screening* a tre livelli. Lo strumento di

autovalutazione è inteso come una rapida autovalutazione volontaria che i professionisti della cura dei bambini devono effettuare una volta a settimana. Esso è composto da 13 *item*: gli *item* 1, 2 e 3 sono relativi al livello di *stress* e difficoltà che il professionista ha percepito durante il suo lavoro nell'ultima settimana, a questi il soggetto deve rispondere indicando un numero da 1 a 10 in cui 1 corrisponde ad assenza di *stress* o difficoltà e 10 a enormi difficoltà o *stress* estremo; gli *item* 4, 5, 6, 7 e 8 chiedono al professionista se ultimamente ha esperito depressione, anedonia, ansia, affaticamento o bisogno di aiuto sul lavoro; infine, gli *item* 9, 10, 11, 12 e 13 indagano se durante l'ultima settimana il professionista abbia usato violenza fisica o verbale o abbia in qualche modo trascurato i bisogni del bambino non segnalando elementi preoccupanti. In caso di risposte con punteggi uguali o superiori a 7 alle domande 1, 2 e 3 per tre o più settimane di seguito e/o risposte positive alle domande 4, 5, 6, 7, 8 per tre o più settimane di seguito e/o risposte diverse da "Mai" alle domande 10, 11, 12, 13 per due o più settimane di seguito, è consigliabile presentare la propria situazione e chiedere aiuto al proprio diretto superiore. Invece, in caso di risposta positiva alla domanda 9 è necessario contattare immediatamente il responsabile della struttura per l'infanzia, chiedere un congedo e prendere in considerazione anche un consulto psicologico. Lo strumento di *screening* a tre livelli si compone, invece, di tre parti: le bandiere rosse, lo *screening* rapido e il questionario di approfondimento. Le bandiere rosse sono cinque segnali di particolare preoccupazione quali aggressività del *caregiver*, presenza di segni di abuso sul minore, stato alterato del *caregiver* e la ricezione di notizie relative a trascuratezza che richiedono una risposta immediata. Esempio: "Il bambino mostra ferite sospette, lividi, segni di punture, bruciature, bolle, fratture.". Lo *screening* rapido sono 12 segni riguardanti quattro aree: trascuratezza dei bisogni di base ("Il bambino è sporco, denutrito o non curato"), ritardi nello sviluppo ("Il bambino non raggiunge le tappe di sviluppo successive o regredisce a quelle precedenti"), comportamenti inusuali ("Il bambino si ferisce, ha molta paura o ha sviluppato tic"), e interazione con i *caregiver* ("Il bambino si blocca o

ha paura di fronte al *caregiver"*, "Il *caregiver* risulta freddo nei confronti del bambino", "Il bambino presenta lividi visibili"). Se vengono identificati 3 di questi si esegue il questionario di approfondimento. Il questionario di approfondimento, infine, sono 23 segnali dettagliati suddivisi nelle stesse quattro aree dello *screening* rapido. In questa parte, il professionista valuta la manifestazione dei segni su una scala di frequenza "mai/raramente/qualche volta/frequentemente", ottenendo così un punteggio complessivo. Il punteggio viene poi codificato secondo il principio del semaforo: verde quando il punteggio non è allarmante; giallo quando viene identificato un possibile rischio di violenza e si dovrebbe chiedere consiglio ad agenzie specifiche (ad esempio, i servizi sociali); rosso quando è necessario un rinvio immediato. Ciascuno di questi colori guida specifiche modalità di azione: se si ottiene un punteggio da 0 a 31 non ci sono indicazioni preoccupanti di un rischio di violenza e quindi si può procedere con lo schema verde cioè fare un altro *screening* ogni 30 giorni per verificare che il punteggio rimanga invariato, se peggiora diventa necessario passare agli schemi giallo o rosso; se si ottiene un punteggio da 32 a 49 c'è un possibile rischio identificato e quindi si procede con lo schema giallo che richiede di segnalare il punteggio al responsabile della struttura per l'infanzia (e non ai genitori che saranno avvisati solo successivamente) per valutare l'opportunità di un rinvio ai Servizi Sociali e/o al Tribunale dei Minori in base alla gravità; infine se si ottiene un punteggio da 50 in poi è necessario un intervento immediato e va invece seguito lo schema rosso con cui si fa subito, obbligatoriamente per legge, riferimento al responsabile della struttura per procedere al deferimento all'autorità giudiziaria (AG) e ai Servizi Sociali, ma nessuna comunicazione ai genitori o a terzi (che potrebbero aver riportato informazioni).

Attualmente il progetto è ancora in fase di valutazione però è stato già possibile rilevare alcuni dati che hanno dimostrato come effettivamente l'utilizzo di questo nuovo protocollo abbia portato numerosi vantaggi quali: capire finalmente i concreti significati di trauma e *stress* e qual è il loro impatto sul processo di sviluppo di un bambino piccolo;

essere in grado di riflettere sul mandato di un professionista dell'assistenza all'infanzia in materia di abusi sui minori nell'ambiente domestico; integrare conoscenze, abilità e attitudini basate su *screening* sistematici e segnali preoccupanti all'interno dell'organizzazione dell'assistenza all'infanzia, su un rinvio efficiente ed efficace nei casi di abuso sui minori, e su cure sensibili al trauma all'interno dell'organizzazione dell'assistenza all'infanzia; e infine essere in grado di supportare i bambini, i *caregiver* primari e i colleghi che affrontano *stress* e traumi a causa di segnali preoccupanti.

5. L'INTERVENTO

5.1. L'intervento psicoterapeutico

I bambini reagiscono in modo diversificato all'abuso: alcuni non mostrano effetti, mentre altri sviluppano gravi sintomi psichiatrici successivamente nell'infanzia o in età adulta. Sulla base di ciò si può ipotizzare la presenza di quattro gruppi di bambini: quelli che non presentano sintomatologia; quelli che presentano disagio emotivo, ansia e bassa autostima; quelli con gravi sintomi psichiatrici come depressione, ansia, comportamento sessualizzato, aggressività e abuso di sostanze; infine, quelli che soddisfano i criteri del PTSD, della depressione, dell'ansia eccessiva o dei disturbi del sonno. In tutto ciò, va sempre ricordato che, come per ogni esperienza traumatica, gli effetti sul bambino sono mediati dal suo livello di vulnerabilità e di resilienza, oltre che dal suo temperamento, dal suo stile di attaccamento, dal funzionamento dei propri genitori e dalla possibilità di avere o meno le risorse economiche adeguate a poter avviare un trattamento psicoterapeutico. Comunque, obiettivo della ricerca odierna è di comprendere quale sia la forma di trattamento più efficace nei bambini. Il problema è che, per questa categoria di pazienti, è molto complesso comprendere effettivamente se un trattamento risulti efficace o meno, essendo tutte le loro abilità ancora in via di sviluppo.

5.1.1. La psicoterapia. Nel lavoro clinico è solito osservare che i bambini abusati non vogliono parlare della loro esperienza. Alla base di questo comportamento non c'è solo la vergogna, la diffidenza verso un estraneo e la paura di vendette, ma qualcosa di più profondo e radicale. Sembra, infatti, che i minori vittime di violenza tentino disperatamente di rimuovere ciò che hanno vissuto e le angosce connesse, in modo tanto più rigido quanto più grave è stato il trauma. Uno degli scopi principali di una psicoterapia su un minore abusato è quello di sviluppare in quest'ultimo la consapevolezza di essere vittima e non invece responsabile dell'accaduto, consapevolezza resa possibile dal lavoro

di *équipe* e anche dal coinvolgimento dei genitori nella terapia. La confusione di ruolo che si produce fra l'adulto e il bambino in questi casi è così grande da creare nel minore una grossa difficoltà a superare il senso di colpa che lo lega al sospetto di essere stato egli stesso, con il proprio comportamento, a provocare tali atti. È necessario, quindi, prendersi cura di questo grave disagio e cercare di aiutare il minore a ricostruire il suo mondo interno, attraverso l'esperienza di relazione con un adulto che può accogliere, contenere, comprendere la sua sofferenza e che permetta l'espressione sana della rabbia e della disperazione. Nel caso di minori, le psicoterapie che utilizzano tecniche di gioco sono più adatte di quelle che utilizzano tecniche verbali, perché attraverso il primo il bambino non racconta, ma rappresenta la sua angoscia e, aiutato emotivamente dal terapeuta, impara ad accettarla, a confrontarsi e a gestirla. Man mano che si procede, il minore recupera lentamente il suo mondo emotivo e la fiducia nell'altro, facendo emergere i suoi sentimenti più profondi. Solo a questo punto, dopo molti mesi o a volte anni di terapia, accetterà di parlare di ciò che è accaduto. In questi contesti, è necessario che il terapeuta si mostri al minore come estremamente affidabile, disponibile e capace di comprenderlo, in modo da accrescere così la fiducia che la vittima ha posto su di lui: deve diventare la sua base sicura (Bowlby, 1989), dalla quale possa iniziare ad affrontare i problemi legati all'abuso subìto. Il processo di costruzione di tale legame è lento e graduale e prosegue per tutta la durata della terapia; va perseguito come scopo principale nelle fasi iniziali di essa e non esiste una singola o specifica tecnica per ottenere tale risultato, che dipende invece da tutto il complesso delle azioni terapeutiche condotte nel tempo. Il terapeuta deve essere anche prevedibile, costante ed affidabile in tutto ciò che fa e che dice; deve astenersi dal concedere privilegi speciali, regali o favori ai minori in terapia, perché spesso gli autori dell'abuso hanno agito inizialmente proprio attraverso tali tecniche indirette. Un altro aspetto a cui il terapeuta deve prestare particolare attenzione è il contatto fisico con i minori abusati, in quanto ogni gesto di maggiore vicinanza fisica può essere da loro interpretato come una proposta sessuale (se il bambino ha subito un abuso

sessuale) o comunque come un atto troppo invasivo. Talvolta anche una semplice carezza può essere fraintesa. Occorre, quindi, soprattutto nelle fasi iniziali della terapia, evitare contatti fisici, che non siano quelli socialmente condivisi ed "ufficiali", come una stretta di mano, lasciando gradualmente al minore l'iniziativa di iniziare avvicinamenti fisici maggiori. Il primo passo del processo terapeutico consiste nel chiarire gli scopi dell'intervento stesso, per stabilire e definire le aspettative reciproche, in modo anche da correggere eventuali fantasie inadeguate da parte del minore in proposito. Il terapeuta deve, dunque, affermare chiaramente di essere al corrente del fatto che il bambino è stato abusato e che proprio questo evento traumatico costituisce la ragione principale della sua partecipazione alla terapia. In tal modo, oltre a definire il rapporto, è possibile cominciare a desensibilizzare il minore circa il tema dell'abuso, comunicandogli allo stesso tempo la fiducia nel fatto che egli gradualmente diventerà capace di gestire adeguatamente l'argomento. La spiegazione degli scopi dell'intervento può essere introdotta con una frase del tipo: "Io aiuto i bambini a capire quello che provano quando sono stati trattati come hanno trattato te, so che puoi essere davvero sconvolto o confuso per quanto è accaduto, ma io cercherò di aiutarti a trovare un modo per diventare più tranquillo e stare meglio". È importante chiarire al minore che parlare di questi argomenti non è facile per nessuno, neppure per gli adulti; conseguentemente, il terapeuta cercherà di procedere gradualmente e di lasciare al bambino il controllo circa cosa, quando e come condividere col terapeuta, per cui gli argomenti più dolorosi saranno affrontati soltanto quando egli sarà pronto. Per poter affrontare la tematica dell'abuso con il minore il terapeuta deve, inoltre, creare un'atmosfera di sicurezza e prevedibilità. Questo obiettivo può essere perseguito in vari modi che possono essere tutti compresenti: le sedute dovrebbero avvenire allo stesso giorno e alla stessa ora della settimana, sempre nello stesso locale, in presenza dei medesimi giochi; le produzioni (grafiche o altro) del bambino dovrebbero essere poste tutte in una cartellina contrassegnata col suo nome alla fine della seduta (ciò può essere fatto dal minore stesso) e riposta in un luogo ben preciso, dove potrà ritrovarla alla seduta

successiva; l'inizio e la fine di ogni incontro potranno essere costituiti da rituali precisi e ripetuti come ad esempio fare un disegno sia all'inizio che alla fine di ogni seduta.

I problemi maggiori che si possono affrontare durante la psicoterapia riguardano il fatto che la maggior parte dei minori abusati, in particolare quelli con vittimizzazione intrafamiliare, esprimono dei comportamenti di attaccamento insicuro ansioso-evitante o ansioso-resistente. I bambini con attaccamento ansioso-evitante temono soprattutto il rifiuto delle figure parentali che in precedenza si sono dimostrate distaccate e scostanti nei loro confronti; quindi, bloccano ogni propria emozione a scopo protettivo e manifestano comportamenti diffidenti ed evitanti anche nei confronti del terapeuta, in quanto si aspettano che anche quest'ultimo, al pari degli altri adulti per loro significativi, si comporterà con loro in modo rifiutante o addirittura abusivo. Per questo motivo si mantengono lontani dal terapeuta durante gli incontri, sia psicologicamente che fisicamente, giocando da soli e cercando di non avere un ruolo attivo nelle sedute ma di attento osservatore. Inizialmente la tendenza all'evitamento va rispettata poiché il tentare troppo precocemente di superarla potrebbe generare nel bambino emozioni sopraffacenti. Per cui, negli incontri iniziali, il terapeuta potrà lasciare ampio controllo al minore nello scegliere i materiali, i giochi e le attività. Inoltre, è fondamentale che ogni promessa fatta dal terapeuta venga mantenuta; solo in tal modo il bambino potrà iniziare ad avere fiducia in lui. Non bisogna, però, permettere che questo ruolo assunto dal minore continui troppo a lungo: a poco a poco deve essere il terapeuta ad assumere il controllo della situazione, proponendosi prima come aiutante del minore ed interveniente nel gioco, poi come agente di protezione e di cura. L'attaccamento ansioso resistente, invece, è caratterizzato dal fatto che la scarsa disponibilità genitoriale induce il minore ad incrementare la propria attivazione emozionale per attrarre l'attenzione altrui, oppure egli diviene estremamente dipendente pur di ottenere una risposta materna. Può anche assumere comportamenti altamente regressivi, come chiedere al terapeuta di essere alimentato col *biberon*. Ad un certo punto, però, il minore si rende conto che le sue esigenze di dipendenza non possono

essere soddisfatte del tutto dal terapeuta e, quindi, gli rivolge la stessa rabbia e il medesimo risentimento che aveva riversato in precedenza alla figura parentale non adeguatamente disponibile: gli altri diventano nuovamente non affidabili ed il minore appare a sé stesso non amabile e privo di valore. Per affrontare questa situazione il terapeuta può ricorrere ad alcune strategie. Ad esempio, fra un incontro e l'altro può dare al bambino un “ricordino" da portare a casa, in modo da avere sempre dinanzi a sé la prova che il terapeuta si ricordi di lui; inoltre può dimostrare la sua attenzione al bambino non spostando né rimandando gli appuntamenti e attenendosi alle scadenze prefissate.

