

Il fenomeno dell'abuso sessuale sui minori registra nella società contemporanea, rispetto al passato, una crescita vorticosa: se da un lato è indubbio che una società come la nostra aumenta enormemente la visibilità rispetto a qualsiasi fatto di cronaca e fenomeno sociale, sembra tuttavia incontrovertibile che il triste fenomeno dell'abuso sessuale infantile sia oggi in aumento rispetto al passato.

Mentre nel contesto italiano, da un paio di decenni a questa parte, gli studi sull'incidenza dell'abuso sessuale minorile hanno cominciato ad intensificarsi, la letteratura straniera si è da sempre dedicata all'approfondimento di diversi aspetti di questo fenomeno fornendo informazioni dettagliate sulla sua crescente diffusione.

Numerose difficoltà si presentano però nella definizione e delimitazione del fenomeno. La letteratura include tra gli abusi sessuali tutte le forme di coinvolgimento di minori in esperienze inerenti la sfera sessuale, dalla masturbazione, all'esibizionismo, al rapporto sessuale, alla pornografia.

La rilevazione e l'accertamento di un fatto di abuso sessuale è un'operazione estremamente complessa e delicata, proprio in virtù dell'assenza di una definizione condivisa rispetto all'abuso sessuale minorile. Non è semplice, infatti, delimitare i confini tra ciò che è lecito e ciò che non lo è in un campo fortemente condizionato da inclinazioni soggettive, dove la linea di demarcazione è molto sfumata.

Finkelhor e Korbin (1988) individuano cinque forme di abuso:

- coinvolgimento di un bambino in relazioni sessuali da parte di un genitore;
- sfruttamento a scopo di gratificazione sessuale da parte di individui legati al bambino da parentela o conoscenza;
- violenza sessuale perpetrata da estranei;
- prostituzione;
- sfruttamento di minori nella produzione di materiale pornografico;

Sul piano operativo della clinica e del diritto si evidenzia l'importanza di chiarire cosa si intenda per abuso sessuale essendo la sua definizione la base dalla quale dipendono importanti decisioni per il minore, quali l'attivazione o meno di interventi diagnostici e clinici o l'apertura di un procedimento giudiziario nei confronti dell'aggressore, o ancora l'approccio terapeutico che coinvolge entrambe le figure, quella della vittima e quella dell'abusante.

Da un punto di vista puramente psicologico si potrebbe affermare che qualsiasi attivazione di desiderio sessuale in un adulto nei confronti di un bambino rappresenta una patologia che può dar luogo ad una violenza. Tuttavia quando tale desiderio non si concretizza in azione o si manifesta in maniera indiretta e quindi non percepibile dalla vittima (ad es atti di voyeurismo), sembrerebbe poco appropriato parlare di abuso.

La definizione proposta al IV colloquio criminologico del Consiglio d'Europa considera abuso sessuale minorile *“ogni atto sessuale che provochi lesioni fisiche ed ogni atto sessuale imposto al bambino non rispettando il suo libero consenso”*. Questa definizione solleva lo spinoso problema dell'accertamento e della valutazione del grado di maturità tale da consentire al minore di esprimere realmente un libero consenso.

L'esigenza di fissare un'età minima al di sotto della quale vi sia una assoluta incapacità di esercitare tale consenso incontra interessi contrastanti: se da un lato, infatti, le caratteristiche vulnerabili ed instabili della personalità evolutiva del bambino richiede una specifica tutela, dall'altro non si possono ignorare la spiccata accelerazione nello sviluppo fisico e la precocità della pubertà osservate negli ultimi decenni nel contesto occidentale.

Gaddini ritiene che una tutela intransigente, rigida con controlli troppo severi finirebbe per rappresentare essa stessa un abuso istituzionale alla libertà sessuale degli adolescenti (R. Gaddini, 1986).

La maggior parte degli studi sulla violenza sessuale nei confronti di minori ha preso in considerazione la definizione datane da H. Kempe che definisce abuso sessuale il *coinvolgimento di bambini in pratiche sessuali che essi non possono interamente*

comprendere (in quanto soggetti immaturi e dipendenti), verso le quali sono incapaci di dare un informato e cosciente consenso o che violano tabù sociali circa i ruoli familiari (Kempe, 1978).

