



*M*altrattamento e *A*buso all'infanzia

Indicazioni e Raccomandazioni

GRUPPO DI LAVORO INFANZIA E ADOLESCENZA

Coordinatore:
Tancredi di Iullo

Componenti:
Paola Angelucci, Lisa Cacia,
Antonio Di Gioia, Evgenia Gasteratou,
Nicola Malorni, Marco Nicolussi,
Lucia Sarno, Gloria Soavi

Documento recepito dal Consiglio Nazionale
nella seduta del 24 Novembre 2017,
con deliberazione n° 44/17
Rev. 01

Consiglio Nazionale Ordine degli Psicologi
Piazzale di Porta Pia, 121 • 00198 Roma
Tel: +390644292351 • Fax: +390644254348
www.psy.it • info@psy.it

INDICE

	<i>pag.</i>
PRESENTAZIONE, Fulvio Giardina	5
OBIETTIVI DEL DOCUMENTO, Tancredi Di Iullo	9
Cap. 1 PROMOZIONE DELLA SALUTE E BENESSERE	13
Cap. 2 LA PREVENZIONE DEL MALTRATTAMENTO	19
Cap. 3 DEFINIZIONE, METODOLOGIA, RACCOMANDAZIONI GENERALI E SPECIFICHE	27
3.1 La definizione di maltrattamento e la sua classificazione	29
3.2 Metodologia	44
3.3 Raccomandazioni Generali e specifiche	46
Cap. 4 DIAGNOSI	67
Cap. 5 TRATTAMENTO	71
RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI	79
RIFERIMENTI SITOGRAFICI	85
RIFERIMENTI NORMATIVI	87
AUTORI	88



PRESENTAZIONE

“Un aspetto particolarmente complesso è costituito dai fenomeni di violenza e abuso ai danni di persone di minore età, in quanto particolarmente fragili e vulnerabili.

La complessità risiede nella genesi, nella tragicità dei fatti, nelle cure necessarie e nella difficoltà di rilevazione di un fenomeno che, per le sue caratteristiche, è ancora in parte sommerso e che costituisce una gravissima violazione dell'infanzia.

Occorrono interventi idonei a rafforzare la prevenzione e il contrasto degli abusi, attività che già vede impegnati quotidianamente, con dedizione, operatori, forze dell'ordine, servizi sociali, professionisti e magistrati.”

Filomena Albano,
Autorità Garante per l'Infanzia e l'Adolescenza, 2016

Gli psicologi italiani sono impegnati quotidianamente in azioni di sostegno, tutela e intervento verso le problematiche inerenti l'individuo, il gruppo e la società.

Compito precipuo è soprattutto quello di promuovere benessere e qualità della vita, attraverso percorsi di prevenzione e divulgazione del sapere scientifico.

La recente L. 11 gennaio 2018, n. 3, *Delega al Governo in materia di sperimentazione clinica di medicinali nonché disposizioni per il riordino delle professioni sanitarie e per la dirigenza sanitaria del Ministero della salute*, pone la professione di psicologo sotto la piena vigilanza del Ministero della Salute, riconoscendo un ruolo strategico nella tutela della salute globale dei cittadini, in attuazione del diritto sancito dalla nostra Costituzione.

Il gruppo di lavoro su “*Infanzia e adolescenza*”, istituito presso il CNOP e coordinato dal consigliere dott. Tancredi Di Iulio, si è occupato di affrontare gli argomenti relativi la salute del minore e, tra questi, un tema di forte impatto sociale quale il maltrattamento e l'abuso all'infanzia.

Da questo studio e approfondimento sono state definite le linee guida, “***Maltrattamento e Abuso all'infanzia. Indicazioni e raccomandazioni***”, con l'obiettivo di fornire uno strumento di conoscenza del fenomeno e di contrasto ad uso degli psicologi in primo luogo, ma anche delle famiglie e di altri operatori.

Il testo, completo in tutti i suoi contenuti e di scorrevole lettura, offre diversi spunti di approfondimento tecnico e di riflessione personale, visto l'oggetto trattato, inerente un tema di salute pubblica.

Il benessere, la sicurezza del bambino, la qualità degli affetti che lo circondano, devono essere garantiti da ogni azione degli adulti, siano essi genitori o educatori, in primo luogo all'interno della famiglia, quale primo contenitore affettivo, emotivo e relazionale, successivamente in tutti i contesti sociali, tra cui la scuola, in cui il processo di sviluppo armonico del bambino viene accompagnato e sostenuto dalla grande professionalità degli insegnanti.

Lo psicologo, quale operatore della salute, deve allora possedere una conoscenza adeguata per rilevare e intervenire soprattutto in quei casi di maltrattamento e/o abuso e sostenere il bambino nel difficile percorso di ricomposizione dell'identità frammentata, conseguente alla rottura violenta dei suoi confini emotivi, affettivi ed esistenziali.

Le considerazioni che emergono in questo testo possono rappresentare anche un valido strumento di prevenzione ed intervento per gli operatori della salute, chiarendo in modo esaustivo tutte le sfumature del fenomeno.

Desidero ringraziare tutti i componenti del Gruppo di Lavoro che, con le loro diverse competenze, hanno contribuito attivamente nel redigere un testo di profondo interesse per la comunità degli psicologi.

Buona lettura.

Il Presidente

Dott. Fulvio Giardina



OBIETTIVI DEL DOCUMENTO

Il Gruppo di Lavoro *Infanzia e Adolescenza*, istituito dal Consiglio Nazionale dell'Ordine degli Psicologi e coordinato dal Dott. Tancredi Di Iullo, ha focalizzato la propria attenzione sulle tematiche dell'Abuso e del maltrattamento all'Infanzia con l'obiettivo primario di fornire un valido strumento di conoscenza del fenomeno e di tutte le possibili forme di contrasto di interesse dello Psicologo.

L'infanzia e l'Adolescenza sono sempre state oggetto di studio e ricerca da parte della Psicologia ed in particolare della Psicologia dell'età evolutiva.

Come noto sono stati ampiamente studiati sia le caratteristiche essenziali legate allo sviluppo in età evolutiva che gli aspetti legati al disagio e alla psicopatologia e questo settore ha rappresentato e tutt'ora rappresenta uno spazio importante di occupazione per i colleghi professionisti.

In tal senso le conoscenze, gli strumenti e le esperienze acquisite a ragione possono essere considerate **risorse** importanti per qualsivoglia piano di intervento in favore dei minori.

L'*Osservatorio Nazionale per l'Infanzia e l'Adolescenza* del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, l'*Autorità Garante per l'Infanzia e l'Adolescenza* e il Piano Nazionale Infanzia, Osservatorio sulla pedopornografia e pedofilia del Ministero per le pari opportunità - 9 Rapporto CRC hanno posto l'attenzione su alcune tematiche importanti quali *il trattamento dei minorenni vittime di maltrattamento e abuso, l'accoglienza dei minorenni fuori dalla famiglia, le adozioni, le violenze assistite e il collegamento con la violenza di genere, le procedure relative all'ascolto del minore in sede giudiziaria (Convenzione di Lanzarote).*

L'Oms già nel primo rapporto sulla violenza del 2002 aveva focalizzato l'attenzione sulla violenza sui minorenni definendola come **“un problema di salute pubblica”**, affermazione, questa, purtroppo supportata dai dati della violenza a livello mondiale

che allora come oggi rimandano a cifre spaventose e in costante aumento.

Se consideriamo il fenomeno solo nei paesi europei rifacendoci alle stime dell'*European report on preventing childmaltreatment*, (OMS) del 2013, 852 bambini sotto i 15 anni muoiono ogni anno in Europa vittime di maltrattamento (il tasso più alto è nei bambini sotto i 4 anni), 18 milioni di bambini (il 13,4% delle bambine e il 5,7% dei bambini) sono vittime di abuso sessuale , 44 milioni (il 22,9% dei bambini) è vittima di violenza fisica , il 29,6% è vittima di violenza psicologica (55 milioni).

Sempre l'OMS nel 2002 sottolineava la necessità di affrontare la realtà della violenza secondo un approccio interdisciplinare e scientifico. Il primo aspetto su cui il rapporto punta l'attenzione viene indicato nella necessità di scoprire come conoscenza basilare tutti gli aspetti della violenza, attraverso una raccolta dei dati sull'ampiezza, le caratteristiche e le conseguenze della stessa.

L'Italia da anni viene richiamata a questo impegno, ma a tutt'oggi non è presente nel nostro paese una banca dati aggiornata e un sistema di monitoraggio del fenomeno a livello nazionale che consenta una riflessione e programmazione adeguati.

La prima ricerca epidemiologica in Italia su basi scientifiche e confrontabili con i dati internazionali è stata condotta da Cismai e Terre des Homme, con il patrocinio dell'Autorità Garante per l'Infanzia e l'Adolescenza e presentata nel maggio 2015.

La ricerca si è avvalsa della collaborazione di Anci e Istat e ha raccolto il numero dei minori maltrattati in carico a 251 comuni in tutto il territorio nazionale. L'indagine ha coperto un bacino effettivo di 2,4 milioni di popolazione minorile residente in Italia (il 25% della popolazione minorile italiana). Il dato finale evidenzia che 47,7 minorenni su 1000 sono seguiti dai servizi: i bambini e i ragazzi italiani che si trovano in uno stato di bisogno e per i quali è stato attivato un intervento dei Servizi Sociali sono quindi pari a 457.453.

Le stime emerse, tenendo conto, come sottolineano l'OMS ed altre autorevoli fonti, che le situazioni emerse rappresentano una piccola parte di una realtà ancora sommersa e difficile da rilevare, sono preoccupanti. Rispetto ai minorenni in carico ai Servizi Sociali per vari motivi di disagio dalla ricerca emerge che ci sono oltre **91mila** minorenni maltrattati in Italia, ovvero circa **1 bambino ogni 5 di quelli in stato di bisogno seguiti dai Servizi Sociali è vittima di maltrattamento**. Per quanto riguarda la tipologia della violenza **il 47,1 % è vittima di grave trascuratezza, il 19% per violenza assistita, 13,7% maltrattamento psicologico, l'8,4% patologia delle cure, 6,9% maltrattamento fisico, 4,2% abuso sessuale**. Oltre la metà dei bambini maltrattati subisce, quindi, una grave forma di trascuratezza se si prendono in considerazione anche le patologie delle cure. Ed emerge il fenomeno della violenza assistita che costituisce la seconda forma di violenza più diffusa tra quelle registrate: circa 1 bambino su 5 fra quelli maltrattati è testimone di violenza domestica intrafamiliare.

La consapevolezza che in tutti questi temi la Psicologia entra a pieno titolo, non più utilizzando paradigmi di autoreferenzialità bensì affermando se stessa all'interno di reti di servizi e del lavoro multidisciplinare, ha portato il Gruppo di Lavoro a focalizzare l'attenzione sul **maltrattamento e l'abuso all'infanzia** approntando il presente documento nella forma di **Indicazioni e Raccomandazioni** a favore di quei *colleghi* già impegnati in questo spazio professionale e per tutti quei *giovani colleghi* che, volendosi impegnare in questo ambito, vogliono altresì costruire il loro portfolio di competenze.

Il contatto professionale con storie, vissuti di maltrattamento e abuso ci costringe a pensare l'impensabile, a superare le nostre resistenze psichiche, a incontrare modelli culturali retrivi e violenti, a confrontarci con l'orrore e il dolore delle vittime.

Nell'affrontare e gestire tutto ciò lo Psicologo ha primariamente

a disposizione la legge 56/89 di Ordinamento, il Codice Deontologico e un nuovo Documento “La professione di psicologo: Declaratoria, Elementi Caratterizzanti ed Atti Tipici”.

Tutti e tre a ragione possono ben definirsi *colonne portanti* della professione e devono appartenere al bagaglio culturale e professionale di ciascuno.

Pur tuttavia da soli non bastano; devono necessariamente essere affiancati da a) una consolidata capacità di attraversare i propri vissuti; b) una adeguata formazione professionale centrata su aspetti essenziali dello sviluppo, sul trauma e sui suoi effetti, sugli interventi clinici da attuare; c) una formazione che apra ad una visione *orizzontale e trasversale* del fenomeno, non priva dei suoi risvolti legali: alcune forme di maltrattamento sui minorenni costituiscono un reato penale e vedono quindi l'intersecarsi del contesto clinico con quello giudiziario.