Infine, un altro aspetto importante dell'intervento è imparare a conoscere le proprie emozioni e a dare loro un'etichetta adeguata, anche perché i bambini al di sotto dei sei anni spesso possiedono un numero molto limitato di espressioni per descrivere le emozioni che provano e, comunque, anche quelli un po' più grandi non conoscono un vocabolario emozionale paragonabile a quello degli adulti. È dunque importante aiutarlo sia nell’espressione che nel riconoscimento delle emozioni per poter superare il trauma. Tra le varie strategie utili per facilitare l’emergere delle emozioni, tre sembrano essere le più vantaggiose: la prima consiste nel far ascoltare al minore un piccolo intervento educativo in cui il terapeuta espone le preoccupazioni più consuete manifestate dai bambini abusati; la seconda consiste nello spiegare al minore che mantenere segreti i pensieri e le emozioni relative all'abuso è come portarsi dietro un enorme sacco della spazzatura che il bambino deve invece svuotare piano piano; la terza consiste nel consegnare al minore un foglio di carta piegato in due, come una specie di biglietto di auguri, chiedendogli di disegnare sulla parte esterna del foglio un proprio ritratto, ritraendosi come gli altri lo vedono, e nella parte interna di raffigurarsi come egli si sente realmente "dentro di sé", tale metodo è utile per identificare affetti e contenuti interni al minore. Tutte e tre queste procedure sono utilizzabili, però, con minori di età non troppo infantile, che abbiano la capacità di articolare le loro sensazioni ed il disagio che provano nel racconto. Con i bambini più piccoli è possibile procedere mostrando disegni di visi

che contengano i tratti caratteristici delle emozioni di base (allegria, paura, tristezza, rabbia), per poi passare a fotografie ritagliate da riviste illustrate e a sensazioni più complesse e articolate in modo da poter così avvicinarsi maggiormente ai suoi stati interni connessi all'abuso.

5.1.2. Trauma-Focused Cognitive-Behavioral Therapy (TF-CBT). La *Cognitive-Behavioral Therapy* (CBT) (Beck, 1967; Ellis,1962) sembra essere la terapia più efficace, in seguito ad esperienze di abuso, nel trattamento dell'ansia e della depressione infantile e nel supporto alla genitorialità. Nel 1996 Cohen e Mannarino hanno sviluppato una CBT specifica sul trauma infantile denominata *Trauma-Focused Cognitive-Behavioral Therapy*, che si occupa di quattro dinamiche principali: il trauma sessuale, la stigmatizzazione, il sentimento di impotenza e il senso di tradimento. La TF-CBT è un trattamento a più fasi incentrato sulla famiglia in cui i genitori o i *caregiver* partecipano con il loro bambino, prima in sedute individuali che consentono loro di esprimere pensieri e sentimenti personali sulle esperienze traumatiche, acquisire abilità per regolare le risposte al trauma e padroneggiare l'evitamento e i ricordi del trauma, e poi in sessioni congiunte per migliorare la comunicazione familiare. Per i tipici casi di trattamento del trauma, la durata della TF-CBT è di 12-15 sessioni e ogni fase è caratterizzata circa dallo stesso numero di sessioni (cioè 4-5). Per i casi di trauma complessi la durata del trattamento è leggermente più lunga (16-25 sessioni) e la proporzionalità è leggermente alterata con circa metà trattamento (8-12 sessioni) dedicato alle capacità di stabilizzazione e un quarto del trattamento (4-6 sessioni) per le fasi di integrazione/consolidamento (Cohen et al., 2012a). Durante ogni sessione, il terapeuta include una sempre maggiore esposizione ai ricordi del trauma, incoraggiando il bambino e il genitore a padroneggiare la paura, l'ansia o altre emozioni negative evocate dall'esposizione a questi. Durante la maggior parte delle sessioni, il terapeuta trascorre circa 30 minuti individualmente con il bambino e 30 minuti individualmente con il genitore così che entrambi possano

beneficiare delle opportunità individuali di elaborare le risposte personali al trauma prima di incontrarsi per farlo. Un altro motivo per cui vengono fatte le sessioni individuali dei genitori è quello di facilitare la comunicazione aperta terapeuta-genitore su argomenti difficili. Ad esempio, alcuni genitori possono usare un linguaggio umiliante per descrivere i comportamenti del bambino, usare strategie di disciplina inefficaci o dire cose offensive al bambino; in tale situazione, le sessioni individuali dei genitori consentono al terapeuta di fornire competenze genitoriali più appropriate.

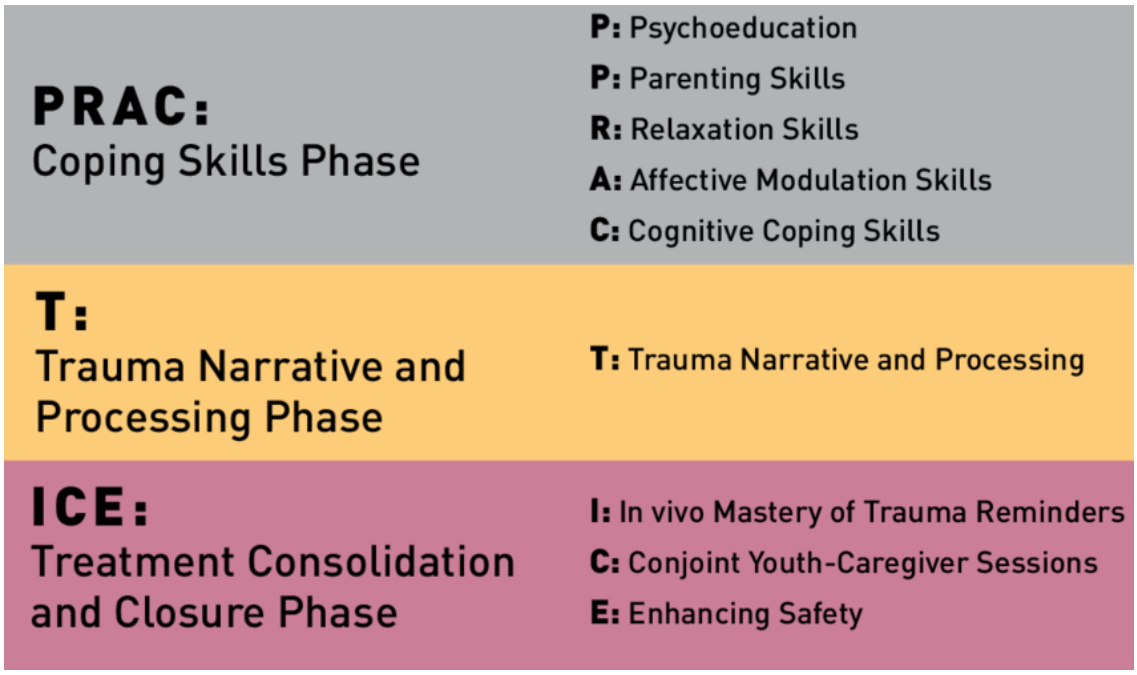
La TF-CBT si compone di più fasi: fase di stabilizzazione, fase narrativa e fase di consolidamento/integrazione. La fase di stabilizzazione (4-12 sessioni) è caratterizzata dalla cosiddetta psico-educazione in cui il terapeuta fornisce informazioni sulle risposte al trauma e sui fattori elicitanti i ricordi del trauma cioè su qualsiasi segnale (persone, luoghi, situazioni, luoghi, odori, ricordi, sensazioni interne) che ricorda al bambino il trauma; questo avvia una cascata di risposte psicologiche, fisiche e neurobiologiche simili a quelle che il bambino ha vissuto al momento del trauma originale. Il terapeuta normalizza e convalida queste risposte, poiché molti genitori vedono la disregolazione comportamentale e affettiva traumatica come il bambino che è diventato un "cattivo bambino" e quindi è importante dare loro la speranza che il bambino possa riprendersi e tornare a un funzionamento più positivo. Quando i genitori comprendono questo processo, possono dare più senso alle risposte al trauma dei bambini e intervenire prima per supportarli e poi per interrompere, invertire o mitigare il processo. Come con tutte le componenti TF-CBT, il terapeuta personalizza individualmente come fornire psico-educazione, prendendo in considerazione il livello di sviluppo, la cultura e gli interessi del bambino e della famiglia. Durante questa prima fase vengono, inoltre, incrementate le abilità genitoriali, cioè strategie efficaci per rispondere alla disregolazione comportamentale ed emotiva dei bambini (Cohen et al., 2012b; Cohen et al., 2016). Tra queste rientra il "*time in*" e "*time out*": "*time out*" implica collocare il bambino in un luogo tranquillo con stimoli positivi al fine di incoraggiarlo a regolare le proprie emozioni e/o

comportamenti, mentre il "*time in*" è caratterizzato da frequenti interazioni positive con i genitori; poi c'è la lode o attenzione positiva, con cui i genitori identificano i comportamenti che vogliono che il bambino continui lodandoli con entusiasmo. I terapeuti possono anche incoraggiare i bambini a utilizzare una varietà di altre strategie di rilassamento basate sui loro interessi e sul loro livello di sviluppo; ad esempio, i bambini più piccoli spesso amano rilassarsi facendo le bolle di sapone o ballando, mentre gli adolescenti preferiscono rilassarsi ascoltando la loro musica preferita, facendo attività fisiche o mestieri come l'uncinetto o il lavoro a maglia. È importante che i bambini sviluppino una varietà di strategie di rilassamento poiché una particolare strategia (ad esempio, l'esercizio fisico) può essere efficace in alcuni contesti (ad esempio, dopo la scuola o con i coetanei) ma non in altri (ad esempio, quando si va a dormire la notte). Dopo che il bambino ha identificato e praticato diverse strategie di rilassamento accettabili, il terapeuta incontra i genitori e insegna loro le abilità di rilassamento preferite dal bambino. Inoltre, durante le esperienze traumatiche molti bambini imparano a non esprimere o addirittura a negare i sentimenti come meccanismo di autoprotezione, quindi in questa componente, infine, il terapeuta aiuta i bambini a sentirsi a proprio agio nell'esprimere una varietà di sentimenti diversi e a sviluppare abilità per la gestione degli stati affettivi negativi. Questi possono includere strategie come la risoluzione dei problemi, la ricerca di supporto sociale, tecniche di distrazione positiva (ad esempio aiutare gli altri, leggere, fare una passeggiata, giocare con un animale domestico), concentrarsi sul presente e una varietà di tecniche di gestione della rabbia. Il terapeuta incoraggia il bambino a sviluppare un "*kit* di strumenti" di queste abilità che funzionano in diversi contesti e per diversi sentimenti negativi (Cohen et al., 2016). Dopo aver identificato le strategie di modulazione affettiva preferite dal bambino, il terapeuta educa i genitori su come possono supportare il bambino nell'implementazione di queste abilità; ciò richiede spesso una sostanziale tolleranza dei genitori. Inoltre, il terapeuta aiuta il bambino a riconoscere le connessioni tra pensieri, sentimenti e comportamenti (il

"triangolo cognitivo") e a sostituire le cognizioni disadattive relative agli eventi quotidiani, con cognizioni adattive. Il terapeuta può utilizzare una varietà di tecniche per assistere i bambini con l'elaborazione cognitiva, tra cui domande logiche progressive (socratiche), e giochi di ruolo (Cohen et al., 2012). La seconda fase, quella narrativa (2-6 sessioni), è applicabile solo con bambini che già hanno una buona padronanza comunicativa, perché il bambino deve descrivere dettagli sempre più difficili delle esperienze di trauma personale, inclusi pensieri, sentimenti e sensazioni corporee che si sono verificati durante questi traumi. Attraverso questo processo il bambino impara una padronanza piuttosto che una risposta di evitamento a questi ricordi e i genitori comprendono più pienamente le esperienze traumatiche del bambino. In alternativa alla precedente c'è la fase di integrazione e consolidamento (2-8 sessioni). A differenza della narrazione del trauma, comporta l'esposizione immaginativa o reale alla situazione che il bambino teme ed evita. Affrontando gradualmente la situazione temuta e imparando che il risultato temuto non accade, il bambino impara la padronanza piuttosto che l'evitamento. Il terapeuta, il bambino e i genitori sviluppano una gerarchia della paura (a volte indicata come una scala della paura), salendo dagli scenari meno temuti ("1") a quelli più temuti ("10") attraverso una serie di passaggi. Poiché richiede in genere diverse settimane per essere completata, il terapeuta di solito inizia durante la fase di stabilizzazione quindi solo dopo la psico-educazione, il miglioramento delle abilità genitoriali e la desensibilizzazione sistematica (tecniche di rilassamento). Il terapeuta fornisce diverse sessioni congiunte figlio-genitore durante questa fase: in genere si incontra brevemente con i genitori da soli (5-10 minuti) e poi con il bambino da solo (5-10 minuti) per prepararli per il resto della sessione (40-50 minuti). Qualunque sia l'argomento selezionato, è utile rendere il processo divertente e interattivo piuttosto che didattico; ad esempio, la maggior parte dei bambini si diverte a competere con i propri genitori in *quiz* o altri giochi in cui possono mostrare la loro crescente conoscenza. Inoltre, poiché le esperienze traumatiche comportano la perdita di sicurezza e il tradimento della

fiducia, è importante che i genitori lo riconoscano apertamente durante il trattamento e sviluppino strategie pratiche per migliorare l'effettiva sicurezza dei bambini, nonché mezzi emotivi e interattivi per migliorare il senso interno di sicurezza e fiducia del bambino. Infine, indipendentemente dal fatto che ci sia o meno il rischio di un'esposizione ripetuta a traumi, di solito è utile sviluppare un piano di sicurezza familiare sistematico che si applichi a tutti i membri della famiglia e che include regole che aiutano tutti i membri della famiglia a sentirsi al sicuro all'interno della casa (Vedi riassunto in fig. 3).

Figura 3. Le componenti della TF-CBT.



(Fonte: Spinazzola, 2013)

Uno studio (Pfeiffer & Goldbeck, 2017) ha valutato la TF-CBT in tutto lo spettro dello sviluppo infantile e adolescenziale, per molteplici tipi di trauma (abuso sessuale, sfruttamento sessuale commerciale, violenza domestica), in diversi contesti (clinico, di affido, comunità, ONG per rifugiati) e in più paesi e culture (Stati Uniti, Africa, Europa, Australia) e in tutti questi è risultata essere la terapia più adatta a migliorare i sintomi di PTSD, depressione, ansia e altre problematiche comportamentali, cognitive e relazionali

dovute ad un trauma come l'abuso. In questo studio è stato esaminato anche l'impatto dell'inclusione dei genitori nel trattamento: le TF-CBT che includevano il genitore hanno portato a un miglioramento significativamente maggiore dei problemi comportamentali e depressivi del bambino. Un altro studio (Lewey et al., 2018) su bambini in età prescolare che avevano subito abusi sessuali, ha documentato che la TF-CBT ha portato a un miglioramento del supporto e del disagio dei genitori rispetto alla terapia di supporto non direttiva; tale miglioramento ha mediato poi in modo significativo il miglioramento dei sintomi del PTSD dei bambini durante il post-trattamento e il miglioramento dei problemi comportamentali dei bambini nei *follow-up* di 6 e 12 mesi. Per ottenere tutti questi risultati il terapeuta deve però essere in grado di applicare le giuste modifiche al trattamento (aumento o diminuzione del numero delle sedute, utilizzo di materiale specifico) in base all'individualità della persona e alla situazione specifica (che cosa ha vissuto l'individuo? Che sintomatologia presenta? È in grado di intraprendere un percorso? Quanti anni ha?). Quindi bisogna essere capaci di comprendere i bisogni attuali del partecipante prima di dar luogo a tale trattamento.

