



UNIVERSITÀ  
DEGLI STUDI  
DI PADOVA

**Sede Amministrativa: Università degli Studi di Padova**

Dipartimento di Pediatria

SCUOLA DI DOTTORATO DI RICERCA IN  
Medicina dello Sviluppo e Scienze della Programmazione

INDIRIZZO

Scienze della Programmazione

CICLO XXVI

Il maltrattamento minorile: i bambini vittime di violenza tra esigenze di giustizia e  
tutela della salute.

*Child abuse: children victims of violence between the need for justice and health  
protection.*

**Direttore della Scuola:** Ch.mo Prof. Giuseppe Basso

**Coordinatore d'indirizzo:** Ch.mo Prof. Paola Facchin

**Supervisore:** Ch.mo Prof. Paola Facchin

**Dottorando:** Dr.ssa Rebecca Fedetto



## ESPOSIZIONE RIASSUNTIVA

Il presente lavoro si svolge nell'ambito della tutela dei diritti focalizzandosi sulla tutela del minore maltrattato, con l'approfondimento e l'analisi delle principali criticità che emergono dal punto di vista giuridico.

In questo campo infatti vengono in evidenza diverse problematiche: questo lavoro prende in considerazione e si prefigge di analizzare la questione del conflitto tra esigenze di giustizia e tutela della salute che può nascere quando ci si trova di fronte ad un caso di maltrattamento e/o abuso su minore.

La tutela della salute del bambino, che in via di principio è sancita come diritto primario, fondamentale e inviolabile (art 32 Cost.), nella prassi viene drasticamente ridotta da necessità procedurali legate alla ricerca del colpevole del reato e delle relative prove.

Questo accade perchè sullo stesso scenario s'interseca l'attività di diversi attori, titolari di diverse competenze e soprattutto titolari di diversi interessi legittimi: da un lato l'Autorità Giudiziaria (PM) che esercita l'azione penale e persegue la ricerca del colpevole (e nello specifico della prova dell'abuso o del maltrattamento), dall'altro i medici che prendono in carico il minore e sono preposti alla tutela della salute dello stesso. Dall'intersezione di tali attività e posizioni ne può scaturire un conflitto di difficile risoluzione.

Quale interesse deve prevalere? Può l'esigenza di giustizia comprimere la tutela della salute del minore? In quale responsabilità incorre il medico che non ottemperi all'ordine dell'Autorità Giudiziaria?

Questi interrogativi, privi di una risposta chiara ed univoca, dimostrano che si è alla presenza di un vuoto legislativo che porta come conseguenza situazioni di paralisi dei Servizi operanti nello stesso scenario.

Il limite estremo di tale situazione è dato dall' ipotesi del "bambino esca": un minore, già vittima di violenza accertata e diagnosticata, viene reinserito su ordine dell'AG nel luogo dove è avvenuto il maltrattamento esponendolo consapevolmente al rischio di nuovo abuso, al fine di ottenere la prova del reato ed individuare il colpevole.

Unitamente a questa grande problematica (bambino esca) il lavoro analizza altre questioni dibattute, quali il problema del consenso da parte del genitore maltrattante, il coordinamento tra Procura e Tribunale minorile e l'inerzia di quest'ultimo, nell'ottica di valutare quale tutela effettiva sia offerta al minore e quali possibili alternative si possano sviluppare per fare in modo che la salute e la protezione del minore vengano sempre garantite modo pieno ed efficace.

Il materiale di studio è dato, in primo luogo, dallo studio di una coorte prospettica dei bambini presi in carico dal Centro Regionale per la Diagnostica del Bambino Maltrattato del Dipartimento di Pediatria dell'Università di Padova : si tratta di uno studio effettuato tramite una preliminare revisione di casistica con esame di 250 casi.

Inoltre vengono presi in esame alcuni (4) casi paradigmatici rispetto alle problematiche oggetto del presente studio; la struttura di riferimento è il Centro per la Diagnostica del bambino maltrattato.

Il metodo di lavoro passa attraverso diverse fasi:

Inquadramento giuridico, sia con riferimento alla normativa vigente sia in riferimento agli orientamenti giurisprudenziali, che in questa materia sono di fondamentale per supplire alle carenze legislative;

Analisi dei casi;

Evidenza delle criticità e delle lacune normative e applicazione degli orientamenti giurisprudenziali;

Studio di possibili nuove soluzioni e prospettive;

Presentazione dei risultati e delle nuove prassi.

Il lavoro si sviluppa partendo dall'inquadramento del problema "maltrattamento" con la definizione e presentazione delle principali forme di maltrattamento; prosegue quindi con'analisi del panorama legislativo nazionale ed europeo, e con l'esame dei tipi di tutela previsti. In particolare viene analizzato in che modo il maltrattamento sia preso in considerazione nel codice civile e penale, quali soluzioni e strumenti giuridici siano offerti dal nostro ordinamento, e quali siano le principali lacune legislative.

L'esame dei casi clinici porta alla luce con piena evidenza la sussistenza di vuoti normativi e di come la tutela del minore maltrattato non sia garantita appieno.

Emergono quindi con piena evidenza nelle conclusioni del lavoro le alcune e le criticità del sistema attuale, con conseguente ricaduta sulla tutela dei minori vittime di abuso e/o maltrattamento.

Un primo problema riguarda l'inerzia del Tribunale per i Minorenni, che troppo spesso, di fronte ad una segnalazione e ad una diagnosi certa di maltrattamento, non prende provvedimenti nei confronti di genitori, in attesa di sviluppi da parte delle Procura che svolge le indagini. Questo è un punto cruciale: il Tribunale del Minorenni dovrebbe attivarsi tempestivamente per la tutela, in modo indipendente rispetto alle indagini volte alla ricerca del colpevole, che peraltro seguono i lunghi tempi della giustizia e del processo. Il lavoro della Procura e del Tribunale Minori, dovrebbe rimanere su due piani distinti, in quanto le finalità degli stessi sono distinte, e la tutela del minore, in presenza

di una diagnosi certa di abuso/maltrattamento, non può essere fatta dipendere dalla ricerca del colpevole.

Il fatto poi che il Tribunale per i Minori non intervenga con provvedimenti temporanei nei confronti dei genitori (nel momento in cui si ha la certezza che il maltrattamento sia avvenuto in casa) ha una ricaduta anche sul piano operativo della presa in carico da parte dei sanitari.

Spesso infatti i medici che devono svolgere visite, esami diagnostici, o comunque trattamenti sanitari sulla piccola vittima si trovano a dover chiedere il consenso informato al genitore maltrattante, a cui ancora compete la piena potestà. E' di immediata comprensione la situazione di paralisi in cui possano venire a trovarsi i sanitari, che hanno necessità di curare il minore e si possono invece trovare di fronte al diniego del consenso da parte del genitore maltrattante.

La manifestazione più eclatante infine delle lacune di tutela si ha nel caso in cui il minore maltrattato venga ricollocato nella casa familiare dove è avvenuto il maltrattamento, addirittura talvolta proprio allo specifico fine di assicurare il colpevole alla giustizia (bambino esca), o "semplicemente" a causa di una mancata individuazione del colpevole e quindi, mancanza di provvedimenti nei confronti dei genitori. Questo appare non solo non condivisibile ma addirittura non ammissibile in uno stato di diritto che si occupa di tutte le garanzie del cittadino, in cui a questioni come la privacy viene data importanza fondamentale.

Il progetto di lavoro, al fine di studiare e presentare nuove possibili prassi, individua come punto focale il "principio della prova sufficiente".

Ciò che si vuole portare alla luce è che la tutela del bambino e la ricerca dell' autore del maltrattamento devono rimanere su pianti distinti e una tutela effettiva non può essere fatta dipendere dall'andamento delle indagini penali.

Si parla di “prova sufficiente” perché, di fronte ad una diagnosi certa di abuso/maltrattamento questo deve essere di per sé sufficiente per attivare e garantire la piena protezione del minore, senza incertezze o tantomeno senza mettere il minore già maltrattato in situazione di ulteriore rischio. In presenza di una certezza clinica individuare il colpevole è senz' altro fondamentale ma deve essere comunque secondario rispetto alla vita e alla salute del bambino. La certezza che il maltrattamento è avvenuto è il dato che deve far attivare tutto il sistema di protezione nei confronti del minore.

Per questo è di fondamentale importanza che il Tribunale dei Minorenni mantenga la sua indipendenza rispetto al Tribunale ordinario /Procura, e adotti in maniera tempestiva i provvedimenti urgenti e necessari, che possono peraltro consentire una effettiva presa in carico del minore da parte degli operatori.

Il nostro ordinamento e le legislazioni internazionali sanciscono in modo chiaro la primaria importanza della tutela dell'infanzia, e ciò deve essere garantito ancor più da parte delle Istituzioni laddove il bambino subisca violenza proprio da chi sarebbe deputato a proteggerlo: la famiglia.

## SUMMARY

This work is carried out in the field of the protection of human rights, focusing on the protection of the abused, with a study and analysis of the main problems that emerge from the legal point of view.

In this field, in fact, several issues are highlighted: we take into account and aim to analyse the matter of the conflict between legal demands and health protection that can arise in case of child maltreatment or abuse.

The health protection of the child, which in principle is enshrined in primary law, is fundamental and inviolable (Article 32, Italian Constitution). In reality, however, it is drastically reduced by procedural requirements related to the search for the perpetrator and the related evidence.

This is because intersecting within the same scenario are the activities of various people and specialists, and above all the holders of various legal interests. On the one hand we have the Judicial Authorities (Public Prosecutor) who search for and prosecute the perpetrator (and in particular search for the evidence of abuse or maltreatment), and on the other we have the health care system that looks after the child and are responsible for protecting their health. The result of this intersection of activities and positions may become a troublesome conflict.

What interest must prevail? Can the need for justice compress the protection of the health of the child? In what way does the responsibility of the health care conflict with the order of the Judicial Authorities?

These questions are lacking clear and unambiguous answers, and show the presence of a legislative vacuum that can lead to a paralysis of the various operating services of the scenario.

The extreme limit of this situation is given by the hypothesis of the "child as bait": a minor, already a diagnosed victim of violence, is placed back by the Judicial Authorities into the situation of abuse, exposing them to the risk of further abuse, in order to obtain crime evidence and to identify the perpetrator.



Besides the serious problem of using a child as bait, this work examines other issues, such as the abusing parents' consent, the coordination between attorney and juvenile court, the inertia of the latter when assessing the efficacy of the offered protection, and what other possible alternatives can be developed to ensure that the health and protection of the child are always fully and effectively guaranteed.

The study material is taken in the first place from the study of a prospective cohort of children from the Regional Centre for the Diagnosis of the Abused Child of the Department of Pediatrics, University of Padua; a preliminary study of 250 cases.

Furthermore, we examined four model cases concerning the issues covered by this study, with the Centre for the Diagnosis of the Abused Child as the reference structure.

The working method is divided into several phases:

The legal framework, with reference to either the current legislation or to case law. Case law is of fundamental importance when bridging legislative gaps;

Case analysis;

Evidence of the critical urgency and of the legislative gaps, and case law implementation guidelines;

case law;

Study of possible new solutions and perspectives;

Presentation of results and new procedures.

We start by describing and defining the problem of maltreatment with a presentation of its main forms, to continue with the analysis of the legislative panorama at an Italian and European level, and an examination of the forecast types of guardianship. In particular, we analyse how the abuse is taken into account in both civil and criminal

law, what legal instruments and solutions are being offered by our jurisdiction, and what the main legislative gaps are.

The examination of clinical cases offers full evidence that shows the existence of regulatory gaps and how the protection of the abused child is not fully guaranteed.

The conclusions of this work clearly show the gaps and critical urgency of the current system, with a resulting effect on the protection of children who are victims of abuse or maltreatment.

The first problem relates to the **inertia of the Juvenile Court**, which too often does not take action against the parents when faced with a warning or a clear diagnosis of abuse, and waits for further developments from the investigating Prosecutor. This is a crucial point: the Juvenile Court should take immediate action to protect, independently of the investigation which is often slow because of legal procedures and processing. The work of the Prosecutor and the Juvenile Court should be on two separate levels, since also the purposes of these are different, and the protection of the abused/maltreated child must not be jeopardised by the search for the perpetrator.

The fact that the Juvenile Court does not intervene with temporary measures towards the parents (when it is certain that the abuse occurred at home) also has an impact on the actual health care of the victim.

Often physicians who must perform visits, diagnostic tests or other medical treatment on the young victim are having to seek **informed consent** from the abusing parent, who still fights for parental authority. The resulting health care paralysis is easy to understand in the case of the abusing parent denying consent.

Finally, the most striking manifestation of protection failure is in the case where the abused minor is placed back in the home where the abuse occurred, sometimes with the

specific purpose of legally proving the perpetrator's crime (child as bait ), or "simply" due to a failure to identify the perpetrator or lack of action against the parents. This seems not allowable in a state of law that deals with all the rights of the citizens, in which issues such as privacy are given prime importance.

We project to study and present possible new procedures, while keeping the focus of the "principle of sufficient evidence".

What we want to bring to light is that the protection of the abused child and the search for the perpetrator must remain on separate levels. Effective protection must not be jeopardised by criminal investigations.

The term "sufficient evidence" is used because, faced with a **confirmed diagnosis** of abuse or maltreatment, this should be in itself sufficient to enable and ensure the full protection of the child, without hesitation or putting the abused child in a situation of further risk. To identify the perpetrator in the presence of clinical certainty is fundamental, but must always be secondary to the health of the child. The certainty that abuse has occurred should be sufficient to activate the full and immediate protection for the child.

It is essential that the Juvenile Court preserve its independence with respect to the Ordinary Court and Prosecutor, and promptly adopt urgent measures that allow an actual taking care of the abused child by the health care.

Our legal and international laws stipulate clearly the primary importance of child protection, and this has to be guaranteed particularly within the family, where the child may suffer violence and abuse even from those who should offer protection: its parents.

## INDICE

IL MALTRATTAMENTO: DEFINIZIONE E QUADRI CLINICI.....	16
La definizione.....	16
Le principali forme di maltrattamento.....	18
Maltrattamento Fisico.....	18
Abuso Sessuale.....	19
Abuso Psico-Emozionale.....	19
Trascuratezza grave e trattamento negligente.....	20
Sindrome di Munchausen per procura.....	21
Sfruttamento.....	22
La classificazione internazionale delle malattie: codice ICD e maltrattamento.....	22
La classificazione internazionale delle malattie: codice ICD e maltrattamento.....	22
L'Epidemiologia Del Maltrattamento.....	28
Le Conseguenze Del Maltrattamento.....	32
ABUSO SESSUALE SUI MINORI: INQUADRAMENTO.....	37
Epidemiologia.....	38
Fattori Di Rischio.....	44
Associazione Con Altre Forme Di Abuso.....	45
Indicatori Aspecifici.....	47
Visita Ispettiva Genito Anale.....	49
La Classificazione Di Adams.....	58
Il Racconto.....	65
Valutazione Globale.....	67
Le Conseguenze dell'Abuso Sessuale.....	69
MALTRATTAMENTO FISICO: INQUADRAMENTO.....	72
Caratteristiche radiologiche.....	75
Dose di radiazioni.....	77
Aspetti semeiologici.....	78
Principali tipi di frattura più comuni nei bambini più piccoli.....	80
Lesioni viscerali.....	86
Diagnosi differenziale.....	87
La scintigrafia ossea.....	89

I PRINCIPALI RIFERIMENTI NORMATIVI.....	92
Le Convenzioni internazionali ed il panorama europeo .....	92
La legislazione in Italia.....	95
L'obbligo di segnalazione e i reati .....	98
GLI INTERVENTI DI TUTELA .....	102
Il caso generale: le situazioni di abuso e maltrattamento .....	102
La storia dei servizi di Tutela Minori in Italia.....	110
Progetti di rete per la cura e il contrasto al maltrattamento: il caso della Regione Veneto.....	115
Una nuova figura competente: il Pubblico Tutore dei Minori.....	116
Le competenze dei Servizi di Tutela Minori .....	118
I provvedimenti a tutela del minore vittima di reato: la sinergia tra Servizi di Tutela e Organi Giudiziari.....	119
IL CODICE CIVILE .....	126
Tutela dei minori in Italia: il Tribunale per i Minorenni .....	126
<i>Storia</i> .....	126
<i>Ruolo</i> .....	127
IL CODICE PENALE: MALTRATTAMENTO E FATTISPECIE DI REATO .....	132
Rilevanza penale di alcune tra le forme di maltrattamento: introduzione.....	132
La procedibilità d'ufficio.....	133
Lesioni personali gravi/gravissime.....	137
Abbandono di minori ed incapaci.....	142
Omicidio .....	144
Malattia in senso penale .....	147
Il danno biologico in giurisprudenza .....	150
LA PROVA .....	153
La disciplina della prova nel codice di procedura penale.....	153
In particolare: il principio del contraddittorio .....	156
Certezza clinica e prova di reato.....	157
La testimonianza del minore: l'incidente probatorio .....	159
OBIETTIVI DELLA TESI.....	165
MATERIALI E METODI .....	167

I CASI.....	167
DISCUSSIONE CASI.....	172
Tutela e condanna: il problema del bambino esca.....	172
Coordinamento tra civile e penale.....	177
Rif. Caso n. 3.....	177
Separazione conflittuale dei genitori e tutela dei figli.....	180
Rif. caso n. 4.....	180
CONSIDERAZIONI CONCLUSIVE E PROPOSTE OPERATIVE .....	184
Protocollo operativo per il coordinamento tra Tribunali minorili e Procure.....	186
Nomina del curatore speciale o tutore provvisorio del minore. ....	187
La diagnosi di abuso e la prova sufficiente: tutela del minore e ricerca del colpevole .....	188
Il Progetto C.U.R.E. ....	189
I MALTRATTAMENTI CHE NON INTEGRANO FATTISPECIE DI REATO ..	191
Allegato 1 .....	194
Bibliografia.....	203



## **IL MALTRATTAMENTO: DEFINIZIONE E QUADRI CLINICI**

### **La definizione**

La Convenzione delle Nazioni Unite sui Diritti del Bambino (*Convention on the Rights of the Child - CRC*)<sup>1</sup> va considerata il documento base per supportare politiche di protezione dei minori, ed è stata inoltre riconosciuta come un potente strumento per le attività di prevenzione primaria. La CRC fornisce la definizione di bambino come "qualsiasi essere umano d'età inferiore ai 18 anni sempre che il raggiungimento della maggiore età possa, secondo leggi vigenti, essere raggiunta più presto"<sup>1</sup>. L'articolo 19 della Convenzione richiama specificamente l'abuso infantile e raccomanda un approccio aperto per quanto riguarda l'identificazione, la segnalazione, l'accertamento, il trattamento, il *follow-up*, e la prevenzione, relative al problema. Altri articoli<sup>1</sup> danno risalto all'importante ruolo svolto dalla sanità nel controllo e nella segnalazione dell'abuso infantile, come vero e proprio strumento di operatività della tutela legale e come diretto supporto tecnico per i Paesi. Le aree correlate a ciò che concerne i bambini disabili, le responsabilità parentali, lo sfruttamento minorile, i bambini in società in conflitto armato, la riabilitazione del bambino ed altre sono evidenziate negli Articoli della CRC che riguardano la sopravvivenza, lo sviluppo e le giuste cure sanitarie. La CRC, nel dibattito su diritti e responsabilità multipli, sottolinea che la locuzione "diritti del bambino" si riferisce a "...benessere sociale, spirituale e morale e salute fisica e mentale ed al conseguimento del più completo possibile sviluppo individuale in ogni area".



L'abuso infantile<sup>2</sup> è stato recentemente riconosciuto dall'Organizzazione Mondiale della Sanità uno dei più importanti problemi riguardanti la salute<sup>3</sup> alterando la salute ed il benessere di bambini ed adolescenti<sup>4</sup>. Le conseguenze sono spesso immediate, interferendo sugli anni formativi e perdurando a lungo nel tempo, seguendo le vittime nello svolgersi delle loro esistenze<sup>5,6</sup>.

Date le molte forme, circostanze e conseguenze della violenza, la misura della *magnitudo* del danno causato dall'abuso infantile è stata sino ad ora poco esauriente. L'analisi delle statistiche di mortalità causa-specifiche ed età-specifiche è stato il metodo utilizzato in maniera più diffusa<sup>7</sup>, ma le morti per cause violente sono solo la punta dell'iceberg, appena indicative dell'ampiezza, vastità, e sostanzialità del problema. I dati di mortalità, oltre a definire soltanto parte del fenomeno, sono inoltre delle sottostime a causa della spiccata variabilità di: metodi di registrazione, definizioni utilizzate, capacità degli operatori sanitari di riconoscere nell'abuso infantile la causa di morte<sup>8</sup>. I dati riguardanti la morbosità e le altre conseguenze, quali le disabilità e le implicazioni socioeconomiche, sono molto limitati e spesso inaffidabili ed i sistemi di sorveglianza non sempre riescono a riconoscere l'abuso infantile<sup>7-22</sup>.

Tutto ciò ci permette di sottolineare l'inadeguatezza dei dati per un concreto sviluppo di politiche sanitarie. Per richiamare l'attenzione generale su quest'importante tema, nel mese di Marzo del 1999 è stata lanciata una *Initiative on Child Abuse Prevention*, iniziativa sulla prevenzione dell'abuso infantile, congiuntamente dall'Organizzazione Mondiale della Sanità e dal *Global Forum for Health Research*, Forum globale per la ricerca sanitaria, fondazione internazionale che fa sempre capo all'OMS<sup>25</sup>.

L'iniziativa mira a garantire l'adeguata implementazione del Piano d'Azione su Violenza e Salute, *Plan of Action on Violence and Health*, approvato nel 1997 dall'Assemblea

Mondiale della Salute, *World Health Assembly*, avente il fine di assicurare una struttura operativa per la partecipazione della sanità pubblica alla prevenzione ed al controllo della violenza<sup>26</sup>.

Il presente lavoro cerca di approcciarsi all'abuso infantile da una prospettiva di sanità pubblica tenendo in considerazione le profonde diversità culturali in cui bambini ed adolescenti vivono.

Mentre, l'abuso infantile in se stesso ed i minori a rischio di abuso e violenza, hanno costituito un soggetto molto importante di discussione e ricerca negli ultimi anni, per quanto riguarda i professionisti operanti di sanità pubblica questo è un argomento relativamente recente. Inoltre, la maggior parte degli studi sono stati condotti in Paesi economicamente sviluppati con rilevanza non dimostrata per le altre culture.

Il presente lavoro deve quindi essere visto come un tentativo di mettere a fuoco il tema dell'abuso e della violenza in una più vasta prospettiva di sanità pubblica, e può servire ad indirizzare maggiore attenzione sulla possibilità di interventi paese-specifici.

*"L'abuso infantile od il maltrattamento è comprensivo di tutte le forme di maltrattamento fisico e/o psico-emozionale, di abuso sessuale, di trascuratezza o di trattamento negligente, di sfruttamento commerciale od altro, con conseguente danno reale o potenziale alla salute, alla sopravvivenza, allo sviluppo o alla dignità del bambino nel contesto di un rapporto di responsabilità, di fiducia o di potere"*<sup>25</sup>.

## **Le principali forme di maltrattamento**

### *Maltrattamento Fisico*

L'abuso fisico di un minore è quello che esita in un danno fisico attuale o potenziale causato da azioni agite o mancanti, all'interno di una relazione di controllo genitoriale o da parte di una persona in posizione di responsabilità, potere o fiducia. Si possono

verificare incidenti singoli o ripetuti<sup>25</sup>. Le lesioni tipicamente correlate all'abuso possono includere contusioni e lividi, bruciature, scottature, fratture, avvelenamento, lesioni toraco/addominali e del sistema nervoso centrale<sup>8, 24, 45</sup>.

### *Abuso Sessuale*

L'abuso sessuale infantile è la partecipazione d'un minore ad attività sessuali per lui non comprensibili, o cui non possa consapevolmente consentire, o quelle per cui non abbia raggiunto uno sviluppo tale da permettergli di risultare preparato o in grado di consentire, o quelle che violino la legge od i tabù sociali. L'abuso sessuale infantile è provato dal verificarsi di una o più di queste azioni tra bambino ed adulto od altro minore che per età o sviluppo sia in rapporto di responsabilità, fiducia o potere; le azioni devono essere intese in un ottica di compiacimento o di soddisfazione dei bisogni/desideri dell'altra persona<sup>21, 23, 25, 51, 52</sup>. Ciò può comprendere ma non essere limitato a:

- l'istigazione o la coercizione nel coinvolgimento del minore in attività sessuali turpi ed illegali;
- lo sfruttamento del minore nella prostituzione o in altre pratiche sessuali illegali;
- lo sfruttamento del minore in prestazioni e materiale pornografico.

### *Abuso Psico-Emozionale*

L'abuso psicoemozionale include l'omissione di provvedere ad un ambiente di appoggio ed adatto allo sviluppo del minore, comprendendo la necessità di disponibilità di una figura primaria di riferimento, cosicché il bambino possa essere in grado di

sviluppare un percorso stabile e completo di competenze sociali e psicoemozionali commisurate a potenziali personali specifici ed al contesto sociale in cui egli vive<sup>25</sup>. Ci si può confrontare inoltre con azioni contro il minore che causino o che abbiano una elevata probabilità di causare danni alla salute od allo sviluppo fisico, mentale, spirituale, morale o sociale del bambino. Queste azioni possono verificarsi all'interno di una relazione di controllo parentale, uno od entrambi i genitori, o con una persona in posizione di responsabilità, fiducia o potere nei confronti del bambino. Tra queste azioni sono comprese la limitazione di movimenti, modelli comportamentali che implicano a livello verbale lo svilire e l'indebolire, il denigrare, il trasformare in capro espiatorio, il minacciare, lo spaventare, il discriminare, il ridicolizzare o qualsiasi altra tipologia non ascrivibile al piano fisico di trattamento ostile e di rifiuto. L'abuso psicoemozionale può causare conseguenze di salute mentale a lungo termine<sup>35-38</sup>.

#### *Trascuratezza grave e trattamento negligente*

La trascuratezza grave consiste nell'omettere di provvedere allo sviluppo del bambino in tutti gli ambiti: salute, educazione e formazione, sviluppo psicoemozionale, nutrimento, protezione, ambiente di vita sicuro, nel contesto delle risorse ragionevolmente disponibili della famiglia o di chi li abbia in carico e che causi, o che abbia elevata probabilità di causare, danno alla salute del bambino o al suo sviluppo fisico, mentale, spirituale, morale o sociale<sup>7, 49, 50</sup>. Questo può comprendere l'omissione delle necessarie misure di sorveglianza e protezione dei minori<sup>25</sup>.

### *Sindrome di Munchausen per procura*

L'espressione "sindrome di Munchausen" è stata utilizzata per la prima volta da Asher nel 1951 per descrivere quelle persone che si rivolgono continuamente ed inutilmente a medici e strutture ospedaliere, lamentando disturbi inesistenti, sottoponendosi a ricoveri, cure mediche, indagini diagnostiche fino ad interventi chirurgici non necessari. Nel 1977 il pediatra inglese Meadow<sup>27</sup>, in collegamento a quanto scritto da Asher, ha definito per primo al "sindrome di Munchausen per procura", identificandola con la situazione che si verifica quando i genitori inventando ed attribuendo al figlio sintomi che non ha, o procurandogli dei disturbi, lo espongono ad una serie di accertamenti, esami ed interventi che finiscono con il provocare gravi danni al figlio.

Oggi la sindrome di Munchausen è definita come uno disturbo psichiatrico in cui le persone colpite fingono la malattia od un trauma psicologico per attirare attenzione e simpatia verso di sé. A volte è anche conosciuta come sindrome da dipendenza dell'ospedale. Il personale sanitario talvolta si riferisce a questo tipo di utenti con l'appellativo di viaggiatori abituali, poiché tornano in ospedale proprio come i viaggiatori abituali frequentano gli aeroporti. Questi disturbi fittizi spesso non sono immediatamente individuati dal medico. Anzi, nella maggior parte dei casi, vengono scoperti solo dopo aver escluso una lunga serie di affezioni che potrebbero giustificare il quadro sintomatologico riferito dal paziente. Solitamente i pazienti con disturbi fittizi rimuginano in continuazione come convincere il medico a prendere sul serio la propria sofferenza. Il loro tono affettivo prevalente è la superficialità emotiva.

La sindrome di Munchausen è legata alla sindrome di Münchhausen per procura, il cui disturbo mentale affligge per lo più donne madri che arrecano un danno fisico al figlio/a

per attirare l'attenzione su di sé. Il bambino viene usato quindi per appagare un desiderio, inconscio, secondo le teorie psicoanalitiche e psicodinamiche, del genitore di mettere in atto un dramma personale e rinforzare la loro relazione con medici o ambiente ospedaliero.

Nel DSM IV questa sindrome trova una propria collocazione all'interno del "Disturbo fittizio per procura", venendo classificata alla stregua di un disturbo della personalità e viene così descritta: "La caratteristica essenziale è la produzione deliberata o simulazione di segni e sintomi fisici o psichici in un'altra persona che è affidata alla cura del soggetto. Tipicamente la vittima è un bambino piccolo e il responsabile è la madre del bambino. La motivazione di tale comportamento si ritiene sia il bisogno di assumere, per interposta persona, il ruolo del malato."

### *Sfruttamento*

Lo sfruttamento commerciale o di altro genere di un minore si riferisce all'impiego del bambino nel lavoro od in altre attività di guadagno altrui. Ciò include (ma non si limita a) lavoro e prostituzione<sup>25</sup>. Questo genere di attività conduce a detrimento fisico o di salute mentale, di educazione, o di sviluppo spirituale, morale o socio-emozionale del bambino.

### **La classificazione internazionale delle malattie: codice ICD e maltrattamento**

#### *La classificazione internazionale delle malattie: codice ICD e maltrattamento*

Per poter classificare ed enumerare i casi di maltrattamento sui minori è necessario utilizzare un sistema di classificazione universalmente riconosciuto.

Lo standard diagnostico internazionale di classificazione utilizzato a fini epidemiologici è l' "International Classification of Diseases (I.C.D.)".

Questo indice è utilizzato per monitorare l'incidenza e la prevalenza del maltrattamento sui minori e valutarne la correlazione con altre variabili, tra cui possono essere le circostanze e le caratteristiche dei minori e delle famiglie colpite.

L'assegnazione dei codici I.C.D. ad un caso viene effettuata solo dopo che i medici hanno provveduto alla cura e hanno raggiunto una diagnosi definitiva.

Di norma, la classificazione della causa di morte si basa sulle relazioni del medico legale e sui risultati delle indagini; nei casi di maltrattamento senza esito letale invece, la classificazione della lesione è generalmente basata sulle informazioni fornite dalle cartelle delle dimissioni ospedaliere e le visite del pronto soccorso.

I due elementi principali di una classificazione I.C.D. riguardano lo stato che il paziente manifesta e le sue cause esterne.; nella classificazione vanno ricomprese anche informazioni sulla relazione, laddove conosciuta, tra colpevole e vittima.

Il maltrattamento sui minori può avere una vasta gamma di conseguenze sulla salute, compresa la gravidanza, le malattie a trasmissione sessuale, le fratture ossee e bruciature sulle gambe. Pertanto, anche se spesso è possibile identificare alcune condizioni manifeste maggiormente sintomatiche di maltrattamento sui minori rispetto ad altre, è attraverso l'attribuzione di una causa esterna, o il loro codice I.C.D., che un caso individuale viene classificato come caso di maltrattamento conclamato o sospetto.

Un esempio delle regole specifiche che i servizi sanitari e i programmatori informatici potrebbero seguire nell'assegnazione dei codici I.C.D., causa esterna, sono quelle sviluppate dal Dipartimento Statunitense dei Servizi socio sanitari illustrato nel riquadro sottostante:

**Regole per l'assegnazione dei codici ICD-9 ai casi di maltrattamento conclamati e sospetti elaborate dal Dipartimento della salute e dei servizi sociali ed umani del Governo Federale degli Stati Uniti**

**A. Linee guida per il maltrattamento sui minori e adulto**

1. Quando la causa di una lesione o di incuria è abuso intenzionale 1. sul minore o adulto, il primo Codice E dovrebbe essere assegnato tra le categorie E960 – E 968, “omicidio e lesione inflitta intenzionalmente da parte di altre persone” (eccetto categoria E967). Un codice di categoria E967, “percosse a minore e adulto e altro maltrattamento”, dovrebbe essere aggiunto come codice addizionale per identificare il colpevole, se conosciuto.
2. Nei casi di incuria dove la causa si configura come accidentale, E-codice E904.0, “Abbandono o incuria di neonato e persona non autosufficienti” dovrebbe essere il primo codice elencato.

**B. Linea guida per intento sconosciuto o sospetto**

1. Se l'intento (non intenzionale, auto inflitto o aggressione) della causa della lesione o dell'avvelenamento è sconosciuto o non specificato, la causa va classificata come indeterminata E980–E989.
2. Se l'intento (non intenzionale, auto inflitto o aggressione) della causa della lesione o dell'avvelenamento è discutibile, probabile o sospetto, l'intenzionalità va classificata come indeterminata E980–E989.



La constatazione che una morte infantile sia provocata o meno dal maltrattamento è un problema comune in molte giurisdizioni e pertanto può anche non essere riportato su un certificato di morte come causa prima che il caso ha stato completamente analizzato e diagnosticato.

Se la diagnosi di maltrattamento / violenza quando non è ancora stata effettuata nel momento in cui vengono compilate le schede statistiche, e la morte è stata una conseguenza delle ferite riportate, deve essere assegnato il codice predefinito di morte accidentale, in conformità con i requisiti codificanti del ICD. Questi fattori possono risultare in un sotto-rappresentazione di maltrattamento sia in morbilità e dati di mortalità. Allo stesso modo il processo di codifica può portare a sotto enumerazione di pedofilia decessi o ricoveri se cause esterne non sono codificate o se la codifica è limitata a una diagnosi a causa di una mancanza di risorse o di coscienza della necessità di codificare più estesamente. Così, le statistiche o studi che si basano esclusivamente su codici abuso può travisare le popolazioni a rischio quando si utilizza solo i dati sanitari (Schnitzer, Covington, Wirtz, Verhoek-Oftedahl, & Palusci, 2008)

<b>ICD 9</b>	V71.6C Physical child abuse, suspected
	V71.6D Sexual child abuse, suspected
	V71.6M Suspected child physical abuse
	V71.6N Suspected child sexual assault
	V71.81 Observation for suspected abuse and neglect
	V71.81A Alleged child sexual assault
	V71.81B Alleged emotional abuse
	V71.81D Alleged sexual abuse
	V71.81E Physical abuse, alleged
	V71.81F Parent concerned about child sexual assault
	V71.81G Parent concerned about child abuse

V71.81H Observation for alleged abuse and neglect

V71.81K Sexual Abuse alleged

**ICD 10-CM** If abuse or neglect is stated in the record, it should be coded as confirmed. Remember to also assign appropriate codes if physical injuries are present (assault) and/or if the perpetrator is known (Y07).

T74.02 Child neglect or abandonment, confirmed

T74.12 Child physical abuse, confirmed

T74.22 Child sexual abuse, confirmed

T74.32 Child psychological abuse, confirmed

T74.4 Shaken infant syndrome

T74.92 Unspecified child maltreatment, confirmed

If abuse or neglect is suspected, use the suspected coding below. Remember, external cause and perpetrator **are not** recorded in suspected cases.

T76.02 Child neglect or abandonment, suspected

T76.12 Child physical abuse, suspected

T76.22 Child sexual abuse, suspected

T76.32 Child psychological abuse, suspected

T76.92 Unspecified child maltreatment, suspected

**NOTE:** Failure to Thrive should trigger further investigation to rule out child abuse and neglect.

## ICD 9CM

### ▪ **Child abuse & neglect**

995.5 Child Maltreatment Syndrome

995.50 Child abuse, unspecified

995.51 Child emotional/psychological abuse

995.52 Child neglect (nutritional)

995.53 Child sexual abuse

995.54 Child physical abuse

Battered baby or child syndrome

995.55 Shaken infant syndrome

995.59 Other child abuse and neglect

Multiple forms of abuse

▪ **Persons with potential health hazards related to personal and family history**

V15.4 Psychological trauma

V15.41 History of physical abuse Rape

V15.42 History of emotional abuse Neglect

V15.49 Other

▪ **Persons encountering health services in other circumstances**

V61.2 Parent-child problems

V61.21 Counseling for victim of child abuse

V61.22 counseling for perpetrator of parental child abuse

V62.83 counseling for perpetrator of physical /sexual abuse

## **L'Epidemiologia Del Maltrattamento**

Nonostante in letteratura esistano attualmente molte ricerche sul maltrattamento, l'attendibilità delle stime dell'entità del fenomeno risulta ancora limitata.

I dati epidemiologici finora raccolti, infatti, sono da considerarsi prevalentemente sottostime. La causa di ciò è da attribuirsi a molteplici fattori tra cui l'esistenza di diverse definizioni del fenomeno, la variabilità dei metodi di raccolta e delle fonti, la frequente scarsa attendibilità dei dati raccolti, la diversa disponibilità ed abilità del personale medico nel riconoscere il maltrattamento tra le diagnosi e soprattutto l'ingente numero di casi che non arrivano ai servizi o che non vengono segnalati e diagnosticati.

In generale, tuttavia, le stime sino ad ora disponibili dimostrano l'emergenza del fenomeno del maltrattamento infantile.

Solo nel 2002, negli Stati Uniti sono stati confermati 906.000 casi di maltrattamento infantile, di cui il 61% per trascuratezza, il 19% per maltrattamento fisico, il 10% per abuso sessuale e il 5% per maltrattamento psicologico o emozionale; di questi bambini 1500 sono morti, di cui il 36% per trascuratezza, il 28% per maltrattamento fisico e il 29% per forme miste di maltrattamento<sup>28</sup>.

Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità (World Health Organization – WHO) nel corso del 2002 sono almeno 53.000 i bambini morti per omicidio nel mondo, e tra l'80% ed il 98% subisce punizioni fisiche all'interno della famiglia, di cui un terzo o più con punizioni fisiche severe<sup>29</sup>.

Anche se l'incidenza del fenomeno maltrattamento ai minori risulta essere in decremento negli ultimi anni, 1 bambino ogni 100 è stato maltrattato negli Stati Uniti nel corso del 2011 (N= 676.569 bambini)<sup>30</sup>. Il 75% sono state vittime di trascuratezza grave, e circa 5 bambini ogni giorno sono morti per maltrattamento<sup>30</sup>.

Contributo interessante e di notevole impatto, volto a dimostrare e comprendere l'entità del problema del maltrattamento, rivela gli esiti di decesso di minori a seguito di un maltrattamento, in contrapposizione alle morti militari avvenute in Iraq tra il 2001 e il 2010 (Tabella 1).

**Tabella 1.** USA: Confronto tra morti per maltrattamento VS morti militari della coalizione in Iraq and Afghanistan 2001-2010 (modificata da [www.everychildmatters.org](http://www.everychildmatters.org)<sup>31)</sup>)

<b>Anno</b>	Morti per maltrattamento <sup>30</sup>	Morti militari <sup>32</sup>
<b>2001</b>	1,300	12
<b>2002</b>	1,400	49
<b>2003</b>	1,500	534
<b>2004</b>	1,490	901
<b>2005</b>	1,460	945
<b>2006</b>	1,530	921
<b>2007</b>	1,760	1,021
<b>2008</b>	1,740	469
<b>2009</b>	1,770	466
<b>2010</b>	1,560	559
<b>TOTALE</b>	<b>15,510</b>	<b>5,877</b>

Risultati e statistiche più recenti derivano da dati raccolti dalle agenzie di Child Protective Services e riportati nel National Child Abuse and Neglect Data System (NCANDS), un sistema che analizza i tassi di abuso e maltrattamento sui minori negli Stati Uniti<sup>30</sup>. I tassi sono stati analizzati e hanno condotto all'elaborazione del ventiduesimo report annuale sul maltrattamento pubblicato nel 2011 ad opera del Children's Bureau. In tale rapporto si evidenzia che nell'anno 2011 i minori vittime di maltrattamento nei 51 Stati analizzati, risultano essere in totale 676,569 e con un tasso di 9,1 bambini ogni 1.000 bambini nella popolazione.

Il report evidenzia inoltre, come mano a mano che diminuisce l'età delle vittime i tassi di maltrattamento aumentano e dunque come i bambini più piccoli siano più a rischio di subire maltrattamenti.

I 51 stati considerati dimostrano anche come un quarto dei bambini maltrattati (27,1%) abbia un'età inferiore ai 3 anni. I bambini con età inferiore ad un anno inoltre, risultano possedere rischio di maltrattamento ancor più elevato (21,2/1.000). Il 19,6% delle vittime, infine, aveva un'età compresa tra i 3 e i 5 anni<sup>30</sup>.

Altro dato rilevante riguarda tassi di maltrattamento in diminuzione per i maschi, con il 48,6%, rispetto alle femmine (51,1%)<sup>30</sup>.

Altro dato discriminante risulta essere l'etnia. I dati raccolti evidenziano percentuali di 21,5% per i bambini afroamericani, 22,1% per gli spagnoli e 43,9% per i caucasici o "bianchi". Per quanto riguarda le diverse forme di maltrattamento, il 78,5% dei bambini risultano essere vittime di trascuratezza grave, il 17,6% di maltrattamento fisico, il 9,1% di abuso sessuale.

Dati allarmanti vengono forniti dagli elevati tassi di mortalità infantile a seguito di maltrattamento, come conseguenza più tragica. I 51 stati considerati riportano un totale

di 1.545 bambini deceduti a seguito di un evento non accidentale. Sono dunque 2.10 le morti per maltrattamento ogni 100.000 bambini<sup>30</sup>.

Altri dati interessanti riguardano gli studi svolti presso l’Australian Institute of Health and Welfare tra il 2010 e il 2011 e che evidenziano 237.273 casi di sospetto abuso e maltrattamento, notificati alle autorità australiane, tasso diminuito del 17% rispetto ai 286.437 tra il 2009 e 2010<sup>33</sup>.

Del totale dei casi notificati risultano 122.759 quelli investigati e 99.649 quelli per i quali le indagini sono state concluse. Per quanto riguarda le diverse forme di maltrattamento, in Australia il 36% dei minori è vittima di abuso emozionale, il 29% di trascuratezza grave, il 22% di maltrattamento fisico, e il 13% di abuso sessuale.

In proposito, altri dati interessanti, nascono dalle indagini avviate per maltrattamento che riguardano lo stato del Canada (Tabella 2).

**Tabella 2.** CANADA<sup>34</sup>: totale delle indagini avviate in Canada nel 2003 per maltrattamento (cut-off minori di 15 anni di età)

	Livelli di evidenza			Informazione mancante	TOT
	Confermata	Sospetto	Non confermata		
<b>Indagini minorili</b>	114.607	28.053	90.869	1.786	<b>235.315</b>
<b>Incidenza (1000)</b>	18,67	4,57	14,80	0,29	<b>38,33</b>

Per poter enumerare e classificare i casi di maltrattamento su minori, esiste uno standard diagnostico internazionale di classificazione utilizzato a fini epidemiologici e di gestione sanitaria. Si tratta dell’*International Classification of Diseases* (ICD).

Esso viene utilizzato per monitorare l'incidenza e la prevalenza del maltrattamento sui minori e valutarne l'associazione con altre variabili, tra cui le circostanze e le caratteristiche dei minori e delle famiglie colpite.

L'assegnazione dei codici ICD viene effettuata solo dopo che i medici hanno provveduto alla cura del bambino e fatto del proprio meglio per giungere ad una conclusione definitiva. La classificazione della causa di morte è solitamente basata sulle relazioni del medico legale e sui risultati delle indagini. Per i casi di maltrattamento senza esito letale, la classificazione della lesione è generalmente basata sulle informazioni fornite dalle cartelle che registrano le dimissioni ospedaliere e le visite effettuate in sede di pronto soccorso.

Le due componenti principali di una classificazione ICD riguardano lo stato che il paziente manifesta (per esempio, emorragia subdurale di natura traumatica) e le sue cause esterne. Sono incluse inoltre, informazioni sulla relazione tra colpevole e vittima, laddove essa sia conosciuta. Tali criteri includono i dati di prevalenza e altre variabili, tra cui le circostanze in cui è avvenuto il maltrattamento, le caratteristiche del bambino e le caratteristiche della sua famiglia.

