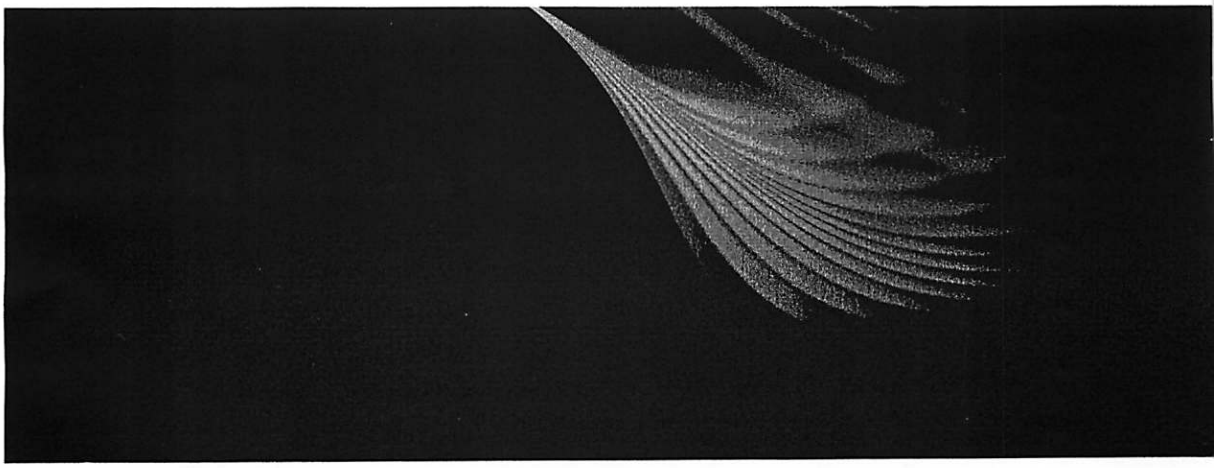
Manuale di psicologia giuridica minorile

A cura di Patrizia Patrizi



Carocci editore

13
Strumenti per capire, valutare, intervenire nei casi di abuso

di *Filippo Petruccelli* e *Vera Cuzzocrea*

1. L'abuso all'infanzia: prospettiva storica ed eziologica

L'abuso e il maltrattamento all'infanzia sono temi da sempre presenti nelle pagine di storia con svariate testimonianze di infanticidi, abbandoni, sfruttamenti, e rappresentano oggi un problema serio di salute pubblica (Corso, Fang, Mercy, 2011) a livello internazionale (Finkelhor, 1994; García-Moreno *et al.*, 2005; Lalor, McElvaney, 2010) di fronte al quale si interrogano quotidianamente clinici, giuristi, operatori territoriali e ricercatori. Tuttavia, soltanto da pochi anni, si è progressivamente assunta una maggiore consapevolezza della complessità di questi fenomeni e dell'esigenza di sviluppare percorsi e strumenti sempre nuovi di riflessione, contrasto e intervento. La stessa determinazione dei confini del concetto di abuso non è per nulla semplice: sia perché, considerata la natura del fenomeno, il modo di interpretarne le varie tipologie e di valutarne le conseguenze è lasciato spesso alla competenza, sensibilità (e buon senso) di chi è chiamato ad intervenire, sia perché, storicamente, il ventaglio delle definizioni si è andato allargando al punto da includere comportamenti che vanno dalla violenza fisica all'abuso psicologico. Se, infatti, inizialmente, l'abuso è stato affrontato e definito solo in ambito medico e l'interesse si è focalizzato, quasi esclusivamente, sul maltrattamento fisico, in seguito, si sono sviluppati molti filoni di ricerca atti a considerarne tutte le forme.

Evoluzione storica del concetto di abuso

Il primo studio documentato si deve al medico legale francese Tardieau che nel 1860 descrisse il maltrattamento infantile attraverso l'autopsia di giovani vittime. Nel 1946 Caffey e poco dopo, nel 1955, Wolley ed Evans descrivono la sintomatologia clinica specifica dei bambini maltrattati (American Academy of Child and Adolescent Psychiatry – AACAP, 1997; Dèttore, Fuligni, 2008). È nel 1962 che il pediatra americano Kempe definisce la c.d. ***battered child syndrome*** descrivendola come la forma più estrema di un ampio spettro di lesioni non accidentali sul bambino e deprivazioni (Kempe *et al.*, 1962). Alla fine degli anni settanta si arriva a considerare l'abuso come:

qualsiasi comportamento, volontario o involontario, da parte di adulti (parenti, tutori, conoscenti o estranei) che danneggi in modo grave lo sviluppo psicofisico e/o psicosessuale del bambino. Abuso è tutto ciò che impedisce la crescita armonica del minore, non rispettando i suoi bisogni e non proteggendolo sul piano fisico e psichico. Vi rientrano, dunque, non soltanto comportamenti di tipo *commissivo*, entro i quali vanno annoverati maltrattamenti di ordine fisico, sessuale o psicologico, ma anche di tipo *omissivo*, legati cioè all'incapacità più o meno accentuata, da parte dei genitori, di fornire cure adeguate a livello materiale ed emotivo al proprio figlio (Fergusson, Mullen, 1999, trad. it. p. IX).