5.1.3. Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR). Altre ricerche empiriche riportano che, nel lavoro con i minori vittime di abuso, oltre al trattamento di tipo cognitivo-comportamentale, vi sono altri approcci che risultano efficaci, tra cui l'EMDR (Adler-Tupia & Settle, 2016; Shapiro, 2014). La terapia EMDR segue un protocollo di otto fasi (Hase, 2021). Le prime due consistono nel raccogliere la storia del paziente e porre le basi per il trattamento, cercando di creare una buona relazione e definendo gli obiettivi. La terza si concentra sui ricordi legati al trauma che sono alla base delle risposte disfunzionali della persona maltratta. Il ricordo bersaglio può essere costituito da un'immagine che rappresenta l'esperienza più disturbante, cognizioni negative ("Io sono debole", "È stata colpa mia"), cognizioni positive desiderate ("Sono forte", "Posso farcela"), emozioni (tipicamente di paura, rabbia e tristezza) e sensazioni

fisiche (nausea, stanchezza, tensione, che possono accompagnare quel determinato ricordo). Conclusa la fase di *assessment*, si procede con la quarta fase di elaborazione attiva del trauma (desensibilizzazione), condotta con una serie di movimenti oculari rapidi bilaterali. La quinta fase consiste nell'associare l'immagine del ricordo traumatico, le emozioni e le sensazioni fisiche con lo stato cognitivo positivo desiderato (installazione); segue poi la fase di consapevolezza delle sensazioni corporee (*body scan*). Nella settima fase si cerca di eliminare eventuali sofferenze residue, e non appena esse non vengono più segnalate, si conclude il protocollo, stabilizzando il paziente. Al termine, si ripropone una valutazione di *follow-up* volta ad indagare l'effettivo risultato terapeutico.

Per il trattamento di bambini vittime di traumi complessi il protocollo EMDR (Adler-Tapia & Settle, 2017) è stato lievemente modificato. Per ottenere la remissione dei sintomi e dei disturbi, il trattamento si focalizza sui problemi o sulle preoccupazioni del bambino, evitando l'elaborazione diretta dei ricordi dell'abuso, in quanto si presuppone che alla base vi siano le sofferenze legate all'evento in sé. Durante il protocollo con i bambini, si propongono diversi disegni e giochi, volti anche alla valutazione del trattamento stesso; ad esempio, si chiede al bambino di raffigurare un luogo per lui sicuro all'inizio e alla fine di ogni sessione. Di fondamentale importanza è l'alleanza e il coinvolgimento dei genitori, con i quali spesso è opportuno effettuare un lavoro in parallelo. La storia di vita del bambino viene raccolta dal racconto dei genitori, mentre al bambino si chiede di disegnare una linea temporale della sua vita (sotto forma di arcobaleno), in cui gli può essere chiesto di inserire i suoi compleanni, le esperienze più divertenti e gli eventi spiacevoli. La valutazione di *follow-up* consiste nel chiedere ai genitori se ci sono stati dei miglioramenti nella sintomatologia rispetto alla seduta precedente. In letteratura sono state riscontrate differenze significative a favore della terapia EMDR rispetto a quella cognitivo-comportamentale nel migliorare la sintomatologia legata al trauma (Arabia et al. 2011; Nijdam et al., 2012; Roos et al. 2011).

5.1.4. La psicoterapia psicoanalitica. Ultima tecnica utile risulta essere la psicoterapia psicoanalitica che tenta di esplorare attraverso il dialogo, il gioco (con i bambini più piccoli) e la relazione terapeutica, come le esperienze precedenti vadano ad influenzare pensieri, sentimenti, comportamenti e relazioni successive. Questa terapia, quindi, mira ad aiutare le persone ad avere una migliore comprensione delle proprie difficoltà e questo dovrebbe consentire la risoluzione dei loro problemi tramite *insight* (comprensione consapevole). Questo approccio ritiene che il paziente si comporti (inconsapevolmente) con il terapeuta nello stesso modo in cui ha sperimentato alcune sue relazioni (ad esempio, con un genitore o un abusante): ciò permette a quest'ultimo di ipotizzare quali siano i conflitti interni e i meccanismi di difesa messi in atto dal paziente, in modo da aiutarlo a raggiungere una buona consapevolezza degli stessi. Il bambino si esprime attraverso il gioco e il disegno, comunicando attraverso di essi e fornendo al terapeuta una finestra per comprendere ansie, conflitti e difese. In tal senso, sono molto utilizzati i programmi basati sullo psicodramma e sulla terapia del gioco. Lo psicodramma appare come una sorta di gioco, di spazio dove poter esprimere le proprie fantasie, desideri nascosti. Utilizzare lo psicodramma con i bambini però non è semplice perché richiede la precisa conoscenza di tecniche e regole, organizzazione dei giochi di ruolo nonché la necessaria preparazione e presenza di operatori, ognuno dei quali deve avere un ruolo preciso e prestabilito. Le tecniche psicodrammatiche che vengono utilizzate maggiormente sono: l'inversione di ruolo in cui in una situazione in cui il minore è in conflitto con il padre, una volta che il protagonista (in questo caso il bambino) ha messo in scena il proprio ruolo, gli si chiede di abbandonarlo e di assumere quello del padre; lo specchio in cui si fa scegliere al bambino un ruolo che vuole assumere e, dopo averlo interpretato, gli si permette di "specchiarsi" ossia di valutarsi all'interno di questo; la bottega magica cioè una bottega immaginaria dove i bambini possono comprare e vendere qualsiasi cosa, i bambini scelgono con cosa vogliono barattare la "cosa brutta" di cui si vogliano disfare (esempio difficoltà personali). Fino ad oggi, non c'è stata una revisione

sistematica che abbia verificato la piena efficacia della psicoterapia psicoanalitica in bambini e adolescenti che hanno subito abusi in età evolutiva; tuttavia, negli ultimi anni è stato eseguito un maggior numero di sperimentazioni, molte delle quali ancora in corso, volte a verificare tale efficacia (Wilkinson et al., 2011).

5.2. L'intervento giuridico

Il processo di intervento nei casi di abuso e maltrattamento all'infanzia è articolato in più fasi. La prima fase è quella della rivelazione, in cui i servizi locali (scuole, ospedali, servizi sociosanitari, polizia) devono individuare quei segnali indici che un bambino è in pericolo, molte volte nel suo stesso nucleo familiare. Questa cooperazione è importante perché il bambino non denuncerà mai un adulto perché questi rappresentano, per lui, le uniche figure di riferimento in grado di "proteggerli" e quindi non sono disposti a tradirli; inoltre, quando si tratta di adulti del loro nucleo familiare non denunciano anche per evitare il distacco e la paura di restare soli. Ancor meno sono i genitori maltrattanti e abusanti che decidono di autodenunciarsi, in primis perché un genitore che sta abusando o maltrattando suo figlio non sempre è consapevole del male che sta infliggendo a suo figlio; invece, nel caso in cui ci sia consapevolezza non trova il coraggio perché significherebbe diventare un escluso, un emarginato etichettato come violentatore o maltrattante. Altre volte i genitori non chiedono espressamente aiuto perché credono di non averne bisogno perché nonostante tutti gli avvenimenti possono ancora gestire la propria famiglia e il proprio comportamento. La seconda fase riguarda il coinvolgimento dei genitori e la successiva segnalazione al tribunale. Una volta che si hanno a disposizione le informazioni necessarie, l'operatore deve convocare i genitori e segnalare al Tribunale dei minorenni, nei casi più gravi è possibile capovolgere questo procedimento, informando prima il Tribunale. Per quanto riguarda la scelta di convocare i genitori è un compito arduo e delicato perché se l'abusante è un membro

della famiglia potrebbe intimorire la vittima e costringerla a ritrattare, oppure potrebbe rincarare le dosi con la violenza fisica; perciò, vi è la segretezza nei confronti dei genitori almeno fino a quando il magistrato della Procura penale non ha svolto il compito di indagini preliminari. Per quanto riguarda la segnalazione al tribunale dei minorenni, essa è regolata dall'art. 331 c.p.p., secondo cui questa segnalazione deve avvenire senza ritardi, perché un eccessivo ritardo potrebbe compromettere le indagini e il lavoro della magistratura. La terza fase è quella dell'indagine: i servizi coinvolti devono mettere in atto tutte le loro competenze per raggiungere le informazioni più dettagliate possibili. Le indagini devono corrispondere all'accertamento anche nel quadro clinico, per questo motivo le indagini possono prolungarsi nel corso del tempo, inoltre bisogna approfondire le dichiarazioni del minore. Vi è poi una quarta fase, ovvero le misure di protezione, che possono anche attuarsi subito dopo la segnalazione qualora vi sia una particolare urgenza. La protezione deve corrispondere all'entità del danno che ha subito il minore; perciò, le misure possono essere di varia entità, da forme più lievi come la sorveglianza da parte dei servizi sociali, a forme più gravi quali l'intervento degli assistenti domiciliari che svolgono una funzione di mediazione familiare fra genitore e figlio in seguito all'allontanamento. In quest'ultimo caso il bambino viene collocato presso una comunità, oppure presso le figure parentali più prossime. La quinta fase del processo di aiuto, infine, è la valutazione di recuperabilità dei genitori in cui l' operatore deve ponderare la complessità del genitore, quindi la sua personalità, le sue competenze relazionali e il suo vissuto, e rapportarlo anche alle sue capacità nella coppia e nella relazione con il figlio, ovvero se vi sono delle capacità nell'accudimento, nell'attenzione posta alle richieste dei figli, e nella capacità di garantirgli lo sviluppo sul fronte sociale, psicologico, affettivo. È molto importante comunicare al genitore quali sono i motivi che hanno spinto ad attuare una valutazione sulle loro capacità genitoriali, e va anche informato il minore, facendogli

comprendere le motivazioni e le conseguenze di questo processo. È fondamentale per la riuscita di tutte queste fasi, che vi sia una distribuzione dei compiti fra i vari servizi competenti del settore e del territorio che devono interagire fra di loro integrandosi e utilizzando dei protocolli da seguire uniformemente.

5.2.1. Il Tribunale dei Minori. Il Tribunale dei Minori è un organo giuridico molto importante fulcro del sistema di protezione minorile, istituito in Italia nel 1934. È formato da giudici professionali (detti anche "giudici togati") e da giudici onorari, che sono degli esperti di biologia, psichiatria, antropologia criminale, pedagogia, psicologia, pediatria e sociologia nominati dal Consiglio Superiore della magistratura per un periodo di tre anni rinnovabile. Il Tribunale giudica con collegi composti da quattro giudici: un presidente, un giudice, un giudice onorario donna ed un giudice onorario uomo. La regola fondamentale su cui si basa il lavoro di questi giudici si ricava dall'insieme di due articoli del Codice civile, gli articoli 330 e 333, per cui il giudice può pronunziare la decadenza della potestà genitoriale o altri provvedimenti qualora un genitore vìoli o trascuri i doveri inerenti alla potestà o abusa dei relativi poteri. I provvedimenti si concretizzano nell'allontanamento del minore dai genitori. L'allontanamento può essere cautelativo quando i genitori non accennano a modificare i propri comportamenti pregiudizievoli, temporaneo nell'attesa che venga effettuata una valutazione approfondita dei genitori, o definitivo per sostituire la famiglia. Altro articolo su cui si basa il loro lavoro è il 403 che permette al giudice un intervento di urgenza quando il minore è materialmente o moralmente abbandonato o è allevato in locali insalubri o pericolosi, oppure da persone che per negligenza, immoralità, ignoranza o per altri motivi sono incapaci di provvedere alla sua cura e protezione. Le competenze del Tribunale sono applicabili in campo civile. amministrativo e penale. In campo amministrativo, adotta misure a carattere rieducativo nei confronti di minori che assumono comportamenti non accettati dal contesto familiare e sociale di appartenenza. Dispone inoltre provvedimenti di tutela a favore dei minori che

esercitano la prostituzione o che risultano vittime di reati a carattere sessuale. Per questi minori il tribunale può disporre misure di sostegno educativo (artt. 25 e 25/bis R.D.L. 20.7.1934 n. 1404 e successive modifiche) quali affidamento del minore al servizio sociale minorile e collocamento in una casa di rieducazione o in un istituto medico-psico-pedagogico. Il settore civile riguarda interventi in materia di potestà dei genitori sul figlio. Il Tribunale, quando ricorrono i presupposti di legge, può limitare la potestà dei genitori e nei casi più gravi toglierla; può impartire prescrizioni, affidare il figlio all'uno o all'altro genitore oppure affidarlo a parenti o a un servizio sociale. Quando un bambino in famiglia è trascurato o maltrattato il tribunale può disporre misure di vigilanza e di sostegno da parte dei servizi sociali, oppure collocarlo in affidamento familiare anche contro la volontà dei genitori, regolando i loro rapporti con lui. Quando risulta che un bambino è abbandonato, il tribunale deve dichiararlo adottabile e provvedere alla sua adozione. Rientrano nel settore civile anche le adozioni internazionali, le dichiarazioni giudiziali di paternità e maternità naturali, l'affidamento del figlio nella famiglia di fatto, i procedimenti in materia di sottrazione internazionale di minori ed altro ancora. I procedimenti civili del tribunale per i minorenni iniziano su richiesta di uno dei genitori o di un parente, oppure su richiesta del pubblico ministero; in alcuni casi (es. richiesta di autorizzazione al matrimonio) iniziano su richiesta dello stesso minore. In caso di segnalazione di abbandono o in caso di grave urgenza il tribunale può iniziare il procedimento anche d'ufficio e prendere provvedimenti provvisori, di norma però vale la regola generale, secondo cui il giudice non deve procedere d'ufficio ma solo su istanza dei soggetti legittimati a farlo. Fra questi la legge non include i servizi sociali, pertanto, le segnalazioni dei servizi che pervengono al Tribunale vengono trasmesse tutte (eccettuati i casi di grave urgenza) al Pubblico ministero perché valuti se promuovere o meno il relativo procedimento. Gli affari civili sono assegnati secondo un criterio casuale ed automatico ai giudici togati, fatta eccezione per i procedimenti relativi alle domande di adozione nazionale che sono assegnati, sempre secondo un criterio casuale ed