In questa definizione rientrano situazione ed episodi anche molto diversi (pedofilia, stupro, incesto, sfruttamento sessuale) con violenza fisica o meno, ma tutti accomunati dal fatto di agire in modo molto forte sulla vita psicologica e sulle relazioni sociali dei minori, turbandone profondamente i processi di sviluppo della personalità e di maturazione della sessualità.

Viene inoltre ridimensionato il concetto di violenza, (che secondo alcuni Autori connoterebbe la traumaticità dell'evento), ambiguo e pericoloso da maneggiare quando debba essere applicato a situazioni in cui i legami affettivi di partenza siano tanto forti da imporre reazioni di adattamento in grado di diluire il significato intrusivo e predatorio che la stessa situazione avrebbe se vissuta all'esterno.

Considerando l'autore di reato è possibile distinguere nell'abuso sessuale su minori diverse categorie:

intrafamiliare, attuato cioè da membri della famiglia nucleare (genitori, compresi quelli adottivi e affidatari, patrigni, conviventi, fratelli), o da membri della famiglia allargata (nonni, zii, cugini o amici di famiglia);

extrafamiliare attuato da persone esterne alla famiglia ma conosciute dal minore (vicini di casa, conoscenti);

istituzionale, quando gli autori sono figure professionali a cui il minore viene affidato per ragioni di cura, custodia, educazione, gestione del tempo libero nel contesto di istituzioni (maestri, medici, bidelli, allenatori, assistenti di comunità, educatori.....);

di strada, da parte di persone sconosciute;

criminale, attuato da gruppi organizzati a fini di lucro (organizzazioni per la produzione di materiale pornografico, per lo sfruttamento della prostituzione e per il turismo sessuale);

da parte di gruppi organizzati, (sette, gruppi di pedofili....) esterni alla famiglia;

1 L'abuso intrafamiliare

L'abuso intrafamiliare è fra tutte le forme quello che crea maggiori difficoltà sia

nell'accertamento che nel trattamento.

Per indicare le violenze sessuali che avvengono in seno alla famiglia si utilizza il termine incesto, secondo la definizione data al Comitato di protezione giovanile del Quebec, che include qualunque tipo di relazione sessuale tra un bambino e un adulto che svolge nei suoi confronti una funzione parentale.

Si tratta quasi sempre di una violenza grave ed invasiva, attuata senza l'uso della forza e che viene a ripetersi nelle "mura domestiche" per lungo tempo.

L'abusante non ricorre generalmente a strumenti coercitivi ma alla seduzione e all'inganno, le vittime tendono a non mettere in atto strategie attive di evitamento della violenza dal momento che hanno enormi difficoltà a comprendere realmente quello che sta accadendo soprattutto perché l'adulto in questione è comunque una figura che dovrebbe assicurare, per definizione, protezione e affetto. Ciò determina confusione, timori, vergogna ma soprattutto rabbia per l'inversione dei ruoli genitoriali e per la mancanza di protezione da parte dell'altro genitore, che non ha impedito la violenza.

Si pone anche il problema etico circa il fatto che i bambini possano acconsentire ad un rapporto sessuale con un adulto, in special modo quando si tratta di un loro genitore. In un rapporto adulto/bambino il "consenso" è comunque un abuso di potere. Né è possibile parlare di un consenso "consapevole" in un bambino che è privo di cognizioni circa il sesso e i rapporti sessuali.

I bambini possono essere consenzienti, partecipare attivamente all'attività sessuale e addirittura trarne piacere, ma certo non sono in grado di dare un consenso libero e consapevole.

Mentre le teorie antropologiche cercano di spiegare l'universalità del tabù dell'incesto con la naturale ripugnanza che l'umanità proverebbe per i rapporti sessuali tra consanguinei, la psicoanalisi sostiene la normale tendenza al desiderio incestuoso in seno alla famiglia.

Nei suoi studi sulla personalità isterica Freud ritenne inizialmente che molte donne isteriche fossero state sedotte dai loro padri poiché ascoltava racconti di questo genere

dalle sue pazienti. Successivamente si convinse che molti di questi racconti derivavano da fantasie originate da desideri edipici della stessa bambina nei confronti del proprio padre.

Il trauma, quindi, non è più rappresentato da un atto seduttivo subito dalla paziente nella propria infanzia, ma al contrario dallo stesso desiderio della paziente, che nella realtà non si è verificato.