L'American Academy of Child and Adolescent Psychiatry descrive le **tipologie di abuso** organizzandole in quattro categorie:
a) *neglect* definito come una sorta di fallimento nel fornire cure adeguate e protettive. Può riguardare la mancata o inadeguata alimentazione del bambino, la mancanza di cure o assistenza medica, l'incapacità di proteggere il bambino dai rischi per la sua incolumità;
b) *physical abuse* si connota come l'inflizione di un danno al bambino da parte di persone deputate alla sua custodia; può comprendere azioni come il dare percosse, pugni, calci, morsi ecc. e può arrecare ferite e lesioni come fratture, emorragie interne, contusioni, ustioni e intossicazioni;
c) *sexual abuse* comprende diverse tipologie di condotte sessuali (toccamenti di glutei o genitali, esibizionismo, *fellatio*, *cunnilingus*, penetrazione anale o vaginale tra un bambino e un adulto o tra due bambini, quando uno di loro è significativamente più grande o utilizza la coercizione per costringere l'altro all'atto sessuale). In questa categoria rientra anche la pornografia minorile;
d) *psychological abuse* si verifica quando una persona trasmette al bambino un messaggio di svalutazione e lo fa sentire non amato attraverso azioni di rifiuto (emotivo), terrorizzandolo, rimproverandolo, isolandolo (AACAP, 1997).
Successivamente, le categorie si estendono (anche parallelamente alla letteratura disponibile, alle evidenze cliniche e alle nuove configurazioni normative). Dèttore e Fuligni (2008) forniscono una dettagliata classificazione degli **abusi all'infanzia** che comprende:
1. il *maltrattamento fisico e psicologico* (descritto più avanti);
2. la *patologia delle cure*: quando i genitori non riescono a modulare la propria condotta in ottemperanza con i bisogni di sviluppo psicofisico del bambino utilizzando modalità inappropriate e disfunzionali. Si suddivide in:
a) *incuria fisica e psicologica*, riferita a scarse o carenti cure fisiche e/o attenzione ai bisogni emotivo-affettivi del bambino;
b) *discuria*, che si traduce nel fornire cure inadeguate, ad esempio in riferimento all'età del bambino;

c) *ipercura*, che si ha quando si attua un'eccessiva medicalizzazione/attenzione allo stato fisico del bambino (comprende la *Sindrome di Munchhausen* per procura[1], il *Chemical Abuse*[2] e il *Medical* – o *Doctor* – *Shopping*[3]);
d) la *violenza assistita*: riferita a quelle situazioni in cui il bambino è testimone di episodi di violenza fisica, psicologica e sessuale all'interno delle mura domestiche;
e) l'*abuso sessuale* (descritto più avanti);
f) la *pedofilia*, che a livello clinico nel *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM) viene inserita tra le parafilie[4] e comprende un ampio range di attività:

> spogliare il bambino [...] guardarlo, [...] mostrarsi, [...] masturbarsi in presenza del bambino, [...] toccarlo con delicatezza e [...] carezzarlo. Altri, comunque, sottopongono il bambino a fellatio o cunnilingus, o penetrano la vagina, la bocca o l'ano del bambino, con corpi estranei, o col pene (American Psychiatric Association, 2000, trad. it. p. 610);

g) la *prostituzione minorile*, l'utilizzo dei bambini in attività sessuali in cambio di compenso/retribuzione;
h) la *pornografia minorile*, che consiste nella riproduzione, per immagini, suoni o scritti, di atti sessuali coinvolgenti bambini;
i) il *turismo sessuale*, connotato come una forma di sfruttamento sessuale da parte di un adulto che si reca appositamente in un altro Paese (solitamente un Paese in via di sviluppo) per avere dei rapporti sessuali (a pagamento) con una persona minorenne.

A partire dagli anni ottanta, l'attenzione si è spostata verso l'abuso sessuale intrafamiliare – connesso al problema dell'incesto – ed extrafamiliare – legato al fenomeno della pedofilia – per arrivare a considerare, nel decennio successivo, fenomeni talvolta meno visibili (e certamente più difficilmente valutabili) come la trascuratezza e il maltrattamento di tipo psicologico.

Maltrattamento psicologico

L'abuso psicologico della persona in età evolutiva consiste in atti omissivi e commissivi che vengono giudicati dannosi. L'International Conference on Psychological Abuse of Children and Youth nel 1983 propone una classifi-

1. Generalmente si caratterizza per una sorta di proiezione della madre sul figlio in relazione alle sue convinzioni di malattia, comportando un'attribuzione di sintomi fisici al bambino anche laddove non ve ne sia alcuna manifestazione.
2. Somministrazione eccessiva di sostanze chimiche, anche apparentemente innocue come sale e acqua.
3. Continuo e frenetico ricorso ai medici nel timore che il figlio sia affetto da qualche malattia o nella speranza di trovare, se realmente affetto da una grave patologia, una cura miracolosa.
4. Per un approfondimento cfr. Simonelli, Petruccelli (2002).