automatico, a giudici onorari. Vi sono tre collegi civili, ai quali sono addetti un certo numero di giudici togati ed onorari, ed un ulteriore collegio per i procedimenti di opposizione alle dichiarazioni di adottabilità dei minori e per il loro abbinamento a coppie disponibili all'adozione. I principali procedimenti civili sono quindi: procedimenti di adozione nazionale (domande di adozione ai sensi dell'art. 22 L. 184/83 e successive modificazioni); procedimenti di adozione internazionale (domande di disponibilità e di dichiarazione di idoneità all'adozione internazionale ex art. 29/bis L. 184/83 e successive modifiche); procedimenti di volontaria giurisdizione (procedimenti relativi alla dichiarazione di adottabilità ex artt. 8 e segg. L. 184/83 e successive modificazioni.; procedimenti di controllo sull'esercizio della potestà ex artt. 330 e segg. C.c.; regolamento della potestà dei genitori naturali ex art. 317/bis c.c.; autorizzazione al matrimonio dei minorenni ex art. 84 c.c.; assunzione di cognome del genitore da parte del figlio naturale ex art. 262 c.c.; ammissibilità dell'azione di dichiarazione giudiziale di paternità o maternità ex art. 274 c.c.; autorizzazione all'impugnazione di riconoscimento di paternità o maternità ex artt. 74 L. 184/83 e 264 c.c.; inserimento del figlio naturale nella famiglia legittima ex art. 252 c.c.; autorizzazione al rilascio di atti dello stato civile per i minori adottati ed accesso alle informazioni sulla identità dei genitori naturali ex art. 28 L. 184/83 e successive modifiche; sottrazione internazionale di minori ex art. 7 L. 64/94); procedimenti contenziosi (opposizioni a dichiarazioni di adottabilità ex art. 17 L. 184/83; riconoscimento di figlio naturale ex art. 250 c.c.; dichiarazione giudiziale di paternità o maternità ex art. 269 c.c.; interdizione ed inabilitazione di minorenne nell'ultimo anno prima del raggiungimento della maggiore età ex art. 416 c.c.). Inoltre dichiara l'efficacia di provvedimenti di adozione emessi da autorità straniere in conformità alla convenzione dell'Aja e a convenzioni bilaterali con altri Paesi, e ha competenza anche nei casi di sottrazione internazionale di minorenni, al fine di un immediato rientro nel luogo di residenza estera. È competente anche nelle cause di affidamento dei figli contesi, nati da un rapporto di convivenza. Infine, La competenza

penale riguarda i casi in cui un minorenne abbia almeno quattordici anni e sia accusato di aver commesso un reato. Inizia allora, su richiesta del Pubblico Ministero un processo penale alquanto diverso da quello per gli adulti. Infatti, bisogna decidere non soltanto se il ragazzo ha commesso il fatto di cui è accusato, ma anche se aveva sufficiente discernimento per capire che stava violando la legge penale. Occorre quindi conoscere la personalità del minore e il suo ambiente familiare, e per questo c'è un apposito servizio sociale che dipende dal Ministero della Giustizia. Nel processo minorile sono previste altre particolarità, le più importanti sono il proscioglimento per irrilevanza del fatto (si applica ai fatti lievissimi), il perdono giudiziale (si può dare a chi non ha mai commesso reati), la sospensione del processo con messa alla prova (in caso di esito positivo il reato è estinto). Dunque, il Tribunale per i minorenni è un'istituzione che ha l'obiettivo di fornire una più adeguata e rapida tutela per i giovani. Il funzionamento di tale istituzione non è chiaramente privo di difetti: in particolare, il frequente sottodimensionamento delle strutture rispetto alla popolazione, rende spesso troppo lenti e macchinosi sistemi che invece dovrebbero garantire una rapida soluzione. In ogni caso, l'importanza delle funzioni dei Tribunali minorili è innegabile, ed una eventuale futura loro soppressione, in favore di una sezione specializzata presso i Tribunali Ordinari, sarebbe molto critica.

5.2.2. La testimonianza del minore. Il primo rapporto tra il minore e il Tribunale dei Minori è quello del colloquio, in cui il minore viene ascoltato in qualità di vittima e/o testimone in un procedimento penale, civile o amministrativo (Mostardi, 2002). In passato si tendeva a negare che un bambino con età inferiore ai 4-5 anni fosse in grado di fornire testimonianze attendibili, da qualche anno, è invece possibile sentire anche questi bambini come testimoni in un procedimento giudiziario, perché anche i bambini molto piccoli possono arrivare ad avere un ricordo accurato come quello di un adulto attraverso la tecnica del ricordo libero, cioè quando il ricordo viene recuperato dal soggetto senza

alcun tipo di facilitazione (Cavedon, 2002); tuttavia, l'attendibilità del loro resoconto è ancora oggi luogo di dibattiti (Mazzoni, 2000). Le disposizioni giuridiche che regolano l'audizione del resoconto del minore in ambito penale, sono rappresentate dalle norme del Codice di Procedura Penale che tramite il modello accusatorio prevede la formazione della prova nella fase dibattimentale, cosicché le indagini precedentemente esperite e le testimonianze ottenute dagli organi di polizia giudiziaria o dal pubblico ministero devono essere necessariamente riproposte nel corso del dibattimento (Valvo, 1997). Questo sistema, se da un lato consente, in linea generale, una duplice verifica delle dichiarazioni testimoniali, dall'altro, comporta che la vittima venga sottoposta più volte all'esperienza traumatica, in quanto è chiamato ad esporla e a riviverla per più volte (Roccia & Foti, 1994). Proprio per evitare che le vittime di abuso sessuale depongano in dibattimento, può essere utilizzata la procedura dell'incidente probatorio che consiste nell'assunzione anticipata dei mezzi di prova. L'esame testimoniale del minorenne si svolge seguendo i principi degli articoli 472 e 498 c.p.p. L'articolo 472 prevede che si debba sempre procedere a porte chiuse quando la parte offesa è minorenne e si deve anche stabilire una regola relativa all'ammissibilità o meno di domande sulla vita privata o sulla sessualità della vittima del reato se non sono necessarie alla ricostruzione del fatto. L'articolo 498, invece, riguarda l'esame incrociato dei testimoni: l'esame è condotto in prima persona dal pubblico ministero e dai difensori, mentre al presidente è riservato il potere suppletivo di sollecitare una risposta, oppure comprendere meglio certi passaggi. Solo l'esame testimoniale del minorenne è condotto direttamente dal giudice, posto che in tal modo il teste sente meno la pressione del momento. L'esame diretto viene condotto dalla parte che ha chiesto l'esame del testimone. Solo dopo, le altre parti effettueranno il controesame, al termine del quale chi ha chiesto l'esame può porre altre domande al teste. Esame e controesame possono continuare ad alternarsi, fino a che non è esaurito il tema. L'esame testimoniale del minore è una tematica molto complessa: quest'ultimo va ascoltato appena possibile in quanto i suoi ricordi potrebbero subire distorsioni con il

trascorrere del tempo, infatti, spesso un ricordo viene ricostruito inserendo o eliminando dettagli considerati più o meno importanti. Ciò accade in particolare nel caso dei bambini in quanto il loro funzionamento mnestico, essendo ancora in fase di sviluppo, è influenzato da fattori interni ed esterni. La memoria, nei casi di abuso o maltrattamento, è praticamente sempre, l'unica fonte di informazione su ciò che è accaduto; il bambino, dunque, viene a trovarsi nella duplice posizione di vittima e testimone del fatto, e sarà la sua memoria fornire gli elementi necessari per arrivare all'accertamento della verità (Castellani & Pajardi, 2000). Per tale motivo la testimonianza del minore dovrebbe essere condotta da personale altamente preparato, di solito il Pubblico Ministero nomina uno psicologo o un neuropsichiatra infantile. Il momento della testimonianza dovrebbe, inoltre, avvenire in uno spazio neutro, ossia in un ambiente accogliente e non freddo che soddisfi i bisogni del minore e le esigenze del magistrato e delle forze dell'ordine. Lo spazio neutro deve essere dotato di un impianto di videoregistrazione utile per riascoltare il minore e deve essere arredato senza giochi e giocattoli per evitare che il minore si distragga. Una delle prime domande che si rivolgono al minore è: "Sai perché ti trovi qui?" passando poi ad una serie di domande neutre per metterlo a proprio agio e aiutarlo a familiarizzare con la psicologa e con la situazione, come ad esempio quale scuola frequenta, cosa fa nel tempo libero. Si parte dal generale per spostarsi solo successivamente sullo specifico, seguendo la 'tecnica a imbuto'. È essenziale che la psicologa eviti le domande suggestive che contengono in sé stesse la risposta, ad esempio "in che modo ti ha toccato?" senza che il minore abbia verbalizzato di essere stato toccato. Vanno utilizzate domande aperte che limitano il rischio di suggestionare il minore lasciandogli libertà di risposta. Vanno inoltre rispettati i momenti di silenzio del minore. Infine, ai fini della testimonianza del minore nei casi di possibile abuso sessuale gli va spiegato che deve dire la verità, raccontare solo ciò che ricorda, che deve sentirsi libero di dire di non ricordare o di non aver compreso la domanda. Conclusa l'intervista la

psicologa raggiunge il Pubblico Ministero per chiedere se siano necessari approfondimenti.

Tra le problematiche che si possono incontrare durante l'ascolto del minore c'è il fatto che gli elementi ricordati dal bambino sono di solito corretti ma poveri di dettagli. I bambini, infatti, hanno difficoltà nel ricordare le informazioni periferiche mentre ricordano meglio gli aspetti più salienti. Il ricordo, quindi, dipende dal modo di inquadrare la situazione da parte del bambino e dai fattori che dirigono la sua attenzione durante la codifica. I bambini, dunque, quando forniscono il resoconto non aggiungono elementi di fantasia o invenzioni, a meno che non considerino la situazione in cui viene loro richiesto il resoconto una situazione di gioco fantastico. Bisogna inoltre tener presente che i bambini tendono a dire sì alle domande che presuppongono come uniche risposte sì o no, andrebbero dunque sempre evitate, perché non possiamo sapere se la risposta data dal bambino è dovuta alla tendenza spontanea a dire sì oppure no (Mazzoni, 2000). Altro problema è che i bambini sono fortemente suggestionabili. Varie ricerche hanno dimostrato che essi possono facilmente cambiare il loro racconto soprattutto se sono interrogati a distanza di tempo dall'evento, se sono suggestionati da domande poste in modo scorretto o se chi pone le domande viene visto dal minore come una figura autorevole (Mazzoni, 1995). La suggestionabilità però non si limita all'aggiunta o alla modifica di uno o più elementi di una scena. Ci sono risultati che sono stati confermati più volte e che mostrano come sia addirittura possibile indurre i bambini a ricordare eventi che non sono mai accaduti (Mazzoni, 2000). È necessario poi ricordare che la percezione del tempo nel minore è molto diversa da quella dell'adulto: per un bambino una settimana o un mese possono essere uno spazio temporale molto più lungo che per l'adulto. Ultimo elemento fondamentale da tenere in considerazione durante l'ascolto del minore è la sua tendenza, in quanto bambino, a dire bugie. I bambini, infatti, possono raccontare cose che ritengono vere ma che in realtà sono frutto di manipolazioni per ottenere una speciale attenzione da parte degli adulti, per uscire da una situazione familiare difficile, per evitare

una punizione, vendicarsi di presunti torti subiti o di conquistare una libertà che gli viene negata (Agnoli & Ghetti, 1995). Dunque, quando si ascolta il racconto, relativo ad un evento osservato o vissuto, da parte di un bambino, vanno considerati tutti questi elementi perché possono influenzare il resoconto di un bambino e renderlo non veritiero, senza per questo che si possa dire che il bambino "mente". In alcuni casi, il Giudice del Tribunale dei Minori può richiedere anche una perizia psicologica nei confronti del minore per accettarsi che effettivamente quello che viene dichiarato corrisponda alla realtà.

5.2.3. La perizia sul minore. Innanzitutto, la perizia è un'analisi tecnica compiuta da professionisti abilitati allo svolgimento di questa mansione, i cosiddetti Consulenti Tecnici di Parte (CTP) o Consulenti Tecnici d'Ufficio (CTU); questi possono essere chiamati dagli avvocati o direttamente dal Giudice e posseggono l'iscrizione all'Albo degli Psicologi, diversi anni di pratica professionale (il numero varia da Regione a Regione), una formazione specifica in psicologia giuridico-forense, comprovate competenze cliniche e psicodiagnostiche, e infine una formazione mirata sulle norme e procedure inerenti il sistema giuridico nelle sue fattispecie civili, penali, amministrative ed ecclesiastiche. Le competenze di questi psicologi giuridico-forensi vengono, infatti, richieste in svariati casi: in ambito penale, per casi di sospetto abuso su minore, stalking, autopsia psicologica, valutazione dell'imputabilità, della competenza di stare in giudizio, o della pericolosità sociale dei soggetti; in ambito civile per casi di conflittualità coniugale con figli a carico, danno psichico o esistenziale, mobbing, capacità di succedere o di testare (Ciappi & Pezzuolo, 2014); in ambito ecclesiastico ai fini dell'annullamento di un matrimonio. In tutti questi casi, comunque, il loro compito è quello di validare le affermazioni fatte dai soggetti ascoltati seguendo delle linee guida ben precise come la Carta di Noto o le linee guida specifiche per gli Psicologi forensi.

Esistono più tipologie di perizia. Nella fase di cognizione, le indagini peritali sono essenzialmente di tre tipi: consulenza tecnica per il pubblico ministero, perizia disposta

dal gip (giudice per le indagini preliminari) e perizia dibattimentale; nella fase di esecuzione, invece, gli accertamenti sono di un solo tipo e sono volti a stabilire: presenza e persistenza di pericolosità sociale psichiatrica e condizioni di mente attuali. Nella fase di cognizione, inoltre, lo scopo varia a seconda del destinatario dell'accertamento peritale. Se si tratta di autore di reato, i quesiti sono finalizzati a stabilire: l'eventuale esistenza di un vizio totale o parziale di mente al momento del fatto; la maturità o meno del minorenne infradiciottenne o l'eventuale e la presenza di un vizio di mente. In caso di vittima di reato, l'accertamento psichiatrico è finalizzato ad accertare: le condizioni di inferiorità psichica dei soggetti, l'eventuale presenza di danni psichici sopravvenuti in seguito e le condizioni psichiche. Infine, nei confronti di un testimone, l'accertamento si prefigge di stabilire l'idoneità a testimoniare. L'attività peritale è regolata da una normativa comprendente gli articoli 220-233 c.p.p. Art. 220 "Oggetto della perizia": la perizia è ammessa quando occorre svolgere indagini o valutazioni che richiedono specifiche competenze tecniche, scientifiche o artistiche. Non sono ammesse perizie per stabilire l'abitualità o la professionalità nel reato, il carattere e la personalità dell'imputato e in genere le qualità psichiche indipendenti da cause patologiche. In altre parole, consiste in un accertamento tecnico volto a formulare un giudizio diagnostico-valutativo finalizzato a rispondere a specifici quesiti. Esso ha come destinatari minori e adulti, che siano stati autori di reato, vittime, testimoni, imputati, condannati e internati. Tale giudizio consiste nello stabilire le condizioni mente della persona (attiva o passiva) in riferimento ad una determinata specie di reato (commesso o subito) e ad un preciso momento del suo iter giudiziario. Art. 226 "Conferimento dell'incarico": Il giudice informa il perito della natura dell'incarico e formula i quesiti. È raccomandata la massima riservatezza circa i dati acquisiti, anche con i familiari, con i curanti e con quanti altri i periti consultino per ricavare notizie utili alla ricostruzione della storia clinica del periziando. Per quanto concerne l'obbligo di dire la verità, si tratta di verità clinica cioè l'insieme degli elementi anamnestici, clinici e di sussidio diagnostico necessari per

rispondere ai quesiti posti dal magistrato. Art. 227 “Relazione peritale”: il procedimento rituale è quello del parere orale, la presentazione di relazione scritta riveste carattere di eccezionalità e la sua lettura può essere disposta solo dopo l’esame orale del perito. Il consulente tecnico e il perito sono tenuti, qualora richiesti anche dalle parti oltre che dall’ufficio, a presenziare all’udienza preliminare o al dibattimento e talvolta ad entrambe per esporre a voce le conclusioni cui sono pervenuti. Art. 228 “Attività del perito”: Il perito procede alle operazioni necessarie per rispondere ai quesiti e può essere autorizzato ad assistere all’esame delle parti. Gli atti dei quali il perito può prendere cognizione sono quelli già inseriti nel fascicolo per il dibattimento e quelli suscettibili di esserlo in seguito. Art. 231 “Sostituzione del perito”: il perito può essere sostituito se non fornisce il proprio parere nel termine fissato o se la richiesta di proroga non è accolta ovvero se svolge negligentemente l’incarico affidatogli. (Fornari, 2021).