Ad essi si aggiunge questo piccolo contributo che lungi dall'aver la presunzione di sostituire la pubblicistica esistente e a cui si rimanda in calce (Bibliografia e Sitografia), ha solo la funzione, semmai, di sintetizzarla in uno strumento di rapida consultazione e fruizione.

Tancredi Di Iulio

Coordinatore del Gruppo di Lavoro

Paola Angelucci

Nicola Malorni

Lisa Cacia

Marco Nicolussi

Antonio Di Gioia

Lucia Sarno

Evgenia Gasteratou

Gloria Soavi

CAPITOLO 1

PROMOZIONE DELLA SALUTE E BENESSERE

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha modificato il concetto di salute, definendolo “***un completo stato di benessere fisico, psicologico e sociale che coinvolge la globalità dell'individuo e delle sue esperienze***”.

Tale condizione interessa sei diverse componenti:

1. Fisica
2. Psicologica
3. Sociale
4. Emotiva
5. Relazionale
6. Ideologica – valoriale

In questa nuova ottica un ruolo centrale l'assume **la prevenzione**, quale momento centrale, di qualsivoglia piano e azione finalizzata a prevenire comportamenti a rischio.

Lo studio delle situazioni di rischio non può prescindere dall'analisi dei *fattori di rischio* e dei *fattori di protezione*.

Con i primi solitamente ci si riferisce a tutti quegli eventi, esperienze che aumentano la probabilità per l'individuo di incorrere in conseguenze negative immediate o future per il proprio sviluppo e per il proprio adattamento psicosociale.

Accanto ad essi, esistono variabili individuali o ambientali in grado di impedire o mitigare l'azione negativa da essi esercitata: si parla di *fattori di protezione*.

Entrambi possono variare il loro impatto in relazione al sistema di variabili con cui interagiscono ed in relazione al momento evolutivo in cui esercitano la loro azione.

Il primo gruppo sociale del bambino è naturalmente la *famiglia* seguito da vicino, per ordine di importanza, da quello della *scuola*.

Ambedue assumono il ruolo di fattore di protezione.

La famiglia può porsi come fattore protettivo sia in maniera diretta che in modo indiretto. La prima si attua mediante modelli positivi di adulto che essa propone, veicolati attraverso i compor-

tamenti e gli atteggiamenti dei genitori. Le manifestazioni della seconda possono essere rintracciate nelle *teorie dell'attaccamento* (Ainsworth, 1982) e negli *stili genitoriali* (Maccoby e Martin, 1983).

In questa sede ricordiamo solamente che i bambini che manifestano un attaccamento sicuro mostrano entusiasmo e persistenza nell'impegno, maggiore volontà nel ricercare l'aiuto degli adulti e di rispondere ad esso, meno frustrazione e rabbia dei bambini che invece manifestano un attaccamento insicuro, evitante, ambivalente e/o disorganizzato.

Lo stesso dicasi degli stili educativi genitoriali: il genitore autorevole, quel genitore cioè che si aspetta che i bambini si comportino intellettualmente e socialmente a livelli coerenti con la loro età e le loro capacità, che sa essere caloroso, che sollecita l'espressione di opinioni e sentimenti, che dà spiegazioni circa le decisioni che assume *favorisce* l'indipendenza del bambino, lo rende assertivo, amichevole con i coetanei, cooperativo con i genitori, motivato nei confronti dell'impegno, fattivo.

Anche la *scuola* può essere considerata fattore protettivo laddove l'esperienza vissuta in questo contesto sono di soddisfazione e di successo scolastico, dove l'organizzazione scolastica (struttura, tempi, spazi, attività didattiche e ruolo educativo dell'insegnante) sia rispettosa dei tempi di ciascuno.

"La promozione della salute è il processo che permette alle persone di aumentare il controllo su di sé e migliorare la propria salute" (OMS).

La promozione del benessere rappresenta un primo livello per un intervento globale ad alta valenza preventiva.

Quando la famiglia per ragioni complesse non può essere garanzia di benessere per i figli e di una crescita armonica possiamo rintracciare situazioni rientranti nel tema di questo lavoro anche e soprattutto alla luce della definizione fornita dall'OMS (2002)

"per abuso all'infanzia e maltrattamento debbano intendersi

tutte le forme di cattiva salute fisica e/o emozionale, abuso sessuale, trascuratezza o negligenza o sfruttamento commerciale o altro che comportano un pregiudizio reale o potenziale per la salute del bambino, per la sua sopravvivenza, per il suo sviluppo o per la sua dignità nell'ambito di una relazione caratterizzata da responsabilità, fiducia o potere”.

CAPITOLO 2

LA PREVENZIONE DEL MALTRATTAMENTO

Si pone quindi il problema di prevenire le forme di maltrattamento sui minori che interferiscono, a volte gravemente, nei loro percorsi evolutivi, con conseguenze sullo sviluppo della personalità. Sempre l'OMS ne richiama l'assoluta necessità *“C'è un'evidenza sufficiente, includendo anche la letteratura scientifica, per affermare con piena sicurezza che il maltrattamento sui minori può essere prevenuto”* (OMS, Prevenire il maltrattamento sui minori: indicazioni operative e strumenti di analisi, 2006).

L'OMS (2006) afferma inoltre che per prevenire la violenza è necessario un approccio sistemico interdisciplinare che sviluppi azioni volte a:

- prevenire il verificarsi della violenza contro i minori (prevenzione primaria)
- rilevare i casi di violenza e intervenire precocemente (prevenzione secondaria)
- fornire assistenza continua alle vittime e alle famiglie in cui i maltrattamenti si verificano, anche al fine di prevenire il ripetersi della violenza (prevenzione terziaria)

La prevenzione va intesa come un potenziamento dei fattori di protezione piuttosto che riduzione dei rischi, pertanto risulta necessario identificare tutti quei processi che possono incidere sull'incremento della resilienza non solo a livello individuale, ma anche a livello familiare e comunitario.

DEPRESSIONE POST PARTO E CONSEGUENZE SUL RAPPORTO CON IL BAMBINO

La mamma depressa vive spesso in modo appartato con il suo bambino interpretando la propria sofferenza non come un disturbo psicologico, ma come un'incapacità ad essere una buona madre. La famiglia che vive l'evento in maniera gioiosa mette in scacco la neomamma che non vive l'esperienza felicemente ma in maniera problematica, sentendosi in difficoltà, senza capire le motivazioni, portandola a negare il suo stato e sentendosi in colpa per questo. Queste dinamiche provocano degli effetti sul bambino e sulla relazione madre-neonato.

I bambini che vivono con madri che hanno avuto questo disagio, possono presentare disturbi del sonno e pianti prolungati e frequenti. Inoltre, la qualità relazionale madre-neonato che si sviluppa in funzione del piacere che la madre prova nel prendersi cura del bambino, della sua capacità di rispondere e soddisfare i bisogni manifestati dal piccolo, può essere compromessa. Studi condotti da Cohn (1983) sul sorriso e sulle espressioni facciali hanno dimostrato, infatti, che i piccoli avvertono la depressione della madre e, conseguentemente, reagiscono con espressioni facciali di angoscia. Altre ricerche (Cohn, 1983; Kim-Cohen et al., 2005) hanno riscontrato che i bambini di madri depresse presentano una diminuzione dei segnali e scambi vocali, visivi e di sorrisi; hanno la tendenza ad isolarsi, giocano da soli, hanno un livello più basso di attenzione ed una difficoltà a stabilire un rapporto sicuro con la madre. Dal punto di vista cognitivo la depressione trasmette al bambino tristezza, infelicità, insicurezza e fallimento. Tutte queste

sensazioni negative somatizzate dal bambino, possono portarlo ad interiorizzare un'immagine negativa del mondo e influenzare il suo sviluppo affettivo. Il precoce legame di attaccamento con la figura genitoriale viene sempre più ritenuto, nel caso di attaccamento insicuro, un fattore di rischio coorelatato a disagio evolutivo e, ai livelli più estremi (attaccamento disorganizzato), il decorso patologico. Tali comportamenti materni così come esperienze di deprivazione e traumi nella primissima infanzia, possono, quindi, essere considerati come una primissima forma di maltrattamento infantile oltretutto fattori di rischio per il successivo funzionamento psicologico con esiti anche molto gravi sia nel campo della patologia psichiatrica sia nel campo della patologia sociale.

Studi longitudinali (Cohn & Tronick, 1989; Murray & Stein, 1989, Milgrom & McCloud, 1996; Murray, Fiori-Clowley, Hooper & Cooper, 1996; Murray & Cooper, 1997) indicano che gli effetti cronici della depressione post natale sono di tre tipi: effetti a lungo termine sulla salute mentale della donna, sulla relazione madre bambino (attaccamento insicuro), sullo sviluppo del bambino (disturbi emozionali, cognitivi e comportamentali) e sulla relazione di coppia (ruolo genitoriale disfunzionale). Brazelton e Greenspan (2000) evidenziano come i bisogni irrinunciabili dei bambini sono sviluppare costanti relazioni di accudimento, protezione fisica e sicurezza, fare esperienze appropriate al grado di sviluppo e fare esperienze modellate sulle differenze individuali, pertanto un tipo di relazione madre-bambino compromessa potrebbe non soddisfarli.

Molti studi hanno rilevato tra i fattori di rischio di

maltrattamento infantile la depressione materna (così come anche quella paterna) che porta a non riconoscere il bambino nelle sue esigenze, a parentificarlo, a non dargli spazio come persona, ma solo come oggetto, ruolo, funzione, facendogli provare solitudine, dolore, paura, impotenza e una distorsione relazionale del rapporto.

La conseguenza di tale situazione è un'intensa sofferenza del neonato che può avere dei risvolti estremamente gravi sul suo sviluppo poiché vengono compromessi il senso di invulnerabilità/inviolabilità del sé, che costituisce un vissuto basilare di fiducia e di sicurezza, la possibilità di dare senso positivo alla propria esperienza ed esistenza e l'autostima, come consapevolezza del proprio valore. Di fronte ad un pianto incontrollabile i genitori o altre figure educative colpite da sensazioni di rabbia, impotenza ed esasperazione, possono perdere il controllo e nel tentativo di far placare il pianto possono attivare inconsapevolmente dei comportamenti inappropriati, come scuotere violentemente il bambino. Nel 1946 John Caffey, radiologo pediatra, ha descritto per la prima volta le conseguenze dello scuotere con violenza un neonato, ma solo nel 1972 coniò il termine "*Shaken Baby Syndrome*" o "*sindrome del bambino scosso*". La Shaken Baby Syndrome (SBS) è una forma di maltrattamento fisico dovuto al violento scuotimento che causa movimenti improvvisi e incontrollati della testa e del collo del bambino piccolo che possono provocare lesioni cranio-encefaliche, e nei casi più estremi la morte; tale sindrome viene considerata la principale causa di morte nei bambini al di sotto di un anno di età. La SBS, generalmente, è una conseguenza dell'incapacità di comprendere e gestire il pianto del bambino, principale strumento

di comunicazione dei neonati, ma anche fonte di forte stress. Questo tipo di maltrattamento viene messo in atto soprattutto dalla mamma e dal papà, ma può coinvolgere anche altre figure di accudimento, per esempio nonni, babysitter ed educatrici del nido.

La capacità di riconoscere e di decodificare il pianto del neonato può essere inficiata da diversi fattori, tra cui depressione post partum, vissuti di impotenza, problematiche personali irrisolte, vissuti traumatici, conflitti familiari, credenze genitoriali irrealistiche o semplicemente sentimenti di irritabilità e frustrazione causate dal pianto del neonato. Purtroppo può accadere che lo scuotimento del bambino provochi effettivamente l'interruzione del pianto, senza apparenti conseguenze immediate, quindi potrebbe innescarsi un rinforzo e una ripetizione di tale comportamento, con il rischio di creare delle micro lesioni che si paleseranno nel successivo sviluppo, infatti l'80% di coloro che sopravvivono alla SBS possono presentare a distanza danni neurologici (Commissione Maternità e Infanzia dell'Ordine dei Medici di Roma – Capitale Medica 2013; 1–13).