### **Le Conseguenze Del Maltrattamento**

L'outcome a breve e a lungo termine dei bambini vittime di maltrattamento è molto variabile e dipende dalla combinazione di alcuni fattori, tra cui l'età del bambino e lo stato di sviluppo raggiunto al momento del maltrattamento, il tipo di maltrattamento subito e le eventuali lesioni da questo provocate, la frequenza, la durata e la gravità del maltrattamento e infine la relazione con il perpetratore dell'abuso.



Inoltre, anche in presenza di condizioni simili, alcuni bambini reagiscono in modo più positivo di altri per la loro capacità di resilienza, ovvero di reagire alle circostanze negative<sup>35</sup>.

L'indagine sulle conseguenze a lungo termine del maltrattamento infantile è ancora al suo stato iniziale, ma alcuni studi hanno portato all'identificazione di esiti che risultano più frequenti. Generalmente questi sono suddivisi in fisici, psicologici, comportamentali e a livello della società (Tabella 3), anche se in realtà la suddivisione ha un mero scopo didattico, visto che nessuno di tali ambiti è separabile dagli altri, in particolare per quel che riguarda i bambini. Ad esempio lesioni organiche come un danno cerebrale possono avere implicazioni sullo sviluppo motorio, cognitivo e psicologico del bambino<sup>35</sup>, così come un abuso psico-emozionale può determinare un arresto nella produzione dell'ormone della crescita e conseguentemente determinare un'ipofonia straturponderale.

In ogni caso, la letteratura, le conseguenze di natura fisica maggiormente riscontrate riguardano malattie sessualmente trasmesse, disturbi cardiaci, disturbi polmonari cronici, disturbi epatici e danni cerebrali<sup>36 37</sup>.

Si è recentemente dimostrato che numerosi quadri patologici in età adulta tra cui cardiopatia ischemica, cancro, broncopneumopatie croniche, sindrome dell'intestino irritabile e fibromialgie sono in parte correlati alla presenza di esperienze di abuso e maltrattamento subiti nel corso dell'infanzia<sup>36 38 39</sup>.

Anche lo sviluppo cerebrale neuronale risulta compromesso, determinando uno sviluppo fisico, mentale ed emozionale danneggiati<sup>40</sup>.

In altri casi lo stress causato dagli abusi cronici sembra portare ad una risposta di *iperarousal* in alcune aree cerebrali: le conseguenze sono iperattività, disturbi del

sonno, ansia, maggiore vulnerabilità al disturbo da stress post-traumatico, ADHD, disturbi della condotta e difficoltà nell'apprendimento e nella memoria<sup>35</sup>.

Per quanto riguarda gli aspetti più prettamente emotivi gli effetti immediati del maltrattamento come l'isolamento, la paura e la mancanza di fiducia si trasformano a lungo termine in bassa autostima, depressione, difficoltà relazionali, disturbi da panico, disturbi dissociativi, disturbi reattivi dell'attaccamento, ADHD e disturbo da stress post-traumatico<sup>35</sup>

In uno studio a lungo termine su giovani adulti che durante l'infanzia avevano subito maltrattamenti è risultato che per circa l'80% di loro era possibile effettuare una diagnosi di disturbo psichiatrico già all'età di 21 anni, tra cui depressione, ansia, disordini alimentari e tentativi di suicidio<sup>41</sup>.

Uno studio longitudinale di coorte condotto a Christchurch, in Nuova Zelanda ha osservato importanti associazioni tra abuso sessuale nell'infanzia e conseguenti problemi di salute mentale quali depressione, ansia nonché pensieri e comportamenti orientati al suicidio<sup>42</sup>.

Per quanto riguarda le conseguenze comportamentali, alcuni bambini vittime di maltrattamento sviluppano in adolescenza vari tipi di difficoltà come delinquenza, comportamenti antisociali, gravidanze indesiderate, uso di droghe<sup>43</sup>, violenza e, in età adulta, comportamenti maltrattanti verso i propri figli. Da alcune stime risulta infatti che circa un terzo dei bambini vittime di maltrattamento maltratterà i propri figli<sup>44</sup>.

**Tab. 2. Conseguenze dell'abuso sulla salute dei minori (modificato da Djeddah et al)**

Abuso Fisico <sup>6, 22, 35</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Contusioni e lividi</li> <li>Ustioni/scottature</li> <li>Danni oculari</li> <li>Lacerazioni ed abrasioni</li> <li>Fratture</li> <li>Lesioni toraco/addominali</li> <li>Avvelenamento</li> <li>Asfissia</li> <li>Lesioni del sistema nervoso centrale</li> <li>Sindrome Munchausen per procura</li> </ul>
Abuso psico/emozionale <sup>35-38</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Difficoltà di autostima</li> <li>Iperattività</li> <li>Lesioni autoinflitte</li> <li>Difficoltà di relazione con i propri pari</li> <li>Senso di colpa/vergogna</li> <li>Disordini somatici</li> <li>Peggioramento del rendimento scolastico</li> <li>Disordini alimentari</li> <li>Ansia, depressione</li> <li>Abuso di alcool/droghe</li> </ul>
Trascuratezza e negligenza <sup>5, 39, 40</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Malattie infettive</li> <li>Ritardo di crescita - <i>failure to thrive</i></li> <li>Distrofia – morte</li> </ul>
Abuso Sessuale <sup>19, 21, 41, 42</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Gravidanza indesiderata</li> <li>HIV/AIDS/ malattie sessualmente trasmesse</li> <li>Morbilità causata da esiti avversi di salute riproduttiva</li> </ul>

Conseguenze lungotermine<sup>3, 4, 27, 30</sup>

Conseguenze sullo sviluppo

Disabilità

Disordini alimentari

Abuso di alcool/droghe

Ansia, depressione

Delinquenza, comportamenti violenti

auto-distruttività

condotte rischiose

accresciuta probabilità di divenire genitore abusante

esiti avversi di salute riproduttiva a lungo termine

Disfunzioni sessuali

Infertilità

Conseguenze fatali<sup>5, 6, 8</sup>

Omicidio

Suicidio

Infanticidio

AIDS

IVG sesso dipendente

Mortalità causata da esiti avversi di salute riproduttiva

## **ABUSO SESSUALE SUI MINORI: INQUADRAMENTO**

Per abuso sessuale si intende il coinvolgimento del bambino e dell'adolescente in attività sessuali che egli non può pienamente comprendere, per le quali non può quindi dare il proprio consapevole consenso, o che violino tabù sociali e norme familiari<sup>53</sup>. Le attività sessuali cui questa definizione fa riferimento vanno da forme di abuso prive di contatto fisico, come esibizionismo e voyerismo, a forme invece fisicamente intrusive, quali contatto oro-genitale, genito-genitale o genito- anale, nei confronti del bambino o da parte di quest'ultimo verso l'abusante<sup>54</sup>.

Questa definizione che, risalendo al 1977, si pone agli albori del lungo e ancora aperto processo di studio e comprensione del fenomeno, risulta quanto mai attuale e utile nell'enfatizzare i due aspetti cruciali di questa problematica: la natura sessuale dell'atto e la mancanza del consenso.

Il *National Centre for Child Abuse and Neglect* pone l'attenzione, nella definizione del fenomeno, sull'intenzionalità dell'abusante, più che sull'atto in sé, definendo l'abuso sessuale nel bambino come il contatto o l'interazione tra un bambino e un adulto all'interno della quale il bambino sia usato per stimolare sessualmente colui che perpetra l'abuso o un terzo<sup>55</sup>.

Una terza definizione<sup>56</sup> combina le precedenti descrivendo l'abuso come l'esposizione del minore a esperienze di natura sessuale inadeguate al suo livello di sviluppo fisico, cognitivo ed emozionale, perpetrate col fine della gratificazione sessuale dell'abusante.

Recentemente l'attenzione si è focalizzata anche su quello che si configura come uno scenario particolare all'interno del complesso fenomeno dell'abuso sessuale su minore,

ovvero l'abuso perpetrato dai pari, soggetti minori, della stessa età o con minima differenza d'età. Nel difficile e necessario tentativo di distinguere un episodio d'abuso da un'esperienza sessuale libera e consapevole tra minorenni, gli elementi determinanti sembrano essere da un lato l'asimmetria in termini di sviluppo psicofisico dei partecipanti<sup>57</sup> che, trattandosi di popolazione pediatrica può essere importante anche a fronte di pochi anni di differenza d'età, e dall'altro la relazione intercorrente tra i partecipanti<sup>55</sup> laddove il perpetrante si trovi in una posizione di potere e controllo nei confronti della vittima. Questo secondo aspetto viene esplicitato anche nell'articolo 609-quater del Codice Penale: *“Soggiace alla pena stabilita dell'art. 609-bis chiunque, ..., compie atti sessuali con persona che, al momento del fatto: 1) non ha compiuto gli anni quattordici; 2) non ha compiuto gli anni sedici, quando il colpevole sia l'ascendente, ...”*. Sebbene l'articolo non faccia specifico riferimento all'abuso da parte di pari, mette comunque bene in evidenza come, qualora ci si trovi a dover interpretare e giudicare atti sessuali compiuti con minorenni (o tra minorenni), l'abuso della propria posizione di potere e tutela della vittima da parte del perpetrante sia l'aspetto fondamentale che connota la condotta sessuale come reato, e uno dei fattori che maggiormente differenziano la violenza sessuale sui minori dalla violenza sessuale nell'adulto<sup>58, 59, 60</sup>.

## **Epidemiologia**

*Maltrattamenti sui bambini, “pediatri e medici di base non segnalano”<sup>61</sup>.*

Secondo una recente indagine condotta su 1170 dottori di Milano e hinterland da Terre des hommes e Sbam, nonostante 6 volte su 10 venga intuito il disagio, nel 51,5% dei casi il personale medico sceglie di non denunciare perché pensa di non avere prove, di non essere preparato o teme di provocare conseguenze sulla famiglia.

Il titolo di quest'articolo comparso qualche mese fa su Il Fatto Quotidiano dà un'idea semplice e immediata di quanto il maltrattamento all'infanzia sia una problematica tanto attuale quanto controversa. Chi affronta questo tema si scontra non solo con la complessità del fenomeno dal punto di vista della diagnosi, ma anche con la difficoltà di reperire dati epidemiologicamente significativi per poter comprenderne le dimensioni<sup>62</sup>. Esprimendosi in termini più prettamente medici si può dire che il maltrattamento sui minori, che può facilmente essere paragonato a patologia in quanto potenzialmente lesivo dello sviluppo e della salute del bambino, non abbia una clinica classica e sempre oggettivabile, ma si manifesti con una serie di presentazioni estremamente variabili, di natura fisica e comportamentale, che vanno dal riscontro di lesioni francamente imputabili a violenza subita (di varia natura), o racconti inequivocabilmente ascrivibili ad episodi di abuso, a quadri più sfumati ed aspecifici fino alla completa assenza di segni, sintomi o reperti anamnestici indicatori<sup>62, 63</sup>.

L'abuso sessuale nel bambino deve essere considerato un problema di salute pubblica, con conseguenze a breve e lungo termine<sup>64,65</sup>. I metodi correnti di raccolta dei dati, basati per lo più su analisi di mortalità<sup>66,67</sup>, non costituiscono una misurazione adeguata del carico di questa problematica sul sistema sanitario, in termini di disabilità e problemi di salute. L'impatto emotivo e sullo sviluppo del bambino, inizialmente trascurato dagli epidemiologi, è diventato oggetto di maggior preoccupazione e studio. L'enfasi, nell'analisi delle conseguenze a lungo termine, si è spostata da indicatori quali mortalità e morbilità, facilmente oggettivabili come traumi fisici, infezioni ecc, ad un'analisi incentrata sulla compromissione della salute mentale delle vittime adulte<sup>67</sup>. I danni a lungo termine interessano trasversalmente le sfere<sup>68</sup> emotiva, fisica, sociale e

sessuale, con costi e perdite considerevoli per la società<sup>69</sup>. I dati epidemiologici attualmente disponibili appaiono quanto mai frammentari: derivano da studi di tipo sia prospettico che retrospettivo, condotti in vari Paesi. Sono individuabili due tipi di fonti, ufficiali e non ufficiali, ottenute queste ultime per lo più mediante somministrazione di questionari. Ognuna di queste scelte metodologiche espone a errori di sovra o sottostima del fenomeno. Unitamente a questo bisogna considerare l'evoluzione della definizione di abuso sessuale su minore nel tempo e le specificità proprie dei diversi sistemi culturali e giuridici nelle varie aree geografiche. Risulta quindi difficile attuazione un'analisi epidemiologica comparata<sup>70, 71, 72, 73</sup>.

Gli obiettivi<sup>74</sup> della ricerca epidemiologica in merito all'abuso sessuale nel bambino sono:

- valutare la dimensione del fenomeno, attraverso calcoli di incidenza (nuovi casi anno in una popolazione di riferimento) e misure di prevalenza (quota di vittime di abuso in una popolazione di riferimento)
- migliorare le conoscenze in merito ai vari aspetti del fenomeno quali: fattori di rischio, sintomi subclinici, evoluzione, outcome e compromissione della salute a lungo termine
- focalizzare l'attenzione su questa tematica, riconoscendola come una problematica di salute pubblica e valutare le risorse da destinarvi.

Tre importanti studi sono stati condotti, volti alla quantificazione del fenomeno, uno inglese del 1985 e due che risalgono al 1989, uno canadese e uno francese. Tutti e tre includevano una popolazione di età inferiore ai 16 anni. Una revisione dei risultati di questi 3 studi ci fornisce i seguenti dati di prevalenza:

- 3-5% includendo maschi e femmine;



- 4-8% tra le femmine;
- 2-4% tra i maschi.

10 anni sembra essere l'età di massimo rischio, e l'abuso sessuale si configura come ripetuto (più di un episodio) nel 33% dei casi. Sempre secondo questi studi l'abuso risulta essere intrafamiliare in quasi il 20% dei casi, ed è perpetrato da un "functional father", ovvero padre, patrigno o nuovo partner della madre, nel 10% dei casi. La segnalazione del caso all'autorità giudiziaria sembra avvenire solo nel 10% dei casi.

Un recentissimo studio canadese<sup>75</sup> ha dato un importante contributo nel chiarire le difficoltà che si incontrano nella quantificazione del fenomeno, confrontando i dati raccolti "above the surface" e "below the surface", ricorrendo alla metafora dell'iceberg, che ben si presta a descrivere una problematica sanitaria delicata e controversa come quella dell'abuso sessuale su minore. Con "above the surface" si identificano tutti i dati di provenienza ufficiale, polizia, servizi di tutela dei minori, altri servizi, considerando cioè solo i casi segnalati, ed ottenendo da questi principalmente dei valori di incidenza. Mentre "below the surface" si riferisce a dati ottenuti mediante disegni di studio per lo più retrospettivi e calcoli di prevalenza, basati sulla dichiarazione dei singoli adulti coinvolti.

Studi nazionali di incidenza basati sulle "fonti ufficiali", quindi sui casi segnalati, hanno dato i seguenti risultati: incidenza annua di 2,4/1000 negli USA nel 2010, e di 0,43/1000 in Canada nel 2008<sup>72,76</sup>.

Studi di prevalenza del fenomeno "below the surface", riferiti a campioni di adulti estratti dalle stesse popolazioni (2009), che includono quindi la quota segnalata a cui si sommano tutti i casi mai pervenuti alle Autorità hanno fornito i seguenti risultati: prevalenza dal 20 al 30% di episodi nell'infanzia tra le donne e prevalenza lievemente

inferiore al 10% per gli uomini<sup>77</sup>. Sintetizzando i risultati ottenuti da vari studi di questo genere, si è arrivati ad un valore di incidenza approssimativa del 4% per le ragazze e del 2% per i ragazzi, dove la maggior parte delle vittime di ambo i sessi è adolescente. Dal confronto emerge chiaramente come una stima che si basi unicamente sui casi segnalati identifichi solo il 3-5% dei casi reali, lasciando che più del 95% degli episodi di abuso sessuale su minore non venga mai “in superficie”. Una lettura attenta del dato ci mostra inoltre come le stime varino incredibilmente al variare dei disegni sperimentali usati, della scelta del campione e delle popolazioni considerate<sup>78,79</sup>.

Una metanalisi del 2011 ha raggruppato 217 pubblicazioni sul tema a livello mondiale, riferite agli anni 1980-2008, raggruppando una popolazione campione di 9,911,748 partecipanti<sup>80</sup>. La prevalenza mondiale stimata era di 127/1000 negli studi basati su “self-report”, e di 4/1000 negli studi basati su fonti ufficiali. Gli abusi riferiti (self-report) sono risultati essere più comuni tra le femmine (180/1000) che tra i maschi (76/1000). La prevalenza più bassa, in ambo i sessi, si riscontra in Asia (113/1000 F; 41/1000 M), mentre i valori più alti li troviamo in Australia per le femmine (215/1000) e in Africa per i maschi (193/1000). Anche da questo studio risulta chiaro da un lato come quello dell’abuso sessuale su minore sia un tema di interesse sanitario globale<sup>66</sup>, e dall’altro come le scelte metodologiche di conduzione dello studio, scelta delle fonti e raccolta dei dati influenzino in maniera importante i risultati ottenuti<sup>77</sup>.

### *In Italia*

Nell’effettuare una ricerca epidemiologica sull’abuso sessuale su minore in Italia la prima cosa da sottolineare è la difficoltà che si incontra nel reperire questo tipo di informazione. L’abuso sessuale nel bambino difficilmente è oggetto di indagine a sé, venendo per lo più accorpato ad altre forme di maltrattamento all’infanzia, al fenomeno

della violenza sessuale in generale, a rapporti nazionali sulla criminalità e la sicurezza, o a fenomeni quali la prostituzione e lo sfruttamento minorili.

In Italia, dai dati del Ministero dell'interno<sup>81</sup>, Direzione Centrale della polizia criminale, riferiti al 2008, è emerso che i minori vittime di abuso sessuale sono stati 389 per violenze sessuali, 373 per atti sessuali con minore, 168 per corruzione di minorenne, 127 per prostituzione minorile, 329 per pornografia minorile. Dati meno recenti ma ottenuti mediante un'indagine più mirata ci vengono dalla Commissione Scientifica "Monitoraggio del maltrattamento" del Coordinamento Italiano dei Servizi contro il Maltrattamento e l'Abuso all'Infanzia (CISMAI), che ha portato a termine nel 1999<sup>82</sup> una rilevazione del maltrattamento e dell'abuso sessuale sui minori compiuta sulla base dei dati raccolti da 7 centri e servizi del CISMAI distribuiti sul territorio italiano, in relazione ai casi di maltrattamento e/o abuso sessuale segnalati o in carico a tali enti negli anni 1998 e 1999. Lo strumento di rilevazione è stata una scheda specifica, elaborata dalla Commissione, e il materiale raccolto è riferibile a 928 minori segnalati o in carico per maltrattamento e/o abuso sessuale nei 2 anni di studio. Riguardo alle varie tipologie di violenza, risulta che dopo le situazioni a rischio di violenza (oltre il 26%) e la trascuratezza (quasi il 22%) - situazioni queste in cui dovrebbe maggiormente operare l'attività di prevenzione - la tipologia di violenza percentualmente più commessa è l'abuso sessuale (circa il 20%). Secondo questa ricerca le violenze sono commesse nella quasi totalità dei casi all'interno della famiglia (91%). Il rapporto annuale del CENSIS del 1998<sup>83</sup> ha calcolato in Italia un numero oscillante tra i 10.500 e i 21.000 minorenni vittima di violenza sessuale (violenza carnale e molestie sessuali) ogni anno. Sempre secondo tale rapporto su un totale di 470 denunce, 406 sono a carico di autori noti, e solo 64 a carico di autori ignoti. Inoltre circa 2 bambini su 1000 subirebbero, ogni anno,

violenza sessuale, con 1 caso ogni 400 minori. Quanto a genere ed età delle vittime in Italia i risultati della rilevazione del CISMAI del 1999 descrivono il 56% di vittime di sesso femminile, e la fascia di età tra i 12 e i 14 anni come quella più a rischio nel 1998, mentre la frequenza di abusi sessuali si è rivelata più alta nei bambini tra i 6 e i 10 anni nel 1999.

### **Fattori Di Rischio**

Non è facile definire quali siano i fattori di rischio dell'abuso sessuale, non disponendo per lo più, come precedentemente esposto, di riferimenti epidemiologici adeguati<sup>84</sup>. Etnia e status socioeconomico non sembrano essere associati ad aumentato rischio di abuso sessuale, contrariamente a quanto si è portati a pensare in prima istanza<sup>58, 59</sup>. Quanto a genere ed età è stata trovata invece correlazione, dove le femmine sono più frequentemente vittime rispetto ai maschi<sup>56</sup>. Per quanto riguarda le età di maggior suscettibilità la letteratura identifica due picchi, in corrispondenza dei 7 e 13 anni<sup>54</sup>, per ambo i sessi. Nella lettura di questi dati bisogna tenere presente che il genere maschile e le vittime di età prescolare potrebbero risultare sottorappresentate a causa dell'impossibilità o della minor tendenza alla verbalizzazione dell'accaduto<sup>63</sup>.

Gli adolescenti (dai 13 ai 16) costituiscono una classe particolarmente a rischio in termini di frequenza, con episodi di abuso che spesso differiscono dalle dinamiche più spesso riscontrate nel panorama della violenza sessuale su minore, sia per modalità che per profilo dell'abusante<sup>57</sup>. Sotto i 13 anni il quadro che più spesso si incontra è quello dell'abuso intrafamiliare, o più in generale quello dell'abuso perpetrato da un ascendente; abusi perpetrati all'interno del nucleo familiare si verificano circa nel 50% dei casi verso le bambine e nel 10-20% dei casi verso i maschi<sup>56</sup>. Sopra i 13 anni la percentuale di abusanti extra familiari cresce, fino ad arrivare a circa il 50%; in questi

casi gli abusanti risultano più spesso amici e conoscenti, con la particolare e recentissima realtà delle relazioni instaurate tramite social network; l'abuso perpetrato da sconosciuto resta un fenomeno poco rappresentato nel panorama dell'abuso sessuale su minore, rimanendo invece la presentazione più frequente di violenza sessuale tra gli adulti.

In un'analisi generale dei contesti all'interno dei quali si verificano più spesso episodi di abuso sessuale su minore si può affermare che le situazioni più a rischio sono quelle nelle quali non è garantita una supervisione adeguata dei minori, situazioni caratterizzate da scarso supporto e partecipazione alla vita dei figli, quadri di inadeguatezza parentale e relazioni genitori-figli povere in termini culturali e affettivi<sup>56</sup>. Riassumendo, si possono identificare fattori di rischio sociali, relazionali da parte dei genitori, patologie genitoriali, patologie dei minori o problemi relazionali da parte di questi ultimi<sup>60</sup>. Tra i fattori di rischio sociali e comunitari si considerano famiglie isolate dal contesto sociale, con problemi economici e lavorativi (condizioni che spesso si ritrovano in contesti di emigrazione); condizioni abitative inadeguate per igiene e spazi, famiglie monoparentali (ragazze madri, separazione, vedovanze) e disoccupazione. Tra i fattori di rischio relazionali a carico dei genitori si identificano patologie genitoriali, conflitti di coppia, genitori maltrattati a loro volta e con gravi carenze affettive. Anche patologie genitoriali quali psicosi, personalità miste (borderline), tossicodipendenze, alcolismo, ritardo mentale e patologie del bambino<sup>87</sup> quali malattie croniche, disabilità fisiche o psichiche, sono associate a un rischio aumentato di abuso sessuale<sup>85</sup>.

### **Associazione Con Altre Forme Di Abuso**

Nel valutare un caso di sospetta violenza sessuale su minore l'atteggiamento del medico (pediatra di libera scelta, medico legale, medico di comunità, medico di Pronto soccorso

che sia) non deve essere quello di focalizzarsi sulla presenza/assenza di lesioni compatibili all'ispezione genitoanale, ma deve configurarsi il più possibile come un orientamento diagnostico aperto ed attento, volto a identificare qualsiasi situazione di potenziale compromissione della salute del bambino, nella consapevolezza che la violenza sessuale, proprio perchè spesso legata ai contesti di rischio sopra citati, frequentemente si accompagna ad altre forme di abuso all'infanzia<sup>63,68</sup>. Andranno quindi cercati segni di maltrattamento fisico (evidenza clinica di lesività traumatica), abuso psicoemozionale, la forma di abuso a tutt'oggi più misconosciuta (indicatori comportamentali), e segni di trascuratezza, o più precisamente segni di patologia delle cure, che comprende tre differenti scenari: incuria, discuria ed ipercuria<sup>86</sup>. È importante quindi, accanto ad un esame obiettivo completo, ad una raccolta anamnestica puntuale, ed alla visita ispettiva della regione genitoanale, porre l'attenzione su alcuni aspetti che possono essere spia di una situazione di inadeguatezza nella tutela del bambino: controllare se è stato rispettato il calendario delle vaccinazioni obbligatorie, se sono presenti carie dentali non curate, disturbi visivi o uditivi non trattati, segni di scarsa igiene, informarsi sul rendimento scolastico del bambino, indagare la presenza di disturbi comportamentali specifici (disturbo del comportamento alimentare ad esempio, che può configurarsi sia come anoressia nervosa che come alimentazione compulsiva e obesità) o aspecifici (rapporto con i pari, tendenza all'isolamento, aggressività ecc)<sup>87</sup>. Il sospetto di abuso sessuale, in assenza di racconto specifico e di lesioni perineali considerate inequivocabili può nascere quindi di fronte a una molteplicità di scenari: malattie veneree contratte in giovane età, traumi anche modesti nell'area perineale, infezioni ricorrenti delle vie urinarie, precoce ed eccessiva tendenza a giochi sessualizzati, fughe da casa e comportamenti anomali per il carattere del bambino<sup>88, 89</sup>.

## **Indicatori Aspecifici**

Di fronte al sospetto, sia esso nato da un racconto del bambino, di un caregiver, o insorto in contesti diversi, come quello scolastico, compito dello specialista medico sarà valutare la presenza di criteri o indicatori in grado di orientarlo nel difficile processo di accertamento dell'avvenuto abuso<sup>88</sup>. Nuovamente emerge con chiarezza come, trattandosi di indicatori fisici, cognitivi, emotivi e comportamentali, l'approccio diagnostico debba essere globale, sfumato, e debba avvalersi della collaborazione di figure professionali diverse<sup>90, 91</sup>.

### *Indicatori Comportamentali*

<b>Comportamenti da considerarsi normali nel bambino<sup>92</sup></b>
esplorare e toccare i propri genitali
giocare al dottore
masturbazione
resistenza al cambio del panno
improvvisa paura degli sconosciuti (9 mesi)
resistenza al bagnetto (2-3 anni)
difficoltà nel distacco dal genitore (2-5 anni)
<b>Indicatori comportamentali di disagio aspecifici</b>
masturbazione eccessiva

<p>disturbi del comportamento con aggressività</p> <p>disturbi del sonno e dell'appetito</p> <p>comparsa di fobie</p> <p>chiusura</p> <p>depressione</p> <p>comportamenti autolesionistici</p> <p>abuso di sostanze</p> <p>problemi scolastici</p> <p>problemi di comportamento relativo alla sfera sessuale<sup>93</sup></p>
<p><b>Anomalie comportamentali più suggestive di abuso subito</b></p>
<p>toccare ripetutamente i genitali di un adulto</p> <p>chiedere ad un adulto di toccare i propri genitali</p> <p>comportamenti erotizzati o seduttivi con altri bambini, o con giocattoli</p> <p>discutere di o minacciare il suicidio</p>

I disturbi comportamentali, per quanto aspecifici, acquisiscono maggior significatività se di comparsa improvvisa, successiva al presunto episodio di abuso. Alcuni autori<sup>94</sup> hanno identificato il disturbo da stress post traumatico e la comparsa di comportamenti sessualizzati come i due elementi chiave, nella sfera cognitivo-comportamentale, che



possano differenziare i bambini abusati dai bambini non abusati<sup>95</sup>.

### *Indicatori Somatici*

<b>Indicatori somatici di disagio aspecifici</b>
cefalea
dolore addominale
dolore in zona ano genitale e bruciore minzionale
enuresi, encopresi, alterazioni dell'alvo, stipsi

### **Visita Ispettiva Genito Anale**

Chiarite le circostanze di maggior rischio in termini di frequenza e gli indicatori, somatici e comportamentali, a fronte dei quali nasce il sospetto, si arriva a uno dei due momenti chiave nella diagnosi di avvenuto abuso: la visita medica dell'area genitoanale che, unitamente alla raccolta del racconto spontaneo quando presente, può rappresentare uno dei determinanti nel processo di accertamento dell'avvenuta violenza<sup>96, 97</sup>. I requisiti che il professionista sanitario che effettua la visita ispettiva deve avere, sia esso medico legale, pediatra o ginecologo (le 3 figure più spesso chiamate a questo tipo di valutazione), sono: abilità comunicative per potersi relazionare nel modo migliore al bambino e agli adulti che si occupano di lui; competenze tecniche: saper effettuare un esame obiettivo completo e una visita dell'area ano-genitale, saperla documentare<sup>93</sup>, conoscere i segni compatibili con un episodio di abuso, la loro specificità e saper formulare una diagnosi differenziale; attitudine al lavoro interdisciplinare<sup>98</sup>.

Target dell'esame medico obiettivo generale e della visita ispettiva dell'area genitoanale<sup>99</sup>:

- ottenere una raccolta anamnestica adeguata e completa interpellando il bambino e il care giver
- identificare eventuali diagnosi differenziali o spiegazioni alternative che possano giustificare la comparsa dei segni/sintomi che hanno destato preoccupazione e portato al sospetto abuso
- identificare e documentare lesioni, da trauma o infettive e tutte le condizioni cliniche oggettivate
- identificare e trattare eventuali patologie compresenti, non legate al presunto abuso
- valutare il bambino in termini di sviluppo psicomotorio per stabilire l'eventuale necessità di presa in carico specifica
- valutare lo stato di sicurezza del bambino e mettere in atto la segnalazione all'Autorità Giudiziaria se necessario

rassicurare il bambino e la famiglia/care giver.100

*"It's normal to be normal"*<sup>101</sup>

L'85-95% dei bambini che riportano un chiaro racconto di abuso sessuale ha un'obiettività genitoanale normale o aspecifica, perchè le lesioni causate dall'evento sono completamente guarite al momento della visita ispettiva o perchè le modalità con le quali è stato perpetrato l'abuso non sono tali da provocare lesioni tissutali. Molti bambini poi possono descrivere una penetrazione senza avere un chiaro concetto di cosa

questo comporti effettivamente, riferendosi in realtà più spesso a sfregamenti, pressione sui genitali esterni e tentativi di penetrazione non portati a termine, come ad esempio il superamento delle grandi labbra ma non del meato imenale. La penetrazione peniena dell'ano o dell'imene in ragazze allo stadio iniziale dello sviluppo puberale può non lasciare alcuna lesione grazie all'elasticità tissutale, o può causare lacerazioni minori che guariscono rapidamente e completamente<sup>102</sup>.

### *Timing*

Le lesioni ano genitali che residuano dopo un episodio di abuso, se presenti, ricordando che la dinamica della violenza sessuale nel bambino è nella maggior parte dei casi molto lontana da quella del “rape” dell'adulto, regrediscono rapidamente e spesso con completa restitutio ad integrum<sup>103</sup>. Si considerano generalmente 72h come la tempistica entro la quale sia ancora possibile rilevare lesioni acute e raccogliere materiale a fine probatorio, anche se la letteratura più recente ha dimostrato come raramente si trovi evidenza di violenza subita dopo 24h dal presunto episodio<sup>105</sup>. In due circostanze la visita va effettuata con urgenza: situazione di emergenza clinica che necessiti di intervento sanitario non differibile, a esempio un'emorragia in atto; e nei casi in cui i dati anamnestici, riguardanti momento e modalità dell'abuso, indichino la possibilità di poter rilevare lesioni e/o recuperare tracce biologiche.

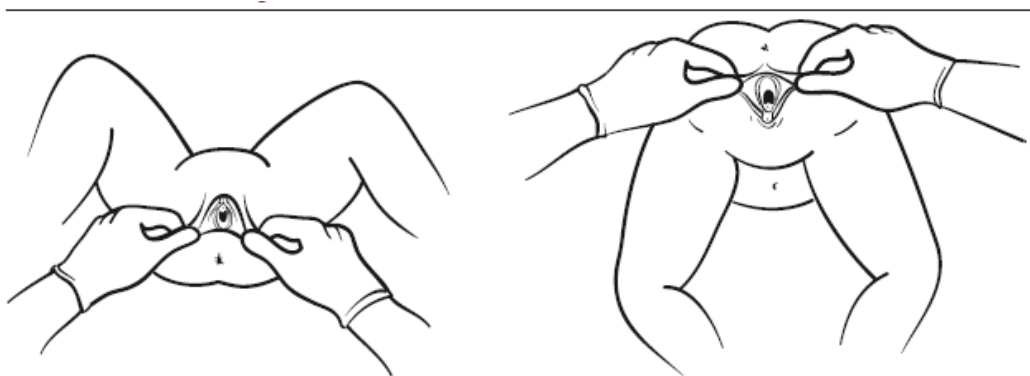
### *Tecnica*

L'ispezione anale deve precedere quella genitale al fine di valutare la comparsa di segni anali. Le posizioni sono: decubito laterale (sinistro per convenzione), per l'ispezione della regione anale; supina (frog-leg); genupettorale (knee-chest), consigliata la posizione ottimale per visualizzare il bordo posteriore dell'imene, ma spesso non

gradita dalle bambine, quindi l'ultima da proporre in corso di visita.

Nel corso dell'ispezione anale separare i glutei con il palmo delle mani e mantenere la trazione non più di 30 secondi per la valutazione del tono dello sfintere e della comparsa del riflesso di dilatazione anale (RAD). Evitare l'esplorazione rettale perché non utile a fine dell'inquadramento diagnostico, a meno che i benefici clinici non superino il rischio potenziale (corpi estranei, sanguinamento di natura da determinare).

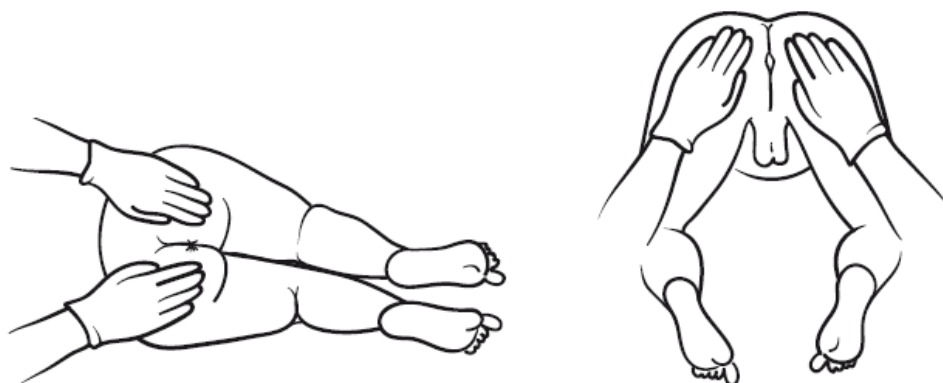
Nel corso dell'ispezione dei genitali femminili, per ottenere una miglior visualizzazione della morfologia dell'imene e dei suoi margini, dell'uretra e del vestibolo è consigliato separare delicatamente le grandi labbra (separazione labiale), ed effettuare la trazione labiale tenendo le grandi labbra tra il pollice e l'indice e delicatamente tirarle esternamente e anteriormente (trazione labiale).



**Figura 1.** Osservazione dei genitali femminili: posizione supina, frog-leg, tecnica di divaricazione (sinistra) e posizione genu-pettorale, knee-chest, tecnica di divaricazione e trazione (destra).

Non è necessario disporre di una strumentazione particolare, si raccomanda di assicurarsi di avere una fonte luminosa adeguata e una macchina fotografica per la documentazione iconografica.

Indagini più approfondite o invasive, che si servano di speculum, catetere di Foley o colposcopio, non dovrebbero essere usate indiscriminatamente, ma riservate invece a casi nei quali sia strettamente necessario ottenere una visualizzazione più accurata o si renda necessaria ai fini della diagnosi visualizzare l'interno del canale vaginale, e considerando l'opportunità della sedazione.



**Figura 2.** Osservazione della regione anale: Posizione in decubito laterale sinistro, tecnica di divaricazione (sinistra) e posizione genu-pettorale, tecnica di divaricazione (destra)

#### *Interpretazione dei segni ano-genitali*

È di fondamentale importanza una conoscenza adeguata dell'anatomia del prepubere (genitali maschili e femminili e regione anale) e le possibili varianti fisiologiche<sup>104</sup>.

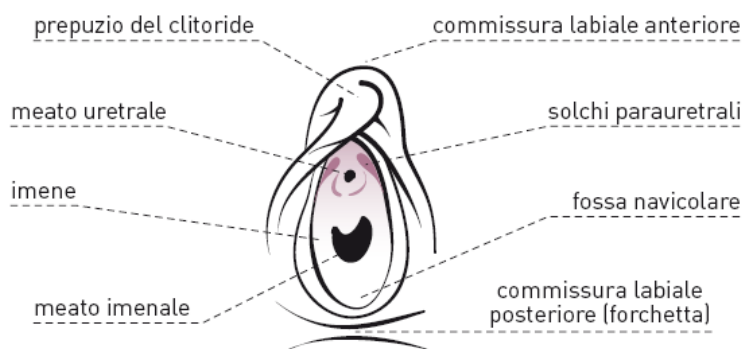
Rare sono le lesioni riscontrate a livello genitale maschile, tra le vittime di sesso

maschile infatti le modalità di abuso più intrusive e quindi più probabilmente foriere di lesività sono a livello anale. A livello di genitali femminili invece numerose sono le strutture che possono recare i segni dell'avvenuto contatto sessuale: cappuccio clitorideo, grandi e piccole labbra, forchetta posteriore, fossa navicolare, vestibolo, orifizio uretrale, imene e orifizio imenale. L'ispezione dei genitali femminili deve sistematicamente soffermarsi su ciascuna di queste. L'orifizio imenale normale può avere diversi aspetti: puntiforme, anulare, cribrato, semilunare, fimbriato, settato, a tasca, a risvolto di manica. L'assenza congenita della membrana imenale invece non è mai stata riscontrata. Va considerato infine che l'aspetto dell'imene cambia nel tempo, in relazione all'assetto ormonale, e quindi alle variazioni di questo con l'età; nei neonati, che risentono ancora dell'effetto degli estrogeni materni, l'imene apparirà più carnoso, per poi assottigliarsi col crescere della bambina, potendo assumere ad esempio un aspetto semilunare (meno rappresentato anteriormente); con l'esordio della pubertà infine, nuovamente per effetto estrogenico, la membrana imenale va incontro ad un nuovo ispessimento, l'imene può divenire fimbriato (con ripiegamento del margine)<sup>105</sup>, presentandosi più vascolarizzato e più elastico.

---

### Morfologia in età prepubere

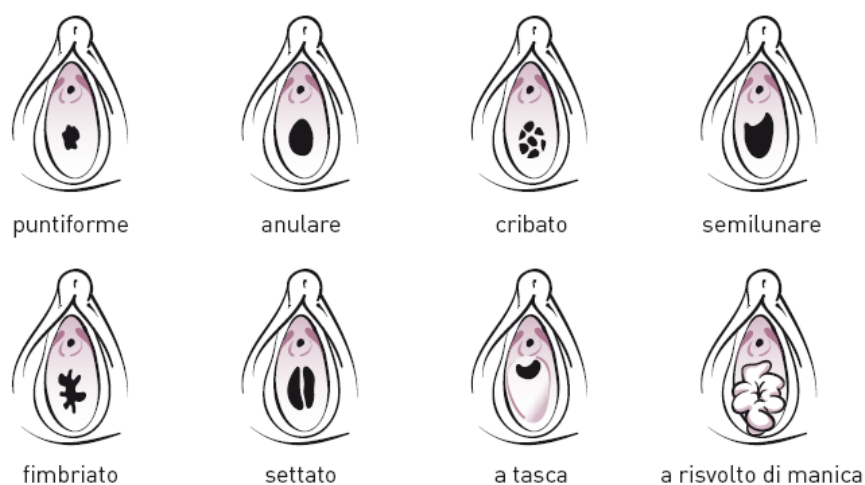
---



---

### Varianti anatomiche normali

---



---

**Figura 3.** Morfologia genitale femminile in età prepubere (sopra) e varianti anatomiche normali dell'imene (sotto)

La consapevolezza che la semeiotica spesso non dà un contributo determinante alla diagnosi di abuso non può in nessun modo portare a sottovalutare l'importanza di una corretta interpretazione dei riscontri obiettivi in termini di compatibilità o meno con abuso avvenuto. La panoramica dei possibili segni riscontrabili e la loro successiva classificazione in termini di specificità sono state ottenute mediante studi di popolazione in cui sono state confrontate la frequenza dei segni rilevata nei soggetti abusati con quella rilevata nei non abusati; tanto maggiore è la differenza tra le due frequenze tanto più si può ipotizzare un'associazione causale. A tal proposito è utile puntualizzare come

non sia affatto semplice la selezione di gruppi di “controllo”, all’interno dei quali l’abuso possa essere escluso con sicurezza. I gruppi selezionati all’interno di contesti clinici potrebbero avere un rischio e prevalenza maggiore di abusati, così come i gruppi estratti da una specifica popolazione o comunità potrebbero avere degli altri fattori di confondimento. A ciò si aggiunge che molti genitori non danno il consenso alla visita ispettiva della regione ano genitale a fini di ricerca. Il rischio di includere inavvertitamente tra i controlli bambini che sono stati vittima di abuso sessuale non è quindi minimamente trascurabile, potendo invalidare i risultati e alterare la specificità dei segni fisici e del loro significato<sup>106</sup>.

Il contributo più importante in questo senso ci viene da JA Adams, pediatra, la cui classificazione degli “anal and genital findings” rivalutata e aggiornata a più riprese, è accolta in campo internazionale come linea guida nell’interpretazione dell’obiettività genitoanale.

C’è accordo tra gli esperti del settore riguardo a quali ritrovamenti debbano essere considerati normali e quali anormali? Sì, eccetto che per alcuni segni dall’interpretazione controversa, la cui classificazione rimane oggetto di aperto dibattito all’interno della comunità scientifica<sup>109</sup>:

- 1) dimensioni del meato imenale
- 2) ampiezza del margine imenale posteriore
- 3) notches/cleftes/concavità/convessità (irregolarità nel bordo imenale)
- 4) riflesso di dilatazione anale (RAD)

Verranno rapidamente presi in esame i segni più controversi e successivamente l’intera classificazione.



### *Dimensioni del meato imenale*

Il riscontro di meato imenale “allargato”, o di “gaping hymenal orifice”, che descrive la situazione in cui il meato imenale e la parete vaginale possono essere visualizzati durante la visita con la sola abduzione delle gambe, senza alcuna manovra di trazione labiale, che in passato era stato incluso dalla Adams tra i segni di possibile abuso, è stato recentemente rimosso da questa categoria, nelle ultime revisioni della classificazione<sup>107</sup>. La scarsità di studi relativi a soggetti non abusati, di differenti età, condotti con tecniche diverse che incorporassero attente misurazioni dell’apertura orificiale non ci permette di identificare un cut-off al di là del quale l’orifizio possa essere definito “ingrandito”<sup>108</sup>. D’altra parte, studi condotti su vittime di abuso che avevano riferito penetrazione vaginale, successivamente confermata in sede forense o mediante confessione dell’abusante<sup>102</sup>, confrontati con studi riguardanti l’anatomia in soggetti nei quali l’abuso poteva essere escluso, hanno mostrato come non ci sia differenza statisticamente significativa tra le misurazioni nei due gruppi<sup>109</sup>.

### *Ampiezza del margine imenale posteriore e irregolarità del bordo*

Anche la correlazione tra irregolarità del bordo imenale (bump, notch, mound, cleft e zone di apparente assenza di tessuto) e traumi pregressi rimane controversa, oggetto di continui studi dalle conclusioni discordi<sup>110</sup>. C’è generale accordo tra gli esperti sul fatto che traumi “minori” a carico della membrana imenale, che interessino cioè meno del 50% dell’altezza, guariscano completamente e senza lasciare alcun segno. Meno chiara è la presenza di residui e segni, e la loro eventuale identificazione (irregolarità del margine?, assenza o diminuzione di tessuto nella porzione posteriore?) che derivino da

traumi maggiori (più del 50% dell'altezza della membrana) o da transezioni che coinvolgano l'imene fino alla base d'impianto.