Dunque, i criteri da prendere in considerazione nella redazione di una perizia in ambito psichiatrico – forense sono cinque, ovvero: la formulazione di una diagnosi psichiatrica (criterio nosografico); la descrizione e l’analisi dei disturbi di matrice psicopatologica in atto, sia a livello qualitativo che quantitativo (criterio psicopatologico); l’esame della conseguente compromissione delle funzioni autonome dell’Io (criterio psicodinamico); la valutazione del comportamento avente rilevanza giuridica come sintomatico, o spia, di un disturbo del funzionamento psichico-patologico (criterio attributivo); la specificazione del grado e del tipo di compromissione della capacità di intendere e/o volere del soggetto in esame al momento dei fatti (criterio forense). Generalmente, per ricavare queste informazioni si utilizza la tecnica del colloquio clinico, tuttavia, in età evolutiva, la possibilità di utilizzarlo e la sua validità dipendono da alcune caratteristiche del minore 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. Il colloquio peritale si svolge in un

contesto che deve essere rappresentato da un locale accogliente, arredato e attrezzato in modo adeguato ad ospitare un bambino; la stanza, inoltre, deve essere dotata di un impianto di videoregistrazione a circuito chiuso con monitor o con specchio unidirezionale, per permettere la partecipazione indiretta dei Consulenti Tecnici di Parte, senza che questa ostacoli la relazione con il minore. La durata 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; e infine il numero degli incontri con il minore, devono essere ravvicinati nel tempo, e non in numero inferiore a tre, ad esclusione delle sedute per la somministrazione dei test. Durante il colloquio clinico, 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. 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 e il livello di integrazione fra realtà e fantasia. 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. Pertanto, risulta fondamentale anche la capacità di gestire tali processi. L'esperto deve stare attento, inoltre, ad 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 utilizzare costruzioni grammaticali semplici e termini facilmente comprensibili scegliendo tra quelli usati dal minore, evitare termini giuridici, evitare di interrompere il minore e cercare invece di riaffermare ed approfondire quanto detto dal minore. 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. Allo stesso modo, non dovranno essere utilizzate modalità e domande

aggressive, ambivalenti, squalificanti o neganti, in quanto interferiscono e ostacolano marcatamente la relazione con il minore (De Cataldo & Gulotta, 2004). In tutto ciò, l'esperto non deve mai dimenticare che la psiche infantile è sotto l'azione 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 all'osservazione degli atteggiamenti, del comportamento, dei gesti, del gioco e del linguaggio del minore, al fine di comprenderne a fondo le modalità sensopercettive, attentive, mnemoniche, di pensiero e il loro significato.

Durante il colloquio è possibile anche utilizzare dei test, tuttavia, è importante chiarire che non possono essere ricavati indicatori specifici di abuso dai dati del materiale testologico. Inoltre, è necessario fare diretto riferimento al documento dell'Associazione Italiana Rorschach, "Linee Guida per l'utilizzo dei test psicologici in ambito forense", sia per gli aspetti di somministrazione che di interpretazione. I test possono essere suddivisi in: neuropsicologici, di livello e di personalità (questionari e proiettivi). Tra i test neuropsicologici, c'è il Bender-Visual Motor Gestalt Test (Bender, 1938). Il Bender, importante per individuare eventuali ritardi o regressi della funzione o addirittura la sua perdita, come anche difetti organici del sistema nervoso centrale. Tra i test di livello più significativi rientrano le Scale di D. Wechsler: la WPPSI (Wechsler, 1967) somministrabile a soggetti di età compresa tra i 4 e i 6 anni; la WISC-III-R (Wechsler, 1991), tra i 6 e i 16 34 anni; la WAIS – R (Wechsler, 1997), dai 16 anni in poi. Esse offrono diverse opportunità di essere utilizzate sia a complemento della diagnostica psicologica, sia per una più circostanziata definizione dei potenziali per l'apprendimento. Ciò è dovuto al fatto che ogni *subtest*, appartenente alla scala Verbale e a quella di *Performance*, esplora una funzione o un insieme di funzioni dell'attività intellettiva, permettendone la valutazione di efficienza sia in sé sia in correlazione e in confronto con le altre funzioni e con l'attività globale, grazie alla possibilità di quantificare il rendimento

ad ogni prova. Pertanto, permettono di ricavare una valutazione del livello globale di intelligenza espresso in termini quantitativi e una valutazione qualitativa sull'esistenza o meno di equilibrio delle funzioni psichiche intellettive tra loro. Tra i test di personalità, per quanto riguarda i questionari, l'MMPI – A (Butcher et al., 1992) rappresenta un questionario di personalità adatto agli adolescenti (14 - 18 anni) essendo stati introdotti item riferiti allo sviluppo e alla psicopatologia di questi. Il questionario valuta lo stato psichico del momento, la condizione in cui si trova il minore, ma anche i meccanismi di difesa consci e inconsci, i tratti di aggressività, di impulsività, di insicurezza, di ansia; valuta la presenza di dipendenza patologica, il tono dell'umore, la capacità di anticipare e progettare azioni e comportamenti. Fra le tecniche proiettive, è possibile distinguere due grandi categorie: test proiettivi strutturati o semi strutturati e tecniche grafiche tematiche. Tra le tecniche più utilizzate rientra, il test di Rorschach (1921) che riduce al minimo la soggettività di giudizio dell'esaminatore. L'ipotesi diagnostica che se ne ricava si riferisce al suo aspetto globale, alle diverse funzioni e caratteristiche di tipo cognitivo, affettivo-adattivo e relazionale. Può inoltre mettere in luce eventuali modalità di reazioni proprie di determinate patologie, per cui è un ottimo mezzo ausiliare nella diagnosi differenziale psicopatologica. Invece, il Reattivo di Realizzazione Grafica o WZT (Wartegg, 1953), test grafico proiettivo semi strutturato somministrabile dai 3 anni e mezzo in su, è in grado di fornire una descrizione esauriente del livello di organizzazione, strutturazione ed integrazione dei processi di pensiero e degli elementi psicoaffettivi fondamentali per i processi di sviluppo, evoluzione e adattamento dell'Io. Tra i test proiettivi tematici adatti in età evolutiva dai 3-4 anni, è utile quello creato da Louise Düss (2007), al fine di mettere in evidenza eventuali problematiche o complessi corrispondenti a ciascuno degli stadi di sviluppo indagati. Il metodo delle favole della Düss risponde al requisito di non rappresentare situazioni familiari o scolastiche troppo particolari e ciò è importante per evitare che il bambino, riconoscendosi nella realtà, subisca l'inibizione della risposta. Si tratta di una serie di 10 favole nelle quali il protagonista si trova in una

determinata situazione, rappresentante uno stadio della evoluzione psichica, per la quale vi sono differenti modi di risposta. In base alle resistenze a rispondere e alle risposte complessuali, si può ipotizzare l'esistenza di difficoltà relative a fasi particolari dello sviluppo psichico. Altro metodo è il Disegno della Figura Umana (Machover, 1949) che non ha limitazioni di età, di intelligenza o abilità artistica. La rappresentazione grafica che il bambino propone alla richiesta di disegnare una figura umana intera offre l'opportunità di valutare il grado di evoluzione intellettiva in riferimento alla completezza del disegno, correlando lo sviluppo psicomotorio con quello di funzioni specifiche del sistema nervoso centrale. Inoltre, il bambino nel disegno fornisce il grado della sua capacità di adattamento tradotto nella rappresentazione di uno schema cognitivo, emozionale e relazionale su un piano senso-motorio. Infine, il Disegno della Famiglia, secondo le due diverse metodologie di L. Corman (1967) e M. Porot (1952), risulta utile ad esplorare come siano effettivamente percepiti dal bambino i rapporti affettivi con e tra i familiari, fondamentali per la formazione della sua personalità. Il disegno della famiglia permette di conoscere i sentimenti anche inconsapevoli del bambino verso i familiari e comprendere la sua capacità d'interagire con le persone significative del suo ambiente (Fornari, 2021).

Per quanto riguarda l'accertamento peritale sulla vittima, questo può essere disposto in 4 casi: reati sessuali (art. 609-bis c.p.), abusi sessuali infantili e aggressioni sessuali in danno di minori, maltrattamenti di minori e circonvenzione di persona incapace. In caso di abuso sessuale nei confronti di un infradiciottenne occorre accertare, caso per caso, il grado di maturità raggiunto e la conseguente capacità di autodeterminarsi. In caso di sua assenza, viene considerato immaturo, incapace e paragonato all'infraquattordicenne. Nel caso in cui sia sostenuta la sua maturità, e quindi la sua capacità di intendere e di volere e nel caso venga esclusa una condizione di inferiorità psichica, allora deve essere dimostrata la violenza, attraverso indagini che non competono più al perito. In caso di circonvenzione di persone incapaci (art. 643 c.p.) è necessaria l'assoluta certezza della

sussistenza dell'incapacità: pur non dovendo necessariamente consistere in una vera e propria malattia mentale, deve pur sempre provocare una incisiva menomazione delle facoltà di discernimento e di determinazione volitiva. È dunque necessario dimostrare che, al momento del fatto, era presente un quadro di rilevanza clinica che ha indotto nella vittima rispettivamente uno stato di suggestionabilità particolare o patologica tale da compromettere la sua capacità decisionale. Non può esservi circonvenzione senza suggestione: quest'ultima rappresenta la conditio sine qua non della prima. Nel caso della circonvenzione è necessario, dunque, andare oltre e dimostrare che la suggestione della vittima si è concretizzata in un'esclusione o, quantomeno, in una rilevante compromissione delle sue capacità di analisi, critica, previsione e autodeterminazione, tali da indurlo a compiere un atto che altrimenti non si sarebbe mai deciso a eseguire. Lo studio psichiatrico-forense, sia in presenza di un quadro di malattia mentale, sia nell'ipotesi di una condizione di deficienza psichica, deve essere condotto, se e quando possibile, anche sul piano transazionale. In altre parole, il perito deve stabilire anche quali erano le condizioni di mente del soggetto nel periodo in cui sono avvenuti i fatti in causa, quindi se nel periziando fossero già presenti evidenti compromissioni del suo funzionamento mentale in riferimento alle sue capacità di critica e di giudizio (Fornari, 2021).

In molti casi di abuso, la vittima è anche l'unico testimone dell'atto e quindi viene ascoltata anche come tale. L'articolo 196 c.p.p. stabilisce che ogni persona ha la capacità di testimoniare ma al fine di valutare l'idoneità fisica o mentale a rendere testimonianza, il giudice può ordinare gli accertamenti opportuni con i mezzi consentiti dalla legge. Non possono intervenire come testimoni i minori di 14 anni e le persone palesemente affette da infermità mentale o in stato di manifesta ubriachezza o intossicazione da sostanze stupefacenti. Ovviamente questo principio non vale quando minore o infermo siano interrogate come vittima di reato. Nei confronti di un testimone può essere disposta una perizia psichiatrica purché sia indispensabile e sussistano gravi e fondati indizi che la

rendono necessaria. Essa è finalizzata a valutarne l'idoneità mentale a rendere testimonianza. Due sono i problemi che si pongono: quello dell'accertamento della verità processuale e quello della valutazione della verità clinica. L'accertamento della verità processuale è compito di esclusiva pertinenza del magistrato che, attraverso l'acquisizione delle prove, si prefigge lo scopo di ricostruire il fatto-reato e di attribuire alle singole responsabilità individuali. La valutazione della verità clinica è frutto di un'indagine psicologico-psichiatrica sul testimone-vittima. Il testimone è idoneo a rendere testimonianza, se nei suoi meccanismi psichici non si ravvisa da un punto di vista clinico alcun processo che possa inficiare precisione, obiettività, serenità di percezione e di rievocazione. Il che non significa che egli dica o abbia detto la verità. Il testimone, invece, non è idoneo quando nel suo funzionamento mentale sono presenti alterazioni patologiche della memoria, del pensiero, della percezione e di altre funzioni psichiche. In questi casi il magistrato dovrà accertare la verità processuale attraverso altre fonti di prova sulla veridicità o falsità del ricordo. Pur in assenza di disturbi mentali, intervengono almeno quattro fattori che possono disturbare o deformare la fissazione e la rievocazione del ricordo: la carica affettiva, i significati conferiti all'evento, la suggestione di origine esterna e la continua interferenza dell'immaginario sul reale. Il ricordo, quindi, non è mai la riproduzione fedele di un evento. Il principio è valido a qualsiasi età, quindi non si può presumere a priori una maggiore idoneità dell'adulto rispetto al bambino a testimoniare. Semmai è valido il contrario, nel senso che il bambino più difficilmente elabora e arricchisce gratuitamente eventi di cui è stato vittima. Pertanto, ogni testimonianza contiene sempre, nella sua rievocazione, un giudizio che soffre di influenze cronologiche, affettive, culturali e ambientali, contingenti e relazionali. Per questo una prima regola fondamentale è che, siccome si tratta di materiale clinico soggetto a modificazioni, è indispensabile videoregistrare o almeno registrare tutte le dichiarazioni della vittima in generale, del bambino in particolare, fin dalle sue prime ammissioni, in modo da aver fissato un dire dell'accusatore che possa costituire un punto fermo di inizio e di

riferimento costante per le successive indagini, giudiziarie o cliniche (Fornari, 2021).