Ferenczi nel 1932 in *Confusione delle lingue tra adulti e bambini* sottolinea come l'atto sessuale con cui il bambino e il genitore comunicano non abbia per entrambi lo stesso significato e valore. L'aberrazione dell'incesto sta proprio in questo fraintendimento tra il linguaggio infantile della tenerezza e quello adulto della sessualità passionale; tra la richiesta seduttiva del bambino e la risposta sessuale concreta sconosciuta a quest'ultimo e messa in atto dall'adulto.

Con l'incesto l'adulto trasforma il sogno infantile di sedurre il genitore in un incubo nel quale il bambino è davvero riuscito a sedurre chi invece doveva rimanere impassibile.

Il bambino ha diritto ai suoi desideri così come ha diritto a cercare di sedurre, è compito dell'adulto mantenere un ruolo distaccato e maturo e non interpretare come avances sessuali quelle che sono molto più semplicemente solleciti affettuosi da parte del minore.

“La partecipazione del bambino non può in ogni modo incidere sulla responsabilità dell'adulto” (G.Gulotta, M. Vagaggini, 1981).

Gli abusi sessuali intrafamiliari possono essere distinti in:

- a. incesto tra padre e figlia, che rappresenta il più frequente;
- b. incesto tra padre e figlio che secondo alcuni autori presenterebbe dinamiche

analoghe all'incesto tra padre e figlia, incluso l'atteggiamento collusivo della madre;

- c. incesto tra madre e figlio, che risulta essere molto meno frequente ma con conseguenze ben più gravi per il minore a causa della precocità. Gli abusi materni avrebbero effetti ancor più devastanti, di quelli paterni, sullo sviluppo emotivo del bambino anche perché difficilmente vengono alla luce se non in età adolescenziale, dato che prima di allora la madre, grazie alla specificità del suo ruolo, è legittimata ad avere molte occasioni di contatto con il corpo del bambino e difficilmente si crea il sospetto di abuso;
- d. incesto tra madre e figlia;
- e. altri tipi di incesto, quali abusi sessuali perpetrati da componenti della famiglia allargata (zii, nonni, patrigni, matrigne, conviventi);
- f. incesto tra fratelli;

Montecchi (1994) distingue tre forme cliniche fondamentali in cui si può manifestare l'abuso sessuale intrafamiliare:

abusi sessuali manifesti: comprendono diversi comportamenti con contatto, dalle forme più blande di seduzione (baci, carezze, nudità) a quelle più gravi (masturbazione reciproca, rapporti orali, rapporti completi, ecc).

L'abuso manifesto non si può identificare esclusivamente con l'atto sessuale della penetrazione ad opera di un adulto di sesso maschile; vengono registrati, seppure in un numero inferiore di casi, segnalazioni di abusi da parte delle madri;

abusi sessuali mascherati: consistono in forme meno esplicite, ma ugualmente gravi, di abuso, quali le pratiche genitali inconsuete e l'abuso assistito.

Le *pratiche genitali inconsuete* consistono in una serie di operazioni che, mascherate da cure igieniche, il genitore compie sul corpo del bambino, al fine di procurarsi eccitazione sessuale. Queste pratiche consistono in lavaggi dei genitali, ispezioni ripetute, applicazioni di creme ecc, comportamenti questi fortemente

intrusivi che danneggiano gravemente la coscienza corporea del bambino e rivelano la significatività dei disturbi psicologici dei genitori.

Si parla di *abuso assistito* quando i genitori richiedono/costringono il proprio figlio ad assistere alla loro attività sessuale o, peggio ancora, all'abuso di un altro fratello, magari con l'insano invito di imparare "come si fa";

pseudo-abuso: a questo gruppo appartengono gli abusi dichiarati che in realtà non sono stati consumati concretamente per:

- . convinzione errata, a volte delirante, che il figlio/a sia stato abusato; dietro tale convinzione spesso vi è la proiezione sul figlio di esperienze di abuso subite nella propria infanzia.
- . consapevole accusa all'ipotetico autore del reato finalizzato a screditarlo, aggredirlo o perseguirlo giudizialmente, in sede di separazione e affidamento dei figli.
- . la testimonianza di un abuso non avvenuto può avere anche un significato di tipo relazionale, rappresentando ad esempio un modo estremo per scuotere la famiglia ed esprimere il proprio disagio o diventare oggetto di attenzione.