### *RAD*

Non sono mai stati pubblicati studi caso-controllo riguardanti l'obiettività anale in soggetti con riferito abuso di tipo penetrativo<sup>104</sup>. Una correlazione tra la comparsa del riflesso di dilatazione e pregressi episodi di penetrazione anale accertati<sup>111</sup>, in assenza di condizioni cliniche predisponenti quali malattie intestinali, stipsi, encopresi<sup>112</sup>, è stata effettivamente trovata<sup>113</sup>, così come per altri elementi dell'obiettività anale (eritema, congestione venosa, cicatrici, tags, ecc)<sup>114</sup>. Tuttavia l'estrema limitatezza dei dati fin ora raccolti impedisce, per il momento, di inserire questo elemento tra i suggestivi di probabile abuso sessuale.

### **La Classificazione Di Adams<sup>99</sup>**

**Categoria I. Riscontri comuni in neonati o in bambini non abusati (uguale frequenza nelle due popolazioni). Non devono far pensare ad abuso in assenza di racconto specifico.**

#### A) Varianti normali

1. Bande periuretrali o vestibolari (bands)
2. Creste o colonne imenali (ridges, columns)
3. Convessità del margine imenale (bumps, mounds)
4. Tags imenali o residui settali
5. Linea vestibularis (area mediana avascolarizzata)
6. Concavità del margine imenale anteriore (notches, clefts), poste superiormente alla linea

che congiunge le h3 alle h9, paziente supina

7. Concavità minori del margine imenale (notches, clefts) nell'emirima inferiore (inferiormente alla linea che congiunge le h3 alle h9, paziente supina)
8. Creste imenali esterne (ridge)
9. Imene settato
10. Diastasis ani (area liscia)
11. Tag perianali
12. Iperpigmentazione cutanea piccole labbra o zona perianale in bambini afro-americani o messico-americani
13. Dilatazione dell'orifizio uretrale durante la trazione labiale
14. Ispessimento dell'imene (può essere dovuto all'effetto degli estrogeni, a un ripiegamento apicale della membrana, a guarigione da infezioni o traumi)

#### B) Riscontri causati da altre condizioni mediche

15. Eritema del vestibolo, del pene, dello scroto o del tessuto peri-ale (irritanti, infezioni, traumi).
16. Aumentata vascolarizzazione del vestibolo e dell'imene (irritanti locali o pattern normale in condizione di pre-estrogenizzazione)
17. Adesione labiale (irritazione o sfregamento)
18. Perdite vaginali (cause infettive e non infettive, eseguire colture per escludere malattie sessualmente trasmissibili)
19. Friabilità della forchetta posteriore o della commissura posteriore (irritazione, infezione o trazione esercitata dall'esaminatore)
20. Escoriazioni/sanguinamento/lesioni vascolari possono essere dovuti a condizioni

patologiche quali lichen sclerosus, eczema o dermatite seborroica, streptococco di gruppo A vaginale/perianale, prolasso uretrale, emangiomi

21. Parziale o completo difetto di fusione della linea mediana (perineal groove)
22. Fissurazioni anali (costipazione, irritazione perianale)
23. Congestione venosa perianale (posizione del bambino, costipazione)
24. Scomparsa delle pliche anali (rilassamento dello sfintere esterno o gonfiore del tessuto perianale per infezione o traumi)
25. Dilatazione anale parziale o completa minore di 2 cm con o senza strumento (può essere un riflesso normale alla trazione o avere altre cause, come costipazione severa o encopresi, sedazione, anestesia o patologie neuromuscolari)

**Categoria II. Riscontri aspecifici: i dati che emergono dagli studi sono insufficienti o contraddittori. In assenza di racconto di abuso necessitano di ulteriore approfondimento diagnostico. Considerare la segnalazione.**

A) Riscontri obiettivi

26. Notches e clefts profondi nel margine posteriore dell'imene in paziente prepubere, localizzati tra le ore 4 e le ore 8. Uno studio caso controllo riporta la presenza di notches di ampiezza maggiore del 50% nella rima imenale posteriore solo in ragazze che hanno descritto penetrazione vaginale digitale o peniena; il riscontro era presente comunque in solo 2 ragazzine su 192 tra i 3 e gli 8 anni che riportavano penetrazione. Distinguere tra notches superficiali (meno del 50% dell'altezza imenale) e profondi (più del 50% dell'altezza imenale) può essere molto difficile.
27. Notch profondo o cleft completo inferiormente alla linea che congiunge le ore 3 e le ore

9 in pazienti adolescenti.

28. Margine imenale posteriore integro di altezza minore di 1 mm nella porzione compresa tra le ore 4 e le ore 8, riscontrato in posizione genupettorale o evidenziato mediante distensione della membrana con acqua se visita condotta in posizione supina. Questo riscontro è assente in ragazze selezionate per non essere state abusate in 4 studi distinti. In ogni caso un'altezza della membrana imenale inferiore a 1-2 mm nella rima posteriore è stato trovato nel 22% delle ragazze non abusate in un ulteriore studio. Inoltre va detto che in numerosi casi risulta molto difficile una misurazione accurata dell'altezza dell'imene nella porzione posteriore.

29. Escrescenze genitali (possono essere tags, o possono essere condilomi acuminati acquisiti per trasmissione perinatale o altre forme di trasmissione non sessuale).

30. Lesioni vescicolari o ulcerative nella zona genitale o anale (cause infettive e non infettive, come: herpes, sifilide, varicella o altri virus, malattia di Behcet, morbo di Crohn o idiopatiche).

31. Dilatazione marcata e immediata o di diametro maggiore di 2 cm, in assenza di fattori predisponenti come costipazione cronica, sedazione, anestesia, patologie neuromuscolari. Non c'è chiaro consenso tra gli esperti in merito alla significatività di questo riscontro, che resta comunque molto raro sia tra gli abusati che tra i non abusati.

B) Lesioni con eziologia confermata: specificità indefinita per trasmissione sessuale

32. Condilomi acuminati anali o genitali di prima comparsa dopo i 3-5 anni, in assenza di altri indicatori di abuso.

33. Herpes tipo 1 o 2 in zona anale o genitale in un bambino senza altri indicatori di abuso sessuale.

**Categoria III. Riscontri diagnostici per trauma o contatto di natura sessuale. In assenza di una storia chiara, coerente e compatibile di dinamica accidentale o di trasmissione non sessuale dovrebbero indurre alla segnalazione ai servizi di tutela minorile.**

A) Moderata specificità di abuso

34. Lacerazioni acute o escoriazioni estese di labbra, tessuto peri-imenale, pene, scroto o perineo (potrebbero derivare da trauma accidentale senza testimoni).
35. Lacerazioni acute della forchetta posteriore, non coinvolgenti l'imene (devono essere distinte da esito di separazione di fusione labiale, difetto di fusione della linea mediana o esito di trauma accidentale).
36. Cicatrici a livello della forchetta posteriore, molto difficili da individuare a meno di documentata pregressa lesione acuta nella stessa sede.
37. Cicatrici perianali, difficili da identificare a meno di documentata pregressa lesione acuta nella stessa sede; potrebbero essere dovute a patologie quali morbo di Crohn o esiti di pregresse procedure mediche invasive.

B) Alta specificità per abuso (diagnostica di trauma penetrativo violento).

38. Lacerazione acuta parziale o completa dell'imene.
39. Ecchimosi o escoriazioni dell'imene
40. Lacerazioni perianali che si estendono in profondità nello sfintere anale esterno (non devono essere confuse con difetto parziale di fusione della linea mediana).
41. Transezione imenale guarita. Un'area compresa tra le ore 4 e le ore 8 di apparente assenza di tessuto imenale, (derivante da lacerazione fino alla base d'impianto), confermata in posizione genupettorale o con tecniche esaminative supplementari come l'uso di un tampone, distensione dell'imene con acqua o di un catetere di Foley.

42. Assenza di tessuto imenale in ampie aree nell'emirima posteriore dell'imene, che si estendono fino alla base d'impianto, confermate con posizioni e tecniche addizionali.
- C) La presenza di infezioni conferma il contatto delle mucose con secrezioni genitali infette, contatto presumibilmente di natura sessuale.
43. Tamponi dell'area genitale, anale, della mucosa faringea, positivi per gonorrea in un bambino fuori dal periodo neonatale.
44. Confermata diagnosi di sifilide, avendo escluso la trasmissione perinatale.
45. Infezione da *Trichomonas vaginalis* in bambino di età superiore all'anno, con organismi identificati nelle secrezioni vaginali.
46. Coltura di tampone genitale o anale positiva per *Chlamydia*, in bambino di età superiore ai 3 anni al momento della diagnosi.
47. Sierologia positiva per HIV, escluse la trasmissione perinatale e quella mediante prodotti sanguigni.
- D) Diagnosi di avvenuto contatto sessuale
48. Gravidanza.
49. Sperma identificato in campioni presi direttamente dal corpo del bambino.

Dopo aver fornito una classificazione puntuale delle lesioni che si possono incontrare all'esame obiettivo genitoanale, basata sulla loro specificità, la Adams costruisce poi 4 classi di probabilità<sup>99</sup> di avvenuto abuso, mettendo insieme racconto, obiettività clinica, e cambiamenti comportamentali, ben sintetizzando le principali presentazioni del sospetto in cui lo specialista si può imbattere. Questa suddivisione, estremamente semplice e intuitiva, rappresenta il riferimento metodologico internazionalmente riconosciuto per la diagnosi di abuso sessuale su minore.

<b>Classe I</b>	<b>Classe II</b>	<b>Classe III</b>	<b>Classe IV</b>
<b>Nessuna indicazione di abuso</b>	<b>Abuso possibile</b>	<b>Abuso probabile</b>	<b>Abuso certo</b>
<p>1. obiettività completamente negativa, nessun racconto, nessun cambiamento comportamentale, nessuna testimonianza di abuso.</p> <p>2. obiettività clinica di categoria 2 (aspecifica) accompagnata da spiegazione della dinamica certa o verosimile, in assenza di</p>	<p>1. obiettività clinica di categoria 1 o 2 (aspecifica) con disturbi comportamentali ma nessun racconto.</p> <p>2. herpes tipo 1; nessun altro segno fisico e nessun racconto.</p> <p>3. verruche genitali (condiloma acuminato); nessun altro segno fisico e</p>	<p>1. racconto specifico, con obiettività clinica positiva o negativa.</p> <p>2. coltura positiva per Chlamidia trachomatis in bambino prepubere (non test antigenico rapido).</p> <p>3. coltura positive per herpes simplex tipo 2.</p> <p>4. infezione da</p>	<p>1. segni fisici di categoria 4, nessun riferito di dinamica accidentale compatibile.</p> <p>2. riscontro di sperma o liquido seminale.</p> <p>3. pregnancy</p> <p>4. colture positive per <i>Neisseria gonorrhoea</i>.</p> <p>5. confermata diagnosi di sifilide, avendo escluso la</p>



racconto e di cambiamenti comportamentali. 3. bambino a rischio di abuso sessuale ma nessun racconto e nessun cambiamento comportamentale. 4. segni fisici compatibili con trauma di natura accidentale.	nessun racconto. 4. frasi pronunciate dal bambino ma non sufficientemente dettagliate o credibili.	Trichomonas vaginalis.	trasmissione perinatale. 6. fotografie o video dell'episodio di abuso. 7. sierologia positiva per HIV, escluse la trasmissione perinatale e quella mediante prodotti sanguigni.
---	--	---------------------------	--

## Il Racconto

Il racconto, sia per quanto riguarda la formulazione del sospetto che per quanto concerne l'approfondimento diagnostico successivo, è spesso l'elemento chiave nella diagnosi di abuso sessuale, insieme all'obiettività genitoanale, e con questa condivide non solo l'importanza ma anche la natura controversa e spesso non dirimente.

Studi condotti su popolazioni adulte<sup>54</sup> mostrano come meno del 50% delle

vittime di abuso sessuale comunicano la loro esperienza a qualcuno da bambini. Molti racconti poi nascono in maniera accidentale, quando ad esempio alcuni comportamenti anomali del bambino allertano il genitore che pone delle domande specifiche al minore, o quando il bambino pronuncia alcune frasi suggestive in contesti extrafamiliari, tipicamente tra i pari, i quali successivamente riportano l'accaduto ad un adulto. I bambini che raccontano l'accaduto intenzionalmente inoltre spesso poi negano ciò che hanno affermato.

Sorenson e Snow<sup>115</sup> descrivono il racconto come un processo, invece che come evento puntuale, identificando 5 fasi: negazione, tentativo di verbalizzazione, racconto intenzionale, ritrattazione, riaffermazione. Negli studi da loro condotti emerge come la maggior parte dei racconti sia accidentale (74%), nel 22% dei casi ci sia una ritrattazione delle affermazioni, ma nel 93% dei casi alla fine ci sia una conferma di quanto precedentemente verbalizzato. Altri Autori<sup>116</sup> prendono le distanze da questa posizione, portando risultati diversi: il 78% dei bambini avrebbe fornito un racconto completo nel corso del primo colloquio investigativo, e solo il 4% di questi successivamente avrebbe ritrattato.

In ogni caso, ogni qualvolta ci si trovi a valutare un caso di sospetto abuso, un'analisi attenta del contesto nel quale sono state pronunciate le affermazioni è necessaria. Particolare attenzione deve essere posta nel capire se le affermazioni del bambino siano state spontanee o indotte, pronunciate cioè in risposta a domande suggestive di chi ha accolto il racconto. I bambini infatti tendono ad assecondare l'adulto<sup>91</sup>, se sollecitati da domande ripetute, poste in maniera suggestiva. Anche il timing delle affermazioni dovrebbe essere considerato in maniera attenta<sup>100</sup>. Alcuni tra i parametri che possono essere d'aiuto nella

valutazione dell'attendibilità del racconto sono: spontaneità o meno delle affermazioni, precisione del racconto e dettagli, coerenza delle affermazioni quando raccolte a più riprese nel tempo, connotazione del racconto con dettagli sensoriali, sapori, odori, sensazioni termiche o tattili specifiche; quest'ultimo aspetto in particolare quando presente, per ovvie ragioni, dà notevole credibilità a quanto affermato. Uno scenario particolare che al contrario tende a screditare l'attendibilità dei racconti è quello dei contesti di importante conflittualità parentale<sup>117</sup>. La tendenza, visto l'alto numero di false affermazioni, o di verbalizzazioni nate in risposta a domande suggestive legate a questo tipo di situazione, è quella di sottovalutare la veridicità di quanto riportato. Le asserzioni o i racconti che nascono in contesti di separazione conflittuale e dispute per la custodia dei figli dovrebbero però essere valutate con la stessa obiettività e attenzione che ogni altra affermazione. L'atmosfera litigiosa e confondente di questi casi può facilmente costernare e travolgere il singolo professionista chiamato alla valutazione<sup>118</sup>. Anche in questo caso un'ottima strategia per far fronte alle numerose fonti di errore è quella di lavorare in collaborazione, all'interno di un team multidisciplinare, in grado di garantire maggior oggettività e di distribuire il carico su diversi esperti. Sempre in questi casi un approccio intelligente e utile ai fini diagnostici e di valutazione del dato (sia esso una lesione aspecifica all'esame obiettivo o affermazioni ambigue del minore di difficile interpretazione) è quello di interrogare l'entourage extrafamiliare del bambino: pediatra di libera scelta, maestre, terapeuta o neuropsichiatra se presente, ecc.

### **Valutazione Globale**

Riassumendo quanto precedentemente affermato risulta chiaro come il sospetto di avvenuta violenza sessuale su minore possa nascere in circostanze e con modalità diverse: una lesione in area genitale accidentalmente riscontrata nel corso di una visita dal pediatra, un'affermazione a contenuto sessuale incongrua per l'età e le esperienze del bambino riferita dalle maestre, la comparsa di improvvisi disturbi del comportamento e cambiamenti evidenti e acuti nel carattere del bambino<sup>91</sup>, un racconto spontaneo e dettagliato ecc. Gli strumenti di cui dispone il professionista sanitario per dare fondamento o meno al sospetto sono costituiti prevalentemente dalla visita medica ispettiva della regione genitoanale e dalla raccolta anamnestica (remota e prossima) accurata. Entrambi questi elementi possono risultare molto informativi, fino ad essere probanti, o al contrario essere completamente aspecifici, a seconda del caso<sup>90</sup>. Per tutti questi motivi la miglior strategia diagnostica di fronte a una problematica così controversa e sfumata è quella che si basi su due concetti: l'esperienza e la multidisciplinarietà<sup>69</sup>. Per la complessità del fenomeno e la molteplicità degli aspetti coinvolti ci si può trovare di fronte alla necessità di avere una valutazione neuropsichiatrica del bambino, una valutazione psicologica del bambino e dei genitori, un'analisi attenta dei ricoveri precedenti e delle patologie pregresse. La diagnosi poi impone il passo successivo e più importante della presa in carico globale della vittima, di natura medica, psicologica, socio-economica e legale.

La difficoltà di distinguere tra il normale e il patologico, sia a livello medico che psicologico, e di riconoscere, all'interno di una comprovata situazione non tutelante per il minore, se si tratti specificamente di abuso sessuale o di altre forme di maltrattamento all'infanzia, richiede conoscenze specifiche relative

all'abuso, acquisite per lo più grazie ad un lungo training nel settore<sup>96</sup>.

Il miglior atteggiamento è quindi quello di rivolgersi a uno specialista con esperienza nel settore, che lavori all'interno di un'equipe di esperti, composta da diverse figure professionali. Questo garantirà una più attenta valutazione diagnostica, una più completa presa in carico e, da non trascurare, una miglior raccolta degli elementi più utili e significativi per un'eventuale successiva discussione forense del caso<sup>70</sup>.

### **Le Conseguenze dell'Abuso Sessuale**

La comprensione della gravità del fenomeno, dell'importanza di una presa in carico rapida ed adeguata, e della rilevanza di questa problematica in ambito sanitario e di popolazione passa necessariamente attraverso un'analisi rapida delle conseguenze a breve e lungo termine dell'abuso sessuale su minore<sup>71</sup>. Anche questi dati sono stati ottenuti mediante indagini eipidemiologiche, di difficile attuazione, volte a individuare, ove presente, una correlazione tra episodio di abuso subito durante l'infanzia e insorgenza di patologie, prevalentemente di natura psichiatrica, nel corso della vita (infanzia, adolescenza, età adulta)<sup>119</sup>. I numerosi studi che sono stati condotti in tal senso approssimativamente tra il 2003 e il 2009 hanno mostrato come le vittime di abuso abbiano un rischio maggiore, rispetto alla popolazione generale, di sviluppare<sup>84</sup>:

- comportamenti sessualizzati; compaiono soprattutto nel breve termine (indicatori comportamentali), ponendosi spesso all'origine del sospetto diagnostico; sono più frequenti nei bambini piccoli, abusati in giovanissima età.

- Altri disturbi comportamentali; sindrome da iperattività e disturbo dell'attenzione; sindrome da stress post traumatico; disturbo generalizzato d'ansia; comparsa di comportamenti violenti, come uso di armi o risse, soprattutto tra i maschi adolescenti. Comportamenti di questo genere infatti sono manifestazione di una tendenza all'esternalizzazione, prevalente tra i maschi, al contrario di condotte che potremmo definire di internalizzazione (depressione, disturbi alimentari), più frequenti tra le ragazze.
- Patologie psichiatriche; l'incidenza di patologie psichiatriche tra le vittime di abuso, nell'arco della vita, è del 56% per le donne e del 47% per gli uomini. Tra queste il già citato disturbo da stress post traumatico (la cui insorgenza può essere anche tardiva), disturbo d'ansia, depressione, ideazioni suicidarie, e ancora disturbo borderline della personalità, disturbo identitario dissociativo e bulimia nervosa.
- Abuso di sostanze
- Obesità, correlata anche a depressione, comportamenti impulsivi, bassa autostima, abuso di alcool e sostanze.
- Re-victimization in età<sup>85</sup> adulta. Più frequente tra le donne. Sembra che il rischio di subire abusi sessuali in età adulta sia 4 volte maggiore per i soggetti che sono stati vittima d'abuso durante l'infanzia; non è difficile intuire infatti come gli effetti, soprattutto in termini psichici di salute mentale, dell'abuso subito dal minore, lo rendano più esposto al rischio di instaurare relazioni disfunzionali e sessualmente violente in età adulta.

Chiarite le difficoltà di giungere ad una diagnosi di certezza, di orientarsi nel panorama di una clinica spesso sfumata o addirittura muta, di trovarsi di frequente di fronte a contesti multiproblematici e non tutelanti per il minore<sup>86</sup>, all'interno dei quali la capacità di discernere e ricostruire i fatti è ulteriormente ostacolata, non ci si stupisce di quanto il fenomeno si estenda "below the surface"<sup>75,79</sup>. A tal proposito è fondamentale ricordare i doveri del professionista sanitario di fronte a quella che, oltre ad essere una situazione di potenziale compromissione della salute del minore, necessitante quindi di approfondimento diagnostico e presa in carico, si configura anche come ipotesi di reato<sup>54,92,99</sup>.

## **MALTRATTAMENTO FISICO: INQUADRAMENTO**

Gli effetti della violenza si manifestano nel bambino coinvolgendolo sotto tutti gli aspetti: emotivo, fisico e psicologico. Sarebbe opportuno potersi avvalere di un'equipe di specialisti, pediatri e assistenti sociali per avere un'anamnesi esaustiva e un esame obiettivo completo del caso.

È stato stimato che il 10% dei bambini di età inferiore ai 36 mesi che vengono portati in Pronto Soccorso con lesioni di varia natura risultano essere vittime di traumi non accidentali. Non è sempre vero che le violenze su un minore vengono perpetrate sui soggetti di estrazione socio-economica modesta; al contrario, non è fattibile una catalogazione delle categorie a rischio, in quanto qualsiasi bambino può essere vittima di violenza.

Nei casi in cui si sospetti il maltrattamento fisico si cerca di indagare sulle cause del trauma ma quasi sempre le motivazioni sono vaghe e banali, prive di dettagli importanti. L'atteggiamento dei genitori quando vengono poste delle domande specifiche può essere ostile ma anche eccessivamente casuale. Le informazioni date spesso sono contraddittorie e superficiali e non sono compatibili con i danni fisici riscontrati. La giustificazione più comune di una lesione viene imputata ad una caduta, ma è molto difficile che un bambino così piccolo possa riportare danni come quelli riscontrati solo per una semplice caduta. In Tabella 3 vengono riportati i dati clinici più significativi nei casi di abuso.



**Tabella 3.** *Aspetti clinici nei casi di abuso sui bambini*

Fattore o sistema	Reperti
Anamnesi	Ritardo nel presentarsi in ospedale Anamnesi vaga, carente nei dettagli, contraddittoria Meccanismo traumatico insufficiente a spiegare le lesioni Storia di caduta
Caratteristiche del bambino	Minore di 3 anni Ambiente familiare malsano, droga o abuso fisico Eccessivamente aggressivo o passivo Problemi comportamentali Bambino portatore di handicap Figliastro Bambino prematuro Crescita sotto la norma
Cute	Ecchimosi (glutei, perineo e genitali, tronco, schiena, parte posteriore della testa e delle gambe) Ecchimosi multiple in vari stadi di risoluzione Ustioni (lo schema può riflettere il meccanismo di ustione)
Capo e sistema nervoso	Frattura del cranio (multipla, bilaterale, base cranica, trasversale rispetto alle linee di sutura, fratture con affondamento)

	Ematoma subdurale, emorragia subaracnoidea
	Emorragia della retina, ifema, distacco della retina
	Incapacità di ordine cognitivo
Torace, addome e pelvi	Fratture costali (posteriori, multiple), fratture sternali
	Pneumotorace, emotorace
	Rottura di un organo (lacerazione di fegato, milza o pancreas; rottura dell'intestino o della vescica)
	Ematoma intestinale intramurale
	Contusione renale, emorragia retroperitoneale
	Abuso sessuale
Sistema muscolo-scheletrico	Fratture multiple
	Fratture in vari stadi di consolidazione
	Frattura metafisaria angolata
	Frattura di ossa lunghe in bambini <2 anni
	Fratture da compressione vertebrale, avulsione dei processi spinosi
	Frattura scapolare
	Separazione epifisaria

---

## **Caratteristiche radiologiche**

Sulla base degli indicatori clinici L'*American Academy of Pediatrics, Section on Radiology*<sup>120</sup> raccomanda di effettuare una serie di esami standardizzati nei casi di sospetto maltrattamento su bambini con meno di 2 anni, mentre per quelli di età compresa tra i 2 e i 5 anni la modalità di indagine radiologica variano in base al singolo caso.

Le immagini RX dello scheletro dei bambini con meno di 12 mesi vengono effettuate in posizione supina. L'indagine radiologica deve assolutamente essere eseguito con tecnica radiografica ad elevata definizione. Fondamentale è inoltre seguire alcuni accorgimenti tecnici durante l'esecuzione dell'esame, tra cui: il posizionamento del paziente, la collimazione, l'identificazione dell'immagine, i metodi di contenimento del bambino e un'adeguata protezione dello stesso dall'esposizione radiologica.

L'esame radiografico dello scheletro in toto ha lo scopo di riuscire ad identificare le anomalie focali o diffuse dello scheletro, comprese le fratture multiple che presentano un diverso stadio di evoluzione, permettendo così di differenziarle da varianti anatomiche e tappe evolutive di ossificazione. La ripetizione di tale esame a 2-3 settimane può aiutare a identificare, confermare e datare le fratture discusse.

Fino a tempi abbastanza recenti veniva richiesto il cosiddetto '*babygram*', cioè la singola proiezione radiografica antero-posteriore del bambino, che oggi però viene sconsigliata in quanto ritenuta carente di dettagli e poco precisa.

Ogni regione anatomica (Tabella 4) dovrebbe infatti essere valutata separatamente per ottenere densità e definizione ottimale dell'immagine e una precisione anatomica accurata. Ogni estremità dovrebbe essere quindi acquisita almeno nella sua proiezione frontale e la radiografia dello scheletro assiale (cranio, costole e colonna) dovrebbe

invece avere almeno 2 proiezioni. Inoltre se in aggiunta alla proiezione antero-posteriore (AP) si effettuano anche delle proiezioni oblique della cassa toracica, del cranio, delle articolazioni e degli arti si ottiene un sensibile incremento nella visualizzazione delle fratture con una conseguente maggior possibilità di diagnosticare casi sospetti di maltrattamento.

Nei bambini appena nati e fino ai 12 mesi di età sarebbe consigliabile effettuare l'esame con un sistema di immagini dettagliate e altamente preciso.

Il valore massimo del kilovoltaggio deve essere stabilito ad un livello sufficientemente basso da consentire in'adeguato contrasto dell'immagine.

Nel sistema digitale, per ottenere una migliore risoluzione spaziale potrebbe essere richiesto un aumento di amperaggio.

**Tabella 4.** *Esame scheletrico in toto secondo ACR*

Scheletro appendicolare
Omeri (AP)
Avambracci (AP)
Mani (PA)
Femori (AP)
Arti inferiori (AP)
Piedi (PA) o (AP), caviglia in LL
Scheletro assiale
Torace (AP e laterale), incluse le coste e il rachide toracico e lombare superiore

Pelvi (AP), da includere il rachide lombare medio
Rachide lombosacrale (laterale)
Rachide Cervicale (AP e laterale)
Cranio (frontale e laterale)

L'uso della scintigrafia ossea come procedura routinaria di controllo nei casi di abuso fisico è controverso<sup>121</sup>. Le scansioni ossee si sono infatti dimostrate più sensibili degli esami scheletrici, soprattutto nel rivelare: fratture delle coste, fratture non scomposte delle ossa lunghe e lesioni ossee occulte. Inoltre l'esame scintigrafico risulta costoso ed espone il piccolo paziente ad alti dosi di radiazioni. Infine è difficile rilevare, con la scintigrafia, le anomalie epifisarie-metafisarie (a causa dell'attività normalmente incrementata in questa regione) e datare le fratture. Molti raccomandano pertanto l'uso di questa tecnica solo nel caso di esami scheletrici negativi o controversi che facciano ipotizzare però un possibile caso di abuso.

### **Dose di radiazioni**

Gli attuali sistemi di *imaging* ad alta risoluzione emettono quantità maggiori di radiazioni rispetto ai metodi tradizionali utilizzati quando si ha a che fare con un bambino. Nei casi in cui sia assolutamente necessario ottenere delle immagini ad alta definizione allora si ricorre pertanto a sistemi più innovativi che determinano un'incremento della dose assorbita dal paziente. E' anche vero però che i livelli rimangono sempre nei limiti dell'accettabilità e i rischi associati sono davvero limitati. Resta tuttavia fondamentale adottare tutte le precauzioni possibili per proteggere il

piccolo paziente da un'esposizione eccessiva, utilizzando delle protezioni per le aree che non rivestono un ruolo dirimente diagnostico (ad esempio la regione testicolare).

Il *range* kVp utilizzato generalmente è compreso tra 55 e 70, utilizzato nelle tecniche di *imaging* dello scheletro appendicolare, del cranio e della colonna vertebrale. Gli mAs vengono tarati in base a: il livello del kVp, del sistema di imaging e dal tipo di generatore radiante utilizzato (a fase singola o trifasico). La distanza focus-to-film è di 101.6 cm.

### **Aspetti semeiologici**

Quando ci troviamo al Pronto Soccorso ed esaminiamo una radiografia dobbiamo ricordarci di *quale* e *quanta* debba essere necessaria perché un osso si fratturi in un bambino nei primi anni di vita. Qualsiasi frattura nella prima infanzia è generalmente indicativa di un evento traumatico con cinetica rilevante, in genere poco compatibile con una caduta banale, ad esempio la caduta dal divano o la caduta dalla propria altezza.

Le fratture che generalmente vengono riscontrate nei casi di maltrattamento sono riportate in Tabella 5.

**Tabella 5.** Fratture più comuni in caso di trauma non accidentale

---

Specificità dei reperti radiografici muscolo scheletrici nei casi di abusi sui minori

---

Alta specificità

Lesioni metafisarie angolate  
Fratture costali posteriori  
Fratture della scapola  
Fratture del processo spinoso  
Fratture dello sterno

Moderata specificità

Fratture multiple  
Fratture di diversa datazione  
Separazioni epifisarie  
Fratture del corpo vertebrale  
Fratture delle dita  
Fratture complesse del cranio

Comuni nell'abuso sui bambini, ma di scarsa specificità

Fratture della clavicola  
Fratture diafisarie delle ossa lunghe  
(femore, tibia, omero)  
Fratture lineari del cranio

---

O'Connor JF, Cohen J: Dating fractures, in Kleinman PK (ed): *Diagnostic Imaging of Child Abuse*. Baltimora:Williams & Wilkins, 1987, p 6.

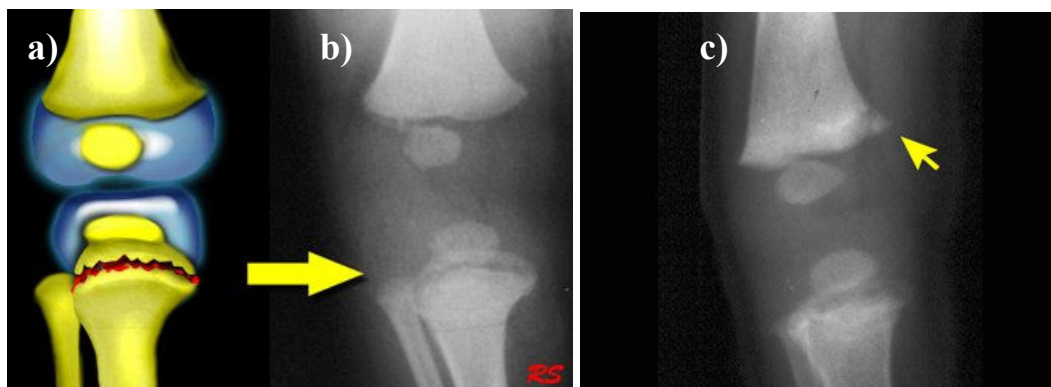
### **Principali tipi di frattura più comuni nei bambini più piccoli**

*Fratture metafisarie: Corner fracture e bucket handle fracture (frattura angolare e a maniglia di secchio)*

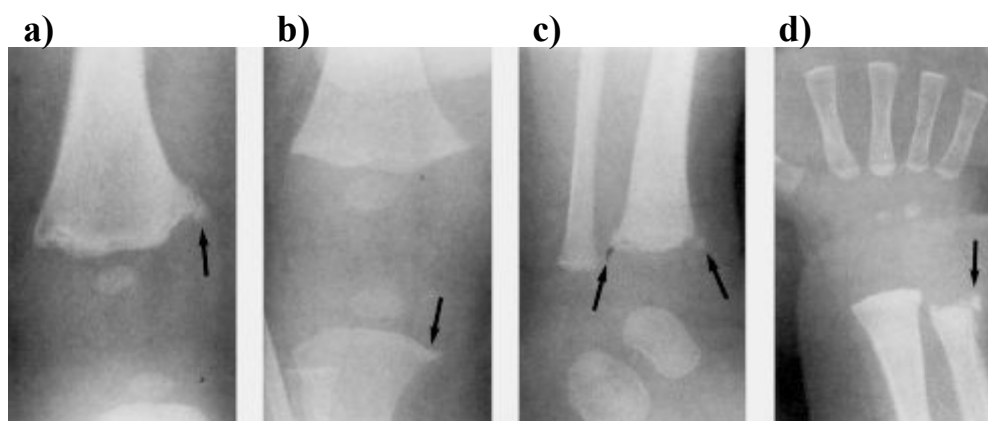
Venne descritta per la prima volta da Caffey<sup>122</sup> che notò per primo queste particolari fratture nei bambini con ematomi subdurali. La frattura 'angolare' si presenta quando un piccolo frammento di osso è avulso a causa di una forza esercitata sulla fragile cartilagine di accrescimento (fisi) . La definizione istologica comprende una serie di microfratture nella regione ossea subepifisaria ; quest'ultima è costituita da una spongiosa primaria immatura della matrice mineralizzante di tutta la metafisi. È da sottolineare che le forze trasversali agiscono fratturando l'osso immaturo non mineralizzato e non la fisi cartilaginea. Nella fratture metafisarie la linea di frattura tende ad essere meno ampia nella pozione centrale rispetto a quella periferica. Quindi le fratture a 'manico di secchio' e la manifestazione massima e totale di una frattura metafisaria. Entrambe interessano soprattutto la tibia, il femore distale, l'omero prossimale e sono frequentemente bilaterali (Figura 2, 3).

Queste fratture sono quasi impercettibili e identificabili solo grazie alla qualità delle radiografie, motivo per cui si sottolinea l'importanza di utilizzare un tecnico specializzato e immagini ad alta definizione.





**Figura 2.** Lesioni metafisarie dovute ad abusi sui bambini. a) Rappresentazione schematica di una frattura planare che attraversa la spongiosa primaria b) Se la metafisi è inclinata o semplicemente proiettata in modo obliquo rispetto al fascio dei raggi X, il margine del frammento risultante viene proiettato dando l'immagine a manico di secchio. c) Se il frammento periferico è notevolmente più spesso di quello centrale e il piano della lesione viene visto tangenzialmente, risulterà l'immagine di una frattura angolata. (Adattata per gentile concessione da Kleinman PK (ed): Diagnostic Imaging of Child Abuse. Baltimora: Williams & Wilkins, 1987, p 115)



**Figura 3.** Lesioni metafisarie dovute ad abusi sui bambini. a) Frattura angolata della parte distale del femore (freccia) in un bambino di 2 mesi vittima di abusi. b) Frattura angolata della parte distale del femore (freccia) in un bambino di 2 mesi vittima di abusi. c) Frattura angolata della parte distale del femore (freccia) in un bambino di 2 mesi vittima di abusi. d) Frattura angolata della parte distale del femore (freccia) in un bambino di 2 mesi vittima di abusi.

mediale angolata della parte prossimale della tibia (freccia) in una bambina di 4 mesi vittima di abusi. c) Fratture angolate della parte distale della tibia (freccie) in un bambino di 2 mesi vittima di abusi. d) Frattura angolata della parte distale dell'ulna (freccia) in una bambina di 3 mesi vittima di abusi.

### *Fratture diafisarie*

Le fratture diafisarie da danno non accidentale sono simili a quelle trovate nel danno accidentale. Le fratture diafisarie nei bambini meno di 2 anni, quindi con mobilità ridotta, possano essere giustificate da un danno accidentale solo quando la storia clinica e un attento esame medico a escluso altre cause. Dal punto di vista biomeccanico esse sono dovute a forze di torsione applicate all'osso (Figura 4). I bambini con più di anno di età possono subire un trauma occulto o fratturarsi da soli quando non supervisionati. Questo è particolarmente vero per le fratture sottili spiraliforme della tibia che si presentano con una pseudoparesi dell'arto. Pertanto le fratture spiraliformi di qualsiasi osso in un bambino che ancora non cammini, escluso le fratture sovra condiloidee, sono altamente indicative di abuso. Le fratture sovracondiloidee invece possono risultare associate a danno accidentale una volta che il bambino ha iniziato a deambulare spontaneamente.



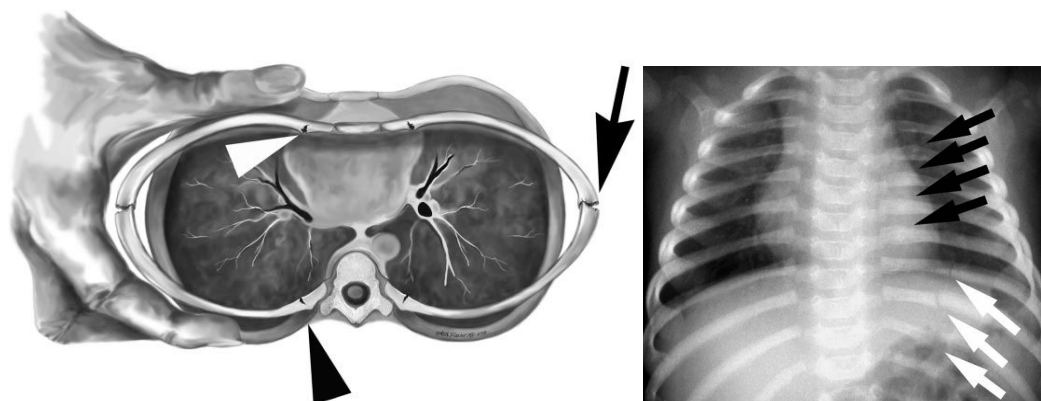
**Figura 4.** Frattura spiroide da maltrattamento in un bambino di 3 mesi. La proiezione in LL mostra una frattura spiroide con monconi disassati.

#### *Frattura dell'omero*

Una frattura causata dallo scuotimento classico delle ossa lunghe o un anello di calcificazione attorno alla metafisi dell'omero.

#### *Fratture costali*

Le fratture costali non vengono generalmente riscontrate nemmeno nei casi di gravi incidenti accidentali. Le fratture costali non sono state segnalate come risultato diretto di rianimazione cardiopolmonare (RCP). Per questo motivo sono spesso indice di maltrattamento e sono molto comuni nei bambini di età inferiore ai due anni. Vengono generalmente coinvolte la parte posteriore adiacente alla colonna vertebrale ed i segmenti laterali (Fig 5)



**Figura 5.** Le fratture delle coste sono dovute ad un forte schiacciamento della gabbia toracica in direzione anteoposteriore che provoca la compressione e la frattura delle coste lateralmente (freccia). L'iperestensione del segmento posteriore della costa in prossimità del processo trasverso determina una frattura della corticale ventrale (freccia

nera). Anteriormente, la compressione della parete toracica porta a piegare verso l'interno le costole anteriori con successiva frattura (freccia bianca). Rx torace di una bambina di 3 mesi vittima di abuso con fratture costali posteriori. Radiografia del torace in AP rivela fratture recenti senza callo visibili (freccie bianche) dall'ottava alla decima costa posteriore. Pregresse fratture in guarigione con formazione di callo a livello dei segmenti posteriori dalla quarta alla settimana costa.

### *Frattura clavicolare*

Le clavicole sono delle ossa in crescita ed elastiche pertanto la frattura di questo osso avviene per mezzo di una forte pressione esercitata sulle spalle dal pollice. *Le fratture dell'acromion, dello sterno e dei processi spinali* vengono riscontrate così raramente in altre condizioni che non possono che essere altamente indicative di maltrattamenti.

Per tutti i casi di frattura citati sino ad ora è possibile stimare, qualora non si pensi che l'evento traumatico sia ravvicinato nel tempo, l'epoca del trauma e la fase di guarigione della frattura obiettivata (Tabella 6, Figura 6).

**Tabella 6.** Valutazione dell'età delle fratture nei bambini<sup>123</sup>

<b>Aspetto radiografico</b>	<b>Precoce</b>	<b>Picco</b>	<b>Tardivo</b>
Risoluzione dell'edema del tessuto molle, numero di giorni	4-10	10-21	2-5
Osso periosteale di nuova formazione, numero di giorni	4-10	10-14	14-21
Perdita di definizione della linea di frattura, numero di giorni	10-14	14-21	21-28
Presenza di callo morbido, numero di giorni	10-14	14-21	21-42
Presenza di callo duro, numero di giorni	14-21	21-42	42-90
Rimodellamento della frattura, mesi	3	12	24



**Figura 6.** Frattura della parte prossimale dell'omero con abbondante formazione callosa, 3 settimane dopo la lesione, in un bambino di 15 mesi vittima di abusi.

### *Fratture craniche*

È generalmente accettato che le fratture multiple o diastasate multiple che oltrepassano le suture sono molto più comuni nei bambini con trauma abusivo. Le impressioni occipitali e le altre fratture a livello cranico accadono solo nei casi in cui la testa colpisce un oggetto solido. La TAC cerebrale deve essere effettuata nei bambini di età inferiore ai 12 mesi e in tutti coloro che presentano segni neurologici importanti.

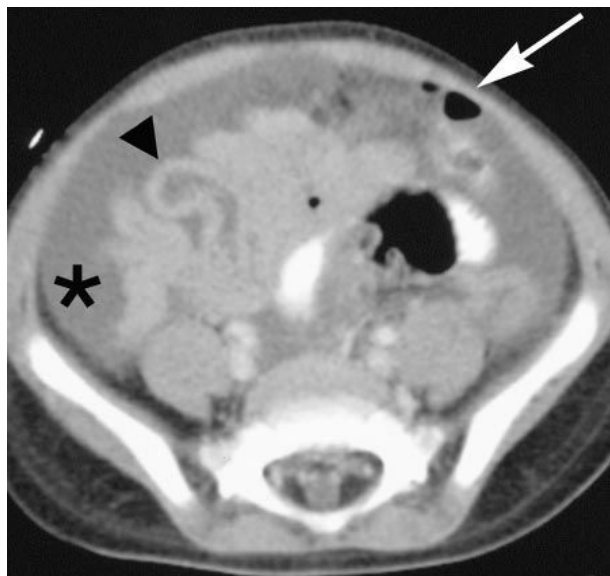
### **Lesioni viscerali**

Le lesioni interne più comuni riscontrate nei bambini maltrattati si riscontrano generalmente ad un esame autoptico e solo raramente vengono documentate radiologicamente nei lattanti. Normalmente queste piccole vittime vengono portate all'ospedale solo giorni dopo aver subito la lesione, quando la perforazione è già degenerata in peritonite o sepsi (Figura 7).

L'autore del maltrattamento fornisce sempre una versione poco compatibile con la sintomatologia accusata e questo complica la capacità di valutazione del medico clinico.

Le lesioni interne più comuni riscontrabili nei bambini vittime di trauma non accidentale sono: a) perforazione viscerale o ematoma, b) lacerazioni a fegato e al pancreas, c) emorragia a livello surrenalico.

È sorprendente notare che le lesioni accidentali più comuni dell'area addominale interna (lacerazione/sanguinamento sub-capsulare della milza e dei reni) siano del tutto insolite nei bambini vittime di maltrattamento.



**Figura 7.** Lesioni intestinali e perforazione in un bambino di 18 mesi chi è stato picchiato. La TAC addome post mdc dimostra ascite (asterisco), aria libera intraperitoneale (freccia bianca), ed ispessimento della parete intestinale (testa di freccia).