In questa ottica accanto agli interventi sociali di comunità bisogna prevedere l'integrazione tra tutti i servizi a sostegno della salute infantile ed a supporto delle famiglie. Tale approccio orientato alla prevenzione e all'integrazione deve essere coniugato con l'attenzione nei confronti della formazione e della ricerca interdisciplinare (Consiglio d'Europa).

CAPITOLO 3

DEFINIZIONI, METODOLOGIA, RACCOMANDAZIONI
GENERALI E SPECIFICHE

3.1 La definizione di maltrattamento e la sua classificazione

Per definire il maltrattamento sui soggetti di minor età è utile riferirsi alla definizione del WHO (WorldHealth Organization, 1999; 2002) condivisa a livello internazionale che comprende *“tutte le forme di cattivo trattamento fisico e/o emotivo, abuso sessuale, incuria o trattamento negligente, nonché sfruttamento sessuale o di altro genere, che provocano un danno reale o potenziale alla salute, alla sopravvivenza, allo sviluppo o alla dignità del bambino, nell’ambito di una relazione di responsabilità, fiducia o potere.”*

Si è consolidata una conoscenza scientifica sugli effetti del maltrattamento in età evolutiva, fino alle ricerche più recenti delle neuroscienze che ne evidenziano le dannose implicazioni a livello neurologico e le alterazioni sullo sviluppo cerebrale (Courtois e Ford, 2009; Felitti et al., 2012).

Ogni evento di natura maltrattante specialmente se sperimentato precocemente e ripetutamente nelle relazioni primarie di cura, cioè con le figure che dovrebbero garantire sicurezza, affidabilità, stabilità, contenimento affettivo ed emotivo, in carenza o assenza di fattori protettivi e di “resilienza” nel bambino, produce **trauma psichico/interpersonale**, che colpisce e danneggia le principali funzioni dello sviluppo (Malacrea, 2002; Van derKolk, 2004; Hermann, 2005), provoca una grave privazione del potere e del controllo personale, una rilevante distorsione dell’immagine di sé e del mondo circostante.

Il trauma psicologico viene definito come “una circostanza in cui un evento supera o eccede la capacità di una persona di proteggere il proprio benessere e la propria integrità psichica”, la definizione comprende “sia le caratteristiche dell’evento stesso sia gli aspetti soggettivi della risposta dell’individuo”. Il DSM V sottolinea questi aspetti e li ricomprende evidenziando come il trauma: “prevede l’esposizione, reale o minacciata, a morte, lesioni gravi o violenza sessuale.

L’individuo può essere vittima diretta del trauma; può assistervi in qualità di testimone; può venirne a conoscenza quando la vittima dell’evento traumatico è un membro della famiglia o un amico intimo (purché si sia trattato di un evento inatteso, violento e accidentale); può essere esposto ripetutamente o in modo estremo a dettagli ripugnanti di un evento traumatico” L’esposizione alla violenza e al maltrattamento subito direttamente o indirettamente può provocare trauma psicologico è stato definito da autorevoli autori. La Herman (2005) ha definito “*il dolore degli impotenti*”, il **trauma acuto**, connesso a gravi situazioni di maltrattamento all’infanzia quello che paralizza, toglie la forza di reagire, lascia sopraffatti, “**Il bambino intrappolato in un ambiente prevaricante, si trova a dover affrontare un compito di adattamento di grave complessità. Dovrà trovare una strada per conservare un senso di fiducia in gente inaffidabile, sicurezza in un ambiente insidioso, controllo in una situazione di assoluta imprevedibilità, senso di potere in una condizione di mancanza di potere**” (Herman 2005).

Il maltrattamento in particolare se cronico e continuativo si caratterizza come un evento traumatico connesso ad *un’esposizione prolungata a condizioni di stress* e può pro-

vocare sentimenti di impotenza pregiudicando i legami di attaccamento e influenzando sul senso di sicurezza (Van der Kolk, 2004) fino ad influire sulla strutturazione della personalità.

Conseguenze:

- Disturbo post-traumatico da stress
- Difficoltà emotivo-relazionale (depressione)
- Difficoltà cognitive e comportamentali
- Problemi nello sviluppo (competenze linguistiche e verbali)
- Varie forme di mal-adattamento a lungo termine
- Comportamento violento in ambito sociale (bullismo, delinquenza)
- Grave distorsione delle relazioni
- Trasmissione intergenerazionale della violenza

Nel 2001 un autore americano, Felitti, ha opportunamente introdotto nel complesso dibattito sulle definizioni di maltrattamenti e abusi all'infanzia la nozione di *Esperienze sfavorevoli infantili (ESI) per indicare quell'insieme* di situazioni vissute nell'infanzia che si possono definire come “incidenti di percorso” negativi, più o meno cronici rispetto all'ideale percorso evolutivo sul piano sia personale che relazionale. Ha introdotto una classificazione che differenzia la **violenza diretta da quella indiretta vissuta in famiglia**, condizione che ugualmente provoca danni e conseguenze gravi nel percorso evolutivo dei soggetti di minore età. Esse comprendono tutte le forme di abuso all'infanzia subite in

forma diretta, come abuso sessuale, maltrattamento psicologico, fisico, trascuratezza fisica ed emotiva; e le condizioni subite in forma indiretta che rendono l'ambito familiare imprevedibile e malsicuro, come per esempio l'alcolismo o la tossicodipendenza dei genitori, le malattie psichiatriche e, soprattutto, la **violenza assistita, cioè il coinvolgimento del minore in atti** di violenza compiuti su figure di riferimento per lui/lei affettivamente significative.

Nel 2013 l'autore ha aggiunto altre condizioni familiari che possono provocare traumi come genitore unico o nessun genitore, familiare incriminato per reato.

Classificare le varie forme di maltrattamento all'infanzia (Montecchi, 2002; WHO, 2002, 2006; SINPIA, 2007) è utile per orientare i professionisti, ma è opportuno ribadire che il minore è più frequentemente vittima di diverse forme di maltrattamento che provocano quindi una **plurivittimizzazione** (Finkelhor, 2006).

Il maltrattamento può esprimersi in:

1. Maltrattamento fisico.
2. Maltrattamento psicologico.
3. Violenza assistita.
4. Abuso sessuale.
5. Abuso on line.
6. Patologie delle cure (incuria/trascuratezza grave, discoria, ipercura).
7. Bullismo e cyber bullismo.

Maltrattamento Fisico

Per **maltrattamento fisico** s'intende l'uso intenzionale della violenza fisica contro un minorenne che provoca o ha un'alta probabilità di provocare un danno per la salute, la sopravvivenza, lo sviluppo o la dignità, come aggressioni, punizioni corporali o gravi attentati all'integrità fisica, alla vita del bambino/adolescente. *“Questo include il colpire, percuotere, prendere a calci, scuotere, mordere, strangolare, scottare, bruciare, avvelenare, soffocare. Gran parte della violenza a danno di minori dentro le mura domestiche viene inflitta con lo scopo di punire”* (WHO, 2006)

I bambini molto piccoli portatori di disabilità o che necessitano di cure speciali sono più vulnerabili al rischio di maltrattamento fisico, che si presenta spesso associato a isolamento sociale della famiglia, carenza di reti di sostegno, incuria e violenza psicologica. Non sempre il maltrattamento fisico lascia segni evidenti sul corpo del bambino e anche quando questi sono presenti, possono non essere facilmente visibili o immediatamente interpretabili in maniera corretta.

Le lesioni possono essere a carico di diversi organi e apparati configurando quadri clinici diversi (fratture, lesioni cutanee, contusione cranica e danni profondi viscerali) e pongono complesse questioni di diagnostica differenziale.

Una forma particolare di maltrattamento fisico è la Shaken Baby Syndrome (SBS), cioè lo scuotimento violento del bambino (di età in genere inferiore a 24 mesi) che provoca lesioni gravi. Nel bambino piccolo la gravità delle conseguenze fisiche è favorita dalla testa proporzionalmente di dimensioni maggiori rispetto al resto del corpo e dall'immaturità cerebrale. I bambini perdono conoscenza nelle immediatezze dell'evento, descritto come accidentale dai genitori o tutori, a causa di una sopraggiunta alterazione della perfusione cerebrale di tipo ipossico-ischemico piuttosto che in conseguenza di danno assonale diffuso; entrambe le circo-

stanze possono causare la morte nel minore.

Nei casi più gravi il maltrattamento fisico può provocare la morte dei bambini/adolescenti.

Maltrattamento psicologico

Per **maltrattamento psicologico**, si intende una relazione emotiva caratterizzata da ripetute e continue pressioni psicologiche, ricatti affettivi, indifferenza, rifiuto, denigrazione e svalutazione che danneggiano o inibiscono lo sviluppo di competenze cognitive - emotive fondamentali quali l'intelligenza, l'attenzione, la percezione, la memoria.

E' una forma molto insidiosa di violenza perché difficilmente rilevabile e può essere associata ad altre forme di maltrattamento. Rientra in tale categoria anche il coinvolgimento del figlio minore nelle separazioni coniugali altamente conflittuali, che comportano il suo attivo coinvolgimento in strategie volte a denigrare, svalutare, alienare, rifiutare un genitore (Montecchi, 2005). Il maltrattamento psicologico, nel tempo, mina profondamente la struttura di personalità in formazione, il senso di autostima del bambino e dell'adolescente, le sue competenze sociali e, più in generale, la sua rappresentazione del mondo.

Rientra in questa categoria l'**abuso e trascuratezza emozionale** che implicano atteggiamenti trasversali nella relazione genitori-figli (Glaser, 2002).

Violenza assistita

“Per **violenza assistita** da minori in ambito familiare si intende il fare esperienza da parte del/della bambino/bambina di qualsiasi forma di maltrattamento, compiuto attraverso atti di violenza fisica, verbale, psicologica, sessuale ed economica, su figure di riferimento o su altre figure affettivamente significative adulte e

minori.

Si includono le violenze messe in atto da minori su minori e/o su altri membri della famiglia, gli abbandoni e i maltrattamenti ai danni di animali domestici.

Il bambino può fare esperienza di tali atti:

- Direttamente: quando avvengono nel suo campo percettivo
- Indirettamente: quando ne è a conoscenza e/o ne percepisce gli effetti” (CISMAI, 2003)

La violenza assistita rappresenta un fattore di rischio altamente predittivo per le altre forme di maltrattamento. Nelle situazioni più gravi, le madri e i figli possono venire uccisi, anche per la tendenza del fenomeno a prefigurarsi come un'escalation in termini di danno prodotto e pericolosità (Bertotti, 2005).

E' necessario distinguere le situazioni di “conflitto genitoriale” dalle condizioni di violenza di un partner sull'altro (CISMAI, 2005). Le prime riguardano i litigi tra familiari e le separazioni conflittuali, nelle quali possono essere coinvolti i minori. Il conflitto si sviluppa in una situazione di parità tra i partner in termini di possibilità di vittoria, negoziazione, confronto e senza la paura per la propria incolumità. La violenza di un partner sull'altro implica, al contrario, una evidente disparità di potere.

Abuso sessuale

Per **abuso sessuale** s'intende “Il coinvolgimento, intenzionale e interpersonale, di un minore in esperienze sessuali forzate o comunque inappropriate dal punto di vista dello stadio di sviluppo. Tali esperienze possono non comportare violenza esplicita o lesioni; possono avvenire senza contatto fisico e/o essere vissute come osservatori” (Cismai, 2015)

A seconda del rapporto esistente tra il bambino e l'abusante, l'a-

buso sessuale può suddividersi in:

1. **intra-familiare**, attuato da membri della famiglia nucleare o allargata
2. **peri-familiare**, attuato da persone conosciute dal minore, comprese quelle a cui è affidato per ragioni di cura/educazione.

Queste due forme di abuso sono le più frequenti.

3. **extra-familiare**, se l'abusante è una figura estranea all'ambiente familiare e al minore.

L'abuso sessuale è raramente un atto violento che lascia segni fisici. La valutazione medica rappresenta solo un aspetto spesso non dirimente di un complesso percorso diagnostico che deve necessariamente essere multidisciplinare. Di fronte al sospetto di abuso sessuale ricordiamo che in ogni caso la valutazione va fatta in modo esteso e complesso, analizzando almeno tre aree: segni fisici, psicologici, sociali oltre a racconti e affermazioni spontanee della presunta vittima. A fronte della frequente aspecificità sintomatologica sono particolarmente orientativi i **comportamenti sessualizzati** inadeguati per l'età dello sviluppo, soprattutto se caratterizzati da compulsività e pervasività.