cazione dell'abuso psicologico suddividendolo in sei **tipologie di condotte** (Caffo, Camerini, Florit, 2004):
a) *rifiutare*. Azioni verbali e non verbali volte a sminuire, criticare, umiliare, trattare il bambino in modo ostile o respingente, mortificarlo o ridicolizzarlo ecc.;
b) *terrorizzare*. Comportamenti che minacciano di produrre male fisico, di uccidere, di abbandonare un bambino o di esporlo a situazioni riconoscibili come pericolose;
c) *isolare*. Include atti che negano in maniera consistente per il bambino le opportunità di soddisfare i suoi bisogni di interagire e comunicare con coetanei o adulti in casa o fuori di casa;
d) *sfruttare/corrompere*. Atti che incoraggiano a sviluppare comportamenti inappropriati e non adattivi come mostrare, consentire o incitare comportamenti antisociali (ad esempio, prostituzione, spettacoli pornografici, iniziazione ad attività criminali, abuso di sostanze, violenza o corruzione ai danni di altri) e/o evolutivamente inappropriati (infantilizzazione, realizzazione dei sogni irrealizzati dei genitori ecc.);
e) *ignorare*. Fa riferimento agli atti che ignorano i tentativi e i bisogni del bambino di interagire (l'essere distaccati e freddi per incapacità o per mancanza di motivazione, interagire solo se assolutamente necessario ecc.);
f) *trascurare*. La sua salute fisica, mentale, educativa.
Si è raggiunta così una sempre maggiore consapevolezza che l'abuso (in tutte le sue manifestazioni) rappresenta nei bambini e nelle bambine un evento più frequente di quanto si possa immaginare e che tali esperienze non rischiano di essere traumatiche soltanto nell'immediato ma possono produrre danni e disturbi di vario tipo anche a distanza di tempo. Le stesse distinzioni categoriali tra casi di abuso fisico, sessuale e psicologico sono, tuttavia, puramente accademiche, avendo ogni abuso fisico quasi sempre effetti negativi sullo stato psicologico del bambino e, viceversa, potendo il maltrattamento psicologico essere accompagnato da condotte abusanti sul piano fisico (AACAP, 1997; Fergusson, Mullen, 1999).

2. Per capire: l'abuso sessuale tra definizioni cliniche e giuridiche

Definizione di abuso sessuale

Si può parlare di abuso sessuale nei casi in cui un bambino o una bambina vengano coinvolti in attività sessuali che non sono in grado di comprendere (rispetto alle quali, quindi, non possono prestare consenso) e che violano le norme o i codici sociali o culturali di un contesto di appartenenza. Questi atti possono includere sia condotte di contatto (a livello oro-genitale, genitali o anali messe in atto sul bambino o dal bambino), sia attività sessuali senza contatto come l'esibizionismo, il voyeurismo o l'utilizzazione dei bambini e delle bambine nella produzione di materiale pornografico. Con questo ter-

mine si fa pertanto riferimento a un ampio range di condotte sessuali differenti per intensità, severità[5], durata, frequenza che possono essere perpetrate in ambito intrafamiliare o extrafamiliare (Paine, Hansen, 2002). Il punto di riferimento per tali condotte è costituito dalla normativa esistente a livello nazionale qui di seguito accennata (cfr. cap. 12).

La normativa in materia di abuso sessuale

La legge 15 febbraio 1996, n. 66, abrogando le categorie di "violenza carnale" e "atti di libidine", parla di violenza sessuale quando qualcuno con violenza o minaccia, mediante abuso di autorità, costringe taluno a compiere o a subire *atti sessuali* (art. 609 *bis*). Oggi viene pertanto utilizzato questo articolo di legge per indicare una gamma di azioni volte a indurre la vittima, contro la sua volontà, ad avere/subire/agire/assistere a condotte sessuali. Questa modifica ha determinato diverse positive implicazioni come il riconoscimento della unitarietà del danno cagionabile da un comportamento sessuale che lede la libertà della persona, al di là della rilevanza dell'azione commessa, e tutela la vittima esonerandola dalle indagini, spesso percepite invasive, per accertare l'avvenuta penetrazione (De Leo, Patrizi, 2002b). Altro importante riferimento normativo è la legge 3 agosto 1998, n. 269 che definisce le *Norme contro lo sfruttamento della prostituzione, della pornografia, del turismo sessuale in danno di minori, quali nuove forme di riduzione in schiavitù*. La norma, che mira a tutelare bambine, bambini e adolescenti – intendendo come tali i soggetti minori di diciotto anni – contro ogni forma di sfruttamento sessuale, è stata aggiornata dalla legge 2 marzo 2006, n. 38 che prevede, tra l'altro, l'introduzione del reato di "pornografia minorile virtuale" (artt. 600 *ter* e 600 *quater* c.p.), nonché il potenziamento e la centralizzazione delle azioni di contrasto. Si cita infine la sottoscrizione della *Convenzione del Consiglio d'Europa per la protezione dei bambini contro lo sfruttamento e gli abusi sessuali* (c.d. "Convenzione di Lanzarote") del 25 ottobre 2007, di cui è attualmente in discussione in Parlamento la legge di ratifica (la maggiore novità attesa riguarda la previsione del c.d. reato di *grooming*, l'adescamento in rete, ossia la manipolazione psicologica dei minori per scopi sessuali).