### **Diagnosi differenziale**

La diagnosi differenziale nei casi di abuso sui minori mette in evidenza una serie di altre condizioni che possono determinare una frattura, il sollevamento del periostio o ecchimosi nei bambini piccoli. La differenziazione tra forme lievi di osteogenesi imperfetta e le conseguenze degli abusi può essere particolarmente difficoltosa e merita una menzione particolare.

Poiché l'osteogenesi imperfetta (OI) è rara e le lesioni non accidentali sono comuni, la possibilità della prima può essere tralasciata quando sembra chiaro che il bambino sia stato vittima di un trauma non accidentale.<sup>124</sup> Vi sono stati casi sporadici, molto pubblicizzati, in cui bambini identificati come vittime di abusi sono stati successivamente trovati affetti da forme lievi di osteogenesi imperfetta. Un'osteogenesi

imperfetta non diagnosticata dovrebbe essere presa in considerazione quando un bambino presenta fratture multiple e una storia minima di trauma.

Caratteristiche della OI che possono essere utili nella differenziazione dall'abuso comprendono le sclere blu, interessamento dei denti, osteopenia, storia familiare, ossa Wormiane nelle radiografie del cranio e deformità di vario genere. Tuttavia, pazienti con forme più lievi di OI, come il tipo IV di Sillence, possono presentare sclere normali, nessun coinvolgimento dentale, osteopenia minima e, a causa di mutazioni spontanee, nessuna forma familiare di OI. Inoltre, le sclere blu possono essere normali nei bambini fino ai 4 mesi. Per rendere la differenziazione ancora più difficile, va considerato il fatto che anche i bambini affetti da OI possono essere vittime di abusi. Nella OI come nell'abuso, il presunto meccanismo traumatico spesso sembra insufficiente per la frattura risultante. Tuttavia, in ossa altrimenti normali e in assenza delle caratteristiche associate all'OI, fratture inspiegabili sono molto più probabilmente riconducibili a un abuso che non a una rara forma lieve di OI. Le fratture metafisarie angolate, le fratture delle coste, l'ematoma subdurale, le emorragie della retina e le fratture del cranio non sono caratteristiche tipiche della OI. Anche la guarigione delle fratture in un ambiente protetto depone a carico dell'abuso. Sebbene la diagnosi dell'OI si basi ancora soprattutto su criteri clinici e radiografici, è possibile ora utilizzare le colture di fibroblasti da un campione bioptico di cute per rilevare anomalie molecolari del collagene di tipo I nell'85% circa dei casi di OI. L'osteogenesi imperfetta non è che un esempio della complessità di una diagnosi accurata dell'abuso sui bambini. È essenziale che il medico sia consapevole di tutte le possibilità da considerare nella diagnosi differenziale di tale entità proteiforme.



Oltre all'Oi, va ricordato che soggetti affetti da disturbi sistemici quali patologie renali, fibrosi cistica, diabete mellito, deficit dell'ormone della crescita hanno un rischio aumentato così come i bambini affetti da malattie neuromuscolari. Soggetti affetti da paralisi cerebrale, spina bifida ed artrogriposi sono maggior rischio di fratture a causa della combinazione tra rigidità e scarsa mineralizzazione.

### **La scintigrafia ossea**

Per scintigrafia ossea in campo medico, si intende un esame diagnostico, di medicina nucleare, che viene utilizzato per cercare possibili anomalie nel rimodellamento scheletrico. Viene utilizzata principalmente per aiutare nella diagnosi di una serie di condizioni patologiche delle ossa, tra cui: tumore dell'osso o metastasi, infiammazioni e fratture non visibili nelle radiografie.

E' una delle metodiche di imaging medico nucleare più comunemente utilizzate. Essa sfrutta la caratteristica di alcuni radiofarmaci di concentrarsi nell'osso in modo proporzionale alla vascolarizzazione e alla attività osteoblastica. Permette, quindi, di valutare il grado di attività metabolica dello scheletro e di riconoscere qualsiasi lesione che provochi un'alterazione distrettuale del turnover metabolico dell'osso.

Ha il pregio di permettere l'esplorazione contemporanea di tutti i distretti scheletrici, in breve tempo, con bassa irradiazione e con elevata sensibilità diagnostica.

Altri vantaggi non trascurabili sono la semplicità di esecuzione, la non invasività e il basso costo.

La tecnica viene eseguita iniettando in una vena periferica un radiofarmaco (più spesso il metilen-difosfonato coniugato con  $^{99m}\text{Tc}$ , detto anche  $^{99m}\text{Tc}$ -MDP) che tende a legarsi per via delle sue proprietà chimiche al tessuto osseo in maniera proporzionale alla sua attività osteoblastica e all'entità della sua vascolarizzazione. Per tali ragioni: in

condizioni normali spesso è il tessuto osseo spongioso ad essere più captante di quello compatto, le aree di necrosi avascolare invece non sono mai captanti e l'esame visualizza le aree patologiche come ipocaptanti nelle fasi iniziali di molte malattie in quanto i processi di rimodellamento spesso per iniziare impiegano del tempo. Inoltre anche aree riccamente vascolarizzate possono risultare ipercaptanti poco dopo l'iniezione, anche in tessuti dove il tracciatore non si lega. L'attività somministrata ad un soggetto adulto di solito si aggira intorno ai 740MBq. Nei soggetti pediatrici invece tale valore è proporzionale al peso corporeo (con un valore minimo di 40 MBq).

L'acquisizione delle immagini di solito viene eseguita dopo 3 ore dalla somministrazione del radiofarmaco, per dare tempo a quest'ultimo di fissarsi alle zone bersaglio. Unica eccezione sono le acquisizioni dinamiche (trifasiche) usate spesso per diagnosticare patologie infiammatorie a carico dell'osso. In tali casi, la prima acquisizione viene eseguita 3 minuti dopo l'iniezione, e mostra la distribuzione vascolare del farmaco (fase *vascolare*). Un'ulteriore altra è eseguita dopo 10-15 minuti (fase di *blood pool*) e successivamente viene fatta la scansione tardiva dopo 3 ore (fase *tardiva*). Durante le attese il paziente è invitato a bere un litro e mezzo di acqua per facilitare l'eliminazione renale del farmaco non legato ai tessuti, e migliorare quindi la rilevazione di differenze fra le varie fasi.

La scintigrafia è un esame di grande importanza per accertare se il bambino abbia subito maltrattamento. Spesso, invece, i piccoli che arrivano al Pronto Soccorso lamentando un dolore localizzato, vengono sottoposti solo ad una radiografia, in grado di mostrare soltanto un'eventuale frattura. La scintigrafica, invece, che **'analizza' la ricostruzione ossea dopo un trauma**, può individuare anche lesioni precedenti. A raccomandare l'uso

della tecnica diagnostica in aiuto ai bimbi maltrattati e' la Societa' francese di biofisica e medicina nucleare che ha appena concluso il suo XV congresso.

"Molti maltrattamenti ai bambini - spiega Francois Bonnin, del servizio di medicina nucleare dell'ospedale Bonnin di Clichy - non vengono riconosciuti fino a quando una scintigrafia ossea non mette in evidenza i danni subiti". L'esame permette al medico anche di vedere, sul corpo intero, vecchi traumi e calli ossei. Riesce, cioe', a fare la storia dello scheletro del giovane paziente, evidenziando cadute e colpi subiti nel tempo. La tecnica e' utile anche per esaminare i neonati che vengono 'scossi' violentemente, perche' mette in evidenza le lesioni dovute alla 'stretta', nelle parti dove il bebe' e' stato afferrato. Lo 'scuotimento' che subiscono i piccoli da parte di genitori o parenti violenti e' particolarmente grave, puo' danneggiare il cervello e provocare invalidita' permanenti o, addirittura, la morte.

## I PRINCIPALI RIFERIMENTI NORMATIVI

### Le Convenzioni internazionali ed il panorama europeo

A partire dagli ultimi 50 anni, la violenza all'infanzia è stata studiata in tutte le sue forme, dimensioni storiche, sociali e culturali, ma anche diagnosticata e trattata secondo rigorose metodologie scientifiche, che hanno consentito di raggiungere risultati straordinari in termini di conoscenze sui devastanti impatti e danni del maltrattamento.

Attraverso tali progressi, le istituzioni politiche, scientifiche, culturali, hanno cercato di adeguarsi strutturando sistemi di protezione, tutela, e cura dei bambini vittime di maltrattanti<sup>125</sup>, grazie anche al lavoro di organizzazioni e società scientifiche nazionali ed internazionali, a cominciare dall'International Society for Prevention of Child Abuse and Neglect (ISPCAN), fondata dal pediatra Henry Kempe. Sono nate inoltre in tutto il mondo leggi di tutela e di protezione dei minori, accanto all'introduzione di servizi specializzati, sia pubblici sia privati, che hanno iniziato ad applicare metodi, tecniche e approcci di diagnosi e cura delle vittime.

A livello internazionale, alcuni tra i provvedimenti normativi più salienti che hanno prodotto una sempre maggiore considerazione in tema di contrasto al maltrattamento a danno di minori<sup>126</sup> sono:

- La **Dichiarazione di Ginevra**, o **Dichiarazione dei diritti del bambino**, adottata dalla Quinta Assemblea Generale della Società delle Nazioni nel 1924. Questo primo documento identifica il bambino solo come destinatario passivo di diritti. La Dichiarazione non si rivolge agli Stati per stabilirne gli obblighi ma chiama in causa l'umanità intera affinché garantisca protezione ai minori. Consta di cinque principi

corrispondenti ad altrettanti diritti: il diritto ad uno sviluppo fisico e mentale, ad essere nutrito, curato, ricondotto ad una vita normale, nel caso avesse incontrato in precedenza difficoltà, e il diritto ad essere accudito se orfano. Essa ha sostanzialmente un taglio assistenziale<sup>126</sup>.

- La **Dichiarazione dei diritti del fanciullo** stesa ed approvata all'unanimità dall'Assemblea Generale delle Nazioni Unite il 20 novembre 1959.

Propone gli stessi intenti della precedente dichiarazione ma richiede di mantenere l'impegno per la sua applicazione e diffusione. È costituita da un preambolo in cui si richiamano la Dichiarazione Universale dei diritti dell'uomo del 1948 e la Dichiarazione sui Diritti del fanciullo del 1924 e da dieci principi. In aggiunta alle precedenti include una serie di diritti quali: il divieto di assunzione lavorativa dei minori che non abbiano raggiunto un'età minima; divieto di coinvolgere il minore in un'attività lavorativa che danneggi la sua salute o ostacoli il suo sviluppo fisico e mentale e il diritto del minore disabile a ricevere cure speciali. Con questa dichiarazione si inizia a concepire in minore come soggetto di diritti, si enuncia il principio di non discriminazione e quello di un'adeguata tutela giuridica del bambino sia prima che dopo la nascita; si ribadisce il divieto di ogni forma di sfruttamento e si auspica l'educazione dei bambini alla comprensione, alla pace e alla tolleranza<sup>126</sup>.

- **Convenzione Internazionale sui diritti all'infanzia** approvata dall'Assemblea generale delle Nazioni Unite il 20 novembre 1989 a New York, ratificata dall'Italia con legge 27 maggio 1991 n. 176 e tutt'oggi 193 Stati, un numero di gran lunga superiore a quello dei membri dell'Onu, sono parte della Convenzione. È di natura vincolante, e obbliga tutti gli Stati che l'hanno ratificata a uniformare le norme di diritto interno a quelle della suddetta e ad attuare tutti i

provvedimenti necessari ad assistere i genitori e le istituzioni all'assolvimento dei loro doveri. La convenzione rappresenta lo strumento normativo internazionale più importante e completo in materia di promozione e tutela dei diritti dell'infanzia. Attribuisce loro tutti i diritti e le libertà attribuiti agli adulti – diritti civili, politici, sociali, economici e culturali. Secondo la definizione della convenzione per fanciullo s'intende “*ogni essere umano avente un'età inferiore a diciotto anni*” (art.1)<sup>126</sup>.

- **La Convenzione di Vienna del 1993**, frutto della Conferenza mondiale delle Nazioni Unite sui Diritti umani tenutasi a Vienna dal 14 al 25 giugno del medesimo anno.

- **Protocollo opzionale concernente il coinvolgimento dei bambini nei conflitti armati, e protocollo opzionale concernente la vendita, la prostituzione e la pornografia rappresentante bambini.** Alla Convenzione sui diritti all'infanzia del 1989 si affianco i suddetti protocolli, approvati dall'Assemblea Generale delle Nazioni Unite a New York il 6 settembre del 2000 e ratificati dall'Italia con legge 11 marzo 2002 n. 46 . Il primo rappresenta uno strumento giuridico di tutela dei bambini coinvolti nelle guerre, sempre più soggetti attivi negli scenari di guerra contemporanea insieme alle popolazioni civili. In particolare nell'art. 38 viene bandito l'arruolamento dei minori inferiori ai 15 anni nei conflitti armati. Con il secondo protocollo si vuole proteggere i minori dallo sfruttamento sessuale. L'abuso sessuale sui minori, la prostituzione minorile sono fenomeni in continua espansione e altamente preoccupanti.

A livello europeo, le iniziative di protezione riguardano principalmente la Strategia dell'Unione Europea per i diritti dei bambini, l'intensa attività del Consiglio d'Europa con le diverse raccomandazioni, la Convenzione di Lanzarote contro lo

sfruttamento sessuale, le Linee Guida sulle Strategie nazionali integrate in materia di protezione dei bambini dalla violenza adottate il 18 novembre 2009 e il Programma “Costruire L’Europa per e con i Bambini”<sup>125</sup>. Inoltre, alcuni provvedimenti significativi<sup>126</sup>, quali:

- **Convenzione Europea sull’esercizio dei diritti del fanciullo** (Strasburgo 25 gennaio 1996, ratificata con legge 20 marzo 2003 n.77), riconosce il minore come soggetto attivo di diritto e dispone il diritto di essere ascoltato dal giudice nelle questioni che lo riguardano<sup>126</sup>.
- **Carta dei diritti fondamentali dell’Unione Europea** (Nizza 7 dicembre 2000), approvata solo da alcuni membri dell’Unione Europea. L’art 24 è interamente dedicato ai diritti del bambino e decreta quanto segue: *“I bambini hanno diritto alla protezione e alle cure necessarie per il loro benessere. Essi possono esprimere liberamente la propria opinione; questa viene presa in considerazione sulle questioni che li riguardano in funzione della loro età e della loro maturità. In tutti gli atti relativi ai bambini, siano essi compiuti da autorità pubbliche o da istituzioni private, l’interesse superiore del bambino deve essere considerato preminente. Ogni bambino ha diritto di intrattenere regolarmente relazioni personali e contatti diretti con i due genitori, salvo qualora ciò sia contrario al suo interesse.”*. All’art. 32 viene dichiarato il divieto all’ammissione lavorativa del minore, dichiarando che l’età minima non può essere inferiore a quella in cui termina la scuola dell’obbligo.

### **La legislazione in Italia**

Anche in Italia, questo processo mondiale ed europeo di identificazione dei danni della violenza sui bambini e di attivazione di risposte adeguate ad affrontare il problema, ha avuto forte impatto soprattutto a partire dagli anni ottanta, quando

alcuni centri specialistici ed equipe interprofessionali, in diverse aree del Paese, hanno avviato percorsi di cura per i bambini vittime di maltrattamento, basati sui i sopracitati standard internazionali, in stretta connessione con il sistema legale<sup>125</sup>.

È indubbio che alcune conquiste nell'ambito della protezione siano state realizzate nel nostro Paese negli ultimi decenni e che esse debbano essere conservate, potenziate ed adeguate ai nuovi scenari e alle nuove tipologie di maltrattamento. In primo luogo la Costituzione italiana dimostra l'interesse del nostro Paese per la tutela dei minori. Essa, approvata dall'Assemblea costituente il 22 dicembre del 1947 ed entrata in vigore il 1 gennaio del 1948, contiene alcune norme di principio che orientano l'ordinamento minorile:

- art 30: *“È dovere e diritto dei genitori mantenere, istruire ed educare i figli, anche se nati fuori dal matrimonio. Nei casi di incapacità del genitore. La legge prevede a che siano assolti i loro compiti”*.
- art. 31: *“La Repubblica agevola con misure economiche e altre provvidenze la formazione della famiglia e l'adempimento dei compiti relativi con particolare riguardo alle famiglie numerose. Protegge la maternità e l'infanzia e la gioventù, favorendo gli istituti necessari a tale scopo”*.
- art. 34: *“La scuola è aperta a tutti. L'istruzione inferiore, impartita per almeno otto anni, è obbligatoria e gratuita. I capaci e meritevoli, anche se privi di mezzi, hanno diritto di raggiungere i gradi più alti degli studi. La Repubblica rende effettivo questo diritto con borse di studio, assegni alle famiglie e altre provvidenze”*.
- art. 37: *“La Repubblica tutela il lavoro dei minori con speciali norme e garantisce ad essi, a parità di lavoro, il diritto alla parità della retribuzione”*.



Di particolare spessore per il progresso normativo in termini di tutela del minore è la **Legge del 1962 n.1085** che disciplina l'ordinamento degli uffici per i minorenni e attribuisce ai servizi sociali una competenza esecutiva rispetto ai provvedimenti civili, penali e amministrativi del Tribunale per i minorenni, e il **DPR 616/77** con l'art. 22 sottolinea che gli interventi a favore dei minorenni soggetti a provvedimenti dell'autorità giudiziaria minorile nell'ambito delle competenze civili e amministrative, seppur trasferiti alle Regioni e attribuiti alla competenza dei Comuni, continueranno a rimanere subalterni alla giustizia minorile. La stessa **Legge 142/90**, nel definire le nuove disposizioni delle autonomie locali non modifica l'assetto precedente. Il servizio quindi ha il potere e il dovere di segnalare e gestire i provvedimenti.

Di portata estremamente rilevante per l'intero sistema dei servizi che si occupano di tutelare i minori, e che testimonia il progresso culturale dell'Italia e della consapevolezza che la tutela del minore vittima di reato necessita di interventi mirati e multidisciplinari, è la **Legge 328/2000** definita come legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali. Con questa tutti i cittadini in situazione di bisogno possono richiedere prestazioni anche in assenza di provvedimenti dell'Autorità Giudiziaria anche se ciò non modifica che la natura del rapporto istituzionale fra gli organi deputati all'assistenza e gli organi giudiziari.

Da questa breve enunciazione è facile capire che il percorso per la definizione del minore come soggetto di diritto, la formulazione di leggi che lo tutelino e la loro messa in atto nella realtà pratica sia stata molto lenta e tortuosa.

Affrontando il tema dell'infanzia, entriamo anche in contatto con le radici storico-culturale di paesi, nazioni, popolazioni, e chiedere al mondo intero di salvaguardare e proteggere i loro diritti vuol dire alle volte modificare strutture di pensiero e modalità di consumo reale della vita ben radicate. Come la psicologia ci insegna l'uomo è più portato a perpetrare nel tempo atteggiamenti conosciuti, di cui è padrone, che a modificarli, anche se si rende conto che sono sbagliati. Il cambiamento comporta una presa di coscienza piena dell'evento o dell'atto imputato e soprattutto un grande impegno a superarlo e a superarsi<sup>127</sup>.

### **L'obbligo di segnalazione e i reati**

Una volta rilevato il maltrattamento è necessario segnalare il caso non solo al Tribunale per i Minorenni ma anche al Tribunale Ordinario competente trattandosi di reato perseguibile d'ufficio. Tale reato è definito dal codice penale, come modificato dalla ratifica della convenzione di Lanzarote n. 172 del 2012 all'articolo 572 del codice penale, con la locuzione di "maltrattamenti contro familiari e conviventi". Va inoltre attivata la collaborazione dei Servizi Socio-assistenziali, dei Centri Accoglienza, delle strutture protette.

I titolari dell'obbligo di segnalazione sono i pubblici ufficiali, le persone incaricate di pubblico servizio, e gli esercenti una professione sanitaria, mentre i cittadini che vengano a conoscenza dei fatti, possono integrare una fattispecie di reato avendone la mera facoltà, ma non l'obbligo di avvertire l'Autorità Giudiziaria.

In tema di maltrattamenti contro familiari e conviventi, le competenze del Tribunale per i Minorenni, sono tutte di natura civile e intervengono in quelle situazioni in cui si evidenzi necessario attivare dei provvedimenti limitativi o ablativi della potestà genitoriale, che può essere più o meno compressa quando non viene esercitata in

modo conforme all'interesse e ai diritti dei figli minorenni (artt. 330-335 e 336 c.c.)<sup>128</sup>. La decadenza può essere pronunciata quando il genitore viola o trascura i propri doveri o abusa dei relativi poteri arrecando grave pregiudizio al figlio. Quando la condotta non è tale da dare luogo alla pronuncia della decadenza, ma appare comunque pregiudizievole al figlio, il giudice può secondo le circostanze, adottare i provvedimenti convenienti. Tali provvedimenti possono consistere in prescrizioni, richiesta ai servizi psico-sociali di interventi di sostegno e controllo della vita familiare, allontanamento del figlio dalla casa familiare con un genitore o affidamento temporaneo ad altri, allontanamento del genitore o dell'adulto convivente, maltrattante o abusante.

Indispensabile è la sincronia tra Giustizia e Servizi. Il problema, consiste ancora oggi nel sostanziare la collaborazione in prassi sinergiche, volte a garantire al contempo, l'esercizio del diritto ad ottenere giustizia, la rappresentanza del minore nei vari procedimenti, la sua cura e protezione. Frequentemente, le varie Istituzioni coinvolte, chiamano in causa l'autonomia, l'indipendenza, e la diversità di scopi e ragioni, che se pur condivisibili, rischiano tuttavia di non rispondere alle esigenze di integrazione e ricomposizione degli interventi. Tale difficoltà, deriva senz'altro dall'oggettiva complessità nel tracciare linee di congiunzione tra due realtà che partono da presupposti e finalità differenti<sup>129</sup>:

- L'intervento dei servizi che si sviluppa nell'ambito della relazione di fiducia e del consenso informato;
- L'intervento degli Organi Giudiziari guidati dal principio di legalità.

L'individuazione del confine fra l'uno e l'altro e le possibilità di interazione, pur nel rispetto delle rispettive sfere di intervento, crea da sempre negli operatori dei Servizi difficoltà di notevole importanza, poiché interagiscono differenti procedure quali il processo penale, le procedure civili e l'intervento dei Servizi. In questo scenario affollato, i diversi soggetti interagiscono tra loro nel tentativo di conciliare esigenze finalizzate all'accertamento della verità, ma anche alla protezione e alla tutela della vittima. Nella consapevolezza che a ognuno degli attori coinvolti è assegnato un ruolo indispensabile, è auspicabile individuare un *modus operandi* comune per equilibrare le diverse necessità, per evitare al minore pericolose vittimizzazioni prodotte da interventi impropri del sistema istituzionale.

Alfredo Carlo Moro<sup>130</sup>, sostiene che, per realizzare una compiuta tutela del minore vittima di violenze, sia indispensabile non solo prevedere una responsabilità penale di colui che ha violato i diritti del minore e quindi irrogare una sanzione che irrompa l'iter criminoso e scoraggi nuove violazioni, ma è anche necessario che lo strumento di accertamento della verità e riaffermazione dell'ordine violato si svolga in modo tale da non ledere ulteriormente i diritti e le esigenze della persona offesa e che, alla violenza subita con il fatto costituente reato non si aggiunga una nuova violenza istituzionale sulla vittima nella fase di accertamento della responsabilità e di irrogazione della sanzione. L'azione protettiva e il conseguente percorso di tutela prendono avvio da un'efficace rilevazione del disagio e da una tempestiva segnalazione all'Autorità Giudiziaria. Tuttavia l'obbligo di denuncia e di segnalazione, emerge come l'area nella quale si concentrano le maggiori problematiche e perplessità incontrate dagli operatori, il più delle volte impegnati a confrontarsi con la nebulosità delle dinamiche maltrattanti.

Non sempre però, gli operatori sono consapevoli che la segnalazione non comporta un'interruzione dell'azione protettiva svolta dai servizi, e non può sostituire in alcun modo l'intervento socio-sanitario. È così che si determina a volte un'impropria sospensione dell'intervento, in attesa di ricevere indicazioni da parte della Magistratura nonostante la stessa abbia già affermato nel 2008<sup>131</sup> come *“i tempi di cura, psicologici ed educativi, non possono essere né rinviati, né subordinati in relazione ai tempi del processo penale, a esigenze di segretezza e alle agenzie dell'indagato o imputato già previste dalla legge, negando che curare il bambino che sta male possa ledere i diritti altrui”*. La segnalazione rappresenta quindi l'apertura di una collaborazione tra agenzie Sociosanitarie e Magistratura (in particolare minorile) nello spirito del superiore interesse del bambino sancito dalla Convenzione di New York<sup>132</sup>.

## GLI INTERVENTI DI TUTELA

### **Il caso generale: le situazioni di abuso e maltrattamento**

Nel momento in cui un caso di maltrattamento viene alla luce, è necessario attivare una serie di interventi che mirino in prima istanza alla cura del bambino, alla sua tutela e protezione, e ad un successivo intervento a sostegno e supporto dell'intero nucleo familiare. Lo scopo di questo paragrafo è di illustrare le esperienze e i progetti ideati in altro Paesi in tema di maltrattamento e in generale di approfondire lo studio dei diversi interventi<sup>133</sup> che si mettono in atto per la tutela dei minori che ne sono vittime

Il ruolo fondamentale dei Servizi e degli Enti che si occupano di tutelare il minore vittima di maltrattamento, è quello di fornire assistenza e cura, al fine di minimizzare le conseguenze dell'abuso e sperimentare, a lungo termine, interventi di prevenzione soddisfacenti. Le riforme giuridiche, le politiche ed i programmi dovrebbero sostenere tutti i Servizi nello sviluppo di questi compiti **Errore. Il segnalibro non è definito.**

Interventi per assistere i minori maltrattati dovrebbero influire sull'immediato benessere dei minori.

Esiste scarsa evidenza circa l'efficacia degli interventi per rispondere ai casi di maltrattamento e per questo risulta difficile stilare raccomandazioni standard da mettere in atto quando si rileva un caso di maltrattamento. Dove però, i protocolli di Servizio sono basati esclusivamente sull'intuizione, sugli aneddoti o sulle considerazioni politiche, senza che venga presa in considerazione l'evidenza scientifica, i Servizi potrebbero non solo essere inefficaci ma addirittura potenzialmente dannosi<sup>131</sup>.

È perciò essenziale che gli interventi basino le proprie fondamenta su una teoria appropriata e che vengano progettati secondo la migliore evenienza scientifica possibile.

È inoltre importante che gli outcome degli interventi siano misurati per vedere se si raggiungono o meno gli effetti desiderati. Vi è quindi bisogno di studi di outcome degli interventi dei servizi sanitari, sociali e legali che rispondano al maltrattamento sui minori. I dati di cui disponiamo in Italia riguardano sostanzialmente alcuni processi di intervento come l'allontanamento (output) piuttosto che i loro esiti (outcome) sul bambino e sulla famiglia. Ci sono elementi in comune nelle modalità con cui i Paesi europei trattano i bambini e le famiglie in difficoltà? Gli operatori seguono gli stessi criteri e teorie di riferimento? Ci sono standard europei su ciò che potrebbe contribuire allo sviluppo di prassi condivise? Ci sono strumenti che possono costituire una piattaforma comune, utilizzabile dagli operatori in Europa per condividere le conoscenze e i risultati?<sup>133</sup>. Rispondere a tali domande non è operazione semplice. Il maltrattamento è affrontato a livello europeo ed internazionale secondo ottiche differenti, ma l'esplorazione degli interventi e ricerche più significative attuate nel mondo potrebbe risultare il primo passo per la definizione di metodologie di successo.

### ***Le esperienze internazionali***

Rispetto agli interventi predisposti dai servizi competenti a tutela del minore vittima di maltrattamento intrafamiliare, a livello internazionale si evidenziano alcuni progetti interessanti, che hanno come obiettivo primario la tutela dei minori ma anche il sostegno alle famiglie e il miglioramento della qualità degli interventi.

In **Belgio**, un esperimento importante è quello orientato al miglioramento degli interventi precoci per famiglie a rischio di gravi problemi genitoriali <sup>133</sup> Tale obiettivo viene predisposto a supporto dei professionisti che si occupano di trattare le situazioni di maltrattamento intrafamiliare. Essi hanno il compito di conoscere e riconoscere i segnali di rischio, spesso sottili o mascherati e interpretare ciò che osservano al fine di valutare l'entità del rischio e agire di conseguenza. La maggior parte degli errori in cui può inciampare, sembrano essere provocati dal fatto di basarsi troppo sull'intuizione, sull'utilizzo di informazioni frammentate al fine di interpretare la gravità di una situazione e di fare del sospetto un punto di arrivo, anziché un punto di partenza per azioni successive. Inoltre, sembra che in questi casi sia spesso carente la condivisione delle informazioni tra gli operatori, come è frequente che si cerchi di scaricare i casi su altri Servizi. Per questi motivi, in Belgio è stato adottato uno strumento per il sostegno/supporto alla presa di decisioni degli operatori quando si presenta un sospetto di maltrattamento. Per la sua costruzione sono stati considerati i risultati della letteratura scientifica sui fattori di rischio di abuso e trascuratezza dei bambini, gli strumenti di screening esistenti, gli errori nel processo decisionale nonché i risultati focus-group con gli operatori che lavoravano in diverse aree dei servizi di assistenza ai bambini e le famiglie. Lo strumento comprende 25 segnali di rischio che dovrebbero essere utilizzati nella valutazione. Tale strumento non è inteso come una checklist, né come mezzo per fare screening. Esso consente semplicemente di calcolare un punteggio di rischio. Lo strumento, ancora in via di sperimentazione, potrebbe risultare importante fonte di supporto per l'operatore singolo ma anche per gli operatori che lavorano in équipe per rafforzare il successo degli interventi con famiglie multiproblematiche. L'intento è dunque quello di supportare questi nuclei e i genitori



maltrattanti e orientarli al recupero delle capacità genitoriali. Questo è lo scopo di uno studio norvegese<sup>133</sup> che mira proprio alla valutazione dei servizi di sostegno alla genitorialità in un'ottica di prevenzione degli allontanamenti dei minori dai nuclei familiari d'origine. Allontanare un bambino dalla sua famiglia è un'azione molto forte che contrasta con i punti di vista fondamentali riguardanti il rapporto tra bambino e genitori. Il Child Welfare Research Unit di Bergen ha così sviluppato un modello di valutazione dei servizi di sostegno alla famiglia, elaborato in collaborazione con gli operatori di un nuovo Centro per le Famiglie<sup>133</sup>. La maggior parte delle famiglie arrivate all'attenzione del. La maggior parte delle famiglie arrivate all'attenzione dello studio, risulta essere socialmente svantaggiata, il 70% dei genitori ha problemi di disoccupazione, il 55% è costituito da famiglie monogenitoriali che avevano alle spalle 4 anni, in media, di precedente coinvolgimento nei servizi per l'infanzia. Nonostante i problemi globali delle famiglie, gli sforzi del Centro per le Famiglie si sono concentrati sul rapporto genitore-figlio. L'attività principale utilizzata dai terapisti è stata attuata con incontri con i genitori (in prevalenza madri), per la maggior parte nelle loro abitazioni. Il miglioramento dei bambini è stato considerato soddisfacente da parte dei genitori, degli assistenti sociali e dei funzionari dei servizi, nonostante i bambini e le famiglie avessero ancora bisogno di un ulteriore sostegno da parte dei servizi sanitari e sociali.

Lo studio ha mostrato la necessità di strumenti coerenti con il contesto locale e di strumenti standardizzati che permettano di raggiungere una conoscenza valida sui contenuti e gli esiti di servizi progettati per rispondere ai bisogni delle famiglie con problemi complessi. In Portogallo<sup>133</sup>, l'affidamento è ancora la principale risposta per bambini a rischio allontanati dalle loro famiglie dal Tribunale. A causa del lento e non

sempre efficace processo per l'annullamento della potestà genitoriale e l'adozione del bambino, l'allontanamento è più frequentemente associato a lunghi periodi di inserimento in affidamento. Al fine di valutare la base di efficacia dell'intervento con i bambini in difficoltà e a rischio si ritiene necessario valutare adeguatamente il bambino prima dell'intervento e al momento dell'inserimento in affidamento. I risultati mostrano che i bambini che sono stati allontanati dalla famiglia, sono per la maggior parte prematuri o pesavano molto poco al momento della nascita e hanno genitori tossicodipendenti. Lo studio sottolinea quindi l'importanza di sviluppare programmi di intervento precoce che possano prevenire gli effetti negativi delle gravidanze a rischio e dei contesti familiari di rischio sui bambini piccoli.

In Canada, per le famiglie che trascurano gravemente i figli, si rende necessaria l'attivazione di un progetto specifico, il cosiddetto Family Project in Canada. In questo paese si rende necessaria l'attivazione di un progetto specifico per le famiglie che trascurano gravemente i figli<sup>133</sup>. Gli studi infatti indicano che i Servizi, possono generare cambiamenti positivi in queste famiglie.<sup>134</sup>

Alle famiglie, vengono somministrati questionari sul funzionamento familiare, sul supporto sociale, sui problemi della persona e della famiglia e sulla depressione. I genitori rispondono al Family Assessment Device<sup>135</sup> e gli assistenti sociali compilano il McMaster Clinical Rating Scale<sup>136</sup>. I risultati ottenuti dimostrano che alcune famiglie hanno mostrato miglioramenti nel loro funzionamento mentre per altre non è stato riscontrato alcun cambiamento. In altre ancora, si è riscontrata una persistenza dei problemi. Il dibattito sulle procedure di allontanamento dalle famiglie dei bambini trascurati è ancora aperto. Ci si chiede infatti, se le famiglie trascuranti possano essere rieducate e supportate nel recupero delle capacità di individuazione dei bisogni dei figli

o se forse per la tutela di questi bambini sia necessario intervenire drasticamente, anche se il collocamento del minore all'esterno della famiglia è negli orientamenti attuali risposta solamente residuale.

In Israele ad esempio, la procedura di allontanamento dalla famiglia fino all'ultimo decennio, risulta la risposta predominante al maltrattamento dei bambini e alle relazioni disturbate genitore-figlio<sup>133</sup>. Negli ultimi anni però si inizia a prendere in considerazione l'importanza del recupero delle capacità genitoriali anche dei genitori maltrattanti al fine del mantenimento del minore in famiglia. A questo scopo è stato introdotto un servizio innovativo per i bambini a rischio di maltrattamento: il Centro Genitori-Figli. L'obiettivo di questo Servizio è quello di migliorare il benessere dei bambini, le relazioni genitori-figli e le capacità genitoriali. I Centri sono seguiti da un gruppo di lavoro multidisciplinare e sono collegati ai Servizi Sociali degli Enti locali. L'approccio utilizzato è quello di lavorare con il bambino nel contesto familiare, focalizzandosi sui punti di forza della famiglia, coinvolgendo gli utenti nella definizione del loro piano di trattamento e collaborando con i servizi territoriali e il sistema scolastico per rispondere ai bisogni dei bambini. Il trattamento è limitato a un anno e mezzo, dopo il quale viene definito, un piano di monitoraggio per ogni famiglia. Lo studio ha analizzato un campione di 140 famiglie, distribuite in 9 Centri, e un gruppo di confronto di 150 famiglie seguite dai servizi sociali che non utilizzavano il Centro. Gli esiti sono stati misurati confrontando i punteggi delle varie scale prima e dopo il trattamento nel Centro con i punteggi delle due misurazioni del gruppo di confronto. Di fatto quasi tutti gli utenti (98%) sono rimasti soddisfatti dall'intervento attuato. I bambini che ricevono interventi in questi Centri hanno mostrato miglioramenti statisticamente significativi in due aree: la percentuale di bambini con

almeno un problema in area scolastica è diminuita dal 61% al 43% e quella di bambini con almeno un comportamento antisociale è diminuita dal 46% al 34%. La valutazione ha mostrato che i bambini e i genitori in difficoltà necessitano di essere aiutati dai servizi assistenziali e orientati al recupero di una sana relazione.

Alcune ricerche interessanti in tema di maltrattamento minorile e di trattamento sociale di questi casi, mirano alla prevenzione dell'abuso a livello comunitario e allo studio degli esiti associati a un programma di risposta in California.

Negli Stati Uniti, l'approccio ai casi di maltrattamenti in famiglia ed il loro studio, è stato molto assiduo, con la conseguenza che l'efficacia del loro sistema si è concentrata anche nella miglior risposta preventiva e repressiva di questo grave e diffuso fenomeno.

Negli Stati Uniti, il primo intervento del governo federale, avviene nel 1912 con l'istituzione del U.S. Children's Bureau, un organismo federale in grado di raccogliere e fornire informazioni sulle condizioni di vita dei bambini. Nel 1935, viene approvato il Federal Social Security Act, con il quale il Congresso si propone di intervenire a favore dei bambini abbandonati. Negli anni settanta, l'incremento di casi di violenza sull'infanzia, porta alla ratifica del Child Abuse Prevention and Treatment Act (31 gennaio 1974), allo scopo di creare una normativa federale di base e con la stessa legge viene istituito il National Center on Child Abuse and Neglect. Nel 1967, in tutti gli Stati Uniti entrano in vigore leggi che stabiliscono l'obbligo di denunciare o comunque di segnalare i casi di maltrattamento a danno di minore (reporting laws). I casi di abuso devono essere segnalati a seconda delle legislazioni dei singoli stati, alla polizia, ai tribunali, e alle agenzie di servizio sociale. L'omissione della segnalazione è perseguibile penalmente, punibile con l'arresto o con l'ammenda, o con entrambe le sanzioni. Nelle leggi di sei stati, sono presenti norme che prevedono la possibilità di

disporre l'allontanamento del minore dalla famiglia collocandolo presso Centri ospedalieri specializzati o istituti analoghi. Nello stato di New York, medici, funzionari di polizia ed assistenti sociali possono prendere subito in custodia il minore se ritengono si trovi in situazione di imminente pericolo, notificando l'iniziativa al Tribunale competente presso il quale l'ufficio locale del servizio sociale dovrà promuovere, entro la prima sessione successiva al fatto, un procedimento a tutela del minore vittima di maltrattamenti

Il sistema di welfare negli Stati Uniti interviene solamente nei casi di maltrattamento evidente e grave. Le famiglie che hanno bisogno di aiuto, ma che non hanno tuttavia raggiunto un livello critico, vengono escluse dalla maggior parte dei servizi di supporto familiare erogati dallo Stato<sup>133</sup>. Lo studio pilota realizzato nella contea di Alameda in California e chiamato "Another Road to Safety" (ARS)<sup>137</sup> aveva l'obiettivo globale di ARS è di promuovere la sicurezza della famiglia e di prevenire futuri maltrattamenti sui bambini. Dai risultati emersi finora sembra che le famiglie che completano i trattamenti a loro dedicati per il recupero della grave condizione che investe l'intera famiglia derivata dal maltrattamento, abbiano meno probabilità di essere segnalate nuovamente per maltrattamenti sui bambini.

Un secondo studio in terra statunitense, indaga il tema della violenza assistita come forma di maltrattamento, forse ancora oggi tema poco trattato ma sempre più emergente e dannoso per i bambini. Gli operatori dei servizi per l'infanzia di molti Paesi hanno oggi una maggiore responsabilità nell'includere la violenza domestica come parte della loro valutazione sui rischi per i bambini<sup>133</sup>. Questo ampliamento di responsabilità risponde all'evidenza di un'elevata correlazione tra i livelli di abuso/trascuratezza sui bambini e la violenza domestica<sup>138</sup>. Malgrado la vasta letteratura sui metodi, i fattori di

rischio e le conseguenze della violenza domestica<sup>133</sup>, non si sa fino a che punto gli operatori dei servizi per l'infanzia stiano utilizzando queste conoscenze per affrontare la violenza domestica e in particolare la valutazione del rischio che anche in questo caso diventa prassi preliminare e imprescindibile per trattare il maltrattamento. Lo studio transnazionale indaga quanto gli operatori dei servizi all'infanzia di front-line stiano mettendo insieme l'attuale conoscenza sulla violenza domestica con il processo di valutazione del rischio per i bambini. È stata esaminata anche la conoscenza su questi argomenti, sui fattori di rischio e sulle conseguenze della mancata considerazione della violenza domestica nel processo valutativo. I risultati preliminari ottenuti dal gruppo focus hanno indicato che la violenza domestica veniva analizzata, ma la conoscenza esplicita sui modelli di violenza, le conseguenze o i fattori di rischio/protezione non rappresentava il contenuto principale del processo di valutazione. Inoltre, gli strumenti standardizzati per la valutazione del rischio, quali le scale o gli indici, non sono stati citati da nessuno dei partecipanti come metodi per la raccolta dei dati. Si evidenzia la necessità di una maggiore comprensione della prospettiva degli operatori sugli interventi che sembrano guidare la valutazione del rischio per i bambini testimoni di violenza domestica. Per gli operatori, una comprensione più consapevole della loro cornice di riferimento e di quanto la conoscenza derivata dalla ricerca influenzi il loro processo costituisce un primo passo cruciale nel rafforzamento del passaggio tra ricerca e pratica.

### **La storia dei servizi di Tutela Minori in Italia**

La Costituzione, all'interno del suo progetto di Welfare state pone in capo alla Repubblica il compito di proteggere la maternità l'infanzia e la gioventù (articolo 31 comma 2). In base a tale disposizione, lo Stato impone la predisposizione di un sistema

di tutela sociale a favore dei soggetti minorenni. Di conseguenza, la tutela e l'assistenza sociale rivolta ai soggetti minorenni, corrisponde ad un vero e proprio diritto costituzionalmente riconosciuto. Partendo da questo presupposto, la tutela dei minori richiesta dalla carta fondamentale, non può essere né episodica né frammentaria, ma anzi globale ossia rispondente a tutte le necessità di assistenza dei minori e universale cioè rivolta a tutti i minori senza alcuna distinzione<sup>139</sup>.