Sfruttamento sessuale

Una particolare tipologia di abuso sessuale è rappresentata dallo **sfruttamento sessuale**. E' il comportamento di chi percepisce danaro od altre utilità, da parte di singoli o di gruppi criminali organizzati, finalizzati all'esercizio di:

1. **pedopornografia**: ogni rappresentazione, con qualunque mezzo, di un minore in attività sessuali specifiche, reali o simulate, o qualunque rappresentazione degli organi sessuali di un minore per scopi principalmente sessuali;
2. **prostituzione minorile**: il minore è costretto a compiere

atti sessuali in cambio di denaro o altra utilità;

3. **turismo sessuale**: si definisce “turista sessuale” colui che al fine di praticare sesso con i minori, organizza periodi di vacanza (o di lavoro) in paesi che, non solo tollerano la prostituzione minorile, ma spesso la propagandano per attirare il turista e incassare così valuta pregiata.

Abuso “on line”

L'utilizzo abituale da parte dei bambini e dei ragazzi delle nuove tecnologie e di internet in particolare, se da una parte rappresenta un'opportunità di ampliare le possibilità di esperienza e di relazione, dall'altra ha modificato le modalità di comunicare e si è rivelato lo scenario di possibili forme di violenza anche molto gravi come l'abuso sessuale (Wolak, Mitchell&Finkelhor, 2006). Recenti ricerche effettuate hanno messo in evidenza l'estrema diffusione, anche nel nostro paese, dell'utilizzo di internet da parte delle nuove generazioni, e come si stiano diffondendo condizioni che espongono i giovani a reali situazioni di rischio di vittimizzazione sessuale.

Per **abuso “on line”** si intende ogni forma di abuso sessuale su minori perpetrata attraverso internet e la documentazione di immagini, video, registrazioni di attività sessuali esplicite, reali o simulate.

Le **forme** di abuso sessuale online nei confronti di minorenni comprendono:

1. **abuso sessuale off line documentato** con video/immagini e diffuso in rete;
2. **adescamento** (*grooming*), si verifica quando l'adulto, con modalità manipolatorie, induce il minorenne ad instaurare una relazione istigandolo a compiere atti sessuali online e/o ad ottenere un incontro sessuale off line;
3. **cybersex**, in cui l'adulto e il minorenne compiono azioni

sessuali esclusivamente via web;

4. **sexting**, nel quale due o più minorenni producono e si scambiano consensualmente messaggi, immagini o video di tipo sessuale che, se diffusi dagli stessi o da altri minorenni via internet o cellulari, possono essere utilizzati da adulti abusanti. La rete permette la diffusione delle immagini in un enorme circuito telematico, l'accesso delle immagini dell'abuso da parte di molte persone e la possibilità di scaricarle. Il fatto che la "realtà" dell'abuso si cristallizza nella rete, distorcendo la dimensione temporale dei fatti, unito alle conseguenze della vittimizzazione sessuale in un soggetto in età evolutiva, lo caratterizza come un "trauma pervasivo": le immagini dell'abuso o dei contatti sessuali in rete amplificano all'infinito gli effetti dell'abuso sulla vittima, l'abuso diventa, così, una realtà fattuale persecutoria ed eterna con cui la vittima deve fare i conti "per sempre" (Soavi, 2012).

I dati sull'attività di contrasto alle forme di abuso online compiute dalle Polizie di tutto il mondo e alcune delle ricerche più recenti sul fenomeno, sia straniera (Wolak, et al. 2004, 2008) che italiane, individuano, nei **preadolescenti** e negli **adolescenti**, d'età compresa fra i 13-17 anni, due delle fasce più a rischio di vittimizzazione sessuale via internet. Nello stesso tempo le attività di polizia mettono in evidenza un fenomeno estremamente grave: la diffusione di immagini di abuso sessuale su **bambini** con un'età compresa fra 0 e 12 anni, ad opera di famigliari che mettono in rete l'abuso o azioni legate ad attività pedofile in senso stretto.

Patologia delle cure

Per patologia delle cure s'intendono quelle condizioni in cui i genitori o le persone legalmente responsabili del bambino/adolescente non provvedono adeguatamente ai suoi bisogni fisici, psichici e affettivi, in rapporto alla fase evolutiva.

Comprende:

1. Incuria/Trascuratezza grave

Per incuria/trascuratezza grave s'intende qualsiasi atto omissivo prodotto da una grave incapacità del genitore nel provvedere ai bisogni del figlio, che comporta un rischio imminente e grave per il bambino, quale abbandono, rifiuto, grave compromissione dello sviluppo fisico, cognitivo, emotivo o altre forme di abuso e violenza, fino al decesso.

E' spesso non rilevata e scarsamente riconosciuta, frequentemente associata ad altre forme di maltrattamento. Tuttora scarsi sono i protocolli e le raccomandazioni prodotte per il contrasto del fenomeno, nonostante sia ormai condiviso e riconosciuto dalla letteratura scientifica che la trascuratezza grave può essere non meno dannosa di altre forme di maltrattamento.

2. Discuria

Si realizza quando le cure vengono fornite in modo distorto, non appropriato o congruo al momento evolutivo, tali da indurre un anacronismo delle cure, l'imposizione di ritmi di acquisizione precoci, aspettative irrazionali, eccessiva iperprotettività.

3. Ipercure

Si realizza quando le cure fisiche sono caratterizzate da una persistente ed eccessiva medicalizzazione da parte di un genitore, generalmente la madre e si distinguono

le seguenti forme:

“**Medical Shopping per procura**” è una condizione nella quale uno o entrambi i genitori, molto preoccupati per lo stato di salute del bambino a causa di segni/sintomi modesti, lo sottopongono a inutili ed eccessivi consulti medici.

“**Chemical Abuse**” vengono somministrate al bambino dai genitori, di propria iniziativa, sostanze o farmaci che possono essere dannose allo scopo di provocare sintomi che richiamino l'attenzione dei sanitari.

“**Sindrome di Münchausen per procura (MPS)**” un genitore, generalmente la madre, attribuisce al figlio malattie inesistenti, frutto di una convinzione distorta circa la propria salute, poi trasferita sul bambino che tende successivamente a colludere con questo atteggiamento simulando i sintomi di malattie. La diagnosi è spesso difficile e tardiva, complice la frequente incredulità e la involontaria collusione dei medici, ed elevata la mortalità.

Bullismo e cyberbullismo

Con il termine **bullismo** si definiscono quei comportamenti offensivi e/o aggressivi che un singolo individuo o più persone mettono in atto, ripetutamente nel corso del tempo, ai danni di una o più persone con lo scopo di esercitare un potere o un dominio sulla vittima (Fonzi, 1997). In questa definizione è implicito il concetto di **intenzionalità** da parte dell'autore delle offese, vere e proprie forme di abuso che creano disagio e un danno fisico o psicologico nelle vittime. La differenza tra le normali dispute tra bambini o adolescenti e gli atti di bullismo veri e propri consiste nella **predeterminazione** e nell'intenzionalità che caratterizzano questi ultimi, nella **ripetitività** nel tempo,

nonché nella **soddisfazione** che gli autori di tali abusi ne traggono, nello **squilibrio di potere** tra il bullo e la vittima, con l'affermazione della supremazia del bullo sulla vittima (in termini di età, forza fisica, numerosità, ecc.) (Cullingford e Morrison, 1995).

Il fenomeno del bullismo è una **dinamica** essenzialmente **di gruppo** basata sulla prevaricazione e si evidenzia soprattutto tra compagni nelle prime classi, cioè quando gli allievi non si conoscono ancora e devono trovare un modo per stare bene insieme.

Il bullismo come tale non è un'ipotesi di reato prevista nel nostro ordinamento penale ma molto spesso il bullo commette dei **reati** nei confronti della vittima (esempi: reato di minaccia, estorsione, violenza aggravata, etc.)

Sharp e Smith (1994) evidenziano le seguenti **forme di bullismo** a seconda del tipo e dell'intensità del comportamento aggressivo:

1. fisiche (botte, spinte, prepotenze fisiche)
2. verbali (ingiurie, ricatti, intimidazioni, vessazioni, insulti, chiamare con nomi offensivi),
3. indirette (manipolazione sociale che consiste nell'usare gli altri come mezzi piuttosto che attaccare la vittima in prima persona, ad esempio i pettegolezzi fastidiosi e offensivi, l'esclusione sistematica di una persona dalla vita di gruppo, etc.).

Le aggressioni fisiche e verbali possono essere considerate forme di bullismo diretto, dal momento che implicano una relazione faccia a faccia tra il bullo e la vittima.

L'uso improprio delle nuove tecnologie per colpire intenzionalmente persone indifese è stato definito "**cyberbullismo**" (*cyberbullying* nella letteratura anglofona). Esso descrive un atto aggressivo, intenzionale condotto da un individuo o un gruppo usando varie forme di contatto elettronico, ripetuto nel tempo contro una vittima che non può facilmente difendersi (Smith et al., 2008).

L'aggressore può agire nell'anonimato e può diffondere le offese attraverso il web raggiungendo un pubblico potenzialmente illimitato.

Conseguenze del maltrattamento sullo sviluppo dei bambini e ragazzi

Gli studi più recenti in campo neurologico e l'utilizzo di strumentazioni avanzate hanno messo in evidenza le correlazioni fra patologie neurologiche, gravi ritardi dello sviluppo e maltrattamento:

sono stati rilevati riduzione del corpo calloso, del volume dell'ippocampo, dell'amigdala e una riduzione della connettività cerebrale. Il maltrattamento in età precoce influisce anche sul sistema endocrino, in particolare si rilevano alterazioni nei livelli di cortisolo, e sul sistema immunitario e in alcuni casi provoca la morte.

Per quanto riguarda le conseguenze sul piano emozionale la letteratura concorda nell'individuare come conseguenze a breve termine quadri psicopatologici legati a ansia, depressione, difficoltà nella modulazione e regolazione emotiva, scarsa modulazione degli impulsi, aggressività auto- ed eterodiretta, alterazioni cognitive. Vengono evidenziati inoltre sintomi somatoformi che interessano varie parti del corpo.

Nei bambini esposti ad esperienze di violenza si riscontrano inoltre sindromi da stress post traumatico (PDST), ma anche quadri clinici complessi (Herman, Van der Kolk) in particolare nei bambini esposti ad esperienze di violenza, soprattutto intrafamiliari, quando il trauma è continuativo e cronico che influiscono gravemente nello sviluppo. Per quanto riguarda le conseguenze a lungo termine vi è correlazione fra l'essere esposti a situazioni di violenza e

stili di vita problematici (uso di sostanze, problemi comportamentali e nella sfera sessuale) nonché un maggior rischio di malattie somatiche in età adulta (patologie epatiche, malattie coronariche e malattie autoimmuni).

Gli adulti esposti a maltrattamento precoce evidenziano anche alti indici di rischio rispetto a problematiche di ansia, depressione e suicidio, dipendenza da sostanze, disturbi di personalità, comportamento antisociale o violento, malattie mentali gravi, e disturbi sessuali.

Le caratteristiche personali del bambino, le sue capacità di coping, dei genitori e del contesto sia sociale che dei servizi, possono attivare risorse, diventando fattori protettivi che potenziano la resilienza permettendo così al bambino di mantenere un funzionamento sano.

3.2 Metodologia

***Cornice teorica di riferimento:
Il modello ecologico dell'intervento***

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (2002, 2006) propone la prospettiva "ecologica" ispirata al modello di Bronfenbrenner come cornice teorica necessaria per comprendere e contrastare il fenomeno della violenza sui minori (1986). Il modello concepisce l'ambiente di sviluppo come una serie di sistemi concentrici, connessi tra loro da relazioni, dirette o indirette, ordinati gerarchicamente, costituiti da:

1. Macrosistema: cultura prevalente, leggi e politiche per l'infanzia, rappresentazioni sociali sul fenomeno veicolate dai mass media.
2. Esosistema: istituzioni e organismi per la tutela dell'infanzia- AA.GG., FF.OO., Comuni, ASL, Strutture ospedaliere.
3. Mesosistema: risorse presenti nell'ambiente di vita - servizi sociali, scuola, servizi educativi infanzia, servizi sanitari del territorio e dell'ospedale, volontariato, vicino, tempo libero.
4. Microsistema: caratteristiche e risorse del bambino e della famiglia.