Quando l'accertamento peritale viene eseguito nei confronti di un soggetto minorenne, questo presenta quesiti particolari, problemi metodologici specifici e peculiari criteri di svolgimento del compito. Nel caso di minore autore di reato, periti e giudici hanno a che fare con la definizione e la delimitazione ella controversa nozione di maturità/immaturità. Nei casi di minore testimone o vittima, è sostanzialmente esaminata la sua idoneità a rendere testimonianza. In caso di minore vittima di reato, nel rispondere ai quesiti il perito deve tenere presenti i seguenti punti: i comportamenti e i disturbi del bambino maltrattato non devono essere attribuiti necessariamente alla violenza; mai sovrapporre o confondere la verità clinica con quella processuale; il compito è di oggettivare la situazione attuale. Gli aspetti metodologici peculiari sono: indagare sulla costellazione familiare; studiare l'incidenza dell'eventuale presenza di figure sostitutive ai genitori; richiedere la collaborazione dei servizi del territorio; mettere in luce la presenza di eventuali patologie di mente; svolgere un'indagine accurata sulla personalità dei genitori; studiare la dinamica di coppia nei suoi riflessi sui figli. Accertati da parte dell'autorità giudiziaria i comportamenti processualmente rilevanti, si pone il difficilissimo quesito della valutazione del danno psichico conseguente ai maltrattamenti, agli abusi e alle violenze subite. Per quanto riguarda invece i casi di minore testimone, fino al recente passato, era radicata la convinzione che la testimonianza dei fanciulli fosse sospetta e si attribuiva alla stessa un valore del tutto relativo. Poi si è radicata la convinzione che il bambino, anche in tenerissima età, sia un testimone attendibile e credibile, che ha la capacità di cogliere fedelmente i fatti. Non si può però sottovalutare la presenza fisiologica di elementi di tipo immaturo, di ideazione magica, di facile suggestionabilità, di difficoltà nel separare il soggettivo dall'oggettivo, l'accaduto dall'immaginativo. Pertanto, quando dichiarazioni accusatorie provengono da minori, il giudice ha l'obbligo di sottoporre ad attento esame critico al fine di escludere ogni possibilità che siano conseguenza di suggestione o di fantasia. Le ricerche svolte in anni recenti in ambito di età evolutiva hanno dimostrato

che: il grado di comprensione qualitativo e quantitativo del linguaggio è tanto più ridotto quanto più piccolo è il bambino; l'affidabilità aumenta dai 6 ai 13 anni; la difficoltà di comprensione deriva soprattutto dal modo di formulare le domande; tra i 4 e i 6 anni la riduzione del livello di comprensione è estremamente significativa; il concetto di vero e falso normalmente non si acquisisce prima dei 9-10 anni; i bambini piccoli ricordano cose che hanno vissuto, che hanno sentito raccontare, o che hanno immaginato senza essere in grado di discriminarle; il grado di complessità e di impatto emotivo dell'evento interferisce sulla sua rievocazione; anche la risonanza emotiva dell'evento cambia con il tempo; la ripetizione è motivo di distorsione del ricordo; i bambini attuano molte falsificazioni che consistono in omissioni di dettagli importanti, rifiuto esplicito di esporre i fatti e ritrattazione di quanto esposto in precedenza. La valutazione più adeguata di tutte queste situazioni è legata all'esperienza e alla competenza clinica dell'esperto che ha il compito di raccogliere la testimonianza del minore (Fornari, 2021).

CONCLUSIONI

L'abuso su minore, dunque, nonostante la sua connotazione abominevole, rappresenta una problematica molto diffusa a livello mondiale e come tale va debitamente contrastata con ogni misura disponibile: a partire dall'ampliamento delle conoscenze e delle capacità di *screening* di chi fa parte della vita del minore fino all'attuazione di un tempestivo intervento sia da parte di psicologi-psicoterapeuti, sia da parte di enti giuridici quali l'Autorità Giudiziaria e il Tribunale dei Minori. Solamente, in questo modo, tale condotta potrà ridursi in frequenza e provocare, dunque, conseguenze minori.

Per favorire questo avvenimento, come spiegato all'interno del presente lavoro, l'Università di Modena e Reggio Emilia, in collaborazione con altre strutture europee, ha sviluppato un protocollo all'interno del "Progetto ECLIPS" con l'obiettivo di ampliare le capacità di *screening* e rinvio degli educatori all'infanzia poiché loro, dopo i genitori, sono i soggetti che passano più tempo assieme ai bambini. Come osservato, inizialmente, le figure professionali coinvolte nello studio presentavano grosse lacune in relazione al fenomeno dell'abuso, dichiarando talvolta di non essere neanche concretamente a conoscenza della definizione effettiva di abuso correndo quindi il rischio di attuare loro stesse comportamenti di tale tipo; tuttavia, successivamente alla somministrazione dei questionari presenti nel protocollo, è stato possibile osservare sin da subito un miglioramento delle loro capacità sia di riconoscimento di eventuali segnali di abuso sia di rinvio alle autorità competenti comportando dunque un miglioramento della situazione.

Il protocollo è ancora in fase di valutazione ma si spera che, una volta ultimato, possa effettivamente essere uno strumento utile a contrastare l'abuso non solo a livello europeo ma anche a livello mondiale, dati i numerosi punti di forza osservati fino a questo momento.

BIBLIOGRAFIA

Abdoh, N., Bernardi, E., & McCarthy, A. (2017). *Knowledge, attitudes and practices of trauma informed practice: a survey of health care professionals and support staff at Alexander Street community*. Downtown-Eastside (Vancouver, B.C.). DOI: http://dx.doi.org/10.14288/1.0343062

Achenbach, T. M., & Rescorla, L. A. (2000). *Manual for the ASEBA preschool forms and profiles: Anintegrated system of multi-informant assessment.* Burlington, VT: University of Vermont, Department of Psychiatry.

Adam, E.K. & Gunnar, M.R. (2001). Relationship functioning and home and work demands predict individual differences in diurnal cortisol patterns in women. *Psychoneuroendocrinology*, 26(2), 189-208. https://doi.org/10.1016/S0306-4530(00)00045-7

Adler-Tapia, R. & Settle, C. (2016). *EMDR and the Art of Psychotherapy With Children. Infants to Adolescents.* Springer Publishing Company. DOI: 10.1891/9780826138026.

Adler-Tapia, R. & Settle, C. (2017). *EMDR and the Art of Psychotherapy with Children, Second Edition: Infants to Adolescents*. Springer Publishing Company.

Agnoli, F. & Ghetti, S. (1995). Testimonianza infantile e abuso sessuale. *Età evolutiva* (52), 66-75.

Ainsworth, M.D. & Wittig, B.A. (1969). Attachment and exploratory behavior of one-year-olds in a strange situation. In B.M. Foss (Ed.), *Determinants of infant behavior* (Vol. 4, pp. 113-136). London: Methuen.

American Academy of Pediatrics. (2001). Committee on Child abuse and neglect. Shaken Baby Syndrome: rotational cranial injuries-technical-report. *Pediatrics* 108:206-10

American Psychiatric Association. (2013). *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali – Quinta edizione. DSM-5*. Tr.it. Raffaello Cortina, Milano.

Andersen, S.L., Tomada, A., Vincow, E.S., Valente, E., Polcari, A. & Teicher, M.H. (2008). Preliminary evidence for sensitive periods in the effect of childhood sexual abuse on regional brain development. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci* 20:292 – 301

Arabia, E., Manca, M. & Solomon, R. (2011). EMDR for Survivors of Life-Threatening Cardiac Events: Results of a Pilot Study. *Journal of EMDR Practice and Research*. 5. 2-13. 10.1891/1933-3196.5.1.2.

Arimoto, A. & Tadaka, E. (2019). Develop and validate a new scale to assess signs of neglect of newborns and caregivers. *Journal of interpersonal violence*, vol 36 (19-20): 8960-8983. https://doi.org/10.1177/0886260519863724

Arrivas, M. (2008). Pedophiles: A cognitive investigation among the convicts of the Teramo Prison. *Penitentiary and criminological review*. Vol. 12 (3), pp. 65-82. SICI: 0392-7156(2008) 12:3<65: IPUCAD>2.0. ZU;2-X

Attili, G., Di Pentima, L., & Toni, A. (2013). Abuso, trascuratezza e il controllo degli eventi: il paradosso dell'attaccamento. *Maltrattamento e abuso all'infanzia*, 15, 3, 89-108, doi: 10.3280/MAL2013-003005.

Bailey, T., Alvarez, J.M., Garcia-Sanchez, A.M., Hulbert, C., Barlow, E. & Bendall, S. (2018). Childhood trauma is associated with severity of hallucinations and delusions in psychotic disorders: A systematic review and meta-analysis. *Schizophrenia bulletin*. 44(5):1111–22. https://doi.org/10.1093/schbul/sbx161 PMID: 29301025

Bakacs, S. (2021). *Once upon a time there was a child: The adult victim of sexual abuse in childhood*. Bakacs Sarah (Aut)

Baker, C. N., Brown, S. M., Wilcox, P. D., Overstreet, S., & Arora, P. (2016). Development and psychometric evaluation of the attitudes related to trauma-informed care (ARTIC) scale. *School Mental Health*, 8(1), 61-76.

Baldoni, F. (2015). Aggressività, attaccamento e mentalizzazione. *Contrappunto* 51, 52, 9-44.

Bancroft, L. (2015). *Why does he do that? Inside the minds of angry and controlling men*. Berkley Books, New York.

Bandura, A. (1978). Social learning theory of aggression. *The Journal of Communication*, 28(3), 12–29. https://doi.org/10.1111/j.1460-2466.1978.tb01621.x

Batrinos, M.L. (2012). Testosterone and Aggressive Behavior in Man. *International journal of endocrinology and metabolism*. 10 (3). 563-568. DOI: 10.5812/ijem.3661

Beck, A. T. (1967). *Depression: clinical, experimental, and theoretical aspects*. New York: Harper e Row.

Bender, L. (1938), "A visual-motor Gestalt test and its clinical use", *American Orthopsychiatric Association Monograph* Series No. 3, NY.

Blank, C., Nunes, K. L., Maimone, S., Hermann, C. A., & McPhail, I. V. (2018). Is childhood sexual victimization associated with cognitive distortions, self-esteem, and emotional congruence with children? *Journal of Sexual Aggression*, 24(3), 259–273. https://doi.org/10.1080/13552600.2018.1509574

Bowlby, J. (1989) *A secure base. Clinical applications of attachment theory*. Cortina, Milano.

Bowlby, J. (1969). *Attachment and Loss, Vol. 1: Attachment*. New York: Libri di base.

Briggs-Gowan, M.J., Carter, A.S., Irwin, J.R., Wachtel, K. & Cicchetti, D.V. (2002). *Manuale brief Infant-Toddler Social and Emotional Assessment (BITSEA), versione 2.0.*

Bronfenbrenner, U. (1981). *The Ecology of Human Development: Experiments by Nature and Design*. Cambridge, MA: Harvard University Press.

Brown, R.J. (2006), "Different types of 'dissociation' have different psychological mechanisms". *In Journal of Trauma and Dissociation*, 7, 4, pp. 7-28.

Buckholdt, K. E., Parra, G. R., & Jobe-Shields, L. (2014). Intergenerational transmission of emotion dysregulation through parental invalidation of emotions: Implications for adolescent internalizing and externalizing behaviors. *Journal of Child and Family Studies*, 23, 324–332. https://doi.org/10.1007/s10826-013- 9768-4

Butcher, J.N., Williams, C.L., Graham, J.R., Archer, R.P., Tellegen, A., Ben-Porath, Y.S., & Kaemmer, B. (1992). *Minnesota Multiphasic Personality Inventory-Adolescent Version (MMPI-A): Manual for administration, scoring and interpretation*. Minneapolis, MN: University of Minnesota Press

Cabecinha-Alati, S., O'Hara, G., Kennedy, H., & Montreuil, T. (2019). Parental emotion socialization and adult outcomes: The relationships between parental supportiveness, emotion regulation, and trait anxiety. *Journal of Adult Development*, 1–13. https://doi.org/10.1007/s10804-019-09340-1

Cannon, W.B. (1932). *Wisdom of the Body*. New York, NY: WW Norton and Company

Cao, H., Zhou, N., Leerkes, E. M., & Qu, J. (2018). Multiple domains of new mothers' adaptation: Interrelations and roots in childhood maternal nonsupportive emotion socialization. *Journal of Family Psychology*, 32(5), 575–587. https://doi.org/10.1037/fam0000416

Carrion VG., Weems CF., Richert K., Hoffman BC., Reiss AL., (2010). Decreased prefrontal cortical volume associated with increased bedtime cortisol in traumatized youth. *Biol Psychiatry*; 68:491 –3

Carrion, V.G., Weems, C.F., Stephan, E., Patwardhan, A.J., Brown, W., Ray, R. & Reiss, A.L. (2001). Attenuation of frontal asymmetry in pediatric postraumatic stress disorder. *Biological Psychiatry* 50, 943–951.

Castellani, P. & Pajardi, D. (2000). La testimonianza, in A. Quadrio, *Psicologia e problemi giuridici*, Giuffrè, Milano, pag. 218

Castellvi, P., Miranda-Mendizabal, A., Pares-Badell, O., Almenara, J., Alonso, I. & Blasco, M.J. (2017). Exposure to violence, a risk for suicide in youths and young adults. A meta-analysis of longitudinal studies. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 135(3):195–211. https://doi.org/10.1111/acps.12679 PMID: 27995627

Castro, C.S. (2012). *Interventions with the perpetrator of child sexual abuse. Electronic debate magazine.* Dipartimento del Servizio Sociale del PUC/RJ; pagg. 01-24.

Cavedon, A. (2002). *Ascolto e valutazione della testimonianza del minore*. Corso di formazione per ausiliari nella testimonianza dei minori, Roma.

Cena, L. (2014). Memoria, ricordo e trauma. In *Neuroscienze e teoria psicoanalitica* (pp. 27-53). Springer, Milano.

Charmandari, E., Kino, T., Souvatzoglou, E., & Chrousos, G.P. (2003). Pediatric Stress: Hormonal Mediators and Human Development. Hormone Research in *Paediatrics*, 59, 161 - 179.

Choi, K. J., & Kangas, M. (2020). Impact of maternal betrayal trauma on parent and child well-being: Attachment style and emotion regulation as moderators. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 12(2), 121–130. https://doi.org/10.1037/tra0000492

Ciappi, S. & Pezzuolo, S. (2014). *Psicologia Giuridica. La teoria, le tecniche, la valutazione*. Hogrefe Editore, Firenze.

Cicchetti, D. & Lynch, M. (1993). Toward an ecological/transactional model of community violence and child maltreatment: consequences for children's development. *Psychiatry*, 56(1), 96–118. https://doi.org/10.1080/00332747.1993.11024624

Cicchetti, D., & Banny, A. (2014). A developmental psychopathology perspective on child maltreatment. In M. Lewis, & K. D. Rudolph (Eds.), *Handbook of developmental psychopathology* (pp. 723–741). US: Springer. https://doi.org/10.1007/978-1-4614-9608-3_37.

Cicchetti, D., Rogosch, F.A., Howe, M.L. & Toth, S.L. (2010). The Effects of Maltreatment and Neuroendocrine Regulation on Memory Performance. *Child Development*, 81: 1504-1519. https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.2010.01488.x

Cloitre, M., Cohen, L. R., & Koenen, K. C. (2011). *The trauma of childhood abuse: A resource loss model*. In M. Cloitre, L. R. Cohen, & K. C. Koenen (Eds.), *Treating survivors of childhood abuse: Psychotherapy for the interrupted life* (pp. 1–13). Guilford Press.

Codice civile italiano, 1942.

Codice penale italiano, 1930.

Cohen, J. A., & Mannarino, A. P. (1996). A treatment outcome study for sexually abused preschool children: initial findings. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35(1), 42–50. https://doi.org/10.1097/00004583-199601000-00011

Cohen, J. A., Mannarino, A. P., & Deblinger, E. (2016). *Treating trauma and traumatic grief in children and adolescents*. Guilford Publications

Cohen, J. A., Mannarino, A. P., & Deblinger, E. (Eds.). (2012a). *Trauma-focused CBT for children and adolescents: Treatment applications*. Guilford Press

Cohen, J. A., Mannarino, A. P., Kliethermes, M., & Murray, L. A. (2012b). Trauma-focused CBT for youth with complex trauma. *Child abuse & neglect*, 36(6), 528–541. https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2012.03.007

Quinta Assemblea Generale della Lega delle Nazioni. (1989). *Convenzione sui diritti del fanciullo*.

Consiglio D'Europa. (2007). *Convenzione di Lanzarote*.

Consiglio D'Europa. (1996). *Convenzione Europea sull'esercizio dei Diritti del Fanciullo*.

Corman L. (1967). *The Family Drawing Test in Medical-Pedagogical Practice*, Presses Universitaires de France, Parigi (trad. it. Il disegno della famiglia: test per bambini, Boringhieri, Torino, 1970).