In Italia i Servizi Sociali in genere ed in particolare quelli dedicati all'infanzia si sono sviluppati piuttosto tardi, a differenza di quanto avvenuto in altri paesi europei. Per quanto riguarda l'Italia, è a partire dagli anni '80 che si assiste ad un vero e proprio mutamento rispetto all'attenzione della protezione e della tutela dei diritti dell'infanzia. Tuttavia, l'evoluzione dei servizi per la tutela minori in questi anni riflette un processo di trasformazione del sistema di welfare iniziato in Italia già dai primi anni '70, quando si inizia ad affermare il diritto all'erogazione dei benefici sociali attraverso prestazioni finalizzate al raggiungimento del benessere psicofisico e non più solamente alla mera sussistenza. Queste trasformazioni sociali determinano una risposta da parte delle politiche pubbliche che cercano di rispondere attraverso un approccio basato su un'ottica di servizi territoriali in connessione con i servizi sanitari, la cui realizzazione è affidata alle Regioni attraverso le Unità Locali, in grado di coniugare competenze sanitarie ed assistenziali che con la legge 833/1978 che istituiva il sistema sanitario nazionale, diventano USL/ULSS. Quest'ultime, già previste costituzionalmente (art. 117 Costituzione), iniziano, ancor prima della riforma sanitaria ad esercitare la propria funzione legislativa in campo socio assistenziale. In questi anni, infatti, importanti provvedimenti legislativi segnano il cambiamento in atto, tra cui ad esempio la normativa che istituisce i consultori familiari (Legge 405/1975) e quella sullo

scioglimento dell'ONMI che offriva assistenza a categorie specifiche di minori. In questo processo evolutivo che coinvolge i servizi rivolti ai minori e alle loro famiglie, è con il DPR 616/1977 che si raggiunge la piena attuazione al decentramento amministrativo. A fronte di queste nuove competenze per l'Ente Locale, unitamente alla riforma del diritto di famiglia nel 1975 e ai nuovi modelli d'intervento dei servizi che iniziano ad occuparsi di tutela minori basati su un concetto di recuperabilità delle famiglie in crisi, la magistratura minorile si colloca come un nuovo soggetto con cui i servizi devono collaborare in quanto incaricati di dare attuazione ai dispositivi emessi dal Tribunale per i Minorenni. L'emergere di una nuova cultura dei diritti dell'infanzia, testimoniata a livello internazionale ed europeo dalla già citata Convenzione di New York del 1989 e dalla Convenzione Europea sull'esercizio dei diritti del fanciullo del 1996, spinge il Governo, gli Enti locali e la società civile ad assumere un'ottica di prevenzione e contrasto al fenomeno del maltrattamento sui minori e di promozione di politiche che tutelino il benessere e la salute dei bambini vittime di qualsiasi forma di pregiudizio. In questi anni infatti si diffondono nel territorio nazionale i servizi pubblici dedicati alla tutela minori nell'ambito socio sanitario delle ULSS, le cui funzioni, riguardano sia interventi diretti quali comprendono la consulenza agli operatori, la raccolta delle varie tipologie di segnalazioni inerenti minori in situazioni di rischio o pregiudizio, il rapporto con l'autorità giudiziaria. Inoltre, i servizi di tutela minori iniziano ad occuparsi di tutte quelle attività relative alla sensibilizzazione e formazione degli operatori e la raccolta dati e monitoraggio del fenomeno. Questa situazione è anche il frutto dei diversi orientamenti stabiliti dalle Regioni italiane, a seguito della legge 833/78, rispetto alla questione dell'integrazione socio sanitaria. In alcune Regioni, infatti, l'USL è stata individuata come luogo dell'integrazione sociosanitaria, con una



delega da parte dei Comuni di funzioni e risorse socio-assistenziali (in particolare Piemonte, Lombardia, Veneto, Friuli, Toscana, Umbria) mentre in altre Regioni (Liguria, Emilia Romagna, Marche) i Comuni hanno conferito solo parzialmente le loro funzioni. Nelle Regioni del centro-sud invece si è mantenuta una separazione tra il sistema sanitario, in capo alle USL, e il sistema socio-assistenziale dei Comuni, con ricadute negative per quanto riguarda lo sviluppo dei servizi socio sanitari e socio assistenziali. In questa prospettiva, i servizi tutela minori in molte Regioni vengono gestiti, anche dal punto di vista finanziario, dalle USSL per conto dei Comuni attraverso lo strumento della delega. Il processo di aziendalizzazione delle USL, iniziato con il D.Lgs. 502/1992, ha rafforzato il ruolo delle Regioni che sempre più avranno un ruolo normativo e di programmazione mettendo da parte i Comuni rispetto alla gestione e programmazione socio sanitaria, inizialmente auspicata dalla Legge 833/1978. Le successive riforme Bassanini e il riordino del sistema delle autonomie locali riaccendono il dibattito sul ruolo dei Comuni rispetto alle aziende sanitarie che, a seguito del D.P.R. 229/1999, diventa di programmazione e valutazione rispetto all'attività dell'Azienda USL.

I processi programmatori interistituzionali vengono inoltre sostenuti da importanti atti legislativi, quali ad esempio la Legge n. 285/1997 (Disposizioni per la promozione di diritti e di opportunità per l'infanzia e l'adolescenza), che è stato probabilmente l'intervento statale che più di ogni altro ha favorito il diffondersi di un modello di protezione globale del minore e della sua famiglia. I finanziamenti che hanno accompagnato tale provvedimento normativo hanno permesso di sviluppare e consolidare il funzionamento dei servizi sociali ed educativi rivolti ai bambini ed adolescenti valorizzando il territorio, come luogo vicino ai cittadini. Negli anni '90 la

sensibilità verso il tema della protezione dell'infanzia emerge anche da altre leggi emanate in questo periodo quali la legge n. 66/1996 e n. 269/1996 dirette a contrastare da un punto di vista penale e procedurale il fenomeno della violenza e dello sfruttamento sessuale dei minori. Inoltre con la legge 451/1997 viene istituito l'Osservatorio Nazionale sull'infanzia e il Centro Nazionale di documentazione che conferisce al Governo l'obbligo di redigere periodicamente il Piano Nazionale sull'infanzia. Con lo sviluppo dei servizi tutela minori e dei protocolli d'intesa, nonché di protocolli operativi interistituzionali, si è rafforzata l'idea che per raggiungere determinati obiettivi di benessere, cura e sostegno per le famiglie multiproblematiche e maltrattanti, sia necessario adottare interventi di carattere multi disciplinare, in grado di integrare le prestazioni e sanitarie e sociali al fine di una presa in carico dei casi globale e non frammentata.

Le politiche per l'infanzia e l'adolescenza, a partire dai primi anni del 2000, vivono un momento di cambiamento a seguito dell'approvazione della riforma dei servizi sociali (legge 328/2000), delle nuove modalità di programmazione e di allocazione delle risorse, della questione del ritiro delle deleghe dei Comuni alle ASL, delle ipotesi di riforma del sistema penale minorile e il confronto con i nuovi bisogni di questa fascia di popolazione. L'elemento innovativo fondamentale sul quale si basa il sistema integrato di interventi e servizi sociali che va delineandosi a seguito della legge 328/2000, consiste nel concetto di programmazione territoriale che si esplica attraverso lo strumento del Piano di Zona. Ai Comuni, per la prima volta, si riconosce un ruolo di primo piano, rispetto al processo di programmazione locale delle politiche sociali. Secondo il sistema integrato dei servizi sociali, delineato dalla legge 328/2000, emerge una logica di sussidiarietà verticale ed orizzontale rispetto alle diverse funzioni

esercitate dagli attori, pubblici e privati. Secondo una logica di sussidiarietà verticale agli Enti Locali, alle Regioni e allo Stato spetta una funzione di governo del sistema, con responsabilità di programmazione, organizzazione e gestione, mentre secondo un principio di sussidiarietà verticale i soggetti pubblici e i soggetti privati sono considerati ad un livello di parità per quanto riguarda la funzione di produzione dei servizi, degli interventi e delle prestazioni. In questo senso quindi anche i soggetti del privato sociale e le diverse forme di solidarietà sociale sono legittimati a concorrere nell'attività di progettazione concertata degli interventi. A seguito di questo processo di integrazione operativa a livello territoriale i Comuni acquisiscono maggiore potere contrattuale nei confronti delle ASL e conseguentemente si verifica una tendenza al ritiro, da parte dei Comuni, delle deleghe conferite alle Aziende sanitarie.

### **Progetti di rete per la cura e il contrasto al maltrattamento: il caso della Regione Veneto**

Nel Veneto si è attuata da tempo una strategia d'integrazione dei servizi che vede l'attribuzione ai Comuni della generalità delle funzioni e dei compiti relativi all'erogazione dei servizi e delle prestazioni sociali, mentre le funzioni sociosanitarie e quelle ad elevata integrazione sanitaria sono attribuite alle Aziende Ulss (art. 130, L.R. 11/01). Le norme regionali incentivano lo sviluppo dell'integrazione sociosanitaria promuovendo le deleghe, da parte dei Comuni, delle prestazioni sociali a rilevanza sanitaria, nonché della gestione dei servizi sociali alle Aziende Ulss. In recenti provvedimenti (Dgr 2430/07), la Regione del Veneto ha espresso la volontà di rafforzare e sviluppare ulteriormente una gestione unitaria per ambito territoriale delle funzioni legate alla protezione del minore attraverso forme di associazione fra Comuni o attraverso la delega all'Azienda Ulss. L'esercizio o meno della facoltà di delega (o di

associazione) da parte dei Comuni ha portato alla formazione di situazioni territoriali diversificate, secondo le risorse e i vincoli presenti in ciascuno dei contesti locali. La delega può essere totale che implica funzioni di gestione amministrativa e funzioni tecnico professionali di valutazione e presa in carico, o parziale, quando le funzioni amministrative rimangono all'Ente locale. Nelle materie delegate i Comuni stabiliscono le priorità d'intervento. Al Comune spettano comunque, oltre che le funzioni di autorizzazione alla realizzazione e all'esercizio delle attività da parte delle strutture sociali presenti nel proprio territorio, anche quelle di accreditamento e di vigilanza delle attività sociali, sulla base dei requisiti stabiliti dalla Regione (L.R. 22/02). Sono quindi di competenza dell'Azienda Ulss gli interventi sanitari e sociosanitari diagnostici e terapeutici rivolti sia al minore che alla sua famiglia. L'Azienda Ulss assicura, inoltre, la programmazione, la progettazione e la gestione dei servizi sociali, in relazione alle deleghe conferite dei Comuni e sulla base degli indirizzi espressi dalla Conferenza dei Sindaci. Le Aziende sociosanitarie possono inoltre collaborare al processo di autorizzazione e di accreditamento delle comunità di accoglienza.

### **Una nuova figura competente: il Pubblico Tutore dei Minori**

In Veneto, ma non in tutte le regioni italiane, è stato recentemente istituito il garante regionale dei diritti dell'infanzia e dell'adolescenza o Tutore Pubblico dei Minori con cui si dà attuazione all'articolo 12 della Convenzione Europea di Strasburgo del 25 gennaio 1996, sull'esercizio dei diritti del fanciullo<sup>139</sup>. Si tratta di un organo monocratico che opera in condizioni di indipendenza gerarchica e funzionale rispetto all'esecutivo. Le competenze dell'Ufficio del Pubblico Tutore dei minori sono individuate e disciplinate nella Legge Regionale 42/88, che all'articolo 2, richiama le seguenti funzioni: sensibilizzazione, formazione, selezione di persone disponibili ad

assumere la tutela legale di un minore di età e sostegno/consulenza ai tutori o ai curatori nominati dall'Autorità giudiziaria. Il Progetto Tutori dell'Ufficio del Pubblico Tutore dei minori del Veneto, approvato con la Dgr 2667/ 2002, è finalizzato alla creazione di una rete regionale di persone socialmente motivate, tecnicamente preparate e disponibili ad assumersi la tutela legale di un minore di età ma di offrire anche la consulenza tecnica, supporto e aggiornamento dei tutori nominati e al contempo monitorare l'attività dei tutori. Le azioni di formazione e di monitoraggio sono realizzate a livello di Ulss o aggregazione di Ulss, con la collaborazione di alcuni professionisti dei servizi che svolgono la funzione di referenti dell'Ufficio del Pubblico Tutore dei minori e di promotori territoriali del Progetto. I volontari formati, suddivisi in elenchi territoriali, sono inseriti in un'apposita banca dati gestita dall'Ufficio del Pubblico Tutore dei minori e messa a disposizione dell'Autorità giudiziaria per le eventuali nomine, avendo cura di realizzare il miglior abbinamento possibile fra il minore ed il suo tutore, vigilanza sull'assistenza prestata ai minori d'età che vivono in ambienti esterni alla propria famiglia; collaborazione per la promozione di iniziative finalizzate alla prevenzione e al trattamento dell'abuso e del disadattamento; promozione di iniziative per la diffusione di una cultura dell'infanzia e dell'adolescenza rispettosa dei suoi diritti; e. elaborazione di pareri sulle proposte di provvedimenti normativi e di atti di indirizzo riguardanti i bambini; ascolto e segnalazione ai servizi e all'Autorità giudiziaria di eventuali situazioni rilevate che richiedono interventi immediati di ordine assistenziale o giudiziario. Il Pubblico Tutore dei minori non garantisce in proprio la tutela giurisdizionale dei diritti, che è di competenza dell'Autorità giudiziaria, né esercita funzioni assistenziali, proprie dei servizi sociali, ma opera al confine tra questi due ambiti, la tutela e la protezione.

## **Le competenze dei Servizi di Tutela Minori**

Il sistema di protezione e tutela dei minori in Italia comprende tutti quei servizi il cui intervento discende da un mandato del Tribunale per i Minorenni, prevalentemente nelle sue competenze civili, nel momento in cui si presenta una necessità di protezione nei confronti di bambini sottoposti a condotte gravemente rischiose o pregiudizievoli, messe in atto dai propri genitori. In questa prospettiva, i servizi avranno il compito di intervenire ed attuare i provvedimenti di tutela in funzione dei dispositivi emessi dall'Autorità Giudiziaria e successivamente di attuare i compiti di sostegno monitoraggio e verifica dell'evoluzione della loro attuazione. Il dibattito sulla natura dei rapporti tra servizi sociali e Tribunale per i Minorenni è tuttora aperto<sup>140</sup> anche se appare prevalente l'idea di chi sostiene che i primi siano subalterni agli organi della giustizia. Il regio decreto legge 20 luglio 1934 n. 1404, che istituiva il Tribunale per i Minorenni e la legge 16 luglio 196 n. 1085, sull'ordinamento degli uffici di servizio sociale per minorenni attribuiva a questi una competenza esecutiva rispetto ai provvedimenti civili penali e amministrati del Tribunale. Negli anni '70, con l'attuazione delle autonomie regionali e il trasferimento alle regioni delle funzioni esercitate dallo stato in materia di servizi sociale non ha comportato l'esercizio di un'autonomia progettuale degli enti locali rispetto alla giustizia minorile. I servizi hanno quindi il potere e dovere di segnalare i casi di accertato e sospetto pregiudizio dei minorenni e di gestire i provvedimenti emessi dall'autorità.

La locuzione di tutela dei minori esprime l'assunzione di responsabilità della sua educazione da parte delle istituzioni dello stato in sostituzione di genitori assenti o incapaci di provvedervi, e la decisione di porre in essere interventi a favore dei bambini sia pure solo integrativi a quelli dei genitori anche quando la loro funzione allevante non

è stata ancora messa in discussione. Compiti di tutela sono quindi attribuiti dalla legge al sistema degli Enti Locali e al Tribunale per i Minorenni e alla Procura presso lo stesso. Il servizio sociale del comune è perciò deputato in virtù del decreto 616 del 1977 che affida a tale organo compiti di tutela e sostegno del minore e della sua famiglia affinché trovi in essa risposte adeguate ai suoi bisogni ma anche a compiti di controllo quando l'esercizio della potestà è pregiudizievole ad uno sviluppo sano del minore. L'interesse del minore è l'obiettivo cui deve tendere ogni intervento istituzionale<sup>139</sup>.

### **I provvedimenti a tutela del minore vittima di reato: la sinergia tra Servizi di Tutela e Organi Giudiziari**

Per quanto riguarda le situazioni di minori vittime di reato ed in particolare nei casi di maltrattamento perpetrato da parte dei genitori, il tema del rapporto tra Servizi di Tutela e Autorità giudiziaria è assai delicato. È nota la difficoltà di sostegno e assistenza alle famiglie in difficoltà e contemporaneamente la necessità di attuare interventi che garantiscano ai minori vittime di maltrattamento una condizione di sicurezza e protezione nel rispetto della legge e con l'obbligo di assolvere le richieste da parte dell'Autorità. I servizi di tutela e in particolare l'assistente sociale che vi opera e che ha in capo tali responsabilità, ha ruolo cruciale nel fornire informazioni a partire dalle quali il giudice potrà avviare il proprio autonomo processo decisionale per l'attivazione di dispositivi congrui alle caratteristiche del rischio rilevato e al suo superamento. Tale procedimento si attiva a partire dalle segnalazione all'autorità. Le **segnalazioni** dei casi ordinari vanno infatti dirette alla Procura della Repubblica per i Minorenni che, quale parte pubblica, ha la legittimazione processuale per la tutela dei diritti dei minori e degli incapaci anche in via d'urgenza (art. 73 O.G., art. 336 c.c.). In altri casi però le segnalazioni vanno fatte al Giudice Tutelare. (minore in stato di abbandono) o al

Giudice del Tribunale per i .Minorenni. (casi urgenti). Dai provvedimenti dell'Autorità Giudiziaria a tutela del minore vittima di maltrattamento da parte dei genitori, possono derivare limitazioni alla **potestà genitoriale**. Al Tribunale spettano infatti tutti i provvedimenti a tutela del minore i cui genitori esercitano in modo pregiudizievole la potestà genitoriale. Può succedere che tale potestà venga meno in assoluto o solo parzialmente per diverse ragioni (articoli 330-333 del Codice Civile). Nel caso in cui il provvedimento di decadenza riguardi entrambi i genitori sarà cura del Giudice Tutelare nominare un Tutore, quale rappresentante legale del minore. Se di tale compito è investito l'Ente comunale, spetterà al Sindaco o suo delegato il ruolo di Tutore. Spesso la delega contempla anche la figura di curatore. Il Comune può prevedere nell'atto in cui attribuisce la competenza del tutore ad un particolare soggetto (es. Assessore) anche sostituti (es. Dirigente del Settore) in caso di temporanea assenza del primo delegato. Il Tribunale, in questi casi può dare prescrizioni ai genitori circa i comportamenti da assumere, dare un mandato di vigilanza ai servizi sociali, può affidare il minore all'ente locale. In questo caso, il minore viene dal proprio nucleo **e affidato ai Servizi** affinché lo collochino in idonea sistemazione. Per effetto dell'affidamento al servizio sociale la potestà dei genitori non viene meno, ma resta compressa, nel senso che essi dovranno accettare le prescrizioni impartite al figlio e il sostegno/controllo del servizio sociale affidatario. Il Tribunale per i Minorenni può inoltre disporre che il minore venga allontanato dalla casa familiare e affidato ad altri. La legge 184/83 modificata dalla l.149/2001 -diritto del minore ad una famiglia- prevede, solo in casi eccezionali, che il minore possa essere temporaneamente allontanato dal proprio nucleo di origine. Il provvedimento in questione si chiama affidamento familiare e può essere disposto con il consenso della famiglia o dell'eventuale tutore (c.d. affidamento consensuale, esecutivo



con visto del G.T.) o con un disposto del T.M. L'affidamento per i minorenni può essere fatto (art.2) presso una famiglia o in mancanza presso una comunità di tipo familiare. Per svolgere le attività derivanti dalla normativa, molte Regioni dispongono che i servizi sociali si dotino di strutture ad hoc, ossia i Centri per l'Affido Familiare che promuovono tale intervento, preparano e sostengono le famiglie che si rendono disponibili all'accoglimento di un minore. L'Ente Locale in questo frangente, ha il compito di supervisionare il progetto del minore e anche della famiglia d'origine, per favorirne il rientro presso di questa (art. 4). Le scelte straordinarie, si pensi al consenso informato per un intervento chirurgico, vanno comunque prese dai genitori naturali che, in mancanza di provvedimento di decadenza perdono con l'allontanamento l'esercizio della potestà sul minore ma non la titolarità della stessa. Nel caso in cui il genitore non sia rintracciabile, e non sia ancora aperta una tutela, le scelte straordinarie sono prese dal responsabile del Servizio Sociale se il minore è in affido presso una famiglia o dal legale rappresentante della Comunità se il minore è collocato presso di questa. Nel caso di affidamento consensuale, a cui si è giunti con il pieno consenso e partecipazione dei genitori del minore il servizio sociale dovrà aggiornare al Giudice Tutelare. almeno ogni sei mesi la situazione. Al termine dei primi 24 mesi il GT potrà chiedere il rinnovo dell'affido al TM. A tal fine è opportuno allo scadere dei due anni una relazione del Servizio inviata al GT, specificando se si ritiene opportuno prolungare l'affido. Nel caso invece di affidamento giudiziale, agito in mancanza di un consenso dei genitori il servizio sociale dovrà aggiornare ogni sei mesi il Tribunale per i Minorenni,, chiedendo alla fine di ogni periodo di 24 mesi gli eventuali rinnovi. Diverso dall'affidamento regolato dagli articoli 2 e 4 della L.184/83 (A. consensuale e A. giudiziale) è quello di fatto che è previsto, a parenti entro il quarto grado.

Quando i figli sono così gravemente trascurati o maltrattati da ritenere che i genitori non siano in grado di occuparsi adeguatamente di loro, il Tribunale per i Minorenni può dichiararne l'adottabilità. Una volta che la decisione sia divenuta irrevocabile il giudice provvede ad individuare la coppia, tra quelle che hanno dichiarato la propria disponibilità all'adozione nazionale (tale status vale tre anni dalla proposizione della disponibilità, che può essere rinnovata), che appare più idonea alle necessità del bambino (procedura di abbinamento). Alla fine del periodo di affidamento preadottivo (normalmente di un anno) viene pronunciata l'adozione, con sentenza.

I servizi sociali per la tutela dei minori operano quindi in stretta connessione con l'azione del Tribunale per i Minorenni e la procura presso il Tribunale per i Minorenni per i quali attuano i dispositivi emessi ma possono come accennato operare in base ad una propria autonomia. In questo sistema di tutela dei minori vittime di abuso e maltrattamento, il servizio sociale ha ruolo trainante, pur non avendo la legittimazione attiva nei procedimenti inerenti la potestà genitoriale infatti, svolge una triplice funzione in quanto progetta interventi e terapie che se non sono attuabili con il consenso dei genitori, sono sottoposte all'Autorità Giudiziaria per eventuali prescrizioni. Ove sia iniziato un provvedimento per la tutela dei diritti, trasmette su richiesta al giudice informazioni sugli interventi svolti in precedenza, riprende in carico il caso all'esito della decisione giudiziaria tenendo conto del nuovo regime giuridico stabilito dal tribunale. Ne consegue così che i servizi sociali possiedono comunque propri doveri e possibilità di intervento senza dover per forza richiedere gli ordini dell'autorità giudiziaria. Di fronte ad una situazione di rischio attuale o potenziale, sono quindi tenuti ad attivarsi autonomamente per attuare interventi di prevenzione, individuazione e trattamento operando per acquisire l'adesione dei genitori e del minore stesso a tali

interventi<sup>141</sup>. Esempio principe di tale locuzione è l'attivazione dell'**articolo 403** del codice civile. Tale dispositivo prevede che, accertata una condizione di grave pericolo per l'integrità fisica e psichica del minore, la pubblica autorità, a mezzo degli organi di protezione dell'infanzia, lo colloca in luogo sicuro sino a quando si possa provvedere in modo definitivo alla sua protezione. La natura del provvedimento: non è un atto di giurisdizione, neanche volontaria; è un atto di amministrazione, sia per l'oggetto, essendo un atto di volontà, sia per la qualità dei soggetti da cui promana. Avendo una natura essenzialmente operativa e di protezione, non richiede l'esplicitazione dettagliata dei motivi; deve tuttavia essere indicata la presenza di una situazione attuale di sofferenza e pregiudizio del minore. E' però necessario, quando si contrappone alla volontà dei genitori, che questi siano in ogni caso tempestivamente informati che il minore è sotto la protezione della pubblica autorità e che l'intervento è stato segnalato all'autorità giudiziaria minorile competente per la risoluzione del conflitto. Non è necessario che venga indicato il luogo in cui il minore si trova se ciò serve a proteggerlo. In tale nozione rientrano sicuramente gli organi di polizia e quelli deputati all'assistenza dei minori e alla protezione dell'infanzia. I primi devono comunque sempre avvalersi dei secondi (a mezzo degli organi di protezione dell'infanzia). Non è invece vero il contrario. Pertanto, se l'iniziativa di protezione proviene dai servizi sociali, essi dovranno farsi carico della collocazione in luogo sicuro e potranno richiedere l'intervento della forza pubblica soltanto se ciò è strettamente necessario per vincere la resistenza dei genitori. Il legislatore infatti considera i servizi sociali quali referenti privilegiati del minore. La collocazione in ambiente protetto può essere mantenuta, se tale intervento collide con il contrario volere dei genitori, soltanto per tempi brevissimi: il tempo cioè strettamente necessario per devolvere la risoluzione del

conflitto all'Autorità Giudiziaria minorile. Ove questa non condivida la scelta operativa, e provveda con altro disposto, il 403 c.c. cessa di avere effetto. L'intervento di collocazione in ambiente protetto, se non collide con il volere dei genitori o di altri aventi titolo educativo, resta sul piano assistenziale. Che cosa devono fare i servizi sociali territoriali: devono effettuare l'intervento di collocazione del minore in ambiente protetto, ex art.403 c.c., attuarlo immediatamente e segnalarlo con urgenza al Pubblico Ministero per i minorenni per la decisione da parte del Tribunale per i Minorenni. Per quanto riguarda l'art. 403 c.c., l'intervento di protezione deve essere il più possibile limitato a quelle situazioni di effettivo pericolo per l'integrità fisico-psichica del minore, tipiche dello stato di necessità. La collocazione in ambiente protetto, d'iniziativa del servizio, quindi non appare consentita, a meno che non si siano verificati eventi ulteriori che abbiano evidenziato l'effettività del pericolo; diversamente, si attribuirebbe al servizio un potere di decidere in via d'urgenza che non gli appartiene. Pertanto, in presenza di siffatte situazioni, a parte il dovere d'informativa che spetta al servizio, ai fini dell'indagine civile e penale, è obbligo degli operatori sociali riferire immediatamente del provvedimento per consentire al giudice minorile di dirimere il conflitto con i genitori. Il contatto immediato con l'autorità giudiziaria consente inoltre una maggiore progettualità e l'avvio di interventi coordinati tra le diverse autorità coinvolte a sostegno del minore. Da quanto detto non c'è un limite temporale oltre il quale, nel silenzio dell'Autorità giudiziaria, il potere del 403 c.c. decade. Lo stato di necessità perdura infatti fino alla pronuncia/ratifica del Tribunale per i Minorenni. o comunque fino a quando il servizio non lo ritiene più attuale. Il provvedimento è infatti volto a collocare semplicemente "il minore in luogo sicuro, sino a quando si possa provvedere in modo definitivo alla sua protezione", ogni altro intervento a tutela del

minore, ad esempio TSO (trattamento sanitario obbligatorio), dovrà essere ritenuto fuori dai poteri attribuiti dalla legge nel contesto dell'art. 403 c.c. ed attuato, se necessario, con le ordinarie procedure (autorizzazione del G.T.). Concludendo, l'art. 403 c.c. prescrive una deroga al sistema della tutela dei minori basato sulla accettazione dell'intervento sociale sul minore da parte dei genitori o sul necessario intervento del tribunale volto a superare la volontà degli esercenti la potestà genitoriale. Qui siamo infatti fuori da entrambe le ipotesi precedenti: l'allontanamento dalla residenza familiare e più in generale l'intervento socio assistenziale a questo allontanamento correlato avviene ad opera del servizio sociale che, caso unico, si trova allo stesso livello potestativo dell'Autorità Giudiziaria. L'eccezionalità dello strumento e il possibile abuso dello stesso ha portato il legislatore a prevederlo solo nei casi urgenti proprio quando i servizi sono i primi a venire a conoscenza di una situazione di pregiudizio per il minore per cui non si può attendere il provvedimento (e il necessario filtro garantistico per la collettività) del giudice. La sua eccezionalità lo rende al contempo temporaneo, senza limiti prestabiliti ma sicuramente non oltre il vaglio del TM. Fino a quel momento il servizio, e per esso il suo responsabile e l'operatore del caso, possono ritenere (in piena autonomia) di mantenere la misura eccezionale o far rientrare il minore in famiglia. La responsabilità e la conseguenza di eventuali abusi ricade interamente sul servizio, poiché infatti non stanno eseguendo, applicando un 403 c.c., alcuna prescrizione del giudice ma una autonoma scelta tecnico-professionale. Ricordiamo, infine, che in quanto atto amministrativo la segnalazione alla Procura Minorile del provvedimento ex art. 403 c.c. deve essere fatta per iscritto e adeguatamente motivata.

# IL CODICE CIVILE

## **Tutela dei minori in Italia: il Tribunale per i Minorenni**

### *Storia*

L'istituzione in Italia del Tribunale per i Minorenni (in seguito TM) risale al 1934 (RD. 20/7/1934 n. 1404) ed inizia ad operare come organo giudiziario specializzato (in quanto ne faceva parte, accanto a due giudici di carriera, un "benemerito dell'assistenza sociale", che fosse cultore di scienze bio-mediche o umane) che si occupava della giustizia penale, di taluni rapporti tra genitori e figli e dei "corrigendi", per i quali erano predisposti i riformatori.

Da subito pertanto si è delineata la tripartizione delle competenze del TM in penale, civile e amministrativa, che tuttora permane.

Con l'entrata in vigore nel 1942 del nuovo codice civile e del codice di procedura civile si innova il diritto di famiglia, si istituisce la funzione del giudice tutelare, che raccoglie l'eredità del Consiglio di famiglia e vengono disciplinati i procedimenti in camera di consiglio con norme tuttora vigenti e che costituiscono la procedura di riferimento del Tribunale per i Minorenni.

Nel 1948 entra in vigore la Costituzione della Repubblica, che contiene disposizioni di grande rilievo per il diritto di famiglia e dei minori (artt. 2, 10, 30-32, 34, 38), ma bisogna attendere il 1956 (L. 25/7/1956 n.888), per vedere una riforma, che, oltre a portare a due il numero dei componenti onorari (un uomo e una donna) nel collegio, innovasse profondamente la competenza amministrativa, detta altrimenti "rieducazione", per i minori irregolari per condotta o per carattere, incentrata su un

doppio ordine di misure: l'affidamento al servizio sociale del Ministero di giustizia (istituito nel 1962 con L. n.1085) ed il collocamento in casa di rieducazione.

Nel 1967 (L. 5/6/67 n. 431), con l'introduzione dell'adozione speciale (oggi, legittimante) dei minori abbandonati, aumentava notevolmente il compito dei Tribunali per i minorenni per i quali viene istituito uno specifico organico, con contestuale autonomia rispetto al tribunale ordinario (L. 9/3/71 n.35).

Soprattutto con la riforma del diritto di famiglia (L. 19/5/75 n.151), che ha innovato ampiamente la nostra materia, veniva ampliata ulteriormente la competenza del Tribunale per i minorenni con un intervento però non organico, ma individuando nel dettaglio per quali istituti si dovesse ritenere la competenza del TM (art 38 disp att cc).

Parallelamente si realizzava lo spostamento della competenza assistenziale dal Servizio Sociale del Ministero di Giustizia ai Servizi Sociali territoriali nella materia civile (dove, in realtà, operava largamente il personale degli enti nazionali) e amministrativa (DPR. 616/77, art. 23).

### ***Ruolo***

Il Tribunale per i Minorenni è l'istituzione cardine in tema di abuso e maltrattamento ai minori di età.

La competenza del Tribunale per i Minorenni è a livello di distretto di Corte d'Appello.

I distretti normalmente coincidono con le regioni ma per alcune regioni più grandi, quali la Lombardia o la Sicilia, vi sono più distretti.

Il Tribunale è composto da:16 giudici Togati (di cui uno è il Presidente) e giudici onorari che devono essere “ benemeriti dell'assistenza sociale, scelti tra i cultori di biologia, psichiatria, antropologia criminale, pedagogia, psicologia, che abbiano compiuto il trentesimo anno di età”.

Nell'ambito civile tutte le decisioni sono assunte in composizione collegiale con una partecipazione paritaria di giudici togati e giudici onorari. Ai due giudici togati si affiancano infatti 2 giudici onorari (un maschio e una femmina), mentre tale differenziazione di genere non è richiesta per i giudici togati.

Nell'ambito penale vi sono invece diverse composizioni. Il solo magistrato togato per le convalide degli arresti (scelta imposta dai tempi particolarmente rapidi previsti dalla procedura), un collegio con un togato e due onorari per l'udienza preliminare (udienza filtro e vero baricentro dell'intervento penale) ed un collegio di 4 giudici per il dibattimento penale.

E' stato osservato che la composizione mista dell'organo giudiziario minorile è essenziale per assicurare un'effettiva specializzazione del Tribunale; se è vero che il giudice minorile con il suo intervento tende sempre a impostare un progetto recupero funzionale; se per fare ciò deve svolgere necessariamente un'opera di mediazione giuridica tra norma e realtà sociale, tenendo conto di tutti gli interessi in gioco; se tra la vasta gamma di risposte possibili il giudice deve individuare, con un giudizio di prevedibilità, quella che più risponderà alle esigenze del soggetto in formazione e meglio potrà contribuire al suo sviluppo umano, la specializzazione dell'organo giudiziario non è assicurata dalla conoscenza, pur fondamentale, del giudice delle diverse scienze umane, ma è assicurata essenzialmente in sede decisionale, e in molti casi anche in sede istruttoria, di più professionalità che si integrino fra loro.<sup>142</sup>

Il Tribunale svolge attività di tutela dei minori sia in sede civile che penale, proprio al fine di ristabilire un equilibrio all'interno del nucleo familiare, salvaguardando gli interessi dei soggetti più deboli mediante l'adozione di provvedimenti *pro minoribus*, come la stessa denominazione indica.



Un problema assai delicato che tutt'ora non ha una soluzione compiuta è quello delle diverse competenze del Tribunale per i Minorenni e del Tribunale ordinario.

Il Tribunale per i Minorenni ha competenze per quanto riguarda i reati penali attuati da minorenni, dei quali solo quelli commessi tra i 14 e 18 anni danno adito a procedimento penale. Per il resto le competenze del Tribunale per i Minorenni sono tutte di natura civile e intervengono in quelle situazioni in cui sia necessario attuare dei procedimenti limitativi o ablativi della potestà genitoriale, quali il contrasto all'esercizio della potestà, le decadenza e il reintegro della medesima. Con la legge 183/84 è stata attribuita al Tribunale anche la competenza in merito all'affidamento familiare e a tutto ciò che concerne l'adozione e la dichiarazione dello stato di adottabilità.

Il Tribunale ordinario interviene invece nella tutela dell'infanzia per quanto riguarda l'ambito penale in tutti i reati in cui siano vittime i minori e nei procedimenti di protezione familiare come l'allontanamento del genitore abusante dal domicilio domestico. Inoltre ha competenza per quanto riguarda l'affidamento e il mantenimento dei figli in caso di separazione.

Il coordinamento tra i due Tribunali risulta fondamentale e, pur essendo indicato per la prima volta già nella L. 15 febbraio 1996n. 66, è ancor troppo spesso inattuato, in quanto la formalizzazione e l'attuazione di questo rapporto mediante protocolli d'intesa si è verificata solo in pochi contesti giudiziari.

Il ruolo del Tribunale per i minorenni è reso ancor più importante dall'obbligo di segnalazione previsto dagli artt. 9 e 70<sup>1</sup> della legge 184/83 (disciplina dell'adozione e

---

<sup>1</sup> Art. 9 "Chiunque ha facoltà di segnalare all'autorità pubblica situazioni di abbandono di minori di età. I pubblici ufficiali, gli incaricati di pubblico servizio, gli esercenti di un servizio di pubblica necessità debbono riferire al più presto al procuratore della Repubblica presso il tribunale per i minorenni del

dell'affidamento dei minori) come modificati , in minima parte, dalla legge 28 marzo 2001 n. 149, che opera in relazione al reato di *Abbandono di minori o incapaci* disciplinato dall'art 591 c.p..Tale obbligo peraltro si aggiunge, non sostituendosi, in quanto si trova ad operare su un piano diverso, a quello già previsto dagli artt. 361,362 e 365 del codice penale. Tale reato è strettamente connesso al reato di *Maltrattamenti in famiglia*, pur differendo dal medesimo, in virtù del fatto per cui l'abbandono di un minore, definito dall'art 8 della legge sull'adozione e succ. mod. come “privazione dell'assistenza morale da parte dei genitori o dei parenti tenuti a provvedervi, risulta integrato non solo da comportamenti omissivi ma anche da azioni, in quanto i comportamenti commissivi (abusi e maltrattamenti fisici o morali) sono più gravi di quelli omissivi (per esempio della semplice incuria) e quindi richiedono un intervento più rigoroso. La dottrina maggioritaria ha evidenziato come anche fattispecie commissive (ad es. bambini costretti a rubare o prostituirsi, istigati e sfruttati dai genitori) possano considerarsi di abbandono, in quanto contrarie ai doveri di educazione, protezione ed assistenza della prole, potendo dar luogo al procedimento per la dichiarazione dello stato di adottabilità.

---

luogo in cui il minore si trova sulle condizioni di ogni minore in situazione di di abbandono di cui vengano a conoscenza in ragione del proprio ufficio”.

Art 70 “I pubblici ufficiali o gli incaricati di un pubblico servizio che omettono di riferire al tribunale per i minorenni sulle condizioni di ogni minore in situazione di abbandono di cui vengano a conoscenza in ragione del proprio ufficio, sono puniti ai sensi dell'art 328 del codice penale. Gli esercenti un servizio di pubblica necessità sono puniti con la reclusione fino ad un anno e con la multa fino a L. 400.000. I rappresentanti degli istituti di assistenza pubblici o privati che omettono di trasmettere semestralmente al giudice tutelare l'elenco di tutti i minori ricoverati o assistiti ovvero forniscono informazioni inesatte circa i rapporti familiari concernenti i medesimi, sono puniti con la pena della reclusione fino ad un anno o con la multa fino al L. 2.000.000”.

E' significativa, da questo punto vista, la circostanza per cui i maltrattamenti vengono considerati la forma tipica di abbandono e che l'obbligo di segnalazione previsto dalla legge sull'adozione, sebbene diverso da quello generale di denuncia e referto, ne vada ad integrare la funzione di tutela nei confronti del minore vittima di abusi

## **IL CODICE PENALE:**

### **MALTRATTAMENTO E FATTISPECIE DI REATO**

#### **Rilevanza penale di alcune tra le forme di maltrattamento: introduzione**

Come qualsiasi aggregato umano, anche la famiglia può diventare un ambito in cui certe tensioni e conflitti possono trovare sfogo, dando luogo talvolta ad atti di natura delittuosa. La violenza in famiglia può trasformarsi dunque da un fenomeno puramente sociologico, inteso quale risvolto della normale conflittualità di coppia, in un fenomeno penalmente rilevante: in questo capitolo si illustrano una serie di reati che possono essere compiuti all'interno delle mura domestiche.

Molte sono le fattispecie penali che possono essere integrate dalla condotta violenta di uno dei membri della famiglia: i reati contro la libertà morale (violenza privata e minaccia), contro la libertà fisica (sequestro di persona), contro la vita e l'incolumità (omicidio doloso, preterintenzionale e colposo, percosse e lesioni personali), contro la libertà sessuale (violenza sessuale), contro la famiglia (maltrattamenti, abuso di mezzi di correzione, violazione degli obblighi di assistenza familiare), contro la morale familiare (incesto), ed i reati di omissione (abbandono di minori o di incapaci, omissione di soccorso).

Alcune fattispecie di reato che possono essere dunque integrate in qualunque tessuto sociale, familiare o meno, mentre altre che possono realizzarsi solo in quello familiare, ossia soltanto tra soggetti che abbiano tra di loro una relazione di parentela, di coniugio o di convivenza.

E' utile quindi chiarire la nozione di famiglia espressa nel codice penale, rispetto a quella che emerge dal codice civile.<sup>2</sup> Il codice penale, elaborato negli anni '30, non poteva che fare riferimento alla famiglia formale fondata sul matrimonio. Gli articoli del codice penale, riferendosi alla "famiglia", al "minore", al "genitore" ed al "tutore", fanno senz'altro proprie le nozioni del codice civile. I richiami fatti nel codice penale sono di tipo formale, come può desumersi anche dalla modifica dell'istituto della patria potestà, avvenuta con la riforma del diritto di famiglia, introdotta nel codice civile con legge del maggio 1975.

Oggi il concetto di famiglia si è adattato ai cambiamenti sociali, ricomprendendo certo la famiglia di fatto; i soggetti coinvolti nei reati perpetrati nell'ambito familiare sono quindi i coniugi, conviventi e minori.

### **La procedibilità d'ufficio**

Come vedremo di seguito per le fattispecie penalmente rilevanti nell'ambito del maltrattamento il codice stabilisce la procedibilità d' ufficio. Ciò significa che l'azione penale deve essere avviata al mero ricevimento della *notitia criminis*; a differenza di quanto accade per i reati perseguibili a querela della parte offesa, perciò, non si richiede che taluno che ne abbia legittimazione debba sollecitare l'avvio dell'azione penale, ma l'autorità giudiziaria deve immediatamente perseguire il colpevole non appena

---

<sup>2</sup> I richiami al codice civile rappresentano un tipico rinvio formale, consistente nell'introdurre in un dato corpus giuridico, norme proprie di un altro sistema, alle quali si rinvia per la comprensione del significato specifico, riconoscendone la competenza esclusiva a regolare tale istituto. Il rinvio recettizio - o "recezione" - consiste, invece, nell'accogliere e nell'incorporare come norme proprie ed interne di un ordinamento talune attinenti ad altro ordinamento giuridico. La conseguenza è che, in caso di rinvio formale, le norme richiamate seguono le sorti dell'ordinamento al quale sin dall'inizio appartengono, mentre in caso di rinvio recettizio seguono le sorti dell'ordinamento che, richiamandole, le ha incorporate.

acquisisca la relativa denuncia, indipendentemente dalla eventuale lesione di diritti di terzi e dalla loro eventuale facoltà di rivalsa. Inoltre, l'azione avviata d'ufficio è irretrattabile, non è dunque possibile interromperla come avviene nel caso di remissione della querela. La procedibilità d'ufficio è legata alla gravità dei delitti e al disvalore morale degli stessi.

### *Maltrattamenti in famiglia*

Art. 572 c.p.: "Chiunque, fuori dei casi indicati nell'articolo precedente, maltratta una persona della famiglia, o un minore degli anni quattordici, o una persona sottoposta alla sua autorità, o a lui affidata per ragioni di educazione, istruzione, cura, vigilanza o custodia o per l'esercizio di una professione o di un'arte, è punito con la reclusione da uno a cinque anni. Se dal fatto deriva una lesione personale grave, si applica la reclusione da quattro a otto anni; se ne deriva una lesione gravissima, la reclusione da sette a quindici anni; se ne deriva la morte, la reclusione da dodici a venti anni."

Il bene protetto da questa norma è costituito dai diritti della persona, della dignità personale, del rispetto, dell'onore e della reputazione, nonché della integrità fisica.

Si tratta di un reato a forma libera, in quanto i maltrattamenti possono assumere la forma più varia, nel senso che possono consistere sia in maltrattamenti fisici che psicologici. Si tratta di atti non necessariamente identici tra loro, per lo più commissivi ma anche omissivi, che, isolatamente considerati, potrebbero essere anche non punibili oppure non perseguibili in mancanza di querela (ingiurie percosse, minacce, reati questi tutti procedibili a querela), che acquistano rilevanza penale per la loro reiterazione nel tempo. In termini generali, nel concetto di maltrattamenti dovrà rientrare ogni ipotizzabile offesa di uno dei diritti personalissimi del soggetto passivo.

Secondo certa giurisprudenza, invece, nel delitto *ex art. 572 c.p.* ogni azione è sorretta da un proprio elemento psicologico, a cui si aggiunge, com'è nella natura stessa delle azioni in serie, un nesso psicologico comune, pur senza costituire l'unità di disegno criminoso propria del reato continuato. Anche in dottrina è stato sostenuto che il dolo consiste non nella previa rappresentazione e volontà dell'intera serie di atti, ma nella coscienza e volontà, di volta in volta, di persistere nell'abuso.

Il primo elemento chiave è l'**abitualità** o ripetitività: la giurisprudenza è costante nel ritenere che il delitto di maltrattamenti in famiglia sia costituito da una condotta abituale che si estrinseca con più atti, delittuosi o meno, realizzati in tempi successivi, ma collegati dal nesso di abitualità ed uniti da un'unica intenzione criminosa di ledere l'integrità fisica o morale del soggetto passivo. I maltrattamenti possono realizzarsi anche tramite un comportamento omissivo *ex art. 40 comma 2 c.p.*

Un secondo elemento caratterizzante questo è la **relazione** intercorrente tra autore del reato e vittima a cui consegue un danno implicito ulteriore alla lesione in sé. La condotta di reato infatti, in questa fattispecie, a causa della relazione intercorrente tra i due soggetti viene posta in essere di un *minus* ad un *maior* nell'ambito di un rapporto di dipendenza.

#### *Abuso dei mezzi di correzione o di disciplina*

Art. 571 c.p. "Chiunque abusa dei mezzi di correzione o di disciplina in danno di una persona sottoposta alla sua autorità, o a lui affidata per ragione di educazione, istruzione, cura, vigilanza o custodia, ovvero per l'esercizio di una professione o un'arte, è punito, se dal fatto deriva il pericolo di una malattia nel corpo o nella mente, con la reclusione fino a sei mesi.

Se dal fatto deriva una lesione personale, si applicano le pene stabilite negli articoli 582 e 583 ridotte a un terzo; se ne deriva la morte, si applica la reclusione da tre a otto anni." Questo delitto trova la sua collocazione, non del tutto felice, nell'ambito dei delitti contro la famiglia. Mentre nel codice Zanardelli la medesima fattispecie rientrava nel novero dei delitti contro la persona, il codice Rocco ha inteso privilegiare il sodalizio familiare, pur se, come appare dalla stessa dizione della norma, l'illecito può essere perpetrato anche in altri contesti, quali quello scolastico e lavorativo. Sembra che tale inserimento si giustifichi per il fatto di considerare la famiglia quale luogo eletto e privilegiato dello *ius corrigendi*.