Il maltrattamento è il risultato della complessa interazione di fattori individuali, relazionali, sociali, culturali e ambientali.

In ogni livello possono essere presenti fattori che accrescono la possibilità che la violenza si attui, detti di rischio, e fattori di protezione che invece ne diminuiscono la vulnerabilità. Si possono distinguere fattori protettivi e di rischio individuali riguardanti la maggiore o minore vulnerabilità personale allo stress (mediata da fattori neurobiologici, temperamentali, affettivi e cognitivi), e ambientali, legati a variabili quali la qualità delle relazioni di attaccamento alle figure genitoriali, gli stress precedenti, gli interventi psicologici di sostegno e supporto e gli interventi sociali

3.3 Le fasi dell'intervento

Per le peculiarità che caratterizzano il maltrattamento/abuso all'infanzia (gravità, multiformità, incrocio tra differenti esigenze e obiettivi) l'intervento dello psicologo esige **una competenza specialistica e la capacità di mantenere livelli d'integrazione** con gli altri professionisti, tra i Servizi e fra questi ultimi e gli Enti/Agenzie, in un sistema volto al raggiungimento di obiettivi condivisi negli interventi di protezione, tutela e cura nell'ottica del preminente interesse del minore.

Le raccomandazioni di seguito esplicitate prevedono la suddivisione del processo d'intervento in fasi, come è riconosciuto essere "buona prassi" nella letteratura nazionale e internazionale:

RILEVAZIONE

La **rilevazione** costituisce una fase cruciale per la prevenzione, la protezione e la cura. E' caratterizzata dal precoce riconoscimento dei segni e individuazione dei segnali di malessere dei minori, le condizioni di rischio reale e potenziale entro cui sono posti, nonché eventuali condotte pregiudizievoli degli adulti di riferimento. L'accuratezza degli elementi raccolti determina in modo significativo la possibile attivazione di un tempestivo intervento di protezione, valutazione, eventuale segnalazione alle AAGG.

RACCOMANDAZIONI IN FASE DI RILEVAZIONE

Lo psicologo

- non escluda la possibilità del maltrattamento/abuso fra le ipotesi patogenetiche
- si ponga in atteggiamento di ascolto del minore senza sottovalutare o sovrastimare gli elementi raccolti / osservati
- raccolga l'eventuale racconto/rivelazione del minore più fedelmente possibile
- sia consapevole della complessità del fenomeno
- si avvalga di consulenze specialistiche esperte nel settore
- lavori in un'ottica di integrazione multidisciplinare

RACCOMANDAZIONI SPECIFICHE IN CASO DI:

Maltrattamento Fisico

Si raccomanda di **sospettare una condizione di maltrattamento fisico** ogniqualvolta, a fronte di una lesione fisica in un minore, ricorra **anche soltanto una delle seguenti situazioni:**

- la spiegazione della dinamica dell'evento che ha provocato la lesione non è fornita, è vaga, appare incoerente, inconsistente o soggetta a successive modifiche
- il tempo intercorso prima del coinvolgimento del servizio sanitario è inusuale e non è data una giustificazione plausibile del ritardo
- presenza di altri segni di maltrattamento (es. trascuratezza grave)
- presenza di segnali comportamentali ed emotivi nel bambino (es. segnali di disagio quali paura, allarme e

ipervigilanza oppure apatia e distacco) o nella coppia genitoriale (imbarazzo, evitamento, aggressività che prevalgono sull'atteggiamento coerente di preoccupazione e rassicurazione verso il bambino).

Abuso sessuale

Va tenuto presente che in questi casi:

- i segni fisici sono rari e spesso aspecifici
- l'assenza di segni fisici non permette di escludere l'ipotesi di abuso
- vanno quindi particolarmente valorizzati i sintomi/segnali emotivi e comportamentali, pure se aspecifici, anche in assenza di rivelazione
- in particolare vanno approfondite le conoscenze sessuali improprie che emergono e i comportamenti sessualizzati, soprattutto se compulsivi e pervasivi, non adeguati all'età e alla fase dello sviluppo
- trattandosi di esperienze frequenti ma che rimangono nella maggioranza nascoste e segrete, vanno sviluppate attenzione e competenze orientate al riconoscimento
- valutare con attenzione le situazioni a rischio ambientali (violenza domestica, incuria, carenza di supporto sociale, relazioni prevaricanti tra pari)

Violenza assistita

Si raccomanda di:

- Distinguere le situazioni di “conflitto genitoriale”, caratterizzate da alta litigiosità e da separazioni conflittuali in un contesto di parità fra i partner, dalle condizioni di violenza di un partner sull'altro, caratterizzate al contrario da una evidente disparità di potere.
- Il professionista psicologo che si occupa della madre come vittima di violenza e/o del partner deve porre attenzione alle problematiche presentate dal minore, anche se non vengono riferite.
- Non sottovalutare il singolo episodio e la sua potenziale pericolosità.

Abuso on line

Per riconoscere le forme di abuso attraverso i new media è auspicabile che gli psicologi acquisiscano:

- Conoscenza della normativa relativa alla casistica: una conoscenza di base della normativa esistente in materia di violenza sessuale sui minorenni, di pedopornografia e sfruttamento sessuale online, così da riconoscere il fenomeno, migliorarne la rilevazione/segnalazione e la gestione nella rete di protezione.
- Conoscenza delle tecnologie dell'informazione e della comunicazione; conoscenza degli strumenti tecnologici usati da bambini/e e adolescenti (Social Network, circuiti difilesharing e videosharing, giochi online, ecc.), i bisogni e le motivazioni connessi al loro utilizzo e i rischi associati.

- Conoscenza degli aspetti clinici del fenomeno: gli psicologi devono avere una conoscenza di base delle caratteristiche e delle implicazioni delle varie forme dell'abuso sessuale online: è importante conoscere le conseguenze psicologiche di un abuso sessuale foto/video documentato, e conoscere gli effetti di un'esposizione diretta a una sessualizzazione precoce tecnomediata, al fine di assumere un approccio corretto che eviti rischi di rivittimizzazione.
- Favoriscano il lavoro integrato multidisciplinare: è necessario facilitare la collaborazione interistituzionale, utilizzandole reti territoriali e le forme di interazione già attive (ad es. Linee guida, Protocolli, ecc.). Sono fortemente auspicabili momenti di confronto tra Polizia Postale e delle Comunicazioni, AG, istituzione scolastica e Servizi Socio-sanitari territoriali preposti alla tutela dei minorenni, con una frequenza stabilita caso per caso, promuovendo coordinamento e cooperazione, per definire insieme percorsi, tempi e modalità di azione, durante ogni fase dell'intervento (rilevazione, valutazione, presa in carico, percorso giudiziario).

SEGNALAZIONE ALL'AUTORITA' GIUDIZIARIA E MISURE DI PROTEZIONE DEL MINORE

La segnalazione all'AA.GG. costituisce un nodo cruciale nel percorso protettivo dei bambini e adolescenti vittime di maltrattamento/abuso nei casi in cui si delinei, come definito dalla Legge, un'ipotesi di rischio/reato.

In molti casi i fatti di maltrattamento all'infanzia hanno rilevanza penale e **configurano dei reati perseguibili di ufficio**. E' fatto obbligo allora ai pubblici ufficiali e agli incaricati di pubblico servizio che ne abbiano avuto notizia nell'esercizio delle loro funzioni farne denuncia senza ritardo e per iscritto al pubblico ministero o a un ufficiale di polizia giudiziaria (art. 331 c.p.p.). Il contenuto della denuncia è così precisato dalla legge: esposizione degli elementi essenziali del fatto, giorno dell'acquisizione della notizia, fonti di prova già note, nonché se possibile generalità e domicilio della persona alla quale il fatto è attribuito e della persona offesa (art. 332 c.p.p.).

Gli operatori sanitari, che hanno prestato assistenza in casi che possono presentare i caratteri di un delitto procedibile d'ufficio, hanno l'obbligo di riferirne senza ritardo all'autorità giudiziaria (obbligo di referto: art. 365 Codice Penale). L'obbligo di referto è escluso solo quando il referto stesso esporrebbe la persona assistita ad un procedimento penale a suo carico.

Queste due ipotesi sono assai diverse da quelle in cui, a norma degli artt. 8 e 9 della legge 184/1983 e 149/2001 sul diritto del minore a una famiglia, gli stessi destinatari delle norme precedenti (vale a dire gli operatori dei servizi sociali e sanitari) sono obbligati a fare segnalazione del caso al pubblico ministero minore. Segnalazione e denuncia sono quindi atti diversi per finalità e contenuti, così come sono ipotesi diverse quelle dell'abbandono rilevante ai fini della dichiarazione di adottabilità (artt. 8 e 9 legge citata) e quella del reato di abbandono di persona incapace o minore prevista dall'art. 591 C. P.

Quando un caso presenta entrambi gli aspetti, in mancanza di appositi protocolli d'intesa è opportuno mantenere separata e diversificata la segnalazione al procuratore per i minorenni dalle denunce alle procure ordinarie. Il contenuto delle denunce infatti, determinato dall'art. 332 c.p.p. citato sopra, è più specifico e ridotto, mentre la segnalazione alla procura minorile, riferendosi a casi di incapacità genitoriale, deve contenere più ampi elementi di valutazione della situazione personale del minore e del contesto ambientale e familiare.

L'emersione del fenomeno della violenza domestica e nelle relazioni strette ha prodotto una maggiore sensibilità per le vittime in generale e per le vittime minorenni in particolare. Nel campo del diritto penale questo ha avuto una duplice conseguenza: la stesura di numerose carte e linee guida sia nazionali che internazionali, e l'introduzione di nuove ipotesi di reato.

Sotto questi aspetti vanno in rapida sintesi ricordate la Convenzione di Lanzarote e la recente Direttiva 2012/29/UE del Parlamento Europeo i reati di pornografia minorile (art. 600 ter cod. pen.), pornografia virtuale minorile (/600 quater cod. pen.).

Nel nostro ordinamento un certo numero di condotte violente o maltrattanti in danno di soggetti minorenni era da tempo previsto e punito dalla legge penale come reato. Esemplificando, la violenza fisica può costituire il delitto di lesioni personali (artt. 582, 583, 585 cod. pen.); la violenza psicologica il delitto di maltrattamenti in famiglia o verso fanciulli (art. 572 cod. pen.); l'abbandono di minore il delitto di abbandono di persone minori o incapaci (art. 591 cod. pen. minorile) e contro la libertà personale (es.: art. 609 bis, violenza sessuale; 609 quater, atti sessuali con minorenne; art. 609 octies, violenza sessuale di gruppo), per i quali l'art. 609 decies prevede che il procuratore della repubblica ne dia notizia al tribunale per i minorenni; che il minore vittima abbia diritto all'assistenza affettiva e psicologica di una persona da lui indicata; che in ogni caso gli sia assicurata l'assistenza del servizio so-

ziale minorile del ministero della giustizia e dei servizi dell'ente locale. Non esiste nel nostro diritto penale un sistema organico di protezione e tutela della vittima minorenni.

Deontologia dello psicologo

Ambito minorile: quando lo psicologo ha l'obbligo di denuncia

Lo psicologo, nello svolgimento della sua attività professionale deve tenere in massima considerazione la fiducia che la persona ripone in lui e che tale fiducia si fonda, anche e soprattutto, sul rispetto del segreto professionale, ovvero il rispetto alla riservatezza della persona e di tutto ciò che è stato confidato o che è stato appreso per ragioni professionali. Da un punto di vista normativo, declinato a seconda del contesto in cui opera (pubblico o privato), lo psicologo è tenuto a seguire le indicazioni contenute nella Legge di ordinamento della professione di Psicologo, Legge n. 56 del 18 febbraio 1989, nel Codice Deontologico degli Psicologi italiani, nel Codice penale e nel Codice di procedura Penale in riferimento al segreto professionale e all'obbligo di segnalazione.