1.1 L'incesto padre-figlia

Essendo la forma abusiva più ricorrente, l'abuso sessuale della figura paterna nei confronti della figlia è stato il maggiormente studiato.

In qualsiasi altra forma di violenza sessuale la vittima ha la possibilità di riconoscere nell'abusante la figura del colpevole, ma nell'incesto la vittima è privata della

possibilità di difendersi e di odiare (B. Giorgi, 1996).

Da un punto di vista clinico molto spesso la famiglia entro la quale si consuma l'incesto presenta dinamiche e caratteristiche particolari.

In un'ottica sistemico-relazionale si può affermare che è l'intero sistema familiare ad essere disfunzionale.

Le madri tipicamente colludono in queste organizzazioni incestuose scotomizzando la chiara evidenza dei rapporti sessuali tra padre e figlia.

Queste madri sono cresciute come bambine con ruoli genitoriali, e non hanno mai ricevuto nella loro infanzia il nutrimento emotivo necessario ad uno sviluppo equilibrato, perché troppo impegnate a prendersi cura dei loro stessi genitori e di fratelli e sorelle (Gelinias, 1986).

Tendono inconsciamente a ricercare uomini fortemente bisognosi e dipendenti, come continuazione della loro propensione ad occuparsi di altri a discapito di se stesse.

A causa di cronici sentimenti di trascuratezza, la madre in questo genere di famiglie è assai ambivalente rispetto al prendersi cura dei figli e quando questi arrivano può sentirsi sopraffatta e trascurare il marito. Mentre i due genitori diventano sempre più due estranei, il padre si rivolge a uno dei figli (in genere alla figlia maggiore) per ricevere quel nutrimento emotivo che la moglie non gli fornisce più, e portando quindi ad una seconda generazione di figli con ruoli genitoriali.

La bambina avverte facilmente la responsabilità di occupare il ruolo della madre e quando parte di quella responsabilità comporta di soddisfare sessualmente il padre la figlia può subordinare i propri bisogni e diritti a quelli di lui.

Il padre spesso considera la violenza sessuale nei confronti della figlia come un tentativo insano di ristabilire un equilibrio familiare, ed è in questa prospettiva che va interpretata la collusione da parte della madre la quale temendo l'abbandono da parte del marito finge di non accorgersi o incoraggia in maniera più o meno indiretta la figlia ad assumere un ruolo sessualizzato.

La complicità materna può essere di tipo passivo, tacito, inconscio o attivo.

Nel primo caso la madre è cresciuta con ruoli genitoriali e con la nascita dei figli trascura il marito

Nel secondo caso invece la complicità attiva della madre può spaziare da ambigui incoraggiamenti fino al vero e proprio aiuto fisico al coniuge che usa violenza alla figlia; oltre al distacco emotivo in situazioni del genere si può parlare di gravi disturbi della personalità della madre, spesso di ordine psicotico.

L'elemento culturale patriarcale gioca anch'esso un ruolo importante; l'uomo spesso considera l'incesto come un legittimo esercizio del suo potere assoluto, perciò egli è libero di abusare delle figlie/i, in quanto sue proprietà, per soddisfare esigenze sessuali, affettive o per scopi punitivi.

Ultimamente l'incesto paterno viene visto più come un tentativo di riaffermare la propria supremazia in ambito familiare che come espressione di problematiche di ordine sessuale.

Le numerose ricerche che si sono focalizzate sull'autore di violenze sessuali hanno messo in luce come questi ultimi siano, nella stragrande maggioranza dei casi, "sani di mente" ossia soggetti che, dai colloqui e dalla somministrazione di test di personalità, non risultano avere patologie di ordine psichiatrico e sono quindi in "grado di intendere e volere" ..

Inoltre frequentemente gli abusanti hanno una "relazione affettiva stabile": ciò a conferma delle teorie secondo le quali l'incesto non è un problema di ordine sessuale legato alla singola persona, ma un rapporto psicopatologico che investe il contesto relazionale disfunzionale della famiglia (Roccia, Foti, 1998).

1.1.2 Conseguenze psicologiche della violenza sessuale

L'abuso sessuale ha sulla vittima una complessa e tragica ricaduta con conseguenze che

minano la salute fisica, la sicurezza il senso di fiducia negli altri, l'equilibrio emotivo del bambino, la stima di sé e il suo sviluppo psico-relazionale.