Questo articolo è stato più volte oggetto di varie interpretazioni, sia da parte della giurisprudenza che della dottrina, in quanto il legislatore non ha definito la tipologia dei mezzi correttivi. Fra i mezzi correttivi non consentiti, vengono ripetutamente citati quelli comunque produttivi di lesioni, quali l'uso della cinghia, le frustate a sangue, una intensa percossa, un pugno, il lancio di oggetti contundenti, oppure quelli non compatibili con il profilo correttivo o disciplinare, quali le ingiurie, i rimproveri offensivi, le minacce di morte, le punizioni umilianti e degradanti (quali pulire il pavimento con la lingua o mangiare in ginocchio o cospargere la vittima di sostanze irritanti). In questi casi si avrà, rispettivamente, il reato di minaccia e di violenza privata, in possibile concorso con le lesioni.

La vaghezza dell'espressione "mezzi di correzione" ha però il vantaggio di poter essere interpretata in maniera dinamica, facendo riferimento all'evoluzione del costume sociale nonché al tipo ed alla qualità dei rapporti che si sviluppano in ambito familiare. È lo stesso legislatore che, con l'inserimento di questa locuzione, ha forgiato una norma, per così dire, aperta all'evoluzione del costume sociale.



Il reato è inoltre incompatibile con l'attenuante della provocazione prevista dall'art. 62. n. 2 c.p., che presuppone uno stato d'ira seppur causato da un fatto ingiusto altrui.

Nei tempi più recenti il reato è di scarsa applicazione e viene perlopiù assorbito dal reato sopraesposto di maltrattamenti, in ragione della relazione esistente tra autore del reato del vittima.

### *Lesioni personali gravi/gravissime*

Art. 582 c.p.: “Chiunque cagiona ad alcuno una lesione personale, dalla quale deriva una malattia nel corpo o nella mente, è punito con la reclusione da tre mesi a tre anni. Se la malattia ha una durata non superiore ai venti giorni e non concorre alcuna delle circostanze aggravanti previste negli artt. 583 e 585, ad eccezione di quelle indicate nel n. 1 e nell'ultima parte dell'articolo 577, il delitto è punibile a querela della persona offesa.”

Le lesioni personali sono classificate in base alla prognosi del soggetto leso:

- Lievissime - l.p. che conducono a malattia o incapacità di svolgere attività della vita quotidiana per tempo non superiore ai 20 giorni
- Lievi - tra 21 e 40 giorni
- Gravi - superiori ai 40 giorni
- Gravissime - malattia insanabile

Tra le gravi si contano anche quelle lesioni che hanno messo in pericolo di vita il soggetto leso o hanno provocato un indebolimento permanente di organo o senso.

Tra le gravissime si contano anche lesioni che hanno provocato:

- la perdita di un senso o di un organo
- una mutilazione che rende inservibile un arto
- disfunzione grave della favella

- uno sfregio (cicatrice visibile che altera i movimenti mimici) od una deformazione (menomazione che provoca ribrezzo in chi guarda) del volto
- perdita della capacità di procreare.

Bene tutelato è l'incolumità individuale e oggetto del reato in questione è la lesione personale inflitta ad uno o più soggetti, dalla quale deriva una malattia: la lesione non deve essere necessariamente violenta, essendo questa causabile da azione morale, omissione o contagio. L'unico evento del reato è soltanto la malattia causata, in quanto la lesione è soltanto *nomen iuris* del reato. La concezione di malattia è spiegata dalla Relazione ministeriale al Progetto, e consiste nell'alterazione anatomica o funzionale dell'organismo. Concezione tuttavia dibattuta dalla dottrina, in quanto la malattia è uno stato patologico curabile che porta a guarigione, curabile o non curabile che causa cambiamenti di vita, non curabile che causa la morte.

#### *Violenza sessuale su minori*

La legge 15 febbraio 1996 n. 66 ha identificato le nuove norme incriminatrici del reato di violenza sessuale. (Artt. 609 bis e ss)

In tale quadro, particolare e rafforzata attenzione è dedicata ai minori, per la tutela dei quali si applicano talune aggravanti previste dall'art. 609 ter c.p., collegate alla commissione dei fatti di cui all'art. 609 bis c.p.

Per quanto riguarda il reato di violenza sessuale ex art 609 bis c.p., bisogna distinguere per fasce di età:

- l'atto sessuale commesso con violenza, nei confronti di persona che non ha ancora compiuto gli anni dieci, prevede la pena della reclusione da sette a quattordici anni;

- l'atto sessuale commesso con violenza, nei confronti di persona che non ha ancora compiuto gli anni quattordici, prevede la pena della reclusione da sei a dodici anni;

- l'atto sessuale commesso con violenza, nei confronti di persona che non ha ancora compiuto i sedici anni, della quale il colpevole sia l'ascendente, il genitore anche adottivo o il tutore, prevede la pena della reclusione da sei a dodici anni.

L'art. 609 quater c.p. contiene una disciplina complessa per quanto riguarda gli atti sessuali con minori consenzienti:

- l'atto sessuale commesso nei confronti di persona che non ha ancora compiuto dieci anni, prevede la pena della reclusione da sette a quattordici anni, non essendo rilevante il consenso;

- l'atto sessuale commesso nei confronti di persona che non ha ancora compiuto quattordici anni prevede la pena della reclusione da cinque a dieci anni (anziché da sei a dodici come previsto per la fattispecie violenta);

- l'atto sessuale commesso nei confronti di persona che non ha ancora compiuto sedici anni, qualora il colpevole sia l'ascendente, il genitore anche adottivo, il tutore, ovvero altra persona cui, per ragioni di cura, di educazione, di istruzione, di vigilanza o custodia, il minore sia affidato o abbia una relazione di convivenza, prevede la pena della reclusione da cinque a dieci anni.

Ai sensi dell'art. 609 quater c.p., risulta pertanto necessario distinguere i seguenti elementi del reato, rispetto alla fattispecie prevista nel 609 bis c.p.:

Il bene tutelato dalla norma è l'intangibilità sessuale del minore infraquattordicenne, e la libertà sessuale per l'infrasedicenne.

Soggetto attivo è chiunque nel caso di infraquattordicenne, trattandosi di reato comune; nel caso di infrasedicenne, non si tratta di chiunque ma soltanto dell'ascendente, del

genitore anche adottivo, del tutore, dell'affidatario o del convivente, tanto che si tratta di un reato proprio ed esclusivo.

Soggetto passivo: il minore infraquattordicenne o infrasedicenne.

Condotta: consiste nel compimento di atti sessuali con un minorente consenziente, dunque nei casi in cui manchino la violenza, gli abusi o gli inganni.

Una diversa e peculiare forma di abuso sessuale si integra allorché si compia un atto sessuale in presenza di persona minore degli anni quattordici, al fine di farla assistere. Si tratta del reato di "corruzione di minorenni" disciplinato dall'art. 609 quinquies c.p., punito con la reclusione da sei mesi a tre anni.

Secondo autorevole dottrina<sup>143</sup> oggetto giuridico è dell'intangibilità sessuale di natura psichica del minore, posta a salvaguardia del normale e graduale processo di maturazione, anche sessuale, del minore.

Una incisiva forma di tutela per il minore è data dall'art. 609 sexies c.p., che sancisce l'irrelevanza dell'ignoranza dell'età della persona offesa, se la vittima è minore di anni quattordici. Tale principio si applica, per espresso richiamo, alle ipotesi previste dagli artt. 609 bis c.p., 609 ter c.p., 609 quater c.p., 609 quinquies c.p. e 609 octies c.p., qualora i delitti abbiano natura di titolo autonomo oppure di circostanza aggravante.

Un'ulteriore forma di tutela è data dalla procedibilità di ufficio. Infatti, se la regola per la violenza sessuale è la querela di parte, eccezione fa la situazione in cui la vittima sia un minore, dal momento che l'art. 609 septies c.p. prevede che:

- si proceda d'ufficio quando il fatto è commesso contro un minore di dieci anni, nel caso di atti sessuali con minorente ex art. 609 c.p. quater, mentre se il soggetto ha più di dieci anni si procede a querela;

- si proceda d'ufficio quando il fatto è commesso nei confronti di persona che non ha ancora compiuto quattordici anni, nel caso di violenza sessuale ex art. 609 bis c.p. (quindi anche nel caso di minore di 10 anni);

- si proceda d'ufficio quando il fatto è commesso nei confronti di persona che non ha ancora compiuto sedici anni, qualora il colpevole sia l'ascendente, il genitore anche adottivo, il tutore, ovvero altra persona cui il minore sia affidato, per ragioni di cura, di educazione, di istruzione, di vigilanza o custodia.

Di notevole rilievo sono le pene accessorie e gli effetti penali previsti dall'art. 609 *nonies* c.p.

Tra le pene accessorie si include la perdita della potestà di genitore, quando la qualità di genitore è elemento costitutivo del reato, nonché l'interdizione perpetua da qualsiasi ufficio attinente alla tutela e alla curatela. Tra gli effetti penali sono previsti la perdita del diritto agli alimenti e l'esclusione dalla successione della persona offesa.

I vari reati sopra elencati possono concorrere con altri reati. Infatti, se l'elemento peculiare dell'art. 609 bis c.p. è la violenza o la minaccia, che come tale rimane assorbito, si può profilare l'ipotesi delle lesioni personali ex artt. 582 c.p. e 583 c.p., sotto forma di danni psichici o fisici (come, ad esempio, traumi psichici o malattie contagiose).

Con il nuovo comma 1 bis dell'art. 392 c.p.p. è previsto, per i soli procedimenti riguardanti i delitti in materia di violenza sessuale (artt. 609 bis, ter, quater, quinquies, octies del codice penale), che il Pubblico ministero o l'indagato possano chiedere che si proceda, con incidente probatorio, all'assunzione della testimonianza di persona minore di anni sedici, anche al di fuori della non rinviabilità della prova. L'incidente probatorio

può svolgersi anche in luogo diverso dal Tribunale, ovvero in strutture specializzate di assistenza, o, in mancanza, presso l'abitazione stessa del minore.

Quando la parte offesa è minorenni, il dibattimento si svolge sempre a porte chiuse.

### *Abbandono di minori ed incapaci*

Art. 591 cp: "Chiunque abbandona una persona minore di anni quattordici, ovvero una persona incapace, per malattia di mente o di corpo, per vecchiaia, o per altra causa, di provvedere a se stessa, e della quale abbia la custodia o debba avere cura, è punito con la reclusione da sei mesi a cinque anni.

Alla stessa pena soggiace chi abbandona all'estero un cittadino italiano minore di anni diciotto a lui affidato nel territorio dello Stato per ragioni di lavoro.

La pena è della reclusione da uno a sei anni se dal fatto deriva una lesione personale, ed è da tre ad otto anni se ne deriva la morte.

Le pene sono aumentate se il fatto è commesso dal genitore, dal figlio, dal tutore, o dal coniuge, ovvero dall'adottante o dall'adottato."

Oggetto della tutela penale secondo dottrina e giurisprudenza è l'esigenza di salvaguardare la vita e l'incolumità individuale delle persone che per età, o per altre cause legislativamente determinate, sono particolarmente esposti a pericoli conseguenti all'abbandono di coloro che dovrebbero averne cura.

Anche la giurisprudenza di legittimità ha di recente ribadito che l'oggetto della tutela dell'art. 591 c.p., diversamente da quello dell'art. 570 c.p., concernente la violazione degli obblighi di assistenza familiare, non è l'obbligo legale di assistenza in quanto tale, bensì il pericolo di incolumità fisica derivante dal suo inadempimento. "Pertanto, non si configura la condotta di abbandono, se l'agente non abbia già in custodia o in cura

l'incapace o il minore, ed a tanto si rifiuti, benché possa esservi legalmente tenuto e risultare penalmente perseguibile per tale ragione per altro titolo

Nonostante la definizione generica del soggetto attivo, per l'uso del pronome "chiunque", si tratta in realtà di un reato proprio, per la commissione del quale occorre che l'agente si trovi in una particolare relazione col soggetto passivo, è cioè che ne abbia la custodia ovvero ne debba avere la cura.

È proprio questo specifico elemento che rende possibile differenziare il reato *ex art. 591 c.p.* dal reato *ex art. 593 c.p.*, concernente l'omissione di soccorso. Ciò in quanto il reato *ex art. 591 c.p.* è un reato proprio che presuppone una particolare relazione tra soggetto attivo e passivo, ossia l'esistenza di un rapporto di cura e di custodia in essere, mentre i doveri generali di assistenza sociale sono considerati dall'*art. 593 c.p.* Se manca la relazione sottostante, l'omessa assistenza alla persona incapace potrà dare luogo, ove ne esistano i presupposti, al diverso delitto di omissione di soccorso. L'*art. 591 c.p.* può essere considerato, sotto certi riflessi, una norma speciale rispetto al delitto di omissione di soccorso, dal momento che può ritenersi elemento specializzante il preesistente obbligo di assistenza, non richiesto dall'*art. 593 c.p.* Nell'ambito dei rapporti familiari, soggetti attivi possono essere i genitori, i figli, il tutore, il coniuge, oppure l'adottante o l'adottato. In tal caso le pene sono aumentate.

*Soggetto passivo:* è il minore di anni quattordici o l'incapace. Per configurare una condotta penalmente rilevante di abbandono del minore di anni quattordici, non occorre un preesistente obbligo giuridico di custodire o di curare, dato che l'incapacità di costui di provvedere a se stesso è presunta in modo assoluto dalla legge. In altri termini, in relazione a detti minori, il dovere di custodia o di cura sarebbe imposto direttamente dalla legge a chiunque venisse a trovarsi, anche per un rapporto di mero fatto, in una

situazione che ponesse il minore a propria disposizione. Diversamente, nel caso di soggetto incapace, il reato si realizza solo dopo che il soggetto attivo se ne sia assunto l'obbligo di cura o ne abbia la custodia.

Nell'ambito dei rapporti familiari, soggetti passivi possono essere, rispettivamente, i coniugi, i figli, gli ascendenti o altri familiari di cui si abbia la custodia o l'obbligo di curare. Nel caso di figli minori di anni quattordici, essendovi presunzione assoluta di incapacità, sia i genitori (*in primis*) che gli altri familiari conviventi con i minori hanno l'obbligo giuridico di cura e custodia, la cui violazione integra gli estremi del reato *de quo*.

### *Omicidio*

L'omicidio (art 575 c.p.) è la morte di una persona causata da un'altra persona con dolo, colpa o preterintenzione.

L'interesse tutelato è chiaramente la vita umana: pertanto non si avrà omicidio se l'oggetto della azione lesiva non era vivo al momento del fatto. Tale fattispecie ricorrerà invece nel caso di uccisione di persona viva ancorché non vitale (ex arg. art. 2 Costituzione italiana).

Il Codice penale italiano prevede diverse specie di omicidio, catalogate in base all'elemento soggettivo:

**L'omicidio doloso** o volontario è l'omicidio compiuto con intenzione. È previsto dall'art. 575 c.p. Non presenta particolari problemi interpretativi al di là di quanto si può dire per il dolo in generale, tant'è che la figura stessa del dolo nella parte generale del codice risente proprio delle elaborazioni dottrinali in materia d'omicidio.

**L'omicidio preterintenzionale**, previsto dall'art. 584, si verifica allorché «chiunque con atti diretti a commettere uno dei delitti preveduti dagli art. 581 e 582, cagiona la



morte di un uomo». L'evento morte non è dunque voluto dall'agente ma si verifica a seguito di percosse e lesioni personali. Questa specie di omicidio costituisce uno dei campi di dibattito più vivi all'interno dei reati contro la persona. I termini delle questioni girano attorno alla disciplina della preterintenzione, tipico istituto della cosiddetta generalprevenzione. Per aversi tale tipo di omicidio secondo alcuni è necessario il mero nesso causale tra la percossa (o la lesione) e l'evento morte, secondo altri è invece necessario che l'evento morte sia quantomeno imputabile all'agente a titolo di colpa. Discussioni vive suscita anche la problematica dell'atteggiarsi delle lesioni o delle percosse: è necessario che esse siano consumate, o basta il loro tentativo?

**L'omicidio colposo**, previsto dall'art. 589 c.p., si verifica quando qualcuno per colpa cagiona la morte di un uomo. Anche qui, come nei casi precedenti, per spiegare la fattispecie, è in teoria sufficiente applicare la disciplina generale della colpa alla fattispecie oggettiva.

### *Violenza privata*

"Chiunque con violenza o minaccia, costringe altri a fare, tollerare od omettere qualche cosa, è punito con la reclusione fino a quattro anni.

La pena è aumentata se concorrono le condizioni previste dall'articolo 339."

Per la formulazione stessa dell'articolo, il reato appare sicuramente applicabile a condotte più o meno violente che un membro della famiglia può tenere nei confronti di un altro membro. Vi rientrano tutte le condotte che non integrano altre fattispecie penali. Per esempio, un marito può impedire alla moglie di uscire di casa, o di trovarsi un lavoro, o può comunque commettere degli atti di spregio (come il taglio dei capelli). Inoltre, può costringere la moglie a tollerare (nel senso di patire) una situazione (come

uno spettacolo osceno), ovvero a subire, senza resistere, un proprio o altrui comportamento (l'essere chiuse fuori di casa).

La casistica sarebbe sicuramente molto lunga; vi è però da notare che, normalmente, le condotte che separatamente integrerebbero il reato di violenza privata vengono in realtà, molto spesso, "assorbite" nel reato di maltrattamenti in famiglia, in quanto esso richiede la reiterazione di più condotte, in cui possono appunto confluire anche i singoli reati di violenza privata. È compito del giudice riconoscere le varie condotte, per formulare eventualmente un concorso di reati a carico dell'agente.

Oggetto giuridico è la libertà morale, oggetto della tutela dei reati di cui agli artt. 610 - 613 c.p., è considerato aspetto essenziale della libertà individuale ed è intesa come possibilità di autodeterminarsi spontaneamente, secondo la propria volontà e le proprie aspirazioni, ossia secondo la libertà di orientare i propri comportamenti in conformità di determinazioni liberamente prese.

La condotta può consistere soltanto nella violenza o nella minaccia, che comportino la perdita o la notevole riduzione da parte del soggetto passivo della capacità di determinarsi. Si tratta di un reato a forma vincolata, (144) e non a forma libera come è stato sostenuto: la condotta può esprimersi con violenza o minaccia:

- a. la violenza (fisica o psichica) può essere esercitata sul soggetto passivo oppure su una terza persona (ad esempio un figlio o un ascendente), o infine sulle cose, purché si raggiunga, seppure indirettamente, lo scopo di coartare la volontà del soggetto passivo;
- b. la minaccia, ovvero la prospettazione di un danno ingiusto e futuro, rileva ai sensi dell'art. 610 c.p. in quanto sia mezzo per coartare la volontà altrui. Ai fini del reato di violenza privata, rientra qualsiasi comportamento od atteggiamento

intimidatorio dell'agente, che sia idoneo a ridurre sensibilmente la capacità di determinarsi liberamente nel soggetto passivo

### **Malattia in senso penale**

Quali condizioni dell'essere umano possano considerarsi malattie idonee a integrare il concetto di malattia contenuto nel nostro Codice penale?

La questione non è di poco conto. Basti pensare a fenomeni non rari, quali le ecchimosi o i graffi sulla cute. È lecito e spontaneo che un soggetto atecnico, spoglio di conoscenze mediche approfondite, si ponga simili domande: l'escoriazione o l'ematoma sono da reputarsi malattie? Se sì, sono considerate tali solo dalla medicina clinica o anche da quella legale? E le soluzioni offerte dalla scienza medica sono trasportabili nel diritto penale? In che limiti? Come si vede, i quesiti sono molteplici e le risposte non sempre univoche. È essenziale pertanto, per tentare di offrire un responso ai quesiti sopra esposti, rivolgere lo sguardo all'attuale pensiero giurisprudenziale inerente i temi esaminandi.

I due più importanti filoni giurisprudenziali corrispondono, invero, alle ricostruzioni medico-scientifiche sorte attorno al concetto di malattia.

La problematica, in realtà, origina già in sede di stesura dei lavori preparatori al Codice penale nel cui contesto la malattia viene definita come qualsiasi alterazione anatomica o funzionale dell'organismo, ancorché localizzata e non impegnativa delle condizioni organiche generali. La dicitura "ancorché" aveva fatto propendere per un riconoscimento dello stato di malattia in costanza di qualsivoglia alterazione, anche ove assente una benché minima lesione della funzionalità umana.

D'altro canto, perplessità in merito a una puntuale nozione di malattia sono state frequentemente riscontrate perfino nell'ambito della stessa medicina legale. Ed è sulla base di detta impostazione "estensiva" del concetto di malattia, supportata dalle indicazioni fornite dalla scienza medica del momento, che i giudici di legittimità giungevano per esempio a contestare il reato di lesione personale anche a carico di chi avesse cagionato a taluno solamente blande escoriazioni, prive di cagionevoli effetti sulla salute. Ben si comprendono, perciò, i limiti di una tale ricostruzione in aderenza alla quale si finisce per estendere oltremodo l'alveo applicativo del reato di lesione a discapito del diverso delitto di percosse, ravvisabile in via del tutto residuale nei radi casi in cui l'atto violento non abbia provocato nella vittima la minima alterazione. Di qui la necessità di un deciso cambio di rotta.

Un forte contributo ad un'impostazione dottrinale e giurisprudenziale nettamente opposta a quella finora descritta è giunto, senza dubbio, dal mutato orientamento della scienza medica. Noti studiosi, difatti, consci dell'errore di fondo sotteso alla primordiale teoria, iniziarono a esplicitare un'innovata visione della malattia, non più intesa come mera alterazione, bensì come un'alterazione suscettibile di essere fonte e causa di limitazioni funzionali. La giurisprudenza di legittimità che, aggiustando il tiro rispetto a precedenti pronunce, si assesta su posizioni indubbiamente più coerenti rispetto ai dettami medici attuali. A norma degli stessi, deve ritenersi "malattia" quello stato dell'individuo che sia peggiorativo (dunque connotato da condizione anomala), dinamico (quindi soggetto a evoluzione ovvero a cronicizzazione), necessitante di un'adeguata terapia medica, e recante un disturbo funzionale atto a incidere sulla conduzione della vita quotidiana della vittima. I giudici iniziano a espungere dal

concetto di malattia ogni alterazione fisica o mentale priva di significativo pregiudizio sulla salute dell'individuo.

Si assiste, così, al moltiplicarsi di decisioni costanti nel respingere l'idea della sussistenza di una malattia penalmente rilevante in costanza di blande abrasioni o di mere sofferenze dolorose, e dunque di alterazioni prive di apprezzabili ripercussioni.

Ciò trova riscontro in memorabili pronunce di legittimità, meglio note come sentenze "Franciolini" e "Rocca". (Cass. 14 novembre 1996, n. 10643 e Cass. 15 ottobre 1998, n. 714). Le Indicazioni delle Sezioni Unite

La querelle giurisprudenziale in ordine all'esatta accezione del significato penale, prima che medico, di malattia sembra dunque essersi composta per effetto e in virtù del nutrito numero di pronunce, tutte volte nella medesima direzione di un'interpretazione restrittiva del termine, con ogni accennato effetto. Tuttavia, le Sezioni Unite Penali della Cassazione hanno inteso offrire il loro contributo pronunciandosi sulla questione affrontata (Cass. 18 dicembre 2008, n. 2437).

In realtà, in quell'occasione, i giudici erano stati chiamati a decidere su una differente questione: l'ipotizzabilità del reato di lesioni a carico del medico accusato di aver sottoposto il paziente a un trattamento chirurgico diverso da quello acconsentito, e conclusosi con esito fausto. A prescindere dai rilievi inerenti alla citata sentenza, vale la pena evidenziare la motivazione della pronuncia. A sostegno delle conclusioni rassegnate, la Corte, nel gettare le basi argomentative del proprio convincimento, si è soffermata nel corso della disamina sul concetto di malattia, come plasmato e modificato dalle mutevoli interpretazioni susseguitesì in dottrina e in giurisprudenza.

Il Collegio ha ripercorso i contrapposti orientamenti giurisprudenziali, traendone le conseguenze motivazionali della sentenza. In altre parole, a mezzo della pronuncia de

qua, i giudici si sono assestati sulla posizione espressa dalle più recenti decisioni di legittimità, accordando preferenza alla ricostruzione nozionistica suggellata dall'attuale scienza medica. A ben vedere, trattasi di un iter percorso da datate decisioni di merito già affiancatesi, con notevole anticipo rispetto ai tempi, alle successive posizioni c.d. restrittive circa la valenza penale del termine malattia (tra le altre, si ricordi la pronuncia del Tribunale di Ferrara del 3 marzo 1977, in Foro it., 1977).

Piena conferma di quanto esposto, si trae dal testo stesso della sentenza emessa a Sezioni Unite, che accoglie una concezione restrittiva di malattia, da intendersi come «un processo patologico evolutivo necessariamente accompagnato da una più o meno rilevante compromissione dell'assetto funzionale dell'organismo».

Di tutta evidenza è il corollario derivante ed espressamente esteso: “le mere alterazioni anatomiche che non interferiscano in alcun modo con il profilo funzionale della persona non possono integrare la nozione di malattia correttamente intesa”.

### **Il danno biologico in giurisprudenza**

Le definizioni danno biologico, danno alla salute e danno alla validità sono utilizzate nella prassi peritale come sinonimi.

Ma parlare di danno alla salute o alla validità non è la stessa cosa che parlare di danno biologico: può esistere infatti un danno biologico (inteso come lesione o menomazione dell'integrità o incolumità psicofisica della persona) senza che vi sia alcun danno alla validità.

Si pensi per esempio all'interruzione volontaria della gravidanza o alla correzione dei caratteri sessuali ai fini della rettificazione del sesso, i quali sono lesivi dell'integrità fisica di chi li subisce, ma non ledono la salute individuale.

Per tale motivo, il giudizio sull'effettivo danno alla salute subito dalla persona offesa è compito che spetta direttamente al magistrato, sia pure sulla base di tutti i dati che gli vengono forniti dalla preliminare indagine medico-legale.

Il concetto di danno è legato ad un'alterazione nell'individuo rispetto ad una situazione antecedente (passaggio dalla salute alla malattia o aggravamento di una patologia preesistente).

Il peggioramento conseguente al danno assume significato medico legale assume significato quando è legato ad un effetto giuridico, quindi quando è composto di due elementi:

- danno biologico o materiale: alterazione fisica o psichica dell'organismo;
- danno giuridico o formale: bene o interesse tutelato dalla legge pregiudicato, per cui l'ordinamento legislativo prevede una reazione volta alla riparazione del danno.

Con la dizione "danno biologico" si pertanto intende esprimere un concetto esclusivamente medico, quale è quello del pregiudizio all'incolumità o integrità somato-psichica preesistente, in maniera indipendente da qualsiasi riferimento o ripercussione sulla capacità di produrre reddito.

Il danno biologico consiste nella menomazione permanente e/o temporanea dell'integrità psicofisica della persona, comprensiva degli aspetti personali, dinamico-relazionali, passibili di accertamento e di valutazione medico legale e indipendente da ogni riferimento alla capacità di produrre reddito.

In effetti se si considerasse il danno alla persona solo nel suo aspetto statico, il magistrato finirebbe per liquidare risarcimento in modo automatico. Tuttavia dal punto di vista giuridico non la sola lesione o meglio la sola menomazione

biologica di questo o quell'organo devono essere considerate ai fini del risarcimento, quanto piuttosto il pregiudizio alla validità o alla salute che esse comportano. Per questo motivo nasce la necessità di considerare gli aspetti dinamico-relazionali del danno biologico: quel che conta infatti ai fini risarcitori è stabilire non solo la compromissione anatomico-funzionale, ma anche le conseguenze che da quella menomazione biologica derivano sulla capacità di relazione sociale della persona considerata.

Il concetto di integrità biologica va sostituito con uno più ampio, che vada oltre e che comprenda in sé anche quegli effetti di efficienza e dinamico-relazionali, oltre che spirituali e giuridici, quelle capacità di operare e di assumere un proprio ruolo nella collettività, che sono o dovrebbero essere propri di ogni persona. E' evidente pertanto che tale concetto è la validità, cioè l'efficienza psicofisica individuale (che presuppone l'integrità, ma la supera).

In conclusione, ai fini risarcitori, il primo dei parametri per la valutazione del danno alla persona è il danno biologico, che deve quindi esprimersi in termini di invalidità, cioè di pregiudizio alla validità della persona.

Ed è a tal fine che per una esatta definizione del grado di invalidità permanente vanno precisati, con riferimento allo specifico personaggio in esame, sia i cosiddetti aspetti statici del danno biologico sia quelli più propriamente dinamico-relazionali. Ciò che maggiormente acquista importanza quindi in sede di valutazione è l'aspetto funzionale e dinamico-relazionale del nocimento patito, cioè le ripercussioni negative o peggiorative che il danno biologico obiettivato, inteso nel suo significato anatomico-funzionale e clinico, ha sul modo di essere e quindi sulla validità della persona



## LA PROVA

### La disciplina della prova nel codice di procedura penale.

L' istituto della prova nel nostro sistema è disciplinato nel libro III del codice di procedura penale; bisogna subito dire però che il codice non dà una definizione di "prova", ma la parola prova viene utilizzata, come vedremo di seguito, in diverse accezioni: fonti di prova, mezzi di prova, e mezzi di ricerca della prova.

Appare tuttavia condivisibile la definizione che viene offerta dalla dottrina secondo cui *"la prova è il mezzo da solo idoneo e sufficiente a sorreggere una valutazione o giudizio di certezza. La prova ha la forza di dimostrare con certezza un fatto, sia sostanziale (per es. innocenza o colpevolezza dell'imputato) o procedurale (per es. la notifica di un atto)."*<sup>144</sup>

Ancora si dice che *"la prova è un ragionamento che da un fatto noto ricava l'esistenza di un fatto avvenuto nel passato"*.

Dalla prova si distingue l'indizio, detto anche *probatio semiplena*, che è il mezzo idoneo a garantire un giudizio di probabilità o verosimiglianza. Un solo indizio non fornisce certezza, una pluralità di indizi può fornirla, andando a costituire una prova indiziaria. Infine più indizi possono formare una prova quando sono *gravi, precisi e concordanti*

L' art. 187 c.p.p. statuisce che *"Sono oggetto di prova i fatti che si riferiscono all'imputazione, alla punibilità e alla determinazione della pena o della misura di sicurezza"*. L'oggetto della prova è quindi il tema o obiettivo verso cui tende la prova

(*thema probandum*), e la prova è ammissibile solo se concerne elementi rilevanti e utili per il processo, e cioè l'autore, il fatto-reato, la sanzione, fatti procedurali.

Il codice distingue tra

1. Fonti di prova (art. 65 c.p.p.)
2. Mezzi di ricerca della prova (art. 244 e ss c.p.p.)
2. Mezzi di prova (art. 194 e seguenti c.p.p.)

1. Il primo significato lo si ha dalla lettura dell'articolo 65 del codice di procedura penale dove con l'espressione "fonti di prova" si intende tutto ciò che è idoneo a fornire dei risultati apprezzabili per la decisione. Sono fonti di prova le cose, i documenti, o le persone da cui può scaturire poi la prova: solo innanzi al giudice poi dalla fonte verrà assunta la prova (es. persona informata rende testimonianza). La funzione di assicurare le fonti di prova è propria del pubblico Ministero e della polizia giudiziaria e spetta inoltre al difensore: la funzione delle indagini preliminari è appunto quella di ricercare le fonti di prova e queste preesistono alla fase processuale-giurisdizionale.
2. I mezzi di ricerca della prova sono gli strumenti o le attività procedurali diretti ad individuare ed assicurare al processo fonti di prova o all'acquisizione della prova diretta. I mezzi di ricerca della prova si caratterizzano per la strumentalità della loro natura, tanto che in dottrina è stato affermato che servono per giungere direttamente alla prova e solo indirettamente al processo<sup>144</sup>.

I mezzi tipici di ricerca della prova sono

- le ispezioni (artt.244-246);
- le perquisizioni (artt. 247-251)
- i sequestri (artt. 253-265)

- le intercettazioni di conversazioni o comunicazioni (266-271).

Si tratta tuttavia di una categoria aperta, per cui vi sono poi tutti i mezzi atipici non nominati dal codice. L'ammissibilità di mezzi atipici è data dalla esigenza fondamentale di ricerca della verità fattuale.

3. Il codice si concentra però, in maniera particolare, ma sui "mezzi di prova" che vengono disciplinati dall'articolo 194 e seguenti.

I mezzi di prova sono quegli strumenti mediante i quali si acquisisce al procedimento, innanzi al giudice, un elemento che serve per la decisione (prova).

Il codice ne disciplina sette e sono i sette mezzi di prova tipici a incominciare da quella che nel processo penale è la prova regina: la testimonianza. In materia di prove non vige però nel nostro ordinamento il principio di tassatività di esse, sicché, oltre ai mezzi di prova specificamente disciplinati dalla legge (testimonianza, esame delle parti, confronti, ricognizioni ecc.) l'ordinamento ammette anche le c.d. prove atipiche o innominate (che il legislatore non ha a priori e nominativamente previsto), sempre che ricorrano due condizioni: a) che la prova atipica sia idonea ad assicurare l'accertamento dei fatti: che, cioè, abbia, almeno in astratto, capacità dimostrativa; b) che la prova atipica la prova atipica non pregiudichi la libertà morale della persona: che non sia, cioè, contraria all'art. 188 (pregiudicherebbe la libertà morale della persona l'uso di strumenti di tortura nel corso di una testimonianza). Poiché la prova in tanto è atipica in quanto il legislatore non ne abbia stabilito alcuna disciplina, il giudice deve fissarne le modalità di assunzione, sentite le parti in contraddittorio.

### **In particolare: il principio del contraddittorio**

Il principio del contraddittorio è stato introdotto dalla l. n. 2/1999 nell'art. 111 della Costituzione e costituisce una particolare connotazione della giurisdizione penale in quanto garantisce il pieno esercizio del diritto alla prova, e quindi alla difesa, attuando quella dialettica processuale, propria di un sistema penale di stampo accusatorio.

Il nuovo testo dell'art. 111 stabilisce, infatti, che *«il processo penale è regolato dal principio del contraddittorio nella formazione della prova»*.

Il principio del contraddittorio è attuato, nel suo significato debole, durante la fase delle indagini preliminari e, nel suo significato forte, nella fase del dibattimento.

Nel suo significato debole, il principio del contraddittorio assicura il diritto del difensore ad essere presente ad un atto di indagine o a conoscerne il relativo verbale.

La conoscenza dei verbali degli atti di indagine è completa nel momento in cui il Pubblico Ministero invia l'avviso di conclusione delle indagini preliminari.

Nel suo significato forte, il principio del contraddittorio comporta la necessaria partecipazione delle parti alla formazione della prova. L'attuazione piena del contraddittorio necessita che alle parti sia riconosciuta tutta una serie di diritti strumentali, dei quali possiamo enunciare i principali: diritto ad ottenere dal giudice l'ammissione della prova, diritto ad ottenere l'ammissione della prova contraria, diritto a porre le domande nell'esame incrociato e nel controesame.

Ne consegue che saranno valide e utilizzabili dall'Organo Giudicante ai fini della decisione processuale solo le prove acquisite al processo nel pieno rispetto del contraddittorio delle parti, e inutilizzabili le prove assunte in violazione di questo principio.

Tuttavia, sono ammissibili delle precise deroghe al principio del contraddittorio nella formazione della prova.. L'ammissibilità di questi casi e la legittimità costituzionale dei medesimi si fonda sui tre concetti fondamentali del comma 5° dell'articolo 111 della Costituzione. Alla luce di quest'ultimo principio, si deve affermare che le deroghe sono ammissibili purché siano fondate su uno di questi tre presupposti, elementi:

- l'irripetibilità di natura oggettiva cioè l'impossibilità oggettiva di procurare il contraddittorio sulla fonte di prova;
- il consenso dell'imputato;
- la condotta illecita che impedisca il verificarsi del contraddittorio.

Una recente pronuncia della Suprema Corte ha stabilito che *“sono irripetibili quegli accertamenti tecnici aventi ad oggetto persone, cose o luoghi soggetti a modificazioni tali da far perdere loro in tempi brevi ogni valenza probatoria in relazione ai fatti oggetto di indagini e di eventuale giudizio.”* (Cass. Pe. Sez. I , n.. 28459 del 23/04/2013)<sup>3</sup>

### **Certezza clinica e prova di reato**

Quando il medico si trova di fronte al caso di un bambini che presenti delle lesioni deve effettuare una diagnosi medica. In alcuni casi il tipo di lesioni (fratture, ecchimosi, edemi , etc) sono tali da portare con assoluta certezza alla diagnosi di maltrattamento, escludendo la natura accidentale dei traumi.

Ci si chiede perché una diagnosi certa di maltrattamento e la certezza clinica non possano costituire di per sé prove sufficienti del reato commesso.

---

<sup>3</sup> Nella specie la Corte ha escluso il carattere di irripetibilità alla valutazione di lesioni personali che avevano cagionato alla vittima una cicatrice.

La questione trova risposta su due piani collegati.

In primo luogo, come abbiamo visto nel paragrafo precedente, in tema di prova nel processo penale vige il principio del contraddittorio, per cui la stessa deve essere assunta alla presenza e con la partecipazione della parti. La diagnosi medica avviene molto prima del processo, quando il medico visita per la prima il minore vittima di violenza o abuso. Siamo pertanto fuori non solo dal dibattimento, ma addirittura in un precedente anche alle indagini preliminari, che si apriranno solo a seguito della segnalazione dello stesso medico che effettua la visita ed emette una diagnosi di maltrattamento.

Pertanto la prima diagnosi effettuata non può essere assunta processualmente a vero e proprio elemento di prova utilizzabile dal Giudice in dibattimento per giungere ad una statuizione di colpevolezza, venendo invece a costituire una fonte di prova, da cui scaturiscono le indagini e le ricerche della prova.

In secondo luogo bisogna ricordare che per giungere ad una attribuzione di colpevolezza è necessario che venga individuato l'autore del reato: la diagnosi di maltrattamento può accertare l'avvenimento del fatto ma non è utile a capire chi l'abbia commesso, e senza un colpevole accertato il processo esita in una sentenza di archiviazione.<sup>4</sup>

---

<sup>4</sup> Si ricorda in merito il caso della piccola Matilda, la bambina di 22 mesi morta in seguito ad un violento calcio. La morte della bimba si verificò il 2 luglio del 2005 nella casa di Roasio (Vercelli), dove vivevano la madre della bambina Elena Romani e il suo convivente, Antonio Cangelosi. I due conviventi si lanciarono accuse reciproche, finché varie perizie e intercettazioni portarono gli investigatori a scagionare l'uomo e ad accusare la hostess. Indagata inizialmente per omicidio volontario, e per questo finita anche in carcere, il tribunale del riesame aveva poi derubricato l'accusa in omicidio preterintenzionale, considerando che il decesso fosse avvenuto in conseguenza di altri reati quali le lesioni o le percosse. In particolare, Matilda riportò lesioni al fegato, a un rene e a una costola. L'accusa, sostenuta da Antonella Barbero, ha sempre sostenuto che la bimba fu colpita da un violento calcio sferrato dalla madre in un momento d'ira (la

### **La testimonianza del minore: l'incidente probatorio.**

In questo sistema di assunzione delle prove la testimonianza occupa un ruolo fondamentale, poiché il minore, oltreché vittima, è spesso l'unico testimone disponibile; ma l'assunzione della deposizione del minore è un'attività particolarmente delicata, poiché si deve cercare di conciliare l'esigenza di conoscere compiutamente i fatti evitando contemporaneamente di arrecare ulteriori danni psicologici al bambino.

Innanzitutto si è disposto che, in tutti i procedimenti penali per tali reati, l'assunzione della testimonianza di persona minore degli anni 16 a mezzo di incidente probatorio possa avvenire anche al di fuori dei casi eccezionali previsti dall'art. 392 del codice di rito, con ciò formulando, in sostanza, una precisa raccomandazione affinché, ove tale esame sia ritenuto indispensabile, questo sia effettuato nel più breve tempo possibile, cercando di evitare che sia differito alla fase del giudizio (**art. 392 comma 1-bis c.p.p.**).

Come è noto, e' stata poi convalidata una prassi giudiziaria che già da alcuni anni era stata di fatto sperimentata in vari Tribunali, introducendo ufficialmente nel sistema quella che nel linguaggio corrente era ed è tuttora definita come "**audizione protetta**", e più precisamente si è previsto - così come è avvenuto a partire dalla fine degli anni '80 anche nei paesi di tradizione anglosassone - che, quando le esigenze del minore lo rendano necessario od opportuno, il suo esame si svolga, con "*modalità particolari*" (e quindi liberamente stabilite, secondo il prudente apprezzamento del giudice, calibrandole volta per volta sulle circostanze concrete del caso singolo), anche in luogo diverso dal tribunale e presso "*strutture specializzate*"

---

bimba piangeva e aveva vomitato). La donna si è sempre proclamata innocente. La Corte ha impiegato nove ore per pronunciare la sentenza, con cui ha assolto la donna. La cassazione ha confermato la sentenza e l'omicidio della piccola Matilda è rimasto impunito.

Sulla materia dell'audizione protetta esiste, a partire almeno dalla metà degli anni '90, una letteratura ormai sterminata. Ciò che in termini sintetici si deve rilevare, cercando di mettere a fuoco quella che gli studiosi sono soliti definire come la "ratio" della riforma, è che, ufficializzando questa particolare tipologia di audizione, il legislatore ha dimostrato di aver operato la scelta - assolutamente vincolante - di privilegiare la tutela della personalità del minore, nella presunzione che farlo partecipare al processo alla stessa stregua di un adulto - anche se al riparo dalla pubblicità - lo esporrebbe a un disagio superiore alle sue forze, assoggettandolo alla incontestabile "brutalità" e aggressività insita nella tecnica dell'esame incrociato e pretendendo da lui un comportamento (la conferma "pubblica" delle accuse) che in quanto tale rischierebbe di pregiudicare la serenità della sua deposizione, finendo in buona sostanza per danneggiare non soltanto lui, ma anche la ricerca sia della verità reale che della verità processuale, e - si ripete - arrecherebbe soprattutto un serio attentato alla sua vita di relazione e alla sua sfera affettiva ed emozionale.

Il principale problema che si pone dinanzi a chi deve valutare la testimonianza del minore, si manifesta sotto un duplice aspetto: la capacità di deporre del minore e la veridicità del racconto (e ciò vale a maggior ragione quando il minore sia anche parte offesa e vittima del reato). In tal senso Cass. pen., Sez. III, 11/07/2003, n. 39959.

Sul primo aspetto, e cioè la capacità di deporre, in linea generale, il secondo comma dell'art. 196 prevede che *"Qualora, al fine di valutare le dichiarazioni del testimone, sia necessario verificarne l'idoneità fisica o mentale a rendere testimonianza, il giudice anche di ufficio può ordinare gli accertamenti opportuni con i mezzi consentiti dalla legge"*.



Proprio allo scopo di dare delle linee guida al *modus operandi* nel 1996 è stata redatta la ormai famosa “Carta di Noto” che è stata modificata nel 2002.

Essa è entrata quasi di forza a far parte di criteri e valutazioni dei quali tengono conto i Giudici per l’attendibilità di testimoni minorenni, e spesso è citata in molte sentenze di merito e di legittimità (v. Corte di Appello di Brescia, 02/07/2004).

Fondamentalmente, essa prevede che i professionisti specificamente formati a raccogliere le testimonianze dei minorenni (*rectius* la attendibilità dei minorenni), debbano utilizzare metodologie e criteri riconosciuti come affidabili dalla comunità scientifica di riferimento; esplicitare i modelli teorici utilizzati, così da permettere la valutazione critica dei risultati. Il punto importante da sottolineare, però, è che “*la valutazione psicologica non può avere ad oggetto l’accertamento dei fatti per cui si procede*”. Cioè, e in termini più semplici, quanto raccolto dalle dichiarazioni dei minorenni deve solo servire a chiarire al Giudice che il minorenne è idoneo o meno a rendere testimonianza, ma è inibito a chi effettua la perizia, di valutare attendibili gli eventuali fatti raccontati dal minore: questo è compito che spetta esclusivamente al Giudice.