L'articolo 11 del Codice Deontologico definisce il segreto professionale: *“Lo psicologo è strettamente tenuto al segreto professionale. Pertanto non rivela notizie, fatti o informazioni apprese in ragione del suo rapporto professionale, né informa circa le prestazioni professionali”* **a meno che non si configuri quanto previsto dall'articolo 13, ovvero l'obbligo di referto o l'obbligo di denuncia.**

La denuncia di fatti penalmente rilevanti infatti non è affidata alla discrezionalità del professionista e, nel caso di minori coinvolti, lo psicologo ha un vero e proprio obbligo

giuridico di denuncia; e l'omissione può essere sanzionata penalmente. Fatti, situazioni e contesti dove lo psicologo deve venir meno al segreto professionale, che sono definiti "giusta causa" e si riferiscono ad una norma giuridica **che obbliga il professionista a contravvenire al segreto professionale: si tratta di casi di reati perseguibili d'ufficio.** Per quanto riguarda i minori, i reati perseguibili d'ufficio afferiscono al maltrattamento sui minori e si riguardano:

- *Delitti contro la libertà personale: sequestro di persona, violenza privata e minaccia aggravata (art. 605 c.p.)*
- *Delitti contro la libertà sessuale: violenza commessa dal genitore, anche adottivo, o dal di lui convivente, dal tutore o da altra persona a cui il minore sia stato affidato essa viene estesa a qualsiasi atto sessuale, anche non violento, ...violenza sessuale commessa da un pubblico ufficiale...; violenza sessuale su minore di anni 18; violenza di gruppo; corruzione di minorenni (art. 609 - quarter e 609 quinquies legge 66)*
- *Delitti contro la famiglia: abuso dei mezzi di correzione o di disciplina, maltrattamenti*

L'art. 365 del Codice Penale inoltre ricorda che vi è **obbligo di denuncia per i reati perseguibili d'ufficio** di cui sopra: *"Chiunque, avendo nell'esercizio di una professione sanitaria prestato la propria assistenza od opera in casi che possono presentare i caratteri di un delitto per il quale si debba procedere d'ufficio, omette o ritarda di riferirne all'Autorità indicata nell'articolo 361, è punito con la multa fino a € 516"*

Si ha omissione di denuncia quando un pubblico ufficiale (p.e. lo psicologo dipendente pubblico) omette o ritardi la

denuncia all'Autorità Giudiziaria un reato di cui ha avuto notizia nell'esercizio delle sue funzioni (art 331 cp)

Per i reati perseguibili d'ufficio è previsto inoltre l'obbligo di referto (art 334 cp) in tutti i casi in cui esercitando la professione ne venga a conoscenza. **La mancata applicazione ne determina una sanzione penale che si configura come omissione di referto** (art 365 cp). Il reato di omissione di referto riguarda anche il libero professionista che esercita una professione sanitaria (quindi lo psicologo), laddove viene a conoscenza di un reato perseguibile d'ufficio ed omette o ritarda la denuncia (art 365 cp).

1 “Chi ha l'obbligo di referto deve farlo pervenire entro 48 ore e se vi è pericolo immediatamente a qualsiasi ufficiale di polizia giudiziaria...il referto indica la persona alla quale è stata prestata assistenza e se è possibile le sue generalità... nonché il luogo, il tempo e le circostanze d'intervento: dà inoltre notizie che servono a stabilire le circostanze del fatto, i mezzi con cui è stato commesso e gli effetti che ha causato e può causare...”

VALUTAZIONE

La fase di valutazione per la complessità e multifattorialità del maltrattamento va strutturata in un'ottica multidisciplinare in cui lo psicologo darà il suo apporto specialistico.

La valutazione psicologica è finalizzata a comprendere/valutare:

- il quadro complessivo della situazione traumatica connessa alle varie forme di maltrattamento, nei suoi aspetti individuali, relazionali e sociali
- l'entità del danno psicologico causato dalla situazione traumatica sul minore
- il grado di assunzione di responsabilità da parte degli adulti coinvolti e le possibilità di cambiamento
- la capacità di recupero del nucleo familiare e della adeguatezza della rete parentale
- le risorse alternative in caso di elementi prognostici negativi degli adulti di riferimento.

Tale intervento *“si differenzia da un lavoro peritale, in quanto si configura come diagnosi dinamica e consiste nella valutazione della risposta agli input di cambiamento, necessaria alla formulazione di un parere prognostico”* (Cismai, 2001) finalizzato alla cura del danno.

La valutazione del maltrattamento nelle sue varie forme ha come fine dare riconoscimento all'esperienza di vittimizzazione e dare peso e contorni alle sue conseguenze in termini di vissuti, sintomi, comportamenti, è un processo esteso e complesso, che integra la situazione psicologica del minore nel suo complesso, gli indicatori e segni psicologici, i racconti e le affermazioni del minore, la situazione familiare e relazionale in cui è inserito.

La valutazione comprende l'accoglimento dei racconti sull'esperienza traumatica, **la rivelazione**, infatti, è la conseguenza della

presa di contatto consapevole con la propria esperienza traumatica, per quanto si tratti di un passaggio positivo, esso comporta il rischio di una temporanea riacutizzazione della sofferenza post traumatica.

RACCOMANDAZIONI

- è auspicabile che tutti gli psicologi che operano nel campo della cura e della tutela del minore acquisiscano competenze culturali e tecniche specifiche delle dinamiche individuali e familiari e delle peculiarità del maltrattamento/abuso sull'infanzia
- i professionisti dovranno adottare rigorose procedure valutative, è opportuno utilizzare strumenti valutativi mirati e specifici, ritenuti validi nella comunità scientifica e inseriti in un sistema diagnostico confrontabile e riproducibile
- va prevista l'eventualità di intensi movimenti difensivi nel minore, che possono richiedere non raramente un percorso a più fasi di approfondimento
- è opportuno salvaguardare, in ogni momento del percorso valutativo, la protezione fisica e psicologica del minore garantendo, se necessario, percorsi paralleli di intervento per lui e per i suoi familiari
- va tenuta presente la possibilità di maltrattamento/abuso di fronte a stati mentali e sintomi inquadrabili come DSPT
- quando i sintomi lo suggeriscono, occorre sottoporre le condizioni inquadrare in altre categorie diagnostiche ad accurata diagnosi differenziale con DSPT
- va approfondita la conoscenza complessiva del funzionamento psicologico pregresso e attuale del minore (vissuti, cognizioni, emozioni, sensazioni, comportamenti) per dare significato alle espressioni sintomatiche

- la rivelazione del maltrattamento/abuso va sempre raccolta e approfondita, anche se si presenta frammentaria, confusa, bizzarra: è un processo e passa per fasi che possono non risultare lineari e logiche
- essa va accompagnata, mettendo in atto opportuni interventi di protezione e sostegno
- sarà necessario porre grande cura anche nell'evitare elementi di "suggestione positiva" nel dialogo, sovrapponendo idee, ipotesi e sentimenti dell'adulto alla narrazione del bambino, anticipando situazioni o particolari che possano condizionare il minore e alterare la qualità dell'ascolto
- per completare la comprensione del quadro individuale va altresì approfondita la conoscenza del contesto relazionale e della storia familiare del minore
- è necessario tenere conto dei più ampi parametri di riferimento socio-culturali in cui il minore è inserito.

*RACCOMANDAZIONI SPECIFICHE IN CASO DI:***Abuso sessuale**

- tali esperienze possono non comportare violenza esplicita o lesioni; possono avvenire senza contatto fisico e/o essere vissute come osservatori
- si configura sempre e comunque come un attacco confusivo e destabilizzante alla personalità del minore e al suo percorso evolutivo e può produrre DSPT (Disturbo da Stress PostTraumatico), acuto e/o cronico, anche con espressione ritardata e persistente in età adulta
- all'abuso sessuale può conseguire una vasta gamma di sintomi cognitivi, emotivi, comportamentali e somatici aspecifici, che possono indurre la richiesta di una valutazione psicodiagnostica anche in assenza di rivelazioni
- le conoscenze sessuali improprie e i comportamenti sessualizzati sono riconosciuti come indicatori con maggior grado di specificità, ed esigono approfondimento
- è opportuno avvalersi di procedure anamnestiche e di screening (questionari) confrontabili che considerino esplicitamente la possibilità di esperienze traumatiche, tra cui l'abuso sessuale.

Rispetto la rilevazione

- quanto più il bambino è stato danneggiato dall'abuso, tanto più può essere compromessa la sua capacità di ricordare e raccontare
- essendo l'abuso sessuale un fenomeno fortemente marcato dall'ingiunzione (esplicita o allusa) del segreto e del silenzio, e dall'attivazione di sentimenti che inibiscono la narrazione (quali colpa, vergogna, tradimento),

la raccolta delle rivelazioni dovrà accompagnarsi a una grande attenzione nell'evitare elementi di "suggestione negativa" (squalifiche, ripetizione di domande, confronto con dubbi e perplessità dell'adulto, ricatto morale)

FALSI POSITIVI E FALSI NEGATIVI

- non si hanno dati certi sulla quantità di falsi positivi, ma è comprovato che l'abuso sessuale è un fenomeno frequente e in grande prevalenza sommerso
- le difficoltà valutative in campo clinico e giudiziario e l'esistenza frequente di ritrattazioni si sommano e ampliano probabilmente l'area dei sospetti non comprovabili
- ritenere vero un sospetto infondato espone il bambino, i suoi familiari e chi è falsamente accusato a gravi conseguenze dannose; d'altra parte l'errore opposto provoca conseguenze altrettanto dannose di vittimizzazione secondaria
- la ritrattazione da parte di chi ha rivelato l'abuso non è di per sé indice certo né probabile di dichiarazioni non veritiere
- le separazioni coniugali altamente conflittuali sono indicate come una condizione di particolare rischio per l'insorgenza di dichiarazioni non veritiere, ma possono essere anche occasioni che favoriscono rivelazioni autentiche
- è stato individuato un numero limitato di dinamiche personali e relazionali che possono dare origine a falsi positivi
- in considerazione dell'alta frequenza dell'abuso sessuale, va posta ogni cura nell'evitare pregiudizi sulla probabilità di falso positivo e gli atteggiamenti conseguenti

- l'atteggiamento del valutatore (credenze, pregiudizi, condotta durante la valutazione) ha un peso rilevante nel giudicare un sospetto abuso
- il rischio di trovarsi di fronte a falsi positivi deve essere sempre preso in considerazione da chi si occupa di questa materia
- di fronte a tale rischio sarà necessario evitare un generico atteggiamento di dubbio, ma vagliare precise alternative diagnostiche

Abuso on line

- **porre attenzione al ruolo della vittima e alle forme di abuso:** l'età, la storia personale del soggetto, il contesto psicosociale da cui proviene
- nonché le specifiche caratteristiche dei servizi internet utilizzati, contribuiscono a determinare i diversi tipi di interazione sessuale online tra adulto abusante e minorenne. Si va da una completa **passività** della vittima (es.: abuso sessuale ripreso da altri e documentato con foto e video immesse in rete) a un certo grado di **proattività** della vittima stessa, quando questa interagisce spontaneamente con l'abusante (es. sexting, adescamento, cybersex).

VALUTAZIONE FORENSE

Il professionista psicologo nella valutazione forense ha il compito di fornire agli attori dei procedimenti giudiziari penali e civili correlati alle forme di maltrattamento sui minori che **costituiscono reato penalmente perseguibile, secondo la legge** (maltrattamento fisico, abuso sessuale, vittima di pedopornografia, pedofilia, sfruttamento sessuale e abuso on line) gli elementi di volta in volta richiesti. In genere poiché quasi sempre il presunto perpe-tratore nega e mancano evidenze fisiche e testimonianze esterne (ad eccezione dell'abuso documentato on line), la valutazione è centrata in modo principale o esclusivo sul minore.

E' utile ricordare che la valutazione forense non comporta una relazione terapeutica con la presunta vittima e/o i suoi datori di cura e comporta limiti consistenti nella confidenzialità degli elementi raccolti.

RACCOMANDAZIONI

- è auspicabile che i professionisti psicologi che operano come esperti forensi abbiano acquisito le medesime competenze culturali e tecniche specifiche suggerite per i valutatori clinici
- la valutazione dovrà essere effettuata con modalità che riducano al minimo il possibile costo psicologico nella presunta vittima, tenendo conto dei bisogni evolutivi e della vulnerabilità del minore
- vanno osservate anche durante la valutazione forense le disposizioni di legge che garantiscono al minore condizioni di informazione e protezione in ogni stato e grado del procedimento giudiziario
- anche nella valutazione forense le esigenze di cura del minore vanno attentamente considerate e rese oggetto di richieste e raccomandazioni agli interlocutori giudiziari.