***Child abuse*: divergenze di opinioni**

Le categorie giuridiche che declinano le varie tipologie di *child abuse* non solo non coincidono con le categorie cliniche, ma variano da Paese a Paese (AACAP, 1997). Il maggiore disaccordo sussiste, ad esempio, in relazione all'età, così come rispetto alle condotte definibili come sessuali, ma diverse sono anche le perplessità degli esperti sulla norma stessa; per esempio, ci si interroga se l'art. 609 *bis* c.p. sia troppo generico nel comprendere un numero elevato di differenti tipologie di condotte. Tutt'oggi, inoltre, manca una definizione di abuso sessuale sulla quale studiose e studiosi, esperti in ambito clinico e psicosociale, giuristi possano prestare consenso (Pereda *et al.*,

5. Condotte sessuali penetrative/non penetrative.

2009[6]). È evidente che la grande **divergenza di opinioni** è il risultato di difficoltà metodologiche di valutazione e presa in carico, connesse alle differenti legislazioni, alla molteplicità delle fonti statistiche, all'elevato numero oscuro e al fatto che lo spettro di comportamenti che possono rientrare in questa categoria è estremamente ampio e di difficile classificazione, comprendendo tutte le forme di coinvolgimento di un bambino in esperienze inerenti la sfera sessuale, dall'esibizionismo alla masturbazione, al rapporto sessuale, alla pornografia. Emerge pertanto l'importanza di accordarsi su una definizione "operazionale" di abuso sessuale infantile, sia perché l'abuso può variare lungo un *continuum* effettivamente molto vasto, sia perché è indispensabile che le varie professionalità, che si trovino a collaborare, si riconoscano intorno ad una **definizione clinico-operativa comune e condivisa** (De Leo *et al.*, 2001; De Leo, Patrizi, 2002b).

3. Per valutare: tra fattori di rischio, fattori protettivi e resilienza

Gli effetti clinici prodotti dalle diverse forme di abuso non sono misurabili né adottando un punto di vista categoriale, né considerando a priori le caratteristiche negative e la peculiarità delle condotte di abuso e maltrattamento. Oggi sappiamo, infatti (Caffo, Camerini, Florit, 2004), che l'infanzia maltrattata si pone al centro di un sistema complesso, di cui fanno parte i punti di forza (fattori protettivi) e di debolezza (fattori di rischio) presenti nel bambino e nel suo ambiente familiare, sociale e culturale di appartenenza:

> Si possono distinguere fattori protettivi e di rischio *individuali*, riguardanti la maggiore o minore vulnerabilità personale allo stress (mediata da fattori neurobiologici, temperamentali, affettivi, cognitivi), e *ambientali*, legati a variabili quali la qualità delle relazioni di attaccamento alle figure genitoriali, gli stress e i *life event* precedenti, gli interventi psicosociali di sostegno e di supporto. La ricerca psicosociale ha individuato gli *indicatori di rischio* (intesi come "campanelli di allarme" che segnalano un rischio relativo alla salute mentale del bambino ma non lo causano direttamente) e i *mediatori di rischio* (fattori coinvolti direttamente nel processo causale) (Società Italiana di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza – SINPIA, 2007, p. 23).

Aspecificità e multifattorialità dei fattori di rischio

I modelli di comprensione dell'abuso sessuale non sono e non possono essere lineari, legati ad arbitrarie inferenze e valutazioni di nessi tra causa ed effetto, ma devono rispettare i criteri di aspecificità e multifattorialità e promuovere la ricerca e l'analisi della gamma di fattori di rischio e di protezione presenti

6. Gli autori rilevano la mancanza di un consenso nella definizione di *child maltreatment* e *child sexual abuse* analizzando ben 39 studi nell'ambito di 28 Paesi distribuiti in 5 continenti.

a livello individuale, familiare e sociale. Le persone sperimentano gli stessi eventi in maniera differente, a seconda del loro livello di funzionamento: bambini diversi possono reagire in modo del tutto differente di fronte allo stesso tipo di fattori di rischio, in funzione del grado di vulnerabilità personale allo stress e dell'eventuale presenza di mediatori dei fattori di stress (Kazdin *et al.*, 1990; Rutter, 1990). Nessun "indicatore" può inequivocabilmente ricondurre ad una vittimizzazione sessuale: le attuali conoscenze in materia non consentono infatti di individuare nessi di compatibilità/incompatibilità tra sintomi di disagio e supposti eventi traumatici (AA.VV., 2011b). In tal senso, l'abuso all'infanzia va interpretato sulla base di approfondimenti contestuali e di un'analisi accurata centrata sulla ricerca di "evidenze" clinicamente fondate. I fattori di rischio rappresentano pertanto il supporto per formulare una valutazione psicosociale presuntiva di sospetto abuso o trascuratezza, intesa come ipotesi che deve essere verificata con l'aiuto di una équipe multidisciplinare (Fergusson, Mullen, 1999; SINPIA, 2007).