Quindi, mentre la valutazione sulla capacità a rendere testimonianza può essere affidata a un perito, la veridicità o meno del racconto del minorenne deve essere affidata al Giudice. Infine, la Carta “consiglia” che la sede privilegiata per l’escussione del minorenne è l’incidente probatorio e auspica che il perito incaricato dal Giudice di effettuare l’indagine psicologica del minore, rappresenti che “*le attuali conoscenze in materia non consentono di individuare dei nessi di compatibilità od incompatibilità tra sintomi di disagio e supposti eventi traumatici*”.

Se il minore è in tenera età, spesso accade che vi sia un coinvolgimento “testimoniale” dei genitori, ma bisogna subito dire che non può acquisirsi la testimonianza resa da questi ultimi. E’ infatti sempre auspicabile il coinvolgimento testimoniale diretto del minore (in questo senso Cass. pen., Sez. III, 12/02/2004, n. 18058). Infatti, “...è viziata da inutilizzabilità ai sensi dell'art. 195 c.p.p. la testimonianza indiretta allorché il giudice abbia ommesso di procedere, nonostante la richiesta della difesa, all'assunzione del testimone diretto, anche nel caso in cui quest'ultimo sia persona minore di età” (Cass. pen., Sez. III, 28/11/2001, n. 1948).

Solo in rari ed eccezionali casi, la giurisprudenza ha ammesso la testimonianza indiretta: “In tema di reati contro la libertà sessuale le dichiarazioni rese dal minore in sede di incontro videoregistrato presso il servizio psichiatrico alla presenza di un funzionario o agente di polizia giudiziaria possono essere oggetto di testimonianza "de relato" da parte dell'ufficiale di p.g. ai sensi dell'art. 195 c.p.p.” (Cass. pen., Sez. III, 15/05/2001, n. 23423).

Conseguentemente, “... anche i bambini in tenera età sono in grado di ricordare ciò che hanno visto e soprattutto ciò che hanno subito con coinvolgimento diretto, pur spettando al giudice di valutare con particolare attenzione la credibilità del dichiarante e l'attendibilità delle dichiarazioni. In una tale prospettiva, nel caso di minore-parte offesa (la cui deposizione ben può essere assunta anche da sola come fonte di prova della responsabilità), si spiega, nella prospettiva di controllo sulla «credibilità soggettiva», la possibilità di procedere alla verifica dell'«idoneità mentale» (articolo 196, comma 2, del c.p.p.), rivolta ad accertare se il minore stesso sia stato nelle condizioni di rendersi conto dei comportamenti tenuti in pregiudizio della sua persona e possa poi riferire in modo veritiero siffatti comportamenti. Trattasi, in ogni caso, di

*indagine psicologica particolarmente proficua in materia di reati sessuali, ma sicuramente non obbligatoria in mancanza di elementi che giustifichino una pretesa incapacità della vittima, pur se bambino. Inoltre, pur nel caso di accertamenti peritali disposti ex articolo 196, comma 2, gli esiti di questi, da un lato, non precludono affatto l'assunzione della prova dichiarativa (come espressamente enunciato al comma 3 dell'articolo 196, che fissa il principio dell'insussistenza di una necessaria cronologia temporale tra l'assunzione della testimonianza e gli accertamenti stessi), e, dall'altro, non possono comunque avere alcuna valenza deterministica ai fini decisionali, vigendo il principio che non è possibile demandare a uno o più periti la verifica dell'attendibilità del testimone e che spetta pur sempre al giudice il vaglio critico delle nozioni acquisite attraverso l'attività svolta dai periti” (Cass. pen., Sez. III, 06/03/2003, n. 36619)*

Il secondo aspetto da valutare, e cioè la veridicità del racconto del minore, è strettamente legato al primo (capacità di deporre) e non meno problematico. Nella maggioranza dei casi, dovuti purtroppo al fatto che spesso i minorenni siano testimoni di abusi sessuali da loro subiti, la sede più appropriata per l'esame del testimone minore è **l'incidente probatorio**, con le garanzie costituzionali e processuali riservate a tutte le parti del processo. In tale sede, sotto il profilo della veridicità del racconto, bisognerà preventivamente valutare la modalità per l'escussione del testimone. Non v'è dubbio alcuno, che il Giudice che avrà disposto l'incidente probatorio, ordini che si proceda con tutte le cautele possibili, perché anzitutto devono essere tutelate le esigenze del minore. Egli può stabilire particolari modalità per procedere all'incidente probatorio, che reputi necessarie od opportune. Fra queste particolari modalità di assunzione della prova, ad esempio rientra sicuramente anche la

forma scritta, laddove sia consigliata o imposta dall'esigenza di proteggere la fragile emotività del minore e di assicurare nel contempo la genuinità della deposizione (Cass. pen., Sez. III, 25/05/2004, n.33180).

In tema di valutazione delle dichiarazioni del minore si ricorda infine una recente pronuncia della Suprema Corte , che consente al P.M. di assumere le dichiarazioni senza la necessaria richiesta di incidente probatorio: *“In tema di reati sessuali in danno di minori di età, la valutazione giudiziale delle dichiarazioni accusatorie rese dalle vittime degli abusi, che richiede specifiche cognizione tecniche, mediante il ricorso al sapere scientifico esterno, non impone nella fase delle indagini preliminari alcun obbligo al pubblico ministero di affidare la cosiddetta consulenza personologica nelle forme dell’art. 360 c.p.p. ovvero di richiedere al G.i.p. l’incidente probatorio, essendo ammissibile il ricorso alla procedura non garantita prevista dall’art. 359 c.p.p., le cui risultanze hanno tuttavia valore solo endoprocessuale, sottraendo agli indagati la facoltà di controllare, tramite i difensori ed i consulenti tecnici, l’operato del consulente.”* (Cass. Pen, sez. III, n. 37147 del 9.10.2007 )

## OBIETTIVI DELLA TESI

Il lavoro di ricerca si è svolto nell'ambito del maltrattamento minorile e si prefigge di analizzare le diverse problematiche che emergono sul piano giuridico e medico-legale, *in primis* la questione del conflitto tra esigenze di giustizia e tutela della salute che può nascere quando ci si trova di fronte ad un caso di maltrattamento o abuso su minore.

La contrapposizione tra esigenze di giustizia e tutela della salute è un tema tra i più sofferti della medicina legale (Cazzaniga, Leoncini, Gerin, Chiodi, Barni, Fiori, Introna).

La tutela della salute del bambino, che in via di principio è sancita come diritto primario, fondamentale e inviolabile (art 32 Cost), nella prassi viene drasticamente ridotta da necessità procedurali legate alla ricerca del colpevole del reato e delle relative prove.

Questo accade perchè sullo stesso scenario si interseca l'attività di diversi attori, titolari di diverse competenze e soprattutto titolari di diversi interessi legittimi: da un lato l'Autorità Giudiziaria (PM) che esercita l'azione penale e persegue la ricerca del colpevole (e nello specifico della prova dell'abuso o del maltrattamento), dall'altro i medici che prendono in carico il minore e sono preposti alla tutela della salute dello stesso. Dall'intersezione di tali attività e posizioni ne può scaturire un conflitto di difficile risoluzione.

In questo ambito emergono infatti anche altre questioni quale il problema del consenso da parte del genitore maltrattante e il coordinamento tra procura e tribunale minorile (e l'inerzia di quest'ultimo,

Quale interesse deve prevalere? Può l'esigenza di giustizia comprimere la tutela della salute del minore? In quale responsabilità incorre il medico che non ottemperi all'ordine dell'Autorità Giudiziaria?

Questi sono gli aspetti presi in considerazione dal lavoro, nella ottica di valutare quale tutela effettiva sia offerta al minore e quali possibili alternative si possono sviluppare per fare in modo che la salute e la protezione del minore vengano sempre garantite in modo pieno ed efficace.

Obiettivi specifici del presente lavoro sono quindi:

- Analizzare il panorama legislativo in tema di maltrattamento minorile ed in particolare in riferimento alla tutela del minore in seguito alla segnalazione all'Autorità Giudiziaria.
- Evidenziare, tramite la revisione di casi, le principali criticità del sistema;
- Individuare i vuoti legislativi che portano alla sussistenza di tali criticità;
- Individuare nuove prassi per i servizi territoriali, gli Enti locali, i servizi minorili dell'amministrazione della giustizia, e gli Organi Giudiziari, al fine di individuare strategie che possano risultare efficaci per la piena tutela del minore.

## MATERIALI E METODI

Lo studio analizza una coorte prospettica dei bambini presi in carico dal Centro Regionale per la Diagnostica del Bambino Maltrattato del Dipartimento di Pediatria dell'Università di Padova. La documentazione clinica in possesso del Centro riguarda minori vittime di violenze dal 2006 ad oggi. Si tratta quindi di uno studio effettuato tramite una preliminare revisione di casistica con esame di 250 casi.

In particolare analisi specifica di quattro casi di bambini vittime di maltrattamento nei quali emergono le problematiche oggetto del presente studio. La struttura di riferimento è il Centro per la Diagnostica Bambino Maltrattato

Le fasi del lavoro sono:

1. Rilevazione del problema : indagine trasversale multi fonte su casi di maltrattamento su minori noti ai Servizi sociali. Fonti: Servizi Socio Sanitari territoriali, Scuole, NPI, Unità tutela minori;  
risultato. Stima di occorrenza grezza e specifica per tipo di maltrattamento)
2. Inquadramento giuridico attraverso lo studio delle fonti di diritto e analisi degli orientamenti giurisprudenziali;
3. Applicazione degli orientamenti all' analisi di un caso;
4. messa in evidenza delle principali criticità e studio di possibili soluzioni in nuove condivise prassi;
5. presentazione delle nuove prassi agli attori operanti in Veneto e loro implementazione.

## I CASI

Vengono di seguito descritti e analizzati alcuni casi (4) paradigmatici afferenti al Centro Interregionale per la Diagnostica del Bambino Maltrattato, dai quali emergono in maniera evidente le problematiche di cui si discute nel presente lavoro.

### CASO 1

#### **M. T., femmina, 11 anni**

Una bambina di 11 anni giunge al Pronto Soccorso accompagnata dal padre della nuova compagna di lui. La bambina presenta numerosi ecchimosi agli arti inferiori e superiori ed edemi agli occhi. Viene ricoverata e gli accertamenti portano alla diagnosi di maltrattamento grave sia psichico che fisico.

Ciononostante l'Autorità Giudiziaria spinge per le dimissioni della bambina e, contro il parere dei medici, la bambina viene dimessa e rientra a casa.

La famiglia viene sottoposta a video sorveglianza nascosta subito dopo le dimissioni, e viene in tal modo raccolta la prova di maltrattamento da parte di entrambi i genitori.

Alla fine delle indagini la bambina viene tolta ai genitori e inserita in una casa di accoglienza.

La bambina quindi, dopo una diagnosi certa di maltrattamento viene nuovamente sottoposta non solo al rischio, ma ad un concreto ulteriore maltrattamento per ottenere la prova della colpevolezza dei genitori.

Questa prassi del "bambino esca" appare di dubbia eticità.

Tale metodica trova la sua giustificazione nel fatto che se tramite ciò si giunge all'individuazione del colpevole questi non potrà più abusare del bambino.



In sostanza si fonda sul ragionamento del “male minore”, un rischio attuale per evitare un futuro certo di abuso.

Non appare condivisibile tale prassi, in quanto il rischio a cui viene esposto il minore è altissimo e spesso è tale da mettere in pericolo la vita stessa del minore.

In uno stato etico e di diritto è difficile pensare che questa sia la soluzione per tutela del minore stesso, soprattutto nei casi in cui gli elementi clinici portino ad una diagnosi certa di abuso o maltrattamento: la tutela di un minore non può essere attuata esponendo quello stesso minore a nuovo rischio.

Il caso preso in esame ha quindi evidenziato le criticità dell’attuale sistema, in primis la mancanza di una tutela piena per i bambini vittime di maltrattamento, nonché la necessità urgente di un intervento di programmazione per definire necessità e limiti di ciascun servizio al fine di consentire l’interazione senza conflitto.

## **CASO 2**

### **G e M. S., maschio e femmina 3 mesi e 20 mesi**

Uno dei casi presi in considerazione riguarda un neonato, di tre mesi, che giunge al reparto di terapia intensiva dell’Ospedale di Padova inviato dall’Ospedale di Monselice.

Il neonato, in stato di incoscienza, presenta un quadro clinico gravissimo: emorragie retiniche, emorragie subdurali bilaterali, ematoma subgaleale, fratture costali multiple di diversa epoca, frattura metafisiaria ulnare sinistra, fratture craniche bilaterali. La madre riferisce un episodio in cui il neonato sarebbe caduto dalle braccia del padre.

Chiaramente il quadro clinico è assolutamente incompatibile con il racconto di maltrattamento gravissimo e di shake. L’analisi delle fratture del cranio evidenzierà poi come le stesse debbano essere state causate da forti colpi alla testa del neonato, mentre lo stesso doveva essere appoggiato su di un piano rigido.

Il neonato presenta gravissimi esiti cerebrali atrofico-degenerativi.

Chiaramente la segnalazione all'Autorità Giudiziaria è tempestiva.

Successivamente si viene a conoscenza di una dipendenze da cocaina da parte dei genitori (la madre in passato)

Il minore rimane ricoverato molti mesi in Ospedale, con visite praticamente assenti da parte dei genitori. Nonostante questo quadro gravissimo, il Tribunale dei Minori non interviene subito nei confronti dei genitori, lasciando che gli stessi mantenessero per alcuni mesi la potestà. Inoltre , a casa con i genitori vi era un altro figlia minore, di circa un anno e mezzo, in relazione alla quale non viene preso nessun provvedimento, lasciandola quindi privo di tutela ed esposto al rischio di gravi maltrattamenti fisici.

Dopo otto mesi di ricovero il bambini viene dimesso, e viene rimandato a casa con i nonni ed i genitori dove rimarrà per due mesi , prima di essere affidato ad un'altra famiglia.

In sostanza il bambino viene restituito a chi lo ha quasi ucciso.

### **CASO 3**

#### **F.G. maschio, 12 anni.**

Il minore arriva in PS per una frattura al naso; riferisce “aggressione da parte del padre con schiaffi al volto e la capo e calci ai piedi; la diagnosi è di frattura nasale in bambino percosso. Vengono inviate segnalazioni al Tribunale Ordinario (Procura) e la PG si attiva tempestivamente . dopo una settimana il padre viene allontanato dall'abitazione con decreto del Tribunale. Viene segnalato che anche la madre non è ritenuta adeguata a competente a prendersi cura del figlio, ma i Servizi non lo tengono in considerazione e il bambino viene rimandato a casa. F. viene preso in carico al Centro e durante gli incontri con la psicologa che lo segue emerge che in famiglia subisce pressioni perche

cambi la sua versione dei fatti e ritratti le accuse contro il padre. In occasione del compleanno del padre il minore si rifiuta di partecipar. Tutta la famiglia partecipa al compleanno e F. viene lasciato a casa da solo. In sostanza il minore subisce da parte della famiglia una seconda ulteriore vittimizzazione, venendo addirittura isolato.

Tutto questo viene segnalato al Tribunale per i minorenni che però non prende provvedimenti.

15 giorni dopo all'udienza per la convalida del provvedimento emesso o nei confronti del padre, il pm chiede la conferma del provvedimento restrittivo ma il Giudice decide di non confermare e il padre rientra a casa; il minore si trova quindi in casa con il padre maltrattante. Il Tribunale dei minori, che non era a conoscenza del fatto, ne viene messo a conoscenza dal Centro e, a soluzione della situazione, emette un provvedimento di allontanamento del minore. Il bambino viene quindi inserito in comunità dov' è tuttora. E' evidente la revittimizzazione vissuta dal minore: maltrattato, isolato dalla famiglia, ed addirittura costretto, lui che è vittima, ad abbandonare la casa.

#### **CASO 4**

##### **A.G. maschio 6 anni**

I genitori di questo caso, originari di latina, sono in fase di separazione. In tale contesto la madre del minore denuncia il marito per maltrattamenti ed in seguito si trasferisce con il figlio a Padova, dove trova un altro compagno, che però dopo poco la lascia e chiude la relazione. A seguito dell'abbandono la madre tenta il suicidio tramite esposizione al gas mentre il bambino è in casa con lei. Vengono salvati dai vicini di casa e la signora viene denunciata. In seguito a ciò il Tribunale per i minorenni sospende la potestà della madre. Al contempo, nell'ambito della separazione era in corso una ctu per

determinare l'affidamento del minore al padre o alla madre. A questo punto il Tribunale dei minori trasferisce la questione al tribunale di latina, che però è il Tribunale civile non Tribunale per i minorenni. In sostanza la questione che riguarda la tutela del minore e la potestà dei genitori che è di competenza de tribunale per i minorenni viene affidata al tribunale civile e inserita nell'ambito di una separazione giudiziale dei coniugi.

## **DISCUSSIONE CASI**

### **Tutela e condanna: il problema del bambino esca**

#### **Rif. casi 1 e 2**

Come abbiamo visto nel primo caso esposto una minore, vittima accertata di gravi maltrattamenti, viene rimandata a casa su ordine dell'Autorità giudiziaria al fine di poter effettuare delle videosorveglianza nascosta e ed acquisire così la prova della colpevolezza dei genitori. In sostanza il minore, già vittima, viene usato come esca per assicurare il colpevole alla giustizia.

Lo stesso in sostanza accade nel secondo caso, in cui durante il ricovero del neonato per maltrattamenti gravissimi, la sorellina di 20 mesi viene lasciata in casa con i genitori (padre dipendente da cocaina) durante tutta la fase delle indagini.

Ma in uno Stato di diritto in cui la tutela della salute è costituzionalmente garantita può ritenersi legittima tale prassi? I minori vengono consapevolmente esposti ad un rischio elevatissimo non solo di venire nuovamente maltrattato, ma addirittura al rischio della vita della stessa.

Nel nostro ordinamento non esistono norme o riferimenti legislativi e/o giurisprudenziali a tale tipo di prassi, e ciò perché colluderebbero con il principio di tutela dei minori sancito e ribadito sia a livello nazionale che internazionale.

Anzi, al contrario si trovano norme che si occupano di garantire al minore la massima tutela ogni qualvolta si trovi a dover entrare in un procedimento giudiziario, come per esempio nel caso del pensi del minore, vittima di violenza, che deve essere chiamato a testimoniare

In base alla legge 66/96 riguardante le norme contro la violenza sessuale, è stato ribadito che, durante le indagini preliminari e nel corso dell'udienza preliminare, il pubblico ministero e i difensori possono chiedere, con l'incidente probatorio, l'audizione del minore in forma protetta, e cioè il suo interrogatorio con l'adozione di tutte le cautele necessarie ad evitare che la vista dell'imputato possa turbare il minore (art. 398, *comma 5-bis* c.p.p.). In tal modo si è costruito un procedimento probatorio speciale in ragione dell'evidente particolarità del testimone <sup>145</sup>

Nel corso dei lavori parlamentari del Senato, in prima lettura, della legge 66/96 era stato proposto di prevedere che all'assunzione della testimonianza di persona minore degli anni sedici, nell'incidente probatorio ai sensi dell'art. 392 *comma 1-bis* c.p.p., si procedesse sempre con l'assistenza di uno psicologo. Era stato messo in evidenza come il metodo d'esame proposto fosse già attuato con successo dai *pool* presenti a Milano e a Roma, in quanto il minore riusciva a rispondere alle domande senza avere la sensazione di un interrogatorio, bensì quella di una conversazione con una psicologa diventata "un'amica".

Questa proposta non è stata accolta e, dunque, l'esame testimoniale del minore si svolge, anche nella procedura incidentale in forma protetta, secondo i principi dell'art. 498 c.p.p. <sup>146</sup>

- l'esame testimoniale del minore è condotto dal Presidente del collegio giudicante su domande e contestazioni proposte dalle parti (comma 4);

- durante l'esame il Presidente può avvalersi dell'ausilio di un familiare del minore o di un esperto in psicologia infantile (comma 4);
- il Presidente può decidere che sia l'esperto a condurre l'audizione del minore;
- nel caso di indagini che riguardino ipotesi di reato previste dagli articoli 600-bis, 600-ter, 600-quinquies, 609-bis, 609-ter, 609-quater e 609-octies c.p., il giudice, ove fra le persone interessate all'assunzione della prova vi siano minori di anni sedici, stabilisce il luogo, il tempo e le modalità particolari attraverso cui procedere all'incidente probatorio, quando le esigenze del minore lo rendono necessario (comma 4-bis e art. 398 comma 5-bis c.p.p.) (43);
- l'udienza può svolgersi anche in un luogo diverso dal tribunale, avvalendosi il giudice di strutture specializzate di assistenza (quali i servizi minorili dell'amministrazione della giustizia e i servizi istituiti dagli enti locali) o, in mancanza, presso l'abitazione del minore stesso (comma 4-bis e art. 398 comma 5-bis c.p.p.).

L'art. 472 c.p.p. prevede, inoltre, che in tali dibattimenti si proceda sempre a porte chiuse quando la parte offesa è minorenni e stabilisce una regola relativa all'ammissibilità o meno di domande sulla vita privata o sulla sessualità della vittima del reato: tali domande non sono ammesse se non sono necessarie alla ricostruzione del fatto o alla verifica del *thema probandum*.

In sostanza l'esigenza è quella di tutelare la riservatezza e la dignità della persona offesa, mirando ad evitare il riprodursi di una prassi giudiziaria in cui i processi relativi ad abusi sessuali si traducono in processi contro le vittime e non contro gli autori del reato.

Le norme e le indicazioni legislative che regolano la testimonianza del minore offrono un quadro molto chiaro della posizione del nostro ordinamento sul tema: da quanto esposto emerge chiaramente come anche il principio ispiratore sia quello, affermato in abito internazionale, del *superiore interesse del minore* e della piena tutela dei minori vittime di abusi, con la previsione di tutta una serie di accorgimenti e cautele volti ad evitare che il minore subisca una seconda vittimizzazione nella fase successiva abuso/maltrattamento.

Anche in giurisprudenza si trovano conferme a tale impostazione : *“Il giudice, per valutare se siano attendibili le dichiarazioni rese dalla persona offesa minorenni, quando in particolare si tratti di minore vittima di reati di abuso sessuale, deve attenersi alle regole individuate dalla norma di cui all'art. 192 c.p.p., avvalendosi delle conoscenze acquisite al processo attraverso la perizia e le consulenze tecniche che, tuttavia, non possono sostituire "in toto" i criteri prescritti dal codice di procedura penale. In particolare, anche nella valutazione della testimonianza dei fanciulli, il giudice deve tenere conto delle indicazioni fornite dalla scienza psicologica unitamente alle altre prove assunte nel processo; se nella fase dell'escussione deve essere garantita la serenità del testimone, anche conducendo l'esame nella maniera più informale possibile, alle dichiarazioni rese deve essere conferito lo stesso valore della testimonianza del soggetto maggiorenne, poiché anche i minori hanno capacità di testimoniare, pur quando si accertasse un "deficit" cognitivo che non consentisse loro di rendersi conto degli atti lesivi della propria integrità fisica.”* (Trib. Milano, 30/03/2000, in *Foro Ambrosiano* 2011,39)

Pertanto alla luce di quanto qui sopra esposto, tornando al tema del bambino esca, pur in mancanza di riferimenti legislativi specifici è possibile tuttavia effettuare un

ragionamento *a contrariis*, e affermare conseguentemente che non appare possibile ritenere legittima all'interno di un sistema così impostato tale prassi, che vede soccombere la tutela della salute del minore in favore delle esigenze di giustizia e ricerca del colpevole.

Se ci si pone nella posizione del Pubblico Ministero titolare delle indagini si può intuire facilmente e comprendere la *ratio* sottostante all'utilizzo di tale prassi: effettuare delle intercettazioni ricollocando il minore nel luogo dove è avvenuto l'abuso si pone come unico mezzo per raggiungere una prova utilizzabile in dibattimento: un rischio attuale per il minore al quale però ne deriverebbe un **vantaggio secondario**, ovvero che il colpevole sia assicurato alla giustizia. Al contrario si rischia che, in mancanza di prove, e quindi di un colpevole, le indagini vengano archiviate e il minore venga definitivamente riaffidato al maltrattante. In sostanza ragionando in quest'ottica sul piatto della bilancia vi sono due possibilità: esporre consapevolmente il minore al rischio di subire nuovamente gli abusi già accertati al fine di ottenere la prova, o in alternativa, rischiare di non avere nessuna prova fondante e di non poter assicurare il colpevole alla giustizia e con la certezza di ulteriori i maltrattamenti per il minore. Si può tradurre affermando che tra due alternative si sceglie il male minore..... tutto questo appare comprensibile ma non certo condivisibile, in uno Stato di diritto in cui la tutela della salute è costituzionalmente garantita e che ha fatto proprio il principio del superiore interesse del minore, affermando in linea teorica la volontà di garantire piena tutela ai soggetti più deboli e indifesi della società.

Appare pertanto fondamentale individuare delle prassi alternative, che non sacrificino la tutela del minore in nome delle esigenze processuali.



## Coordinamento tra civile e penale

### Rif. caso n. 3

Il caso n. 3 mette in evidenza un ulteriore lacuna problematica del nostro attuale sistema, in relazione al coordinamento tra i diversi Tribunali chiamati ad intervenire.

Come abbiamo visto nella prima parte di questo lavoro, in caso di accertato maltrattamento su minore il medico ha l'obbligo di inviare la segnalazione alla Procura presso il Tribunale ordinario e al Tribunale per i Minorenni.

A questo punto, in via di principio, dovrebbero aprirsi due percorsi indipendenti: la Procura deve aprire le indagini e il Tribunale per i Minori deve, o meglio dovrebbe, agire in maniera tempestiva mettendo in atto tutti i provvedimenti necessari alla tutela del minore. Ciò dovrebbe avvenire in maniera **indipendente** in quanto indipendenti e distinte sono le finalità (ricerca del colpevole per la Procura e tutela del minore per il Tribunale per i minorenni) ma allo stesso tempo in coordinamento, con un afflusso di comunicazioni dalla procura al TM e viceversa, in modo da evitare stalli giudiziari che ricadono sul minore. Nel diritto alla salute del minore infatti, come definito dal rapporto OMS 2002, particolare importanza assume il bilanciamento tra gli obblighi di denuncia ai sensi dell'art 331 c.p.p. e i doveri di protezione, per cui appaiono fondamentali, in concomitanza con l'inizio delle indagini preliminari, gli interventi protettivi sul minore, tra cui *in primis* l'interruzione della immediata della convivenza tra indagato e minore, anche in considerazione del rischio di “rappresaglie” e intimidazioni nei suoi confronti

Nella pratica ciò non avviene e, anzi, troppo spesso il Tribunale per i Minorenni attende gli esiti delle indagini penali senza assumere tempestivi provvedimenti di tutela.

La norma dice che “il tribunale deve assumere tutti i provvedimenti.... si pensi all'art 333 c.p.c. che statuisce che “quando la condotta di uno o di entrambi i genitori non è

tale da dare luogo alla pronuncia di decadenza prevista dall'art 330, ma appare comunque pregiudizievole al figlio, il giudice secondo le circostanze può adottare i provvedimenti convenienti omissis...Tali provvedimenti sono revocabili in qualsiasi momento.”

E' evidente la piena applicabilità di tale norma nel caso di sospetto maltrattamento. Il minore vien tutelato e viene messo in sicurezza nelle mura delle indagini penali, con eventuale revoca del provvedimento nel caso si rivelasse poi non accertata la colpevolezza del genitore. La tempestività di tali provvedimenti è essenziale, ma nella pratica ciò non avviene e l'inerzia del Tribunale per i minorenni comporta gravi conseguenze.

Il caso n. 3 sopra esposto mostra due aspetti problematici: da un lato, a causa della mancata azione del Tribunale dei minori viene a mancare la tutela al minore e addirittura il medesimo subisce una ulteriore vittimizzazione. In questo caso infatti come abbiamo visto il tribunale dei minori, durante le indagini nei confronti del padre non prende alcun provvedimento rispetto all'azione della Procura:addirittura non è nemmeno a conoscenza del fatto che il padre indagato possa rientrare in casa e che il minore si trovi nuovamente a convivere con il medesimo. Dall'altro lato la procura (o meglio il Gip) nel prendere la decisione relativa al provvedimento sul padre del minore, non considera che tale provvedimento non ha solo un effetto diretto sulla persona a cui è diretto (padre) ma esplica effetti gravi anche nei confronti del minore. Ma qual è il bene tutelato? La procura non può non considerare che qui è in gioco la tutela di un minore, e non può pertanto assumere e la decisione (come invece ha fatto) solo ragionando su un eventuale pericolo per la prova e omettendo di considerare le conseguenze sul bambino, che infatti a seguito della decisione (sbagliata) della Procura si è ritrovato in casa il

padre da cui aveva subito violenza che lui stesso aveva denunciato. E' chiaro che il minore in questo caso non è stato tutelato e che addirittura si giunge al paradosso per cui anzichè essere protetto subisce lui stesso, che è vittima, l'allontanamento dalla casa in cui vive, venendo isolato e “pagando” il fatto di aver denunciato il padre maltrattante. Peraltro si impone un'ulteriore considerazione circa l'inerzia del tribunale minori in quanto la mancata garanzia di protezione del minore non è infatti l'unica conseguenza: un'ulteriore ripercussione riguarda il problema della **richiesta di consenso informato**. Com'è noto il medico che debba effettuare esami diagnostici o interventi deve chiedere il consenso informato al paziente, e quindi, in caso di minore, a chi ne abbia la potestà. Se il Tribunale dei minori omette di assumere provvedimenti in relazione ai genitori sospettati di abuso/maltrattamento la potestà in capo ai medesimi rimane piena, pur se sospettati o indagati, con la conseguenza che il medico si troverà a dover richiedere il consenso proprio al genitore maltrattante. E' evidente il paradosso di tale situazione, in cui si vede il medico si vede costretto a chiedere il consenso al genitore maltrattante.

Da un lato ci si chiede che validità possa avere chiedere il consenso all'abusante, il quale senz'altro non ha interesse che si dimostri il maltrattamento. Addirittura il genitore maltrattante potrebbe negare il consenso al trattamento sanitario, e il medico si troverebbe in questo caso nell'impossibilità di compiere gli atti necessari al minore, incorrendo altrimenti nella conseguente responsabilità. *“Nell'ipotesi di inosservanza dell'obbligo di informazione in ordine alle conseguenze del trattamento cui il paziente sia sottoposto viene a configurarsi a carico del sanitario (e di riflesso della struttura per cui egli agisce) una responsabilità per violazione dell'obbligo del consenso informato, in sé e per sé, non assumendo alcuna influenza, ai fini della sussistenza dell'illecito, se il trattamento sia stato eseguito correttamente o meno. Ciò che rileva è*

*che il paziente, a causa del deficit di informazione non sia stato messo in condizione di assentire al trattamento sanitario con una volontà consapevole delle sue implicazioni, consumandosi, nei suoi confronti, una lesione di quella dignità che connota l'esistenza nei momenti cruciali della sofferenza, fisica e psichica” ( Cass. Civ. sez. III, 11.12.2013 in Diritto e Giustizia 2013).*

Anche trovandosi di fronte al genitore abusante, il medico comunque non può astenersi dal richiedere il consenso e procedere al trattamento, se in capo al genitore permane la potestà: nel momento degli accertamenti infatti vi può essere infatti una diagnosi certa di abuso/maltrattamento ma non vi è una sentenza di colpevolezza o un'attribuzione giuridicamente certa del fatto ad una determinata persona.

Pertanto ecco il paradosso per cui, in mancanza di provvedimenti limitativi della potestà il medico è tenuto a richiedere il consenso al genitore maltrattante, essendo giustificato a compiere l'atto sanitario anche senza consenso solo in caso di urgenza o pericolo di vita per il paziente (art. 54 cod. pen. “stato di necessità”).

Appaiono evidenti le gravi ripercussioni di tale problematica sulla salute del minore.

### **Separazione conflittuale dei genitori e tutela dei figli**

#### **Rif. caso n. 4**

L'analisi di questo caso ci conduce alla problematica della conflittualità genitoriale che nei casi più estremi può sconfinare in vera e propria violenza nei confronti dei figli della coppia, in particolar modo in termini di violenza assistita. Si apre di conseguenza un problema di competenze: è chiaro che la separazione compete al tribunale civile ordinario mentre la questione della violenza sul minore deve essere presa in carico dal

Tribunale minori. Nel caso preso in esame la conflittualità e le problematiche tra i genitori hanno portato al padre al compimento di gesti estremi che hanno messo a rischio la vita del bambino; tuttavia il Tribunale per i minori che seguiva il caso ha rimesso la questione al Tribunale ordinario che segue la separazione: in questo modo la tutela del minore e gli accadimenti di maltrattamento gravissimo vengono spostati sul piano meramente civilistico, con un conseguente mancanza di tutela per il minore vittima di violenza.

Nei casi in cui le problematiche genitoriali si riversino sui figli e si entri nel campo della tutela vi è una sovrapposizione tra il Tribunale civile e il Tribunale per i minorenni, ma ciò non può essere letto nel senso che il Tribunale minori ometta di svolgere i propri compiti istituzionali. Le competenze dei due Tribunali infatti sono ben distinte e una piena tutela del minore si può realizzare solo attraverso un lavoro parallelo con l'attuazione dei provvedimenti necessari secondo le rispettive attribuzioni.

Secondo costante giurisprudenza della Suprema Corte infatti pur in pendenza di della causa di separazione, il Tribunale per i Minorenni mantiene la competenza per la pronuncia della decadenza della potestà (che può giustificarsi anche a seguito di condotte di abuso sessuale da parte del genitore) e , secondo la giurisprudenza prevalente della stessa Corte (cfr. Cass. 30.05.1999 n. 2652) conserva altresì la competenza per provvedimenti che, a prescindere dall'affidamento, limitano la potestà del genitore in presenza di condotte pregiudizievoli.

A conclusione si riportano alcune pronunce dei Tribunali di primo grado sul tema. “Nelle fattispecie di c.d. violenza assistita, ove la vittima diretta dei maltrattamenti è il genitore e i figli vengono loro malgrado costretti ad assistervi, sussiste una sovrapposizione di competenze tra il giudice civile, adito ai sensi degli art. 342 ter c.c. e

736 bis c.p.c., e il Tribunale per i minorenni. Tale sovrapposizione di competenze non preclude al giudice civile di pronunciare - intervenuto decreto del Tribunale per i minorenni che dispone, ai sensi degli art. 333 e 336 c.c., l'allontanamento del genitore violento dalla casa familiare e l'affidamento del figlio minore - non solo l'allontanamento dalla casa familiare del medesimo genitore, ma anche la cessazione della condotta pregiudizievole, quale contenuto essenziale dell'ordine di protezione di cui agli art. 342 bis e 342 ter c.c.” Tribunale Piacenza 23/10/2008 Foro padano 2010, 2, I, 430.

“In presenza di una elevata conflittualità di coppia, il comportamento non collaborativo di entrambi i genitori integra inosservanza di un obbligo di fare infungibile, tale da legittimare l'applicazione delle misure di cui all'art. 614 bis c.p.c., qualora risponda a finalità protettive del minore, sia nella fase istruttoria che nella fase decisoria del giudizio.” Tribunale Roma 10/05/2013, Giurisprudenza di Merito 2013, 10, 2100.

“Qualora tra genitori naturali non più conviventi e con figlio sussista conflittualità circa i loro rapporti con il minore, inducendo entrambi, a danno dello stesso, a comportamenti intrinseci di prevenzione ed ostruzionistici, ed appaia ultronea o, quanto meno, prematura la decadenza di uno di essi o di entrambi dalla p.p., è da disporre l'affidamento del figlio agli zii materni, sotto la costante ed assidua vigilanza dei servizi sociali, che sottoporranno i genitori ed il minore a psicoterapia, e che terranno informati sull'andamento della situazione i giudici minorili, competenti ad adottare, se del caso, più radicali provvedimenti a tutela del minore. Tribunale minorenni l'Aquila 15/05/2007 Diritto di Famiglia e delle Persone (II) 2008, 1, 221.

Non si può non evidenziare poi che nel caso di specie che gli accadimenti vanno oltre le “comuni” conseguenze delle conflittualità genitoriale: il minore infatti oltrechè vittima

di violenza assistita è vittima diretta di **tentato omicidio da parte della madre**, che ha lasciato aperto il gas nell'intento, fermato dai vicini, di uccidere se stessa e il figlio.

E' del tutto incomprensibile sia sotto il profilo logico che giuridico, come, dinnanzi ad un tentato omicidio da parte della madre, non venga adottato nessun provvedimento sulla potestà delle stessa e, addirittura, la vicenda venga rimessa al Giudice della separazione civile dei coniugi. L'omissione del Tribunale minorile è manifesta nella sua gravità.

## **CONSIDERAZIONI CONCLUSIVE E PROPOSTE**

### **OPERATIVE**

Il lavoro svolto porta alla luce, nell'ambito del maltrattamento minorile, alcune problematiche ed alcune lacune del sistema legislativo.

Se infatti in via di principio il nostro ordinamento sancisce la piena tutela dei minori di età e ha recepito i principi fondamentali e le convenzioni internazionali in tema di protezione dei fanciulli, tuttavia poi nelle prassi operative ciò si scontra con la concreta applicazione delle norme e con le azioni dei diversi Servizi che operano nello stesso scenario.

Si possono identificare alcuni punti critici nell'attuale sistema normativo e operativo:

#### **1. Inerzia del Tribunale minorile e sudditanza rispetto alle indagini svolte dalla Procura.**

Come abbiamo visto nei casi esposti la sudditanza/dipendenza del Tribunale per i minori si manifesta sia come sudditanza nei tempi sia nelle azioni rispetto alla Procura, in quanto il Tribunale rimane spesso inerte fino all'esito delle indagini penali.

#### **2. Mancanza di coordinamento dei Tribunali.**

Le azioni del Tribunale ordinario penale e civile si concentrano sull'accusato o sulle parti del processo senza considerare che la questione si colloca all'interno di un caso di maltrattamento e che quindi i provvedimenti emessi, anche se non rivolti direttamente al minore, comportano comunque importanti conseguenze e vanno ad incidere sulla sua situazione del



medesimo. Legato a questo è strettamente connesso poi il problema dei tempi della giustizia: la durata di un processo è molto rilevante rispetto alla vittima e può causare, con lo svolgimento dei vari gradi di processo, una vittimizzazione secondaria molto pesante con grave danno per il minore.

### **3. Mancanza di un casellario nazionale.**

Non esiste un registro nazionale da poter consultare per avere notizie su indagato o vittima: vi è una frammentazione regionale del casellario e manca del tutto un collegamento tra le diverse Regioni, con la conseguenza che, se una persona indagata o condannata si sposta al di fuori della Regione, la sua situazione personale si azzerava, e non si trova traccia del precedente maltrattamento.

### **4. Uso strumentale del minore per ottenere la prova della colpevolezza.**

In seguito ad un maltrattamento accertato il minore, anziché essere tutelato e protetto nei confronti di chi ha messo in atto il maltrattamento/abuso, viene riaffidato loro con lo scopo specifico di ottenere la prova del reato nel momento in cui il maltrattamento viene nuovamente messo in atto. La tutela del minore in prassi come questa è del tutto inesistente.

E' possibile affermare che le problematiche sussistenti più che di carattere legislativo in senso stretto, paiono di carattere interpretativo, conoscitivo, oltreché attuativo.

Pur riconoscendo che le norme potrebbero essere ancor più specifiche, senz'altro sarebbe comunque sufficiente un puntuale intervento interpretativo della Giurisprudenza per dissolvere alcune questioni problematiche e per fare chiarezza sulle prassi operative.

Si tratta poi di un problema di conoscenza, o meglio di aggiornamento informativo, da

parte dei Servizi operanti nel settore, che sembrano intervenire in maniera non uniforme rispetto ai numerosi casi di maltrattamento.

E' auspicabile pertanto che vengano rese effettive nuove prassi per garantire che la tutela sancita in via di principio sia resa effettiva e piena, senza limitazioni o carenze, e che la salute dei minori quale diritto primario, inviolabile e fondamentale, non venga compresso o ridotto per esigenze che debbono essere e sono costituzionalmente collocate come secondarie rispetto a tale diritto.

Alla luce di quanto esposto nel presente lavoro e in base all' analisi di diversi casi presi in esame, si possono identificare le nuove possibili prassi da presentare agli attori operanti nel sistema.

#### **Protocollo operativo per il coordinamento tra Tribunali minorili e Procure.**

Innanzitutto si sono dimostrate la necessità di un coordinamento dei Tribunali coinvolti e allo stesso tempo la necessità di indipendenza del Tribunale minorile. La mancanza di comunicazione tra la Procura e il Tribunale per i minorenni porta gravi conseguenze sulla tutela effettiva del minore, così come troppe volte il Tribunale per i minori, che deve agire in maniera indipendente, attende gli esiti delle indagini penali che sono invece di sua stretta esclusiva competenza. La proposta operativa sul punto è pertanto quella di redigere, come è già stato fatto in altre regioni, un protocollo dettagliato sulle modalità operative da mettere in atto in seguito alla segnalazione.

Il protocollo deve indicare ai Tribunali le necessarie azioni da compiere, mettendo in evidenza la necessità di comunicazione di avvio del procedimento da parte della Procura al Tribunale minori e di comunicazione di successivi sviluppi o provvedimenti nei confronti dell'indagato, in modo che il Tribunale minori, in caso di necessità, possa

agire tempestivamente, senza ritardi che rischiano di tradursi in gravi danni per il minore già vittima di violenza. Il protocollo inoltre deve contenere indicazioni chiare circa la necessità di interventi indipendenti del Tribunale minori per la tutela del minore, in maniera del tutto slegata dallo sviluppo delle indagini. E' necessario infatti ribadire che la tutela della salute del minore non deve attendere gli esiti delle indagini né l'accertamento di colpevolezza in capo ad una determinata persona, ma va messa in atto a prescindere da ciò una volta che il maltrattamento e/o abuso si sia verificato e sia stato accertato.

E' necessario inoltre che tale coordinamento, oltreché diventare effettivo tra i diversi Tribunali, sia garantito anche con i Servizi che operano sullo stesso scenario, al fine di migliorare le prassi operative ed evitare sovrapposizioni e/o situazioni di paralisi nella presa in carico del minore.

### **Nomina del curatore speciale o tutore provvisorio del minore.**

L'inerzia del Tribunale minorile nell'adottare tempestivi provvedimenti di protezione porta, come abbiamo visto nell'esposizione di casi, gravi ripercussioni sulla tutela del minore. A questo proposito appare invece oggi indispensabile, specie negli abusi/maltrattamenti intrafamiliari con conseguente disfunzionalità delle relazioni genitoriali, che sia sempre nominato, ai sensi degli artt. 77 e 90 c.p.p., un curatore speciale o un tutore provvisorio (artt. 330 e 336 c.c.) del bambino sin dall'inizio delle indagini preliminari. Il Tribunale minorile infatti può assumere queste misure in via provvisoria e urgente allorquando già nelle indagini preliminari si evidenzi un ruolo anche solo ambiguo e non protettivo dei genitori: il tutore o il curatore dovranno svolgere il ruolo di garante per la durata del processo dei bisogni del minore.

Di fondamentale rilievo è il fatto che il curatore/tutore così nominato potrà nominare un rappresentante legale che tuteli i suoi interessi durante le indagini e il processo. Il ruolo del minore all'interno del procedimento giudiziario è di primaria importanza, sia che lo stesso sia considerato come testimone, sia che venga considerato come parte in causa (parte civile nel processo). In alcuni Paesi Europei addirittura (Svezia e Finlandia) il minore vittima viene considerata parte processuale che affianca l'accusa. Qualsiasi sia la posizione del minore egli ha diritto ad un'adeguata rappresentanza legale.

Inoltre la nomina di un tutore/curatore si manifesta necessaria (e risolutiva) anche rispetto alla questione del consenso informato: una volta nominato il tutore, il medico che debba compiere accertamenti diagnostici potrà chiedere il consenso a quest'ultimo e non dovrà confrontarsi con il genitore maltrattante che spesso crea ostacoli alla cura del bambino.

In sostanza il minore maltrattato, che non abbia trovato tutela e protezione all'interno della casa familiare, ha la fondamentale necessità che sia nominata in maniera tempestiva una persona che realmente agisca per i suoi interessi e bisogni.