L'impatto psicologico sul minore è determinato anche dalla modalità di attuazione della violenza. Se la vittima ha subito un vero e proprio stupro, con violenza ed irruenza, le conseguenze saranno molto simili a quelle che caratterizzano una violenza carnale aggravate però dal fatto che il genitore, che avrebbe dovuto proteggere e amare il figlio, si trasforma da accudente in aggressore.

I disturbi che si possono presentare nei minori che sono stati vittime di violenze sessuali sono:

disturbi somatici (la situazione traumatica provoca una depressione delle difese immunitarie);

disturbi psicosomatici;

disturbi psichiatrici;

variazioni comportamentali (irrequietezza, isolamento, atteggiamento remissivo, conoscenza precoce del comportamento sessuale adulto, aggressività verso i pari o gli adulti, comportamento deduttivo, rifiuto netto di visite mediche, ecc);

variazioni significative del rendimento scolastico;

disturbi psicologici (perdita dell'autostima, crisi d'ansia, incubi notturni, difficoltà ad addormentarsi...);

Non esiste un rapporto lineare tra l'abuso e le eventuali conseguenze psicopatologiche; non è l'abuso in sé ad essere patogeno ma l'utilizzo rigido di difese da parte del bambino, difese che gli consentano di tollerare sentimenti molto forti quali angoscia, senso di colpa e di impotenza, vergogna, ecc.

Le difese maggiormente utilizzate sono la **rimozione**, la **negazione**, l'**isolamento dell'affetto** (da cui deriva un impoverimento cognitivo, causa della caduta del rendimento scolastico), **scissione** in settori del tipo "tutto buono e tutto cattivo", **identificazione** con l'aggressore o con il ruolo di vittima.

L'abuso sessuale intrafamiliare, in modo particolare, viola le aspettative di attenzione e

di cura che il bambino dipendente nutre nei confronti dei genitori, creando una confusione di ruoli e di limiti.

Quando l'incesto si consuma in maniera più sottile e seduttiva la vittima viene ad essere ancor più confusa e finisce per credere di aver provocato la situazione (specialmente con la fine della relazione e con il sopraggiungere della consapevolezza dell'accaduto) con conseguente senso di colpa, disprezzo per sé stessa, atti autopunitivi o rifiuto del sesso opposto.

Le conseguenze traumatiche di un abuso sessuale vengono aggravate dai cosiddetti fattori di rischio:

temperamento costituzionale fragile del minore;

assenza di figure consolatrici e di sostegno;

ulteriori esperienze traumatiche;

che possono portare a tentativi di suicidio, comportamenti antisociali, abuso di alcool e droghe e nei casi più gravi a fenomeni dissociativi (DID disturbo dissociativo dell'identità).

In particolare la disponibilità di una figura genitoriale rassicurante, nella quale si può riporre una fiducia incondizionata quando le capacità di autorassicurazione sono inadeguate (come nel caso di un bambino), costituisce il fattore decisamente più importante per il superamento dell'impatto del trauma.

Le conseguenze psicologiche possono inoltre essere aggravate dalla situazione che viene a crearsi a seguito della scoperta del fatto, con disgregazione familiare, discredito sociale intervento delle istituzioni sul minore.

Non è infrequente un atteggiamento di colpevolizzazione della vittima, da parte della famiglia stessa e della società, che attribuiscono al minore un ruolo attivo o comunque di complicità per non aver detto subito e per aver avuto un atteggiamento seduttivo nei confronti del genitore. Tutto ciò va ad accrescere ulteriormente il senso di colpa del bambino.

Gli adulti che sono stati vittime di abusi sessuali durante la loro infanzia mostrano una

disistima verso se stessi; sono spesso depressi, e comunicano una sensazione di corruzione, di contaminazione e di bassezza.

2. La pedofilia

La pedofilia quale forma di perversione sessuale, è senz'altro la più inquietante per la frequenza con cui si sta manifestando nella nostra società.

Il pedofilo è colui che è attratto sessualmente e psicologicamente da soggetti prepuberi, ossia che non hanno ancora sviluppato caratteristiche secondarie evidenti (crescita del pene, della prostata, dei muscoli e dei peli nell'uomo, dell'utero, del seno, della