Le conseguenze dell'abuso

Gli studi sull'abuso e il maltrattamento infantile concordano nel ritenere l'esposizione a queste condotte molto pericolosa per la salute psicofisica dei bambini e delle bambine coinvolte (Finkelhor, 1994; Friedman *et al.*, 2011). Clinici e ricercatori descrivono con assoluta unanimità un ampio range di conseguenze psicologiche e comportamentali tra cui

> bassa autostima, ansia, depressione, rabbia e aggressività, stress post traumatico, dissociazione, abuso di sostanze, difficoltà sessuali, preoccupazioni fisiche e disturbi, comportamento autolesivo e autodistruttivo (Lalor, McElvaney, 2010, p. 163, trad. nostra).

Nella classificazione proposta da Dèttore e Fuligni (2008) gli esiti possono essere riscontrabili a **breve-medio termine** (sintomatologia fisica, vissuti psicologici, problematiche comportamentali) e **lungo termine** (abuso di sostanze, disturbi d'ansia, PTSD, disturbi dissociativi e somatoformi, disturbi dell'umore, disturbo borderline di personalità e schizofrenia, disturbi alimentari, disturbi sessuali, malattie sessualmente trasmissibili, gravidanze e prostituzione[7], problemi sociali, comportamenti autolesionistici e suicidari ecc.). Le **conseguenze** possono inoltre essere suddivise in conseguenze **neurobiologiche** (aspetti neurormonali, neuropsicologici, neurochimici, neuroanatomici) e conseguenze **psicologiche** (riferite all'organizzazione del Sé, alla regolazione degli affetti, allo sviluppo dell'attaccamento e dell'autostima) (Caffo, Camerini, Florit, 2004). Al di là dell'aspecificità dei fattori di rischio, esistono però alcuni segnali

7. Diversi studi (Stoltz *et al.*, 2007; Potter, Martin, Romans, 1999) testimoniano una significativa relazione tra l'esposizione durante l'infanzia a fenomeni di *child maltreatment* (sessuale, fisico o psicologico) con lo sviluppo di condotte sessualmente a rischio in età adulta.

d'allarme più frequenti e più specificamente riconducibili ad una possibile vittimizzazione (SINPIA, 2007). Nei bambini che hanno subito un abuso sessuale spesso sono individuabili:

a) *indizi precoci*. È possibile che nei giochi o nelle relazioni con i coetanei, il bambino faccia allusione ad argomenti sessuali o utilizzi comportamenti sessualizzati (da non confondere con le fisiologiche espressioni della sessualità infantile, già evidenziabili a partire dai tre anni di vita);

b) *affermazioni dirette*. Il bambino racconta spontaneamente l'abuso;

c) *condizioni mediche*. Dolori addominali, traumi genitali, uretrali o rettali, malattie a trasmissione sessuale, infezioni ricorrenti del tratto urinario, enuresi, encopresi, gravidanza, problemi scolastici, promiscuità o prostituzione, abuso di sostanze psicoattive, abuso sessuale perpetrato a danni di altri;

d) *cambiamenti comportamentali*. Disturbi del sonno (incubi o terrori notturni), disturbi dell'appetito (anoressia o bulimia), disturbi nevrotici o della condotta, fobie o comportamenti di evitamento, ritiro e depressione, sensi di colpa, capricci o condotte di tipo aggressivo, eccessiva masturbazione, fughe, comportamenti suicidari, reazioni isteriche o di conversione. Tali manifestazioni acquistano valore se rappresentano un evidente cambiamento rispetto alla condizione precedente e se si integrano con altri fattori (fisici e testimoniali) provenienti dal bambino e dal contesto che lo circonda.

Abuso e PTSD

In alcuni casi, l'abuso si può inoltre configurare come una vera e propria esperienza traumatica (Lalor, McElvaney, 2010; Pine, Cohen, 2002), tale da produrre quel particolare quadro clinico noto come disturbo post-traumatico da stress (PTSD). Il manifestarsi di questo disturbo può essere facilitato dalla presenza di alcuni elementi quali: *a*) *la frequenza e la durata del trauma*; *b*) *la relazione di conoscenza tra vittima e abusante* (il rischio è maggiore nei casi di incesto); *c*) *la severità e invasività dell'atto*; *d*) *l'atteggiamento di auto colpevolizzazione della bambina o del bambino*. Più specificamente, Dèttore e Fuligni (2008) considerano quattro **tipologie di fattori** in grado di influenzare la reazione adattiva/disadattiva:

a) *fattori legati al tipo di abuso* (uso di forza o minacce, abuso con penetrazione, frequenza, durata, relazione con l'abusante, numero di abusanti);

b) *fattori individuali* (età di inizio dell'abuso, età al momento dell'assessment, genere, attribuzioni causali, orientamento generale del *locus of control*, coping evitante, coping attivo/sociale, passato di abuso fisico);

c) *fattori familiari* (sostegno familiare al momento della rivelazione e in generale);

d) *fattori ambientali* (sostegno extrafamiliare, sostegno del gruppo dei pari, affiliazione con coetanei facenti uso di droga o coinvolti in attività delinquenziali, testimonianza e interviste investigative, esami medici, allontanamento da casa/affidamento).