### **La diagnosi di abuso e la prova sufficiente: tutela del minore e ricerca del colpevole**

Un'ultima, ma fondamentale considerazione riguarda la correlazione tra tutela del minore e ricerca del colpevole. Allo stato attuale dei fatti sembra che, pur in presenza di un abuso/maltrattamento accertato e diagnosticato, in mancanza di un colpevole a cui attribuire il fatto, venga meno anche il maltrattamento stesso e decada la tutela del minore. Nel caso in cui non si raggiungano prove sufficienti per portare ad un'attribuzione di colpevolezza in capo all'accusato, le indagini o il processo si

chiudono con una sentenza di assoluzione e il minore, accertato vittima di maltrattamento, viene riaffidato ai genitori. Questo parallelismo tra ricerca del colpevole e tutela del minore non è condivisibile né accettabile; la tutela della salute è diritto primario e fondamentale dell'individuo e, in quanto tale, deve essere garantito, a prescindere dall'accertamento di colpevolezza in capo ad una determinata persona od un'altra, e le esigenze processuali non possono determinare la tutela o meglio la mancata tutela del minore.

Se un minore viene portato in ospedale con lesioni gravissime che conducono ad una diagnosi certa di maltrattamento, questo deve essere di per sé sufficiente perché la tutela del minore sia attuata in modo pieno e vengano intrapresi dei percorsi di protezione ed eventualmente di allontanamento del minore, seppur tale diagnosi non possa essere considerata una prova processuale. Diversamente sarebbe come affermare che, se non si riesce ad identificare il colpevole, l'abuso non è avvenuto e questo, in termini di protezione del minore, non è accettabile, perché significa esporre nuovamente il bambino ai maltrattamenti già accertati.

In sostanza la proposta operativa è di tenere separato ciò che deve essere considerato prova ai fini processuali, con ciò che è prova sufficiente (diagnosi certa di maltrattamento) affinché sia attuata e garantita in modo definitivo la tutela del minore. La ricerca del colpevole è un dovere della magistratura, la tutela della salute è un diritto fondamentale del bambino.

## **Il Progetto C.U.R.E.**

A conclusione appare opportuno ricordare che il Ministero della Giustizia ha realizzato, in qualità di partner, il progetto C.U.R.E. (Children in the Union – Rights and

Empowerment ), finanziato dal programma ISEC dall'Unione Europea e gestito dalla Crime Victim Compensation and Support Authority (Autorità per il Sostegno e il Risarcimento alle Vittime di Reato) della Svezia.

Il progetto ha dato vita alla pubblicazione di nuove prospettive nella tutela del minore.

Il nome del progetto indica che esso comprende:

- lo status giuridico delle vittime minori;
- l'espressione pratica dei loro diritti, anche attraverso le buone prassi che si consolidano a tutela degli interessi dei minori.

Gli altri partner del progetto sono Finlandia, Francia, Belgio, Romania, Croazia, l'Unità testimoni e Vittime del governo scozzese e l'ufficio del Pubblico Difensore dei Diritti della Repubblica Slovacca.

La finalità generale del Progetto è quella di rafforzare la posizione dei minori vittime di abusi; lo scopo specifico a breve termine è stato quello di fornire raccomandazioni alla Commissione Europea per migliorare le condizioni dei minori vittime in relazione a quattro punti: la condizione del minore vittima durante le indagini, le informazioni da dare al minore, la rappresentanza legale del minore e la comparizione in Tribunale.

Dal raffronto con la normativa degli altri paesi emerge come l'Italia sia poca predisposta al riconoscimento dei diritti alle parti lese, ancor più se si tratta di minori.

L'Europa obbliga invece anche il nostro paese a superare l'impostazione garantista in senso univoco relativa alla tutela dell'imputato, per introdurre il principio fondamentale che anche il soggetto debole, in particolare il minorenne, deve ricevere piena tutela nell'ambito del processo penale.

## **I MALTRATTAMENTI CHE NON INTEGRANO FATTISPECIE DI REATO**

A conclusione della disamina sul maltrattamento e sulle relative problematiche , sembra importante una riflessione anche su alcune tipologie di maltrattamento cosiddette di “serie B”, le quali non integrano condotte penalmente rilevanti e punibili.

Queste tipologie, già illustrate nella prima parte del lavoro, sono:

- Abuso psico-emozionale;
- Neglect;
- Sindrome di Munchausen per procura.

La ragione per cui queste condotte non vengono identificate con fattispecie di reato va ritrovata nel fatto che comunemente vengono ritenute meno gravi e meno lesive, ma in realtà la considerazione è del tutto erronea e tali forme di maltrattamento portano conseguenze gravissime sulla salute fisica e/o del minore.

Queste tipologie di maltrattamento inoltre vengono considerata di difficile definizione, in quanto non è riscontrabile una lesione fisica immediata e diretta conseguenza del maltrattamento: si tratta di condotte complesse, anche prolungate nel tempo e a volte di difficile identificazione, ma che non per questo possono rimanere impunte. Proprio a causa di queste difficoltà spesso i minori vittime di questo tipo di abusi non vengono tutelati e subiscono conseguenze gravissime e irreparabili per la loro salute.

Sarebbe quindi di primaria importanza che anche queste condotte maltrattanti venissero riconosciute nella loro lesività e identificate come maltrattamenti al pari delle altre forme più comuni e note agli operanti nel settore.

Il punto focale della questione riguarda il concetto di volontà, o meglio volontà di ledere. Come sappiamo uno degli elementi costitutivi del reato è l'elemento c.d. soggettivo, ovvero il dolo o la colpa. Non può esserci reato se non è stato commesso

con volontà : volontà dell'evento lesivo (dolo) o volontà dell'azione (colpa). Se nei reati di maltrattamento/abuso è più facile identificare una volontà, in queste tipologie di reato appare quantomeno più controverso dimostrare la sussistenza dell'elemento soggettivo.

Il nodo della questione però è chiarire cosa significa volontà all'interno del concetto di maltrattamento: di certo la volontà è presente nel soggetto che compie l'azione, ma come ci si deve porre di fronte al soggetto (genitore) che pur non compiendo l'azione non è tutelante nei confronti del minore? Nella mancata tutela non va parimenti identificata una volontà lesiva attuata tramite omissione? Sembra corretto fornire una risposta affermativa a tale quesito. E' evidente infatti che anche chi non maltratta può essere corresponsabile dell'azione per mancata tutela: il fatto di aver messo il minore in una determinata condizione (in cui è possibile il verificarsi del maltrattamento) e non averlo tutelato è rilevante tanto quanto aver voluto l'azione in sé.

Questo principio d'altra parte è sancito espressamente nell'art. 40 del nostro codice penale: "*non impedire un evento che si ha l'obbligo giuridico di impedire equivale a cagionarlo*". Pertanto non tutelare, quando si ha l'obbligo di farlo, equivale a commettere il maltrattamento.

E' chiaro quindi che anche le condotte di tipo omissivo da parte di un genitore tenuto alla tutela e alla protezione del figlio debbano essere considerate al pari di un vero e proprio maltrattamento, ricomprendendo quindi anche forme di maltrattamento di cui si discute in questo paragrafo, che troppo spesso vengono ignorate o non prese nella giusta considerazione.

Si auspica sul punto un intervento della Giurisprudenza, che potrebbe riportare e legare il concetto maltrattamento alla relazione di tutela, superando finalmente in tal modo



l'idea erronea e comunemente riconosciuta della minor gravità dei maltrattamenti realizzati in maniera indiretta od omissiva.

# ALLEGATO 1

DECRETO N. .... DEL.....

OGGETTO “Determinazione della codifica unica regionale delle condizioni di esenzione dalla partecipazione alla spesa farmaceutica e specialistica ambulatoriale, di laboratorio di analisi e di diagnostica per immagini”.

*AGGIORNAMENTO CODIFICA A LUGLIO 2013*

IL DIRIGENTE DELL'UNITÀ COMPLESSA

ASSISTENZA DISTRETTUALE E CURE PRIMARIE

VISTA la D.G.R. n. 1361 del 7/05/2004, la D.G.R. n. 4047 del 22 dicembre 2004, i propri Decreti n. 81 del 9/08/2005, n. 75 del 17/09/2007, n. 104 del 12/12/2007, n. 172 del 28/11/2008, n. 16 del 27/01/2009 ed il relativo allegato A recante l'elenco, aggiornato a gennaio 2009, della codifica unica regionale delle condizioni di esenzione dalla partecipazione alla spesa farmaceutica e specialistica;

VISTA la L. 171/91 di ratifica della convenzione ONU sui diritti del fanciullo (N.Y. 20 novembre 1989, art. 19)

VISTA la L. 269/98 “Norme contro lo sfruttamento della prostituzione, della

pornografia, del turismo sessuale in danno ai minori, quali nuove forme di riduzione in schiavitù”

VISTO il Decreto 13 marzo 2002 n. 89 “Regolamento concernente la disciplina del fondo di cui all’art. 17, comma 2, della legge 3 agosto 1998 n. 269 in materia di interventi a favore dei minori vittime di abusi, a norma dell’art. 80, comma 15, della legge 23 dicembre 2000, n. 388”

VISTO Il DPCM 14 febbraio 2001 "Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni socio -sanitarie" che comprende tra gli altri “assistenza di tipo consultoriale alla famiglia, alla maternità, ai minori attraverso prestazioni mediche, sociali, psicologiche e riabilitative”, “protezione del minore in stato di abbandono e tutela della sua crescita anche attraverso affidi e adozioni” e “interventi di prevenzione, assistenza e recupero psico-terapeutico dei minori vittime di abusi”

VISTO il DPCM 29 novembre 2001 “Definizione dei livelli essenziali di assistenza”, che, in allegato 1C Area Integrazione Sociosanitaria, definisce esenti dalla partecipazione al costo le prestazioni a) medico specialistiche, psicoterapeutiche, psicologiche, di indagine diagnostica alle donne, ai minori, alla coppia, e alle famiglie (ivi comprese le famiglie adottive e affidatarie) b) prestazioni riabilitative e socio-riabilitative a minori ed adolescenti

VISTO l’art. 20 del D. Lgs. Del 25.7.1998 n. 286 e successive modificazioni recante “Testo unico delle disposizioni concernenti la disciplina dell’immigrazione e norme sulla condizione dello straniero”

RILEVATA la necessita di aggiornare il suddetto **Allegato A** includendo le seguenti

tipologie di esenzione:

- prestazioni di specialistica ambulatoriale e fornitura di farmaci di fascia A nonché di fascia C garantiti dal Servizio Sanitario Regionale erogate a minori, al genitore, alla coppia, e alle famiglie (ivi comprese le famiglie adottive e affidatarie), ove si sospetti la presenza di abusi o maltrattamenti su minore: codice di esenzione \*\*\*\*\*;
- prestazioni di specialistica ambulatoriale e fornitura di farmaci di fascia A nonché di fascia C garantiti dal Servizio Sanitario Regionale erogate a minori, al genitore, alla coppia, e alle famiglie, immigrati giunti in Italia da Paesi extracomunitari in regola con le norme relative all'ingresso e al soggiorno, ove si sospetti la presenza di abusi o maltrattamenti su minore: codice di esenzione \*\*\*\*\*;
- prestazioni di specialistica ambulatoriale e fornitura di farmaci di fascia A nonché di fascia C garantiti dal Servizio Sanitario Regionale erogate a minori, al genitore, alla coppia, e alle famiglie, immigrati giunti in Italia da Paesi extracomunitari non in regola con le norme relative all'ingresso e al soggiorno, ove si sospetti la presenza di abusi o maltrattamenti su minore: codice di esenzione \*\*\*\*\*;
- prestazioni ambulatoriali urgenti o comunque essenziali erogate a minori, al genitore, alla coppia, e alle famiglie, immigrati giunti in Italia da Paesi extracomunitari non in regola con le norme relative all'ingresso e al soggiorno, ove si sospetti la presenza di abusi o maltrattamenti su minore: codice di esenzione \*\*\*\*\*;

DECRETA

1. di ritenere le premesse parte integrante ed essenziale del presente atto;
2. di aggiornare l'**Allegato A** del proprio precedente Decreto n. 161 del 28 giugno 2011 includendovi le seguenti ulteriori tipologie di esenzione:
  - prestazioni di specialistica ambulatoriale e fornitura di farmaci di fascia A nonché di fascia C garantiti dal Servizio Sanitario Regionale erogate a minori, al genitore, alla coppia, e alle famiglie (ivi comprese le famiglie adottive e affidatarie), ove si sospetti la presenza di abusi o maltrattamenti su minore: codice di esenzione \*\*\*\*\*;

<i>TIPOLOGIA DI ESENZIONE</i>	<i>CODICE</i>	<i>FARMACEUTICA SOGGETTO INCARICATO DELL'IMMISSIONE DEL DATO</i>	<i>SPECIALISTICA SOGGETTO INCARICATO DELL'IMMISSIONE DEL DATO</i>	<i>NOTE</i>
Prestazioni ambulatoriali specialistiche per bambini, vittime sospette di abuso o maltrattamento e genitore, coppia e	****	MMG PdLS Medici specialisti	MMG PdLS Medici specialisti	L'esenzione comprende la fornitura di farmaci di fascia A e di fascia C garantita

famiglia(ivi comprese le famiglie adoptive e affidatarie)				dal SSR
---	--	--	--	---------

- prestazioni di specialistica ambulatoriale e fornitura di farmaci di fascia A nonché di fascia C garantiti dal Servizio Sanitario Regionale erogate a minori, al genitore, alla coppia, e alle famiglie, immigrati giunti in Italia da Paesi extracomunitari in regola con le norme relative all'ingresso e al soggiorno, ove si sospetti la presenza di abusi o maltrattamenti su minore: codice di esenzione \*\*\*\*\*;

<i>TIPOLOGIA DI ESENZIONE</i>	<i>CODICE</i>	<i>FARMACEUTICA</i>	<i>SPECIALISTICA</i>	<i>NOTE</i>
		<i>SOGGETTO INCARICATO DELL'IMMISSIONE DEL DATO</i>	<i>SOGGETTO INCARICATO DELL'IMMISSIONE DEL DATO</i>	
Prestazioni ambulatoriali specialistiche per bambini, vittime sospette di abuso o maltrattamento e genitore, coppia e famiglia (ivi	****	MMG PdLS Medici specialisti	MMG PdLS Medici specialisti	L'esenzione comprende la fornitura di farmaci di fascia A e di fascia C garantita dal SSR

<i>TIPOLOGIA DI ESENZIONE</i>	<i>CODICE</i>	<u><i>FARMACEUTICA</i></u>	<u><i>SPECIALISTICA</i></u>	<i>NOTE</i>
		<i>SOGGETTO INCARICATO DELL'IMMISSIONE DEL DATO</i>	<i>SOGGETTO INCARICATO DELL'IMMISSIONE DEL DATO</i>	
comprese le famiglie adoptive e affidatarie) immigrati con regolare permesso di soggiorno				

- prestazioni di specialistica ambulatoriale e fornitura di farmaci di fascia A nonché di fascia C garantiti dal Servizio Sanitario Regionale erogate a minori, al genitore, alla coppia, e alle famiglie, immigrati giunti in Italia da Paesi extracomunitari non in regola con le norme relative all'ingresso e al soggiorno, ove si sospetti la presenza di abusi o maltrattamenti su minore: codice di esenzione \*\*\*\*\*;

<i>TIPOLOGIA DI ESENZIONE</i>	<i>CODICE</i>	<u><i>FARMACEUTICA</i></u>	<u><i>SPECIALISTICA</i></u>	<i>NOTE</i>
		<i>SOGGETTO INCARICATO DELL'IMMISSIONE DEL DATO</i>	<i>SOGGETTO INCARICATO DELL'IMMISSIONE DEL DATO</i>	
Prestazioni	****	MMG	MMG	L'esenzione

ambulatoriali specialistiche per bambini, vittime sospette di abuso o maltrattamento e genitore, coppia e famiglia (ivi comprese le famiglie adottive e affidatarie) immigrati senza regolare permesso di soggiorno		PdLS Medici specialisti	PdLS Medici specialisti	comprende la fornitura di farmaci di fascia A e di fascia C garantita dal SSR
---	--	-------------------------------	-------------------------------	---

- prestazioni ambulatoriali urgenti o comunque essenziali erogate a minori, al genitore, alla coppia, e alle famiglie, immigrati giunti in Italia da Paesi extracomunitari non in regola con le norme relative all'ingresso e al soggiorno, ove si sospetti la presenza di abusi o maltrattamenti su minore: codice di esenzione \*\*\*\*\*;

TIPOLOGIA DI ESENZIONE	CODICE	<u>FARMACEUTICA</u>	<u>SPECIALISTICA</u>	NOTE
		SOGGETTO INCARICATO DELL'IMMISSIONE DEL DATO	SOGGETTO INCARICATO DELL'IMMISSIONE DEL DATO	
Prestazioni	****	MMG	MMG	L'esenzione



<i>TIPOLOGIA DI ESENZIONE</i>	<i>CODICE</i>	<i>FARMACEUTICA</i>	<i>SPECIALISTICA</i>	<i>NOTE</i>
		<i>SOGGETTO INCARICATO DELL'IMMISSIONE DEL DATO</i>	<i>SOGGETTO INCARICATO DELL'IMMISSIONE DEL DATO</i>	
ambulatoriali urgenti o comunque essenziali per bambini, vittime sospette di abuso o maltrattamento e genitore, coppia e famiglia (ivi comprese le famiglie adoptive e affidatarie) immigrati senza regolare permesso di soggiorno		PdLS  Medici  specialisti	PdLS  Medici  specialisti	comprende la fornitura di farmaci di fascia A e di fascia C garantita dal SSR

3. l'Unità Complessa Assistenza Distrettuale e Cure Primarie è incaricata dell'esecuzione del presente atto;
4. di disporre la pubblicazione integrale del presente provvedimento in B.U.R. nei modi e termini di rito.

Dott. \*\*\*\*\* \*\*\*\*\*



## BIBLIOGRAFIA

- 
- <sup>1</sup> United Nations. *The Convention on the Rights of the Child*. 1996.
- <sup>2</sup> Il termine "abuso infantile" sta ad indicare l'abuso infantile e la trascuratezza grave (*Child Abuse and Neglect - CAN*) ed il maltrattamento dei minori
- <sup>3</sup> WHO, WHA50.19, 1997
- <sup>4</sup> Finkelhor D., Korbin J. Child abuse as an international issue. *Child Abuse and Neglect*. 1988; 12 (1): 3-23.
- <sup>5</sup> Fleming J., Mullen P.E., Sibthorpe B., Bammer G. The long-term impact of childhood sexual abuse in Australian women. *Child Abuse Negl.* 1999; 23 (2): 145-159.
- <sup>6</sup> Grimstad H., Schei B. Pregnancy and delivery for women with a history of child sexual abuse. *Child Abuse Negl.* 1999; 23 (1): 81-90.
- <sup>7</sup> McClain P.W., Sacks J.J., Ewigman B.G., Smith S.M., Mercy J.A., Sniezek J.E. Geographic Patterns of Fatal Abuse or Neglect in Children Younger Than 5 Years Old, United States, 1979 to 1988. *Arch. Pediatr. Adolesc. Med.* 1994; 148 (1): 82-86.
- <sup>8</sup> Sanders R., Colton M., Roberts S. Child abuse fatalities and cases of extreme concern: lessons from reviews. *Child Abuse Negl.* 1999; 23 (3): 257-268.
- <sup>9</sup> Pieterse J.J., Van Urk H. Maltreatment of children in The Netherlands: an update after ten years. *Child Abuse Negl.* 1989, 13 (2): 263-269.
- <sup>10</sup> Somander L.K., Rammer L.M. Intra- and extrafamilial child homicide in Sweden 1971-1980. *Child Abuse Negl.* 1991; 15 (1-2): 45-55.

- 
- <sup>11</sup> Ards S., Harrell A. Reporting of child maltreatment: a secondary analysis of the national incidence surveys. *Child Abuse Negl.* 1993; 17 (3): 337-344.
- <sup>12</sup> Cappelleri J.C., Eckenrode J., Powers J.L. The Epidemiology of Child Abuse: Findings from the Second National Incidence and Prevalence Study of Child Abuse and Neglect. *Am. J. Public Health* 1993; 83 (11): 1622-1624.
- <sup>13</sup> Finkelhor D. The international epidemiology of child sexual abuse. *Child Abuse Negl.* 1994; 18: 409-417.
- <sup>14</sup> Finkelhor D., Dziuba-Leatherman J. Children as Victims of Violence: A National Survey. *Pediatrics* 1994; 94 (4): 413-420.
- <sup>15</sup> Sariola H., Uutela A. Prevalence of child sexual abuse in Finland. *Child Abuse Negl.* 1994; 18 (10): 827-835.
- <sup>16</sup> Berrien F.B., Aprelkov G., Ivanova T., Zhmurov V., Buzhicheeva V. Child abuse prevalence in Russian urban population: a preliminary report. *Child Abuse Negl.* 1995; 19 (2): 261-264.
- <sup>17</sup> Bertolli J., Morgenstern H., Sorenson S.B. Estimating the occurrence of child maltreatment and risk-factor effects: benefits of a mixed-design strategy in epidemiologic research. *Child Abuse Negl.* 1995; 19 (8): 1007-1016.
- <sup>18</sup> De Paul J., Milner J.S., Mugica P. Childhood maltreatment, childhood social support, and child abuse potential in a basque sample. *Child Abuse Negl.* 1995; 19 (8): 907-920.
- <sup>19</sup> López F., Carpintero E., Hernández A., Martín M.J., Fuertes A. Prevalencia y consecuencias del abuso sexual al menor en España. *Child Abuse Negl.* 1995; 19 (9): 1039-1050.

- 
- 20 Halpérin D.S., Bouvier P., Jaffé P.D., Mounoud R.-L., Pawlak C.H., Laederach J., Wicky H.R., Astié F. Prevalence of child sexual abuse among adolescents in Geneva: results of a cross sectional survey. *BMJ* 1996; 312 (7042): 1326-1329.
- 21 Lodico M.A., Gruber E., DiClemente R.J. Childhood sexual abuse and coercive sex among school-based adolescents in a midwestern state. *Journal of Adolescent Health* 1996; 18 (3): 211-217.
- 22 Sariola H., Uutela A. The prevalence and context of incest abuse in Finland. *Child Abuse Negl.* 1996; 20 (9): 843-850.
- 23 Goldman J.D.G., Padayachi U.K. The prevalence and nature of child sexual abuse in Queensland, Australia. *Child Abuse Negl.* 1997; 21 (5): 489-498.
- 24 MacMillan H.L., Fleming J.E., Trocmé N., Boile N.H., Wong M., Racine Y.A., Beardslee W.R., Offord D.R. Prevalence of child physical and sexual abuse in the community. Results from the Ontario Health Supplement. *JAMA* 1997; 278 (2): 131-135.
- 25 WHO, 1999. *Report of the Consultation on Child Abuse Prevention*. WHO, Geneva, 29-31 March 1999, WHO/HSC/PVI/99.1.
- 26 WHO, EB99/INF.DOC./3, 1997
- 27 Meadow, *Munchausen Syndrome by Proxy, The hinterland of child abuse*, Lancet, 1977, 2, 343.
- 28 U.S. Department of Health and Human Services, Administration for Children and Families, Administration on Children, Youth and Families, Children's Bureau. *Child Maltreatment 2009*. 2010. <http://www.acf.hhs.gov>.
- 29 WHO. *World Report on violence and health*. Geneva, World Health Organization, 2002.

- 
- <sup>30</sup> U.S. Department of Health and Human Services, Administration for Children and Families, Administration on Children, Youth and Families, Children's Bureau. *Child Maltreatment 2011*. 2012. <http://www.acf.hhs.gov>.
- <sup>31</sup> Every Child Matters Education Fund. *We can do better*. Washington DC, 2012. [www.everychildmatters.org](http://www.everychildmatters.org).
- <sup>32</sup> Coalition Military Fatalities By Year and Month – Operation Enduring Freedom and Coalition Military Fatalities By Year – *Operation Iraq Freedom*. [icasualties.org](http://icasualties.org), Accessed on June 20, 2012.
- <sup>33</sup> Australian Institute of Health and Welfare Studies - Australian Institute of Family. *Child protection Australia 2010-2011*. AIHWS, 2012.
- <sup>34</sup> Public Health Agency Of Canada & National Steering Committee. *Canadian Incidence Study of Reported Child Abuse and Neglect - 2003 (CIS-2003)*.
- <sup>35</sup> National Clearinghouse on Child Abuse and Neglect. *Information Long term consequences of child abuse and neglect*, 2005.
- <sup>36</sup> Felitti VJ, Anda RF, Nordenberg D, Williamson DF, Spitz AM, Edwards V, Koss MP, Marks JS. Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *Am J Prev Med*. 1998;14(4):245-58.
- <sup>37</sup> Hillis SD, Anda RF, Felitti VJ, Nordenberg D, Marchbanks PA. Adverse childhood experiences and sexually transmitted diseases in men and women: a retrospective study. *Pediatrics*. 2000;106(1):E11.
- <sup>38</sup> Anda RF, Croft JB, Felitti VJ, Nordenberg D, Giles WH, Williamson DF, Giovino GA. Adverse childhood experiences and smoking during adolescence and adulthood. *JAMA*. 1999;282(17):1652-8.

- 
- 39     McBeth J, Macfarlane GJ, Benjamin S, Morris S, Silman AJ. The association between tender points, psychological distress, and adverse childhood experiences: a community-based study. *Arthritis Rheum.* 1999;42(7):1397-404.
- 40     Perry BD. Childhood experience and the expression of genetic potential: What childhood neglect tells us about nature and nurture., *Brain and Mind.* 2002;3(1):79-100.
- 41     Silverman AB, Reinherz HZ, Giaconia RM. The long-term sequelae of child and adolescent abuse: a longitudinal community study. *Child Abuse Negl.* 1996;20(8):709-23.
- 42     Fergusson DM, Horwood LJ, Lynskey MT. Childhood sexual abuse and psychiatric disorder in young adulthood: II. Psychiatric outcomes of childhood sexual abuse. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 1996;35(10):1365-74.
- 43     Hussey JM, Chang JJ, Kotch JB. Child maltreatment in the United States: prevalence, risk factors, and adolescent health consequences. *Pediatrics.* 2006;118(3):933-42.
- 44     Prevent Child Abuse New York, Causes and Consequences: the Urgent Need to Prevent Child Abuse, Online: [www.pca-ny.org/causes.pdf](http://www.pca-ny.org/causes.pdf), Accessed July 2003.
- 45     Chaffin M., Kelleher K., Hollenberg J. Onset of physical abuse and neglect: psychiatric, substance abuse, and social risk factors from prospective community data. *Child Abuse Negl.* 1996; 20 (3): 191-203.
- 46     Manciaux M., Gabel M., Girodet D., Mignot C., Rouyet M. *Enfances en danger.* Ed. Fleurus, Paris, 1997.
- 47     Kent A., Waller G. The impact of childhood emotional abuse: an extension of the Child Abuse and Trauma Scale. *Child Abuse Negl.* 1998; 22 (5): 393-399.

- 
- 48 Tomkiewicz S. Psychological mechanism of violent behavior against children. *Child Abuse Negl.* 1998; 22 (10): 947-957.
- 49 Aber J.L., Bennett N.G., Conley D.C., Li J. The effects of poverty on child health and development. *Annu. Rev. Public Health* 1997; 18: 463-483.
- 50 Gillham B., Tanner G., Cheyne B., Freeman I., Rooney M., Lambie A. Unemployment rates, single parent density, and indices of child poverty: their relationship to different categories of child abuse and neglect. *Child Abuse Negl.* 1998; 22 (2): 79-90.
- 51 Kerns D.L. Establishing a medical research agenda for child sexual abuse. Historical perspective and executive summary. *Child Abuse Negl.* 1998; 22 (6): 453-465.
- 52 Runyan D.K. Prevalence, risk, sensitivity, and specificity: a commentary on the epidemiology of child sexual abuse and the development of a research agenda. *Child Abuse Negl.* 1998; 22 (6): 493-498, discussion 499-502.
- 53 Kempe CH. Sexual abuse, another hidden pediatric problem: the 1977 C. Anderson Aldrich lecture. *Pediatrics.* 1978;62(3):382-9.
- 54 Ricci LR, Wientzen J. Sexual abuse: Overview. In: *Child maltreatment: a clinical guide and reference.* Giardino AP, Alexander Redd. Whaley GE, Whaley MV eds. 2005.
- 55 Paradise JE. The medical evaluation of the sexually abused child. *Pediatr Clin North Am.* 1990;37(4):839-862.
- 56 Finkelhor D. Current information on the scope and nature of child sexual abuse. In: Behrman R, ed. *The Future of Children.* Los Altos, Calif: Center for the Future of Children; 1994:31-54.



- 
- 57 Yates A. Differentiating hypererotic states in the evaluation of sexual abuse. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1991;30(5):791-795.
- 58 Johnson CF. Child sexual abuse. *Lancet*. 2004;364(9432):462-70.
- 59 Gérard M. The sexual abuse of children. *Rev Med Brux*. 2005;26(4):S333-9.
- 60 World Health Organization & International Society for Prevention of Child Abuse and Neglect. *Preventing child maltreatment: a guide to taking action and generating evidence*. Geneva, Switzerland: WHO; 2006.
- 61 Lapertosa A. Maltrattamenti sui bambini “pediatri e medici di base non segnalano”. *Il Fatto Quotidiano*. 26 marzo 2013.
- 62 Chalk R, Gibbons A, Scarupa H. The multiple dimensions of child abuse and neglect: new insights into an old problem. Child trends research brief. Washington DC, USA: Child Trends; 2002.
- 63 Putnam FW. Ten-year research update review: child sexual abuse. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2003;42(3):269-78.
- 64 Djeddah C, Facchin P, Ranzato C, Romer C. Child abuse: current problems and key public health challenges. *Soc Sci Med*. 2000; 51(6):905-915.
- 65 United Nations, 1996. *The convention on the rights of the child*.
- 66 Mc Clain PW, Sacks JJ, Ewigman BG, Smith SM, Mercy JA, Sniezek JE. Geographic patterns of fatal abuse or neglect in children younger than 5 years old, United States, 1979 to 1988. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 1994;148(1), 82-86.
- 67 Sanders R, Colton M, Roberts S. Child abuse fatalities and cases of extreme concern: lessons from reviews. *Child Abuse Negl.*, 1999;23(3), 257-268.

- 
- 68 O'Hagan KP. Emotional and psychological abuse: problems of definition. *Child Abuse Negl.*, 1995;19(4), 449-461.
- 69 Korbin JE. Cross-cultural perspectives and research directions for the 21st century. *Child Abuse Negl.* 1991;15 Suppl 1:67-77.
- 70 MacMillan HL, Jamieson E, Walsh CA. Reported contact with child protection services among those reporting child physical and sexual abuse: results from a community survey. *Child Abuse Negl.* 2003;27(12):1397-408.
- 71 Briere J, Elliott DM. Prevalence and psychological sequelae of self-reported childhood physical and sexual abuse in a general population sample of men and women. *Child Abuse Negl.* 2003;27(10):1205-22.
- 72 Finkelhor D, Ormrod R, Turner H, Hamby SL. The victimization of children and youth: a comprehensive, national survey. *Child Maltreat.* 2005;10(1):5-25.
- 73 Leeb RT, Paulozzi L, Melanson C, Simon T, Arias I. *Child maltreatment surveillance: uniform definitions for public health and recommended data elements*, version 1.0. Atlanta (GA): Centers Disease Control and Prevention, National Center for Injury Prevention and Control; 2008.
- 74 Baccino E, Martrille L. Sexual abuse: epidemiology. Centre Hospitalier Universitaire de Montpellier, Montpellier, France. 2005, Elsevier Ltd.
- 75 Martin EK, Silverstone PH. How much child sexual abuse is “below the surface”, and can we help adults identify it early? *Front Psychiatry.* 2013;15(4):58.
- 76 Public Health Agency of Canada. *Canadian Incidence Study of Reported Child Abuse and Neglect-2008: Major Findings*. Ottawa, ON: Ministry of Public Works and Government Services Canada. 2010.

- 
- 77 Pereda N, Guilera G, Fornis M, Gomez-Benito J. The International epidemiology of child sexual abuse: a continuation of Finkelhor (1994). *Child Abuse Negl.* 2009;33(6):331-342.
- 78 Anderson J, Martin J, Mullen P, Romans S, Herbison P. Prevalence of childhood sexual abuse experiences in a community sample of women. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 1993;32(5):911-919.
- 79 Leventhal JM. Epidemiology of sexual abuse of children: old problems, new directions. *Child Abuse Negl.* 1998;22(6):481-491.
- 80 Stoltenborgh M, van Ijzendoorn MH, Euser EM, Bakermans-Kranenburg MJ. A global perspective on child sexual abuse: meta-analysis of prevalence around the world. *Child Maltreat.* 2011;16(2):79-101.
- 81 Ministero dell'Interno. *Rapporto sulla Criminalità in Italia.* 2008
- 82 Coordinamento Italiano dei Servizi contro il Maltrattamento e l'Abuso all'Infanzia. *Rapporto Attività 1998-1999.* 2000.
- 83 CENSIS. *32° Rapporto Annuale sulla Situazione Sociale del Paese.* 1998
- 84 Maniglio R. The impact of child sexual abuse on health: a systematic review of reviews. *Clin Psychol Rev.* 2009;29(7):647-57.
- 85 Messman-Moore TL, Brown AL. Child maltreatment and perceived family environment as risk factors for adult rape: is child sexual abuse the most salient experience? *Child Abuse Negl.* 2004;28(10):1019-34.
- 86 Starling SP, Frasier LD, Jarvis K, McDonald A. Inter-rater reliability in child sexual abuse diagnosis among expert reviewers. *Child Abuse Negl.* 2013;37(7):456-64.

- 
- <sup>87</sup> De Bellis MD, Woolley DP, Hooper SR. Neuropsychological Findings in Pediatric Maltreatment: Relationship of PTSD, Dissociative Symptoms, and Abuse/Neglect Indices to Neurocognitive Outcomes. *Child Maltreat.* 2013;18(3):171-83.
- <sup>88</sup> Fortin K, Jenny C. Sexual abuse. *Pediatr Rev.* 2012;33(1):19-32.
- <sup>89</sup> Herrmann B, Navratil N. Sexual abuse in prepubertal children and adolescents. *Endocr Dev.* 2012;22:112-37.
- <sup>90</sup> Finkel MA. Putting it all together. *J Child Sex Abus.* 2011;20(6):643-56.
- <sup>91</sup> González Ortega E, Orgaz Baz B, López Sánchez F. Childhood sexual behavior as an indicator of sexual abuse: professionals' criteria and biases. *Psicothema.* 2012;24(3):402-9.
- <sup>92</sup> Adams JA. Medical evaluation of suspected child sexual abuse. *J Pediatr Adolesc Gynecol.* 2004;17(3):191-7.
- <sup>93</sup> American Academy of Pediatrics: Committee on Child Abuse and Neglect: Guidelines for the Evaluation of sexual abuse of children. *Pediatrics* 1999;103(1):186-191.
- <sup>94</sup> Kendall-Tackett KA, Williams LM, Finkelhor D. Impact of sexual abuse on children: a review and synthesis of recent empirical studies. *Psychol Bull.* 1993;113(1):164-180.
- <sup>95</sup> Gavril AR, Kellogg ND, Nair P. Value of follow-up examinations of children and adolescents evaluated for sexual abuse and assault. *Pediatrics.* 2012;129(2):282-9.
- <sup>96</sup> Kuehnle K, Connell M. Child sexual abuse suspicions: treatment considerations during investigation. *J Child Sex Abus.* 2010;19(5):554-71.

- 
- <sup>97</sup> Alexander RA. Medical advances in child sexual abuse. *J Child Sex Abus.* 2011;20(5):481-5.
- <sup>98</sup> Giolito MR e Gruppo di lavoro per l'abuso e il maltrattamento dell'infanzia. Pensiero Scientifico Editore. L'abuso sessuale nei bambini prepuberi. 2010.
- <sup>99</sup> Adams JA, Kaplan RA, Starling SP, Mehta NH, Finkel MA, Botash AS, Kellogg ND, Shapiro RA. Guideline for Medical Care of Children Who May Have Been Sexually Abused. *J. Pediatr. Adolesc. Gynecol.* 2007;20(3):163-172.
- <sup>100</sup> Kellogg N, American Academy of Pediatrics Committee on Child Abuse and Neglect. The evaluation of sexual abuse in children. *Pediatrics* 2005;116(2):506-512.
- <sup>101</sup> Adams JA, Harper K, Knudson S, Revilla J. Examination findings in legally confirmed child sexual abuse: it's normal to be normal. *Pediatrics.* 1994;94(3):310-7.
- <sup>102</sup> Berkowitz CD. Healing of genital injuries. *J Child Sex Abus.* 2011;20(5):537-47.
- <sup>103</sup> Christian CW. Timing of the medical examination. *J Child Sex Abus.* 2011;20(5):505-20.
- <sup>104</sup> Hobbs CJ. Physical evidence of child sexual abuse. *Eur J Pediatr* 2012;171(5):751-755.
- <sup>105</sup> Royal College of Paediatrics and Child Health. *Physical signs of child sexual abuse-an evidence-based review and guidance for best practice. Working Group of Royal College of Pediatrics and Child Health.* London: 2008.
- <sup>106</sup> Myhre AK, Bemtzen K, Bratlid D. Perianal anatomy in non-abused preschool children. *Acta Pediatr.* 2001;90(11):1321-1328.

- 
- <sup>107</sup> Adams JA. Normal studies are essentials for objective medical evaluations of children who may have been sexually abused. *Acta Paediatr* 2003;92(12):1378-1380.
- <sup>108</sup> Berenson AB, Chacko MR, Wiemann CM, Mishaw CO, Friedrich WN, Grady JJ. Use of hymenal measurements in the diagnosis of previous penetration. *Pediatrics*. 2002;109(2):228-235.
- <sup>109</sup> Adams JA. Evaluating children for possible sexual abuse. *Am Fam Physician*. 2001;63(5):843-4, 846.
- <sup>110</sup> McCann J, Voris J, Simon M, Wells R. Perianal findings in prepubertal children selected for non-abuse: a descriptive study. *Child Abuse Negl*. 1989;13(2):179-193.
- <sup>111</sup> Adams JA. Guidelines for medical care of children evaluated for suspected sexual abuse: An update for 2008. *Curr Opin Obstet Gynecol*. 2008;20(5):435-441.
- <sup>112</sup> Drossman DA. Abuse, trauma, and GI illness: is there a link? *Am J Gastroenterol*, 2011;106(1):14-25.
- <sup>113</sup> Myhre AK, Adams JA, Kaufhold M, Davis JL, Suresh P, Kuelbs CL. Anal findings in children with and without probable anal penetration: a retrospective study of 1115 children referred for suspected sexual abuse. *Child Abuse Negl*, 2013;37(7):465-74.
- <sup>114</sup> Pierce AM. Anal fissures and anal scars in anal abuse – Are they significant? *Pediatr Surg Int*, 2004;20(5):334-338.
- <sup>115</sup> Sorenson T, Snow B. How children tell: the process of disclosure in child sexual abuse. *Child Welfare*. 1991;70(1):3-15.

- 
- 116 Bradley A, Wood JM. How do children tell? The disclosure process in child  
sexual abuse. *Child Abuse Negl.* 1996;20(9):881-891.
- 117 Nicholson EB, Bulkley J, eds. Sexual Abuse Allegations in Custody and  
Visitation Cases: A Resource Book for Judges and Court Personnel.  
Washington, DC: American Bar Association National Legal Resource Center for  
Child Advocacy and Protection. 1988.
- 118 Everson M, Boat B. False allegations of sexual abuse by children and  
adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 1989;28:230-235.
- 119 Hornor G. Child Sexual Abuse: Consequences and Implications. *J Pediatr  
Health Care.* 2010;24(6):358-64.
- 120 ACR practice guideline for skeletal surveys in children. Dal sito:  
[www.acr.org/.../quality\\_safety/guidelines/pediatric/skeletal\\_surveys.aspx](http://www.acr.org/.../quality_safety/guidelines/pediatric/skeletal_surveys.aspx)
- 121 Egge MK, Berkowitz CD. Controversies in the evaluation of young children  
with fractures. *Adv Pediatr.* 2010;57(1):63-83.
- 122 Caffey J. Some traumatic lesions in growing bones other than fractures and  
dislocations: clinical and radiological features. *Br J Radiol* 1957; 30:225–238.
- 123 O'Connor JF, Cohen J: Dating fractures, in Kleinman PK (ed): Diagnostic  
Imaging of Child Abuse. St Louis: Mosby; 1998
- 124 Ablin DS, Greenspan A, Reinhart M, Grix A: Differentiation of child abuse from  
osteogenesis imperfecta. *AJR Am J Roentgentol* 1990;154:1035-1046.
- 125 Cismai. *Crescere senza Violenza, Stati Generali sul Maltrattamento  
all'Infanzia.* Roma 4/5 Febbraio, 2010.
- 126 Ceccarelli E. “Fonti normative del diritto minorile” in Galli D. *Servizi Sociali e  
Giustizia Minorile.* FrancoAngeli, 2008.

- 
- 127 Smith R, Mackie D. *Psicologia sociale*. Zanichelli, 2004.
- 128 Galli D. *Servizi Sociali e Giustizia Minorile. Il quotidiano dell'Assistente Sociale: tra ascolto e documentazione*. Franco Angeli, 2008.
- 129 Cheli M, Ricciutello C, Valdiserra M. *Maltrattamento all'Infanzia. Un modello integrato per i servizi sociali e sanitari*. Maggioli Editore, 2012.
- 130 Fadiga L. *Una Nuova Cultura dell'Infanzia e dell'Adolescenza. Scritti di Alfredo Carlo Moro*. Puer, 2006.
- 131 AIMMF. *Per una Giustizia a Misura di Minore*, 2008.
- 132 *Convenzione sui Diritti del Fanciullo*. New York, 20 Novembre 1989, Art. 3.
- 133 Canali C, Vecchiato T. *Rischio per l'infanzia e soluzioni per contrastarlo*. Quaderni della Ricerca Sociale, 2011.
- 134 Dufour S, Chamberland C. The effectiveness of selected interventions for previous maltreatment: enhancing the well-being of children who live at home. *Child and Family Social Work*, 2004.
- 135 Epstein NB, Baldwin LW, Bishop DS. The McMaster family assessment device. *Journal of marital and family therapy*. 1983.
- 136 Miller IW, Kabacoff RI, Epstein NB, Bishop DS, Keitner GI, Baldwin LM, van der Spuy HI. The development of a clinical rating scale for the McMaster model of family functioning. *Fam Process*. 1994;33(1):53-69.
- 137 Conley A, Duerr Berrick J. Community-based child abuse prevention: outcomes associated with a differential response program in California. *Child Maltreat*. 2010;15(4):282-92.
- 138 Edelson J. Children's witnessing of adult domestic violence. *Journal of Interpersonal Violence*. 1999;14(5), pp. 839-870.



- 
- <sup>139</sup> Codini E, Fossati A, Frego Luppi SA. *Manuale di diritto dei Servizi Sociali*. Giappichelli Editore, 2011.
- <sup>140</sup> Galli D. *Il Servizio Sociale per minori: manuale pratico per Assistenti Sociali*. Franco Angeli, 2008.
- <sup>141</sup> Cheli M, Ricciutello C, Valdiserra M. *Maltrattamento all'infanzia: un modello integrato per i servizi sociali e sanitari*. Maggioli Editore, 2012.
- <sup>142</sup> Moro, *Manuale di diritto minorile*, Bologna, 1996, pagg. 72 e ss.
- <sup>143</sup> F. Mantovani, *I delitti contro la libertà e l'intangibilità sessuale*, Cedam, Padova, 1998, pag. 62.
- <sup>144</sup> Mura, *Formazione e valutazione della prova*, in *La magistratura*, 1992; D. Siracusano, *Le prove*, in AA.VV., *Manuale di diritto processuale penale*, Giuffrè, 1994
- <sup>145</sup> M. Acconci, A. Berti, *Grandi reati, piccole vittime*, Erga, Genova, 1999, pp.19-22.
- <sup>146</sup> E. Rotriquenz, *I casi di abuso sessuale su minori: aspetti giuridici*, in G. Mazzoni, *La testimonianza nei casi di abuso sessuale sui minori*, Giuffrè, Milano, 2000, pag. 13.