Costituzione della Repubblica Italiana, 1948.

Crittenden, P.M. (2007). *Infant/Toddler Care-Index Coding Manuals,* Miami Florida: Family Relations Institute.

Crugnola, C. R. (2017). Relazioni precoci, esperienze avverse e attaccamento: traiettorie evolutive e psicopatologiche. *Rivista di Psicoanalisi*, 63(3), 645-658.

Cyr, C., Euser, E. M., Bakermans-Kranenburg, M. J., & van IJzendoorn, M. (2010). Attachment security and disorganization in maltreating and high-risk families: A series of meta-analyses. *Development and Psychopathology*, 22, 87- 108, doi: 10.1017/S0954579409990289.

Dannlowski, U., Stuhrmann, A., Beutelmann, V., Zwanzger, P., Lenzen, T., Grotegerd, D., Domschke, K., Hohoff, C., Ohrmann, P., Bauer, J., Lindner, C., Postert, C., Konrad, C, Arolt, V., Heindel, W., Suslow, T., & Kugel, H. (2012). Limbic scars: long-term consequences of childhood maltreatment revealed by functional and structural magnetic resonance imaging. *Biological psychiatry*, 71(4), 286–293. https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2011.10.021

De Bellis, M. D., Baum, A. S., Birmaher, B., Keshavan, M. S., Eccard, C. H., Boring, A. M., Jenkins, F. J., & Ryan, N. D. (1999). A.E. Bennett Research Award. Developmental traumatology. Part I: Biological stress systems. *Biological psychiatry*, 45(10), 1259–1270. https://doi.org/10.1016/s0006-3223(99)00044-x

De Cataldo Neuburger, L. & Gulotta, G. (2004). *La carta di Noto e le linee guida deontologiche per lo psicologo giuridico*. Giuffrè editore, Milano.

Dell'osso, B., Berlin, H.A., Serati, M. & Altamura, A.C. (2010), "Neuropsychobiological aspects, comorbidity patterns and dimensionai models in borderline personality disorder". In *Neuropsychobiology*, 61, 4, pp. 169-179

Dettore, E. & Fuligni, C. (1999). *L'abuso sessuale sui minori: valutazione e terapia delle vittime e dei responsabili*, McGraw-Hill Libri Italia, Milano

Dolan, R. J. (2007). L'amigdala umana e la corteccia prefrontale orbitale nella regolazione comportamentale. Philosophical Transaction of the Royal Society B: *Biological. Sciences*. 362, 787–799. DOI: 10.1098/rstb.2007.2088

Dozier, M., Rutter, M. (2008), *Difficoltà per i bambini affidati e adottati nel formare le relazioni di attaccamento*. Tr. it. in Cassidy, J., Shaver, P. (a cura di), *Manuale dell'attaccamento*. Giovanni Fioriti, Roma 2010, pp. 805-826.

Drury, A. J., Elbert, M. J., & DeLisi, M. (2019). Childhood sexual abuse is significantly associated with subsequent sexual offending: New evidence among federal correctional clients. *Child Abuse & Neglect*, 95, Article 104035. https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2019.104035

Duss, L. (2007). *Il metodo delle favole in psicoanalisi infantile*. Franco Angeli

Edmiston, E. E., Wang, F., Mazure, C.M., Guiney, J., Sinha, R., Mayes, L.C., & Blumberg, H. P. (2011). Corticostriatal-limbic morphology of gray matter in adolescents with self-reported exposure to childhood maltreatment. *Archivi di pediatria e medicina adolescenziale*, 165 (12), 1069-1077. https://doi.org/10.1001/archpediatrics.2011.565

Ellis, A. (1962). *Reason and emotion in psychotherapy*. Oxford, Inghilterra: Lyle Stuart.

Essau, C. A. (2015). *Guidelines for the INTOVIAN Screening Tool*.

Faulkner, S, Williams, K., Sherman, B., & Williams, E. (1998). The "silent treatment": its incidence and impact. *New Scientist*. pp. 18.

Fietta, P., & Fietta, P. (2007). Glucocorticoidi e funzioni cerebrali. *Rivista di biologia*, 100(3), 403–418.

Fietta, P., Fietta, P. & Delsante, G. (2009). Effetti sul sistema nervoso centrale dei glucocorticoidi naturali e sintetici. *Psichiatria e Neuroscienze Cliniche*, 63: 613-622. https://doi.org/10.1111/j.1440-1819.2009.02005.x

Fornari, U. (2021). *Trattato di psichiatria forense. (8° ed.).* Utet Giuridica

Fusar-Poli, P., Tantardini, M., De Simone, S., Ramella-Cravaro, V., Oliver, D. & Kingdon, J. (2017). Deconstructing vulnerability for psychosis: Meta-analysis of environmental risk factors for psychosis in subjects at ultra-high-risk. *Psychiatrie & Psychobiologie.* 40:65–75. http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2016.09. 003.

Galambos, N. L., Johnson, M. D., & Krahn, H. J. (2018). The anger-depression connection: Between-persons and within-person associations from late adolescence to midlife. *Developmental Psychology*, 54(10), 1940–1953. https://doi.org/10.1037/dev0000568

Garbarino, J. & Sherman, D. (1980). High-risk neighborhoods and high-risk families: the human ecology of child maltreatment. *Child development*, 51(1), 188–198.

Govindan RM., Behen ME., Helder E., Makki MI., Chugani HT., (2008). Altered water diffusivity in cortical association tracts in children with early deprivation identified with tract-based spatial statistics (TBSS). *Cereb Cortex*, 20:561–9

Grassi-Oliveira, R., Ashy, M., & Stein, L. (2008). Psychobiology of childhood maltreatment: Effects of allostatic load? *Brazilian Journal of Psychiatry* (São Paulo, Brazil: 1999). 30. 60-8. 10.1590/S1516-44462008000100012.

Greenough, W. T., Black, J. E., & Wallace, C. S. (1987). Experience and brain development. Child development, 58(3), 539–559.

Gruhn, M. A., & Compas, B. E. (2020). Effects of maltreatment on coping and emotion regulation in childhood and adolescence: A meta-analytic review. *Child Abuse &* neglect, *103*, 104446. https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2020.104446

Gunnar, M. R., Morison, S. J., Chisholm, K., & Schuder, M. (2001). Salivary cortisol levels in children adopted from romanian orphanages. *Development and psychopathology*, 13(3), 611–628. https://doi.org/10.1017/s095457940100311x

Guo, J., Mrug, S., & Knight, D. C. (2019). Emotion socialization and internalizing problems in late adolescence and emerging adulthood: Coping styles as mediators. *International Journal of Developmental Science*, 13(1–2), 41–51. https://doi.org/10.3233/DEV-190266

Hamilton, J. L., Shapero, B. G., Stange, J. P., Hamlat, E. J., Abramson, L. Y., & Alloy, L. B. (2013). Emotional maltreatment, peer victimization, and depressive versus anxiety symptoms during adolescence: Hopelessness as a mediator. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 42(3), 332–347. https://doi.org/10.1080/ 15374416.2013.777916

Hart, H & Rubia, K. (2012). Neuroimaging of child abuse: a critical review. Frontiers in *Human Neuroscience*; 6:52. https://doi.org/10.3389/fnhum.2012.00052

Hase, M. (2021). The Structure of EMDR Therapy: A Guide for the Therapist. Frontiers in *Psychology*, 12, 660753. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.660753

Hill, M.N., Hillard, C.J. & McEwen, B.S. (2011). Alterations in Corticolimbic Dendritic Morphology and Emotional Behavior in Cannabinoid CB1 Receptor–Deficient Mice Parallel the Effects of Chronic Stress. *Cerebral Cortex*, Volume 21, Issue 9, September.

Hong, J. S., Espelage, D. L., Grogan-Kaylor, A., & Allen-Meares, P. (2012). Identifying potential mediators and moderators of the association between child maltreatment and bullying perpetration and victimization in school. *Educational Psychology Review*, 24(2), 167–186. https://doi.org/10.1007/s10648-011-9185-4

Hou, L., Jiang, Q., Wang, H., & Li, C. (2017). The relationship between trait anger and aggressive behavior: Based on the perspective of the integrative cognitive model. *Acta Psychologica Sinica*, 49(12), 1548–1558.

https://doi.org/10.3389/fpsyg.2014.01571

Hucker, S.J., Langevin, R., Wortzman, G., Bain, J., Handy, L., Chambers, J., & Wright, S. (1986). Compromissione neuropsicologica nei pedofili. *Giornale canadese di scienze comportamentali*, 18, 440-448.

Humphreys, K. L., LeMoult, J., Wear, J. G., Piersiak, H. A., Lee, A., & Gotlib, I. H. (2020). Child maltreatment and depression: A meta-analysis of studies using the Childhood Trauma Questionnaire. *Child Abuse & Neglect*, 102, Article 104361. https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2020.104361

Jennissen, S., Holl, J., Mai, H., Wolff, S., & Barnow, S. (2016). Emotion dysregulation mediates the relationship between child maltreatment and psychopathology: A structural equation model. *Child Abuse & Neglect*, 62, 51–62. https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2016.10.015

Jitender S. (2014). Posttraumatic Stress Disorder in Adults: Impact, Comorbidity, Risk Factors, and Treatment. *Can J Psychiatry*. 2014 Sep; 59(9): 460–467.

Jobe-Shields, L., Buckholdt, K. E., Parra, G. R., & Tillery, R. N. (2014). Adolescent reactions to maternal responsiveness and internalizing symptomatology: A daily diary investigation. *Personal Relationships*, 21(2), 335–348. https://doi.org/10.1111/pere.12034

Johnson J.G., Cohen P., Smailes E.M., Skodol AE, Brown J, Oldham JM. (2001). Childhood verbal abuse and risk of personality disorders during adolescence and early adulthood. *Complete psychiatry*, 42(1):16–23. SICI: 0010-440X (200101/02) 42:1<16: CVAARF>2.0. ZU;2-O

Jones, L., Bellis, M. A., Wood, S., Hughes, K., McCoy, E., Eckley, L., Bates, G., Mikton, C., Shakespeare, T., & Officer, A. (2012). Prevalence and risk of violence against children with disabilities: a systematic review and meta-analysis of observational studies. *Lancet (London, England)*, *380*(9845), 899–907. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)60692-8

Joyce, T. & Huecker, M.R. (2020). *Pediatric Abusive Head Trauma*. StatPearls Publishing

Kunzler, L.S. & Braga, A.R.M. (2013). Pedofilia. Malattia cronica: causa o conseguenza. *Brasília Med*. 50(2); p. 85-88.

Lanius, R.A., Vermetten, E. & Loewenstein, R.J. (2010). Emotion modulation in PTSD: Clinical and neurobiological evidence for a dissociative subtype. *American Journal of Psychiatry*;167(6);640-7. https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2009.09081168

Lax, A., & Clerici, M. (2012). Trauma e disturbo post-traumatico da stress nella relazione con i disturbi mentali della popolazione carceraria minorile. *Quaderni Italiani di Psichiatria*, 31(3), 126-136.

Leerkes, E. M., Bailes, L. G., & Augustine, M. E. (2020). The intergenerational transmission of emotion socialization. Developmental Psychology, 56(3), 390–402. https://doi.org/10.1037/dev0000753

Lewey, J. H., Smith, C. L., Burcham, B., Saunders, N. L., Elfallal, D., & O'Toole, S. K. (2018). Confronto dell'efficacia di EMDR e TF-CBT per bambini e adolescenti: una metanalisi. *Journal of child & adolescent trauma*, 11 (4), 457-472. https://doi.org/10.1007/s40653-018-0212-1

Li, E. T., Carracher, E., & Bird, T. (2020). Linking childhood emotional abuse and adult depressive symptoms: The role of mentalizing incapacity. *Child Abuse & Neglect*, 99, Article 104253. https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2019.104253

Lind, K., Toure, H., Brugel, D., Meyer, P., Laurent-Vannier, A., & Chevignard, M. (2016). Extensive follow-up of neurological, cognitive, behavioral, and academic outcomes after severe abusive head trauma. *Child abuse and abandonment*, 51, 358–367. https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2015.08.001

Lionetti, F., & Barone, L. (2011). Adozione, legami di attaccamento e riconoscimento delle

emozioni: una ricerca pilota. Adozione, legami di attaccamento e riconoscimento delle emozioni: una ricerca pilota. In *Barone L. 6th International Attachment Conference Proceedings*, Medimond International SRL, 162-176.

Liotti, G. (2004), "Trauma, dissociazione e attaccamento disorganizzato: tre fili di una singola treccia". In *Psicoterapia: Teoria, Ricerca, Pratica, Formazione*, 41, pp. 472-486.

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

Liu, J., Fang, Y., Gong, J., Cui, X., Meng, T., Xiao, B., & Luo, X. (2017). Associations between suicidal behavior and childhood abuse and neglect: A meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 220, 147–155. https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.03.060

Lugo-Candelas, C. I., Harvey, E. A., Breaux, R. P., & Herbert, S. D. (2016). Ethnic differences in the relation between parental emotion socialization and mental health in emerging adults. *Journal of Child and Family Studies*, 25(3), 922–938. https://doi.org/10.1007/s10826-015-0266-8

Luyten, P., Fonagy, P., Lemma, A., & Target, M. (2012). Depression. In A. Bateman, & P. Fonagy (Eds.), *Handbook of mentalizing in mental health practice* (pp. 385–417). Washington, DC: American Psychiatric Association.

Lyons-Rurn, K., Jacobvitz, D. (2008). *Attachment disorganization: Genetic factors, parenting contexts, and developmental transformation from infancy to adulthood*. In Cassidy, J., Shaver, P. (a cura di), *Handbook of Attachment: Theory, Research, and Clinical Applications*. Guilford Press, New York, pp. 666-697.

Main, M., & Solomon, J. (1990), Procedures for identifying infants as disorganized/disoriented during the Ainsworth strange situation. *Attachment in the preschool years: Theory, research and intervention*. Chicago, IL: University of Chicago Press, 121-160.

Marini, V. A., Leibowitz, G. S., Burton, D. L., & Stickle, T. R. (2014). Victimization, substance use, and sexual aggression in male adolescent sexual offenders. *Criminal Justice and Behavior*, 41(5), 635–649. https://doi.org/10.1177/0093854813507567

Marlatt, G.A. e Gordon, J.R. (1985). *Relapse prevention*. Guilford Press, New York.

Mazzoni, G. (1995). Suggestionabilità nella testimonianza: ad età diverse corrispondono meccanismi diversi, in *Età evolutiva*, 52.

Mazzoni, G. (2000). *La psicologia della testimonianza nei casi di presunto abuso sessuale su soggetti minori: il problema del ricordo e delle tecniche d'intervista*, in G. Mazzoni*, La testimonianza nei casi di abuso sessuale sui minori*, Giuffrè, Milano.

McCrory E., De Brito SA., Viding E., (2010). Research Review: The neurobiology and genetics of maltreatment and adversity. *Journal of Child Psychology & Psychiatry*.