È importante però sottolineare come non esista una correlazione assoluta tra esperienza di abuso/maltrattamento e sviluppo del PTSD. Le ricerche epi-

demiologiche riportano che meno del 50% delle persone abusate durante l'infanzia sviluppa tale disturbo (De Leo, Patrizi, 2002b) confermando che l'abuso non può essere considerato una "diagnosi clinica" ma un evento potenzialmente traumatico che, interagendo con fattori di rischio/protettivi, può determinare diversi disturbi psicopatologici, non sempre riconducibili ad un PTSD, come può anche produrre un esito adattivo nella traiettoria evolutiva del bambino vittimizzato.

Fattori di protezione e resilienza

Una significativa percentuale di vittime non riporta alcun esito psicopatologico. Questo significa che molti bambini e bambine vittimizzati

> riescono ad assorbire, metabolizzare e normalizzare l'esperienza traumatica subita, anche se ancora non si conosce esattamente in che modo questo possa accadere, pur essendo stati individuati alcuni fattori protettivi, come la rivelazione stessa, la capacità del bambino e del contesto di "dare senso" all'abuso, e l'attivazione di un buon rapporto sociale (ivi, p. 100).

Fattori protettivi come le risorse individuali (ad esempio la personalità), familiari, sociali (relazioni qualitativamente valide in adolescenza, nel gruppo dei pari e in età adulta) sono capaci di attenuare le reazioni negative a un evento traumatico, controbilanciando l'effetto dei fattori di rischio (Collishaw *et al.*, 2007)[8]. Si parla in questi casi di *resilience* (o *resiliency* o *resilienza*[9]), intendendo con questo termine la capacità individuale di resistere e fronteggiare adeguatamente gli effetti negativi del trauma (De Leo, Scali, Caso, 2005; Rutter, 1990). Si tratta di un'abilità individuale che esprime «la capacità del soggetto di attuare un'ampia gamma di risposte a seconda della natura delle circostanze avverse intervenute» (Dèttore, Fuligni, 2008, p. 161) e trae origine da influenze protettive sia interne all'individuo sia esterne, dell'ambiente, che operano insieme nel produrre le differenze personali di reazione allo stress o al trauma.

4. Per intervenire: la prospettiva psicologico-giuridica

Attualmente, il tema dell'abuso all'infanzia è inserito in un complesso dibattito nazionale e internazionale, centrato sulla sfida che questa problematica pone sul piano della realizzazione di interventi che possano incidere in termini di efficacia ed efficienza in una duplice direzione: della tutela dei diritti di bambine e bambini; della riduzione del fenomeno. Tale dibattito pone le istituzioni e i servizi di fronte alla richiesta emergente di fornire nuovi mo-

8. Gli autori, in un importante studio longitudinale, evidenziano che il 45% delle persone adulte che avevano subito un abuso (fisico o sessuale) durante l'infanzia non riporta alcun esito psicopatologico.
9. Flessibilità, elasticità.

delli non solo di comprensione, ma anche e soprattutto di presa in carico, a livello psicologico, sociale, politico, normativo e giudiziario. Il che significa che ogni azione di prevenzione deve essere posta in un'ottica di intervento "globale".

Approccio ecologico e multisistemico

La letteratura sugli interventi di prevenzione e presa in carico dell'abuso all'infanzia suggerisce pertanto di affrontare questi casi attraverso un approccio *ecologico* (Cicchetti, Toth, Maughan, 2006) – che consideri tutti i livelli di rischio e le risorse proprie del contesto e del bambino – e *multisistemico* – che preveda la collaborazione tra differenti livelli e settori afferenti al sistema educativo, sociale, sanitario e giuridico (World Health Organization – WHO, 2007).

Ottica integrata e psicosociale

Il trattamento deve essere inteso in termini ampi, come un insieme di interventi effettuati allo scopo di tutelare la vittima, interrompendo le violenze subite e facilitandola nei suoi cambiamenti positivi, in un'ottica integrata e psicosociale (Patrizi, 2000; Patrizi *et al.*, 2010). La gestione di un caso di abuso è pertanto parte di un processo complesso che richiede diverse professionalità e diversi livelli di intervento tarati sulle specifiche esigenze del bambino o dell'adolescente coinvolti. Ebbene, dove si posiziona la psicologia giuridica in questa complessità?