Lo psicologo impegnato nell'ascolto del minore presunta vittima all'interno dei percorsi giudiziari

1. deve seguire una formazione specialistica e continua sulle più innovative tecniche di intervista
2. deve preoccuparsi della tutela psicologica del minorenne e tener conto che:
 - nelle varie forme e circostanze in cui si realizza l'ascolto del minorenne è elevato il rischio di riattivazioni traumatiche che possono generare e/o incrementare conseguenze psicopatologiche a breve e lungo termine.
 - il minorenne somma interiormente tutte le occasioni in cui ha reso dichiarazioni circa l'esperienza traumatica o è stato sottoposto a procedure di validazione medica e/o psicologica, ravvisando nella richiesta di ripetizione delle prime e/o delle seconde un basso indice del credito ottenuto.
 - la sua capacità di rendere testimonianza dipende dal grado di elaborazione del trauma.

RACCOMANDAZIONI

- favorire percorsi di “accompagnamento giudiziario” per il minore e per le figure adulte di riferimento, così come disposto dalla normativa vigente.
- richiamare la necessità di garantire i diritti e le speciali procedure sancite dalle norme in materia quando al minorenne è richiesto di rendere dichiarazioni circa l'abuso o di sottoporsi ad indagini mediche e/o psicologiche
- che tali richieste siano rispettose della situazione psicologica del minorenne, dei suoi tempi emotivi e siano subordinate, nella scelta di tempi e modi, al rispetto del grado di elaborazione del trauma raggiunto dal minore

- è auspicabile che lo psicologo si coordini con le varie figure professionali implicate al fine di non moltiplicare tali procedure.

E' altamente auspicabile che i professionisti di area clinica siano attenti e informati rispetto alle procedure giudiziarie e i professionisti di area forense siano attenti alle conseguenze sul benessere del minore delle vicende giudiziarie. E' necessario che l'integrazione tra i **professionisti di area** clinica e forense renda minimo il rischio di vittimizzazione secondaria che la pluralità degli interventi può arrecare al minore.

Deontologia dello psicologo

Lo psicologo nella valutazione forense

Lo psicologo nella valutazione forense svolge sostanzialmente due funzioni: CTU, ovvero il Consulente Tecnico d'Ufficio, incaricato dal Magistrato, o il CTP, ovvero il Consulente Tecnico di Parte, incaricato dalle parti. Esso ha l'obbligo deontologico di considerare eventuali quanto significative conseguenze del suo agire professionale. In particolare, il Codice Deontologico degli Psicologi Italiani, all'articolo 2 e all'articolo 38, precisa che il comportamento adottato dev'essere consono al "decoro, alla dignità ed al corretto esercizio della professione".

L'articolo 7 del C.D. sottolinea l'importanza del "grado di validità e di attendibilità di informazioni, dati e fonti su cui basa le conclusioni raggiunte" chiarendo, anche in sede di indagini preliminari e/o dibattimentali se del caso, "le ipotesi interpretative alternative, ed esplicitando i limiti dei risultati".

Considerata la particolare delicatezza dell'intervento in que-

sto ambito, l'articolo 22 evidenzia che lo psicologo “adotta condotte non lesive per le persone di cui si occupa professionalmente, e non utilizza il proprio ruolo ed i propri strumenti professionali per assicurare a sé o ad altri indebiti vantaggi”. Lo psicologo deve prestare particolare attenzione nel caso in cui dovesse configurarsi un **coinvolgimento diverso o di “doppio ruolo” di consulente tecnico e presa in carico psicologica o psicoterapeutica**. In tali casi è utile ricordare quanto recita l'articolo 26 CD:

“Lo psicologo evita [...] di assumere ruoli professionali e di compiere interventi nei confronti dell'utenza, anche su richiesta dell'Autorità Giudiziaria, qualora la natura di precedenti rapporti possa comprometterne la credibilità e l'efficacia.”

L'articolo 37 approfondisce e chiarisce tale possibile commistione di ruoli definendo che “lo psicologo accetta il mandato professionale esclusivamente nei limiti delle proprie competenze. Qualora l'interesse del committente e/o del destinatario della prestazione richieda il ricorso ad altre specifiche competenze, lo psicologo propone la consulenza ovvero l'invio ad altro collega o ad altro professionista”.

CAPITOLO 4

DIAGNOSI

La risposta psicologica al maltrattamento nelle sue varie forme può presentare nell'infanzia e nell'adolescenza **sintomi aspecifici che vanno attentamente valutati, anche attraverso una diagnosi differenziale** che permette di connettere la situazione psicologica e la sintomatologia alle situazioni che sta vivendo il minore. Molti disturbi (Disturbo dell'attività e dell'attenzione, Disturbo ipercinetico della condotta, Difficoltà emotivo - relazionali, Difficoltà cognitive) possono essere connessi e conseguenze di situazioni di maltrattamento e come tali vanno attentamente valutati.

Il maltrattamento può provocare un PTSD (Sindrome Post Traumatica da Stress) e in questo senso va sempre valutato questa eventualità, ne vanno valutati i sintomi connessi, la emersione e la durata che definiscono l'entità del trauma e i vissuti post traumatici correlati.

Gli strumenti diagnostici utilizzati afferiscono alla professione dello psicologo, a seconda della sua formazione specifica e si attengono alle diagnosi dell'età evolutiva presenti nei manuali diagnostici riconosciuti dalla comunità scientifica (ICD 10 e DSM V).

CAPITOLO 5

TRATTAMENTO

E' necessario ribadire che protezione e cura sono entrambi indispensabili per ridurre i danni e superare le conseguenze del trauma, quindi gli interventi di sostegno e cura nelle gravi forme di maltrattamento possono essere avviati solo qualora sia assicurato al minore la necessaria protezione:

1. fisica (impedire i comportamenti maltrattanti)
2. psichica ed emotiva (impedire comportamenti stigmatizzanti e colpevolizzanti e pressioni psicologiche nei confronti del minore).

Nei casi in cui la valutazione del bambino e/o dei genitori fa emergere la presenza di una psicopatologia (internalizzante e/o esternalizzante) o uno sviluppo traumatico, risulta necessario programmare un percorso psicoterapeutico. E' auspicabile che l'intervento sia integrato con altri tipi di intervento di natura sociale o educativa.

La cura nelle diverse forme di pregiudizio infantile non può fermarsi esclusivamente al bambino/adolescente, ma deve considerare il contesto in cui egli è collocato; se nel trattamento delle vittime risulta importante intervenire sul mutamento dei sistemi di significato della vittima, questo non può prescindere da un intervento anche sul contesto di vita, in particolare sui familiari, se protettivi e non coinvolti direttamente nella violenza.

Nei casi in cui la prognosi della valutazione su uno o entrambi i genitori sia negativa (poiché coinvolti direttamente nella violenza ed incapaci di riconoscerne la responsabilità) è necessario impostare un lavoro terapeutico finalizzato a permettere un adeguato distacco dal figlio e un approfondito lavoro sulle problematiche individuali e relazionali emerse dalla valutazione.

Nei casi di prognosi positiva sulla genitorialità il lavoro psicologico è finalizzato a permettere il riconoscimento dell'effetto traumatico dell'evento/eventi e poter continuare ad essere un riferimento affettivo stabile per il figlio. Il trattamento deve permettere ai genitori di valorizzare le loro risorse educative ed affettive, al

fine di aiutarli a ricreare un ambiente sicuro e supportivo.

Nelle situazioni in cui è attivo un procedimento penale, **la cura al minore deve essere sempre garantita**, così come un adeguato accompagnamento, protezione e sostegno nel percorso giudiziario. In tale contesto al bambino deve essere fornito un adeguato accompagnamento nell'ambito delle procedure giudiziarie (supporto endo-processuale) in cui lui sarà direttamente e indirettamente coinvolto.

Premesso che non risulta dall'esame della letteratura un solo orientamento psicoterapeutico da considerarsi elettivo per il tema in oggetto, risulta utile definire gli obiettivi terapeutici trasversali ai diversi orientamenti in base ai quali è possibile declinare secondo la sensibilità ed esperienza clinica individuale il trattamento. In generale appare importante strutturare interventi focalizzati sul trauma che permettano di intervenire tempestivamente sulla sintomatologia post traumatica e soprattutto sull'iperarousal che tali condizioni determinano.

RACCOMANDAZIONI

E' imprescindibile che il professionista psicologo possenga la necessaria formazione specialistica per affrontare percorsi di sostegno e percorsi psicoterapeutici per le vittime di maltrattamento/abuso e per i loro famigliari, se protettivi.

Lo psicologo garantisce all'interno della sua competenza professionale il piano di trattamento, in integrazione con le altre professionalità, per la vittima e per gli adulti di riferimento protettivi.

Per la vittima dopo la necessaria protezione e la valutazione multidisciplinare, assicurando la continuità nel tempo e il confronto tra i professionisti/equipe che si occupano del minore e degli adulti.

- lo psicologo definisca, ove possibile, una prognosi complessiva e integrata sugli esiti del trattamento
- il piano terapeutico a favore della vittima dovrà tener conto sia del disturbo post traumatico sia di eventuali patologie pregresse sia di eventuali condizioni di comorbidità.
- Il trattamento a favore della vittima deve essere orientato all'elaborazione dell'esperienza traumatica e al superamento della sintomatologia post-traumatica, a ristabilire il senso di padronanza e controllo della vittima sul proprio corpo, sui propri bisogni e desideri, a ricostruire l'immagine di sé e le relazioni, a rafforzare l'identità, stimolare l'attivazione di nuove risorse e il consolidamento di quelle già possedute, a garantire una dimensione sociale, relazionale ed educativa di benessere.

Per gli adulti protettivi

- Lo psicologo garantisce percorsi di trattamento per gli adulti protettivi e/o altri minori della famiglia

- Per elaborare le conseguenze sul piano relazionale del trauma della violenza
- Lo psicologo all'interno delle sue competenze professionali può attivare percorsi di sostegno a tutti i caregivers delle vittime di maltrattamento, nonché percorsi finalizzati al recupero, ove possibile, di un'adeguata funzione genitoriale.

E' necessario il costante aggiornamento sugli interventi terapeutici specificamente mirati alla risoluzione della patologia post traumatica riconosciuti dalla comunità scientifica.

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

Annan, K.A., (1998), *Les droits des enfants, créer une culture des droits de l'homme*, Nations Unies, New York et Genève.

Bartolomei A. (1992), *Rapporti tra supervisione e consulenza in Servizi Sociali*, Fondazione Zancan, Padova.

Bertotti, T., (2010), *Lavoro con la rete professionale*, Facoltà di Sociologia.

Biancardi, M.T., Carini, A., Soavi, G., (2001), *L'abuso sessuale intrafamiliare*, Raffaello Cortina, Milano.

Biancardi, M.T., Talevi, A., (2011), *La voce dei bambini nel percorso di tutela*, Franco Angeli Editore, Milano.

Bianchi, D., Moretti, E., (2006), *Vite in bilico. Indagine retrospettiva su maltrattamenti e abusi in età infantile*. Quaderno n.40. Questioni e documenti. Quaderni del Centro Nazionale di documentazione e analisi per l'infanzia e l'adolescenza, Firenze.

Bianchi, D., (2011), *Ascoltare il minore*, Carocci Editore, Roma.

Block, R.W., Krebs, N.F., (2005), *Failure to thrive as a manifestation of child neglect*, in American Academy of Pediatrics.

Briere, J., (1996), *Trauma Symptom Checklist For Children*, Traduzione e validazione italiana a cura di Di Blasio, P., Piccolo, M., Trafficante, D., Erickson Editore, Trento.

Bronfenbrenner, U. (1979) *The Ecology of Human development: Experiments by nature and Design*, Harvard University Press. Traduzione italiana: *Ecologia dello sviluppo umano*, Il Mulino, Bologna.

Bronfenbrenner, U. (2010), *Rendere Umani gli Esseri Umani*, Erickson Editore, Trento.

Brown, A., Finkelhor, D., (1986), *Initial and long-term effects: a review of the research*. Citato in Finkelhor, D., (1986), *A sourcebook on Child Sexual Abuse*, London Sage.