McCrory, E., De Brito, S. A., & Viding, E. (2011). The impact of childhood maltreatment: a review of neurobiological and genetic factors. *Frontiers in psychiatry*, 2, 48. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2011.00048

McEwen, B. S. (2000). Allostasis and allostatic load: implications for neuropsychopharmacology. Neuropsychopharmacology: official publication of the *American College of Neuropsychopharmacology*, 22(2), 108–124. https://doi.org/10.1016/S0893-133X(99)00129-3

McEwen, B. S., & Wingfield, J. C. (2003). The concept of allostasis in biology and biomedicine. *Hormones and behavior*, 43(1), 2–15. https://doi.org/10.1016/s0018-506x(02)00024-7

McEwen, B.S., & Stellar, E. (1993). Stress and the individual. Mechanisms leading to disease. *Archives of internal medicine*, 153(18), 2093–2101.

Mead, H.K., ~Eauchaine, T.P., Shannon, K.E. (2010). Neurobiological adaptations to violence àcross development. In *Developmental Psychopathology*, 22, pp. 1-22

Medzhitov R., (2008). Origin and physiological roles of inflammation. *Nature*.

Mehta, M.A., Golembo, N.I., Nosarti, C., Colvert, E., Mota, A., Williams, S.C.R., Rutter, M. & Sonuga-Barke, E.J.S. (2009). Amygdala, hippocampus, and corpus callosum because of severe early institutional deprivation: the study pilot of English and Romanian adoptees. *J. Child Psychol. Psychiatry* 50, 943–951 10.1111/j.1469-7610.2009. 02084.x

Mian, M., Shah, J., Dalpiaz, A. et al. (2015). Shaken Baby Syndrome: a review. *Fetal Pediatr Pathol*. 34(3):169-75.

Minenna, C & D'Amico, R. (2013). La violenza tra fratelli e sorelle: un problema sottovalutato. *Maltrattamento e abuso all'infanzia*, 15(2). DOI: 10.3280/MAL2013-002004

Montecchi, F. (1998). *Il ruolo del pediatra nel rilevamento e nella prevenzione degli abusi al bambino*. In Boscherini B., Ferracuti S., Montecchi F., *Dalla parte del bambino: un nuovo impegno del pediatra nella prevenzione dei casi di abuso*, Roma.

Montecchi, F. (2006). *Gli abusi all'infanzia. Dalla ricerca all'intervento clinico*. 3° Ed. Roma, Carocci Editore.

Moro, A.C. (2008). *Manuale di diritto minorile*. Bologna, Zanichelli, pp. 17-30.

Mostardi, G. (2002). *La tematica dell'abuso sessuale ed i principi dell'intervento*. Corso di formazione per ausiliari nella testimonianza dei minori, Roma.

Neigh, G. N., Gillespie, C. F., & Nemeroff, C. B. (2009). The neurobiological toll of child abuse and neglect. *Trauma, violence & abuse*, 10(4), 389–410. https://doi.org/10.1177/1524838009339758

Nijdam, M. J., Gersons, B. P., Reitsma, J. B., de Jongh, A., & Olff, M. (2012). Brief eclectic psychotherapy v. eye movement desensitisation and reprocessing therapy for post-traumatic stress disorder: randomised controlled trial. The British journal of psychiatry: the *journal of mental science,* 200(3), 224–231. https://doi.org/10.1192/bjp.bp.111.099234

Norman, R.E., Byambaa, M., Butchart, A. & Scott, J. (2012) The long-term health consequences of child physical abuse, emotional abuse, and neglect: a systematic review and meta-analysis. *PLoS Medicine/ Public Library of Science*, 9(11): e1001349. https://dx.doi.org/10.1371/journal.pmed.1001349.

Nunes, K. L., Hermann, C. A., Malcom, J. R., & Lavoie, K. (2013). Childhood sexual victimization, pedophilic interest, and sexual recidivism. *Child Abuse & Neglect*, 37 (9), 703–711. https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2013.01.008

Pagani, M. (2016). *Neurobiologia del trattamento del PTSD e della depressione maggiore: cosa ci dicono le neuroimmagini*. GRUPPI.

Paolini, D. (2019). L'ostracismo e le sue conseguenze: una rassegna della letteratura. *Psicologia sociale*, 14(3), 317-342.

Papalia, N. L., Luebbers, S., & Ogloff, J. R. P. (2020). *A developmental lifecourse approach to the study of offending and victimisation following child sexual abuse*. In I. Bryce, & W. Petherick (Eds.), *Child sexual abuse* (pp. 293–323). Academic Press. https://doi.org/10.1016/B978-0-12-819434-8.00014-3.

Paquette, S., & Cortoni, F. (2022). Offense-supportive cognitions expressed by men who use internet to sexually exploit children: A thematic analysis. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology,* 66(6–7), 647–669. https://doi.org/10.1177/0306624x20905757

Paquette, S., & McPhail, I. V. (2020). Construction and preliminary validation of the cognitive and emotional congruence with children (C–ECWC) scale. *Psychological Assessment*, 32, 739–751. https://doi.org/10.1037/pas0000832

Pfeiffer, E., & Goldbeck, L. (2017). Valutazione di un intervento di gruppo incentrato sul trauma per giovani rifugiati non accompagnati: uno studio pilota. *Giornale di stress*

traumatico, 30 (5), 531-536. https://doi.org/10.1002/jts.22218

Pino, O. (2017). *Ricucire i ricordi: la memoria, i suoi disturbi, le evidenze di efficacia dei trattamenti riabilitativi*. Mondadori università-Mondadori education

Pitidis, A., Longo, E., Cremonesi, P. & Gruppo di lavoro Progetto REVAMP (Ed.) (REpellere Vulnera Ad Mulierem et Puerum). (2019). *Violenza e abuso su minore: modelli di intervento sanitario in Pronto Soccorso*. Roma: Istituto Superiore di Sanità. (Rapporti ISTISAN 19/29).

Plant, D. T., Pawlby, S., Pariante, C. M., & Jones, F. W. (2018). When one childhood meets another – maternal childhood trauma and offspring child psychopathology: A systematic review. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 23(3), 483–500. https://doi.org/10.1177/1359104517742186

Plate, R. C., Bloomberg, Z., Bolt, D. M., Bechner, A. M., Roeber, B. J., & Pollak, S. D. (2019). Abused children experience high anger exposure. *Frontiers in Psychology*, 10(440). https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.00440

Ramakrishnan, J. L., Garside, R. B., Labella, M. H., & Klimes-Dougan, B. (2019). Parent socialization of positive and negative emotions: Implications for emotional functioning, life satisfaction, and distress. *Journal of Child and Family Studies*, 28(12), 3455–3466. https://doi.org/10.1007/s10826-019-01528-z

Roccia, C. & Foti, C. (1994*). L'abuso sessuale sui minori. Educazione sessuale, prevenzione e trattamento*. Unicopli.

Roos, C., Oord, S., Zijlstra, B., Lucassen, S., Perrin, S., Emmelkamp, P. & Jongh, A. (2017). Comparison of eye movement desensitization and reprocessing therapy, cognitive behavioral writing therapy, and wait-list in pediatric posttraumatic stress disorder following single-incident trauma: A multicenter randomized clinical trial. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 58. 10.1111/jcpp.12768.

Runyan, D. K., Dunne, M. P., Zolotor, A. J., Madrid, B., Jain, D., Gerbaka, B. & Youssef, R.M. (2009). Lo sviluppo e il pilotaggio dell'ISPCAN Child Abuse Screening Tool—Parent version (ICAST-P). *Child abuse & Neglect*, 33(11), 826-832. https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2009.09.006

Schore, A.N. (2009a), "Relational trauma and the developing right brain: An interface of psychoanalytic self psychology and neuroscience". In *Annals of New York Academy o/ Sciences*, 1159, pp. 189-203.

Schore, A.N. (2009b), "*Attachment trauma and the developing of right brain: Origin of pathological dissociation*". In Dell, P., O'Neill, J.A. (a cura di), *Dissociation. and the Dissociative Disorders: DSM-V and beyond*. Routledge, New York, pp. 107-144.

Selye, H. (1998). A syndrome produced by diverse nocuous agents. 1936. *Journal of neuropsychiatry and clinical neurosciences*, 10(2), 230–231. https://doi.org/10.1176/jnp.10.2.230a

Seto, M.C., Babchishin, E.M., Pullman, L.E., & McPhail, I.V. (2015). Il puzzle dell'abuso sessuale infantile intrafamiliare: una metanalisi che confronta i trasgressori intrafamiliari ed extrafamiliari con le vittime minorenni. *Clinical Psychological Review*. 39:42-57. DOI: 10.1016/j.cpr.2015.04.001.

Shapiro, F. (2001). *Eye movement desensitization and reprocessing: Basic principles, protocols, and procedures* (2nd ed.). Guilford Press.

Shapiro, F. (2014). The role of eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) therapy in medicine: addressing the psychological and physical symptoms stemming from adverse life experiences. *The Permanente journal*, 18(1), 71–77. https://doi.org/10.7812/TPP/13-098

Shi, Z., Bureau, J.F., Easterbrooks, M.A., Zhao, X., & Lyons-Ruth, K. (2012). Childhood maltreatment and prospectively observed quality of early care as predictors of antisocial personality disorder features. *Infant Mental Health Journal*, 33, 55-69.

https://psycnet.apa.org/doi/10.1002/imhj.20295

Siegel J. D. (2017). *I misteri della mente. Viaggio al centro dell'uomo*. Milano: Raffaele Cortina Editore.

Sistad, R. E., Simons, R. M., Mojallal, M., & Simons, J. S. (2021). The indirect effect from childhood maltreatment to PTSD symptoms via thought suppression and cognitive reappraisal. *Child Abuse & Neglect*, 114, Article 104939. https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2021.104939

Spröber, N., Schneider, T., & Rassenhofer, M. (2014). Abusi sessuali su minori in istituzioni religiose affiliate e laiche: un'analisi descrittiva retrospettiva dei dati forniti dalle vittime in un programma di rivalutazione sponsorizzato dal governo in Germania. *BMC Sanità Pubblica*, 14:282. https://doi.org/10.1186/1471-2458-14-282

Sroufe, L. A. (1979). *Socioemotional development*. J. Osofsky (Ed.), *Handbook of infant development*. New York: Wiley, 1979

Stout, M. (2005). *The sociopath next door: the ruthless versus the rest of us*. NY: Random House.

Stroebel, S.S., O'Keefe, S.L., Beard, K.W., Kuo, S., Swindell, S. & Kommor, M.J. (2012) Father-Daughter Incest: Data from an Anonymous Computerized Survey, *Journal of Child Sexual Abuse*, 21:2, 176-199, DOI: 10.1080/10538712.2012.654007

Tedesco, S. (2013). Disturbo da stress post traumatico complesso e personalità evitante: un caso di abuso sessuale. *Quaderni di Psicoterapia Cognitiva*, 32 (1),149-161. DOI: 10.3280/QPC2013-032011

Tottenham, N., Hare, T.A., Quinn, B.T., McCarry, T.W., Nurse, M., Gilhooly, T., Milner, A., Galvan, A., Davidson, M.C., Eigsti, I.M., Thomas, K.M., Freed, P., Booma, E.S., Gunnar, M., Altemus, M., Aronson, J. & Casey, B.J., (2010). Prolonged institutional rearing is associated with atypically large amygdala volume and difficulties in emotion regulation. *Dev Sci*; 13:46 – 61

Toth, S. L., & Cicchetti, D. (2013). A developmental psychopathology perspective on child maltreatment. *Child maltreatment,* 18(3), 135–139. https://doi.org/10.1177/1077559513500380

Tudor, H.G. (2016). *Knowing the narcissist*. The World's No.1 Resource About Narcissism - Know everything about narcissists from the world's no.1 source. A narcissist himself. (narcsite.com)

Valvo, G. (1997). *Audizione protetta del minore vittima di abuso sessuale*, in L. De Cataldo Neuburger, *Abuso sessuale di minore e processo penale*, Cedam Padova, pp. 259-274

Van Marle H. (2015). PTSD as a memory disorder. *Eur J Psychotraumatol*. 2015; 6: 10.3402/ejpt.v6.27633

Verdonck, E., Roosen, M., Coteur, K. (2019). *An evaluation study of the police training, the risk assessment and the intensive case management*. Diepenbeek: UCLeuven-Limburg.

Vermetten, E., Schmahl, C., Lindner, S., Loewenstein, R.J., Bremner, J.D. (2006), "Hippocampal and amygdalar volumes in dissociative identity disorder". In *American Journal of Psychiatry*, 163, 4, pp. 630-636.

Voon, V., Gallea, C., Hattori, N., Bruno, M., Ekanayake, V., Hallett, M. (2010), "The involuntary nature of conversion disorder". In *Neurology*, 74, pp. 223-228.

Wagner, S., Basrywa, O., Dahmen, N., Lieb, K., Tadic, A. (2010), "Modulatory role of the brain-derived neurotrophic factor Val66Met polymorphism on the effects of serious life events on impulsive aggression in borderline personality disorder". In *Genes, Brain and Behavior*, 9, pp. 97-102

Wartegg, E. (1953). *Layer diagnostics of the drawing test.* Hogrefe, Göttingen.

Wechsler, D. (1967). *Manuale per la Wechsler Preschool and Primary Scale of Intelligence*.

San Antonio, TX: La Società Psicologica.
Wechsler, D. (1991). *Wechsler intelligence scale for children—Third edition* (WISC-III). San Antonio, TX: Psychological Corporation.
Wechsler, D. (1997) *Wechsler Adult Intelligence Scale*. 3ª Edizione, The Psychological Corporation, San Antonio.
Wierenga, L. M., Langen, M., Oranje, B., & Durston, S. (2014). Unique developmental trajectories of cortical thickness and surface area. *Neuroimage*, 87, 120-126. https://doi.org/10.1016/j.neuroimage.2013.11.010
Wilkinson, P., Kelvin, R., Roberts, C., Dubicka, B., & Goodyer, I. (2011). Clinical and psychosocial predictors of suicide attempts and nonsuicidal self-injury in the Adolescent Depression Antidepressants and Psychotherapy Trial (ADAPT). *American journal of psychiatry*, 168(5), 495–501. https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2010.10050718
Williamson, J. B., Porges, E. C., Lamb, D. G., & Porges, S. W. (2015). Maladaptive autonomic regulation in PTSD accelerates physiological aging. *Frontiers in psychology*, 5, 1571.
Woon, F. L. & Hedges, D. W. (2008). Volumi di ippocampo e amigdala in bambini e adulti con disturbo da stress post-traumatico correlato al maltrattamento infantile: una metanalisi. *Hippocampus* 18, 729–736. DOI: 10.1002/hipo.20437
Wu, J. (2017). Valutazione globale della relazione genitore-bambino.
Yang, J., Huebner, E. S., & Tian, L. (2021). Transactional processes between childhood maltreatment and depressive symptoms from middle childhood to early adolescence: Locus of control as a mediator. *Journal of Affective Disorders*. https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.08.040
Yu, T., Liu, W., Liu, F., & Che, H. (2021). Relationship between psychological maltreatment and aggressive behavior of children aged 8–12: The mediating role of cognitive reappraisal. *Chinese Journal of Clinical Psychology*, 29(2), 282–286.
Zeanah, C. H., & Gleason, M. M. (2015). Annual research review: Attachment disorders in early childhood--clinical presentation, causes, correlates, and treatment. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines*, 56(3), 207–222. https://doi.org/10.1111/jcpp.12347
Zhou, X., & Zhen, R. (2022). How do physical and emotional abuse affect depression and problematic behaviors in adolescents? The roles of emotional regulation and anger. *Child abuse & neglect*, 129, 105641. https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2022.105641