Alcuni ambiti applicativi della psicologia giuridica

La psicologia giuridica affronta questi fenomeni articolando i suoi contributi principalmente su due livelli: *teorico-esplicativo* e *tecnico-operativo*. Se infatti, da una parte, questa disciplina si è preoccupata di indagare (dalla prospettiva delle vittime) le conseguenze dell'abuso in quanto evento potenzialmente traumatico, i rischi legati all'impatto delle procedure giudiziarie sul benessere psicofisico di bambine e bambini coinvolti, i criteri di definizione e valutazione dell'abuso stesso, dall'altra, ha anche saputo sviluppare interessanti filoni di ricerca miranti a declinare le buone prassi da adottare in campo giudiziario, preventivo e psicosociale. In ambito *giuridico-giudiziario*, i professionisti formati in psicologia giuridica clinica intervengono supportando l'autorità giudiziaria (AG) e la polizia giudiziaria (PG) nell'attività di **ascolto della testimonianza** della vittima minorenne, come ausiliari nella raccolta delle sommarie informazioni (testimoniali) in modalità protetta durante la fase di indagini preliminari (art. 351 c.p.p.), oppure come esperti in sede di incidente probatorio[10] (art. 392 c.p.p.) nelle modalità dell'audizione protetta (art. 398, comma 5° *bis* c.p.p.), così come declinato a livello normativo e scientifico, prevedendo cioè l'utilizzo di procedure, strumenti (impianto di audio-videoregistrazione, specchio unidirezionale ecc.) e protocolli di intervista validati e riconosciuti a livello internazionale (AA.VV., 2011a, 2011b; Caffo, Camerini, Florit, 2004; Dèttore, Fuligni, 2008; Goodman, Bottoms, 1993; Scali, Calabrese, Biscione, 2003).

10. Anticipazione della fase dibattimentale durante quella delle indagini preliminari.

Ancor prima della raccolta della testimonianza, il pubblico ministero (PM), anche attraverso l'eventuale ausilio di uno o più **esperti** (art. 221 c.p.p) o consulenti tecnici, può richiedere un approfondimento per valutare le condizioni fisiche, psicologiche ed emozionali in relazione all'abuso che dovrà essere accertato[11]. Un altro intervento che può essere chiesto allo psicologo giuridico riguarda la c.d. ***validation*** ovvero la valutazione dei nessi causali tra condizioni psicologiche rilevate e abuso in termini di compatibilità e coerenza con la denuncia, la definizione dell'entità del danno subito e le sue conseguenze (Petruccelli *et al.*, 2010). Il compito dello psicologo giuridico è quello di tradurre, in termini di significati contestuali (norma e sistemi giudico-giudiziari), i processi di realtà che costituiscono l'oggetto della conoscenza psicologica (Patrizi, 1996). In tal senso

> è metodologicamente corretta una procedura che rispetti una criteriologia scientifica ben definita e confrontabile, basata su principi verificabili di acquisizione, analisi e interpretazione di dati e fondata – laddove possibile – su tecniche ripetibili e controllabili (AA.VV., 2011a, p. 63).

La funzione dell'esperto incaricato di effettuare una valutazione sulla persona minorenne a fini giudiziari deve restare distinta da quella finalizzata al sostegno e al trattamento[12]. A livello civile, l'esperto può inoltre affrontare indirettamente il tema dell'abuso all'infanzia, intervenendo nella valutazione e/o nel trattamento della relazione genitoriale attraverso la prassi degli **incontri protetti** che prevedono, nell'ambito di un provvedimento dell'AG (anche per il tramite dei servizi territoriali), che il bambino incontri, in un ambiente protetto, le sue figure di riferimento affettivo. Questi sono solo alcuni esempi dei possibili ambiti applicativi della psicologia giuridica rispetto alle problematiche che concernono i casi di abuso all'infanzia; si rimanda alla letteratura esistente per una trattazione più esaustiva (Caffo, Camerini, Florit, 2004; De Leo, Calabrese, 2006; De Leo, Patrizi, 2002b; Petruccelli, Petruccelli, 2011).

5. Questioni aperte

Le evidenze sul *child abuse* (o *child maltreatment*) permettono oggi di affermare che: *a*) si tratta di un problema che coinvolge molti bambini e bambine di Paesi industrializzati; *b*) include un'ampia varietà di condotte omissive e

11. Il PM valuta se il bambino debba essere ascoltato in sede di *incidente probatorio* e se debba essere valutato anche circa la capacità di rendere testimonianza; in quest'ultimo caso dovrà pronunciarsi in merito a quale dei due accertamenti debba avere la precedenza sull'altro (De Leo, Calabrese, 2006; De Leo, Patrizi, 2002b).

12. Per approfondire cfr. gli ultimi aggiornamenti della Carta di Noto (AA.VV., 2011b).

commissive in ambito intrafamiliare ed extrafamilare; *c*) può avere degli esiti molto gravi sullo sviluppo evolutivo delle persone offese; *d*) non esistono modelli lineari che consentano di definire un profilo tipo di bambino-adolescente abusato (di "abusante" o "famiglia abusante"). D'altra parte, trattare il tema dell'abuso all'infanzia in uno scenario sociale e storico che costringe ormai a prendere atto della presenza e vastità del fenomeno (pensiamo, ad esempio, alla diffusione della pedopornografia on line, della pedofilia o del turismo sessuale) «è una questione altamente complessa per ragioni che spaziano dalle problematiche operative, diagnostiche e trattamentali, a quelle preventive e di tutela giuridico-psicologica del bambino» (De Leo, Patrizi, 2002b, p. 98).