Buccoliero, E., Maggi, M., (2008), *Il bullismo nella scuola primaria*, Manuale teorico-pratico per insegnanti e operatori, Franco Angeli, Milano.

Calvert, S.L., Jordan, A.B., (2002), *Identity construction on the internet*, in Psychological Science.

Cash, S., (2007), *Patterns of deception: Child victims of Munchausen syndrome by proxy can be subjected to needless hospitalizations, lab tests and even surgery. A new clinical report outlines how pediatricians can recognize and treat cases of abuse in the medical setting*, in AAP News.

CISMAI, (2005). *Requisiti minimi degli interventi nei casi di violenza assistita da maltrattamento sulle madri*, www.cismai.org

CISMAI, (2010), *Crescere senza violenza*, www.cismai.org.

CISMAI, (2012). *Abuso sessuale dei minori e nuove tecnologie*, Seminari a cura del Coordinamento Italiano dei Servizi contro il Maltrattamento e l'Abuso all'Infanzia, www.cismai.org

CISMAI, (2015), *Dichiarazione di Consenso in tema di abuso sessuale all'infanzia*, www.cismai.org

Cook, A., Blaustein, M., Spinazzola, J., Van der Kolk, B., (2003), *Complex Trauma in children and adolescent: White paper*, National Child Traumatic Stress Network.

Courtois, C.A., Ford, J.D., (2009), *Treating Complex Traumatic Stress Disorders. An Evidence-Based Guide*, New York, Guilford Press.

Davies, S., Glaser, D., Kossoff, R., (2000), *Children sexual play and behavior in pre-school settings: staff's perceptions, reports, and responses*, Child Abuse and Neglect.

De Zulueta, F., (1993), *From pain to Violence*, Whurr Ed. London, Trad. Italiana, (1999), *Dal dolore alla violenza*, Le origini traumatiche dell'aggressività, Raffaello Cortina Editore, Milano.

Di Blasio, P., (2005), *Tra rischio e protezione. La valutazione delle competenze parentali*, Unicopli, Milano.

Felitti, V.J. Anda, R.F., (2013), *The Adverse Childhood -Experiences*, www.cdc.gov/ace/outcomes.htm

Finkelhor, D., Browne, A., (1985), *The traumatic impact of child sexual abuse: A conceptualization*, American Journal of Orthopsychiatry

Finkelhor, D., (1994), *The international epidemiology of child sexual abuse*. Child Abuse & Neglect.

Finkelhor, D., (1999), *Current information on the scope and nature of child sexual abuse*, The Future of Children.

Friedrich, W.N., (1991), *Normative sexual behavior in children*, in American Academy of Pediatrics.

Friedrich, W.N., (1992), *Child Sexual Behavior Inventory: Normative and clinical comparisons*, Psychological Assessment.

Friedrich, W.N., (1997), *Dissociative and sexual behaviors in children and adolescents with sexual abuse and psychiatric histories*, Journal of Interpersonal Violence.

Green, A.H., (1993), *Child sexual abuse: immediate and long-term effects and intervention*, in Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry.

Herman, J.L., (1992), *Trauma and Recovery*, New York, Basic Books.

Hildyard, K.L., Wolfe, D.A., (2002), *Child neglect: developmental issues and outcomes*. Child abuse and neglect, Journal of Interpersonal Violence.

Kempe, R., Kempe, E.K., (1978), *Child abuse*. Fontana Open books, London. Traduzione italiana: *Le violenze sul bambino*. Armando Editore, Roma.

Luberti, R., Biancardi, M.T., (2005), *La violenza assistita intrafamiliare*. Franco Angeli, Milano.

Luberti, R., Pedrocco Biancardi M.T., *La violenza assistita intrafamiliare, Percorsi di aiuto per bambini che vivono in famiglie violente*, Milano, Franco Angeli Ed.

Malacrea, M., (1998), *Trauma e riparazione*. La cura nell'abuso all'infanzia. Raffaello Cortina, Milano.

Malacrea, M., (2001), *Abuso sessuale all'infanzia: esigenze cliniche e giudiziarie*, Cittadini in crescita.

Malacrea, M., Lorenzini, S., (2002), *Bambini abusati*, Raffaello Cortina, Milano.

Malacrea M. (2010), *Abuso all'infanzia: una terapia per piccoli pazienti molto difficili*, Esperienze traumatiche di vita in età evolutiva, a cura di Simonetta, Franco Angeli Editore, Milano.

Montecchi, F., (2002), *Abuso sui bambini: l'intervento a scuola*, Franco Angeli Editore, Milano.

Montecchi F., (2002), *Maltrattamenti e abusi sui bambini. Prevenzione e individuazione precoce*. Franco Angeli Editore, Milano.

Montecchi, F., (2005), *Dal bambino minaccioso al bambino minacciato. Gli abusi sui bambini e la violenza in famiglia: prevenzione, rilevamento e trattamento*, Franco Angeli Editore, Roma.

National Collaborating Centre for Women's and Children's Health, (2009), *When to suspect child maltreatment. Commissioned by the National Institute for Health and Clinical Excellence*, NICE, Clinical Guideline July.

Ney, P.G., (1987), *The treatment of abused children, the natural sequence of events*, in American Journal of Psychotherapy.

Praeger, C.T., Westport, R., (2012), *Children in the Digital Age: Influences of Electronic Media on Development*, Cocking eds

Save the Children, 2011, *Spettatori e vittime: i minori e la violenza assistita in ambito domestico. Analisi dell'efficienza del sistema di protezione*

Save The Children, Commissione Europea, *Programma UE per i diritti dei minori*, Comunicazione del 15 febbraio 2011, www.minori.it.

SINPIA, (2007), *Guida in tema di abuso sui minori*, Erickson Editore, Trento.

Soavi, G., (2011), *Violenza sessuale intrafamiliare: la tutela è dare forza alla voce dei bambini*, Franco Angeli, Milano

Soavi, G., (2012), *Le vittime di abuso sessuale online: percorsi di presa in carico*, in *Maltrattamento e abuso all'Infanzia*, Franco Angeli Editore, Milano.

Stirling, J., Jr, and the Committee on Child Abuse and Neglect (2007), *Beyond Munchausen syndrome by proxy: identification and treatment of child abuse in a medical setting*, in American Academy of Pediatrics.

Strategia dell'Unione Europea per i diritti dei bambini (2011) in COMMISSIONE EUROPEA, Programma UE per i diritti dei minori

Van Der Kolk, B.A., (2005), *Developmental Trauma Disorder: Towards a rational diagnosis for children with complex trauma Histories*, Psychiatric Annals.

Ybarra, M.L., Mitchell, K.J., (2005), *Exposure to Internet Pornography Among Children and Adolescent: A National Survey*, *Cyber Psychology & Behavior*, Volume 8, Number 5.

Walsh, F., (2008), *La resilienza familiare*, Raffaello Cortina, Roma.

World Health Organisation, (2002), *World Report on Violence and Health*, Geneva, Who, in La versione in lingua italiana del documento: *Rapporto sullo stato della salute nel mondo*, in www.salute.gov.it

World Health Organisation, (2006), *Preventing Child Maltreatment: a guide to taking action and generative evidence*, La versione in lingua italiana del documento, *Prevenire il maltrattamento sui minori: indicazioni operative e strumenti di analisi*, a cura dell'Assessorato alla Sanità e Politiche socio-sanitarie del Comune di Ferrara è scaricabile dal sito del CISMAI: www.cismai.org/Search.aspx?W=prevenzione&np=2

RIFERIMENTI SITOGRAFICI

www.azzurro.it/it/informazioni-è-consigli/consigli/cyberbullismo/cyberbullismo

www.cisma.it

www.garanteinfanzia.org

www.minori.it

www.moige.it/SOS-minori/bullismo

www.navigaresicuri.telecomitalia.it

www.parlamemto.it/parlam/leggi

www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1522_allegato.html_in-tema-di-abuso-sessuale/

www.savethechildren.it

www.teredeshommes.it

www.unicef.it

www.who.int/en/

http://images.savethechildren.it/IT/f/img_pubblicazioni/img_251_b.pdf

RIFERIMENTI NORMATIVI

Convenzione di Lanzarote, ratificata dall'Italia e pubblicata con legge del 1° ottobre 2012, n. 172 in Gazzetta Ufficiale n. 235, 8 ottobre 2012: *«Ratifica ed esecuzione della Convenzione del Consiglio d'Europa per la protezione dei minori contro lo sfruttamento e l'abuso sessuale*

Convenzione ONU sui Diritti dell'Infanzia, 1989, ratificata in Italia con la legge n.176 del 27 maggio 1991, in www.savethechildren.it

Legge n.269/1998, Norme contro lo sfruttamento della prostituzione, della pornografia, del turismo sessuale in danno di minori, quali nuove forme di riduzione in schiavitù

Legge n.328/2000, Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali in Linea Guida per le strategie nazionali integrate di protezione dei bambini della violenza, approvato dal Consiglio d'Europa in data 18 novembre 2009 (Raccomandazione n.10/2009)

Legge 11 gennaio 2018, n.3, *Delega al Governo in materia di sperimentazione clinica di medicinali nonché disposizioni per il riordino delle professioni sanitarie e per la dirigenza sanitaria del Ministero della Salute*

AUTORI

Angelucci Paola, psicologa e psicoterapeuta, è iscritta all'albo degli psicologi della regione Umbria, dove è consigliere dell'Ordine. Lavora dal 1985 nel SSN – USL n.2 Umbria quale dirigente psicologa, occupandosi delle problematiche psicologiche e psicopatologiche dell'età evolutiva.

Lisa Cacia, psicologa e psicoterapeuta ad indirizzo psicoanalitico. Presidente dell'Ordine degli Psicologi della regione Liguria dal 2014. Dal 1990 Dirigente Psicologo Asl. Docente a contratto presso l'Università degli Studi di Genova, Corso di laurea Scienze e tecniche psicologiche. Componente in vari Gruppi di lavoro del Cnop.

Antonio Di Gioia, psicologo e psicoterapeuta. Presidente dell'Ordine degli Psicologi della regione Puglia dal 2014. Coordinatore Tavolo Tecnico Università - Cnop; membro Commissione Tecnico - Consultiva Scuole di Specializzazioni MIUR, già componente privato Corte d'appello di Bari.

Tancredi Di Iullo, psicologo e psicoterapeuta. Presidente dell'Ordine degli Psicologi della regione Abruzzo. Specialista ambulatoriale presso l'Azienda Sanitaria 02 Abruzzo, già docente a contratto presso l'Università degli Studi "G. D'Annunzio" Ch - Pe. Si occupa di psicologia dell'età evolutiva.

Evgenia Gasteratou, psicologa e psicoterapeuta ad orientamento sistemico relazionale e familiare, sessuologa. Consigliere Tesoriere dell'Ordine degli psicologi del Friuli Venezia Giulia, svolge attività clinica consulenziale e di prevenzione nell'ambito dell'infanzia e adolescenza.

Nicola Malorni, psicologo e psicoterapeuta; analista Infanzia e Adolescenza AIPA e IAAP. Presidente dell'Ordine degli Psicologi della regione Molise.

Marco Nicolussi, psicologo e psicoterapeuta, past president Ordine Psicologi Veneto. Professore a contratto Università degli Studi di Padova, psicologo presso il Consultorio Familiare e Tutela Minore Distretto Est AULSS 8 berica Regione Veneto, consigliere CIG, Consiglio di Indirizzo Generale ENPAP,

Lucia Sarno, psicologa e psicoterapeuta. Dirigente dell'Unità Operativa Materno Infantile Napoli 2 Nord, vicepresidente dell'Ordine degli Psicologi della regione Campania, membro dell'Associazione Italiana e dell'Associazione Internazionale di Psicologia Analitica. Consulente dell'Autorità Giudiziaria di tematiche dell'infanzia anche in tema di abuso e maltrattamento.

Gloria Soavi, psicologa psicoterapeuta, competente in età evolutiva e trattamento traumi da maltrattamento e abuso. Già psicologo dirigente Asl Ferrara. Formatrice e supervisore, autrice di molti saggi sui temi della violenza all'infanzia. Presidente Cismai dal 2014.

Finito di stampare nel mese di maggio 2018 presso:

STAMPERIA ROMANA® Srl - INDUSTRIA GRAFICA  AzzeroCO₂