Approccio multifattoriale centrato sul singolo caso

È per queste ragioni (e non solo) che occorre sviluppare dei percorsi di *assessment*, ascolto e presa in carico specialistici in un'ottica di falsificazione della presunta situazione abusante. In ragione sia della complessità del fenomeno, sia dell'ampiezza ed eterogeneità della letteratura esistente, risulta difficoltoso giungere a un'interpretazione sistematica, suggerendo inoltre di «ricorrere necessariamente ad un approccio multifattoriale e chiaramente ancorato ad un criterio casistico tale da non trascurare la specificità di ogni situazione» (Scardaccione, Baldry, 1997, p. 132). Come abbiamo visto, l'abuso sessuale non corrisponde a una diagnosi clinica e il suo accertamento si basa su una **valutazione multisistemica** che integra un primo livello di analisi clinica (riferita alla possibile presenza di un quadro sintomatologico, seppur non connotata di un significato patognomonico) con un livello di analisi psicologico-giuridica (ad esempio, in riferimento alla testimonianza resa dalla presunta vittima e/o testimone dell'abuso) e psicosociale (riferita, ad esempio, alla necessità di effettuare un'attenta valutazione anche del contesto familiare e ambientale del bambino),

> nella duplice esigenza che il percorso di tutela deve soddisfare: da un lato va garantita la finalità primaria del processo penale, che mira a stabilire la verità fattuale; dall'altro, è necessario che la raccolta di informazioni si svolga con particolare attenzione, coerentemente con l'intento di proteggere il minore, presumibilmente già provato, da qualunque azione possa nuocergli in termini di stress emozionale, anche se finalizzata alla tutela della sua persona (De Leo, Patrizi, 2002b, p. 89).

Sono ancora scarse però le iniziative che si attuano per prevenire e ridurre il fenomeno, anche perché a livello operativo esiste una frammentazione che non consente di monitorare le reali dimensioni del lavoro finora svolto. Peraltro, l'introduzione di nuove misure legislative che inaspriscono le pene per i reati violenti di natura sessuale e introducono nuove fattispecie di reato, è senza dubbio un passo importante, ma forse insufficiente.

Vuoti istituzionali, lacune operative

Tra le lacune del nostro Paese, ad esempio, si evidenzia la questione relativa al sostegno e al trattamento (pubblico) delle vittime. Attualmente non vi è una reale e sostanziale presa in carico delle famiglie dei bambini vittime di abuso e maltrattamento, nonostante esistano molte indicazioni derivanti da buone prassi e protocolli operativi di dimostrata efficacia (Dèttore, Fuligni, 2008), come d'altra parte non vi è un piano nazionale (a livello normativo e istituzionale) di trattamento di minori (e adulti) autori di reati sessuali, nonostante alcune esperienze implementate a livello locale (Cuzzocrea, Lepri, 2010; Mariotti Culla, De Leo, 2005). Il sistema sanitario pubblico nazionale non è in grado di gestire il supporto alle vittime ed è improbabile che si faccia carico, anche in un futuro, del trattamento degli autori, azione peraltro non specificatamente prevista a livello di ordinamento penitenziario. Non esistono standard di valutazione del rischio di recidiva necessari a progettare gli interventi più efficaci in termini di prevenzione di ri-offese di tipo sessuale (Dèttore, 1997; Déttore, Fuligni, 2008), nonostante diverse ricerche ed esperienze internazionali dimostrino l'efficacia di tali tipologie di interventi e la necessità di promuovere sempre più occasioni di benessere individuale e collettivo (Patrizi *et al.*, 2010). Come, d'altra parte, manca una traduzione normativa delle esigenze di tutela espresse operativamente nei casi di abuso psicologico o di violenza domestica assistita.

Necessità di azioni globali e sistematiche

Solo attuando delle azioni globali e sistematiche (a livello legislativo, nell'erogazione di finanziamenti dedicati, nell'investimento di risorse per la ricerca ecc.) si può iniziare a ragionare in termini di reale protezione della società e prevenzione dell'abuso e del maltrattamento all'infanzia. Alla luce di tali premesse e ragioni, sarebbe urgente e necessario prevedere l'implementazione di azioni governative atte a: *a*) investire risorse strumentali (economiche e normative) a livello interistituzionale; *b*) supportare gli enti locali al fine di renderli capaci di rispondere ai bisogni territoriali di sostegno e trattamento delle vittime e delle famiglie a rischio; *c*) implementare e reindirizzare le risorse esistenti per sviluppare programmi di ricerca basati sulle evidenze.

In questo capitolo

- Viene presentato il fenomeno dell'abuso all'infanzia secondo una prospettiva storica ed eziologica.
- È illustrato un modello di valutazione dell'abuso attraverso la lettura dei fattori di rischio e di protezione.
- Viene proposta una panoramica degli spazi di intervento possibili in ambito psicologico-giuridico e sono indicate le questioni aperte.

Per approfondire

CAFFO E., CAMERINI G. B., FLORIT G., *Criteri di valutazione nell'abuso all'infanzia. Elementi clinici e forensi*, McGraw-Hill, Milano 2004. Il volume offre strumenti utili a livello clinico e giuridico per comprendere, valutare e operare nei casi di abuso all'infanzia.

DÈTTORE D., FULIGNI C., *L'abuso sessuale sui minori*, McGraw-Hill, Milano 2008. Il volume tratta il fenomeno dell'abuso sessuale in modo globale, fornendo un quadro di riferimento operativo utile nella valutazione e nel trattamento di vittime e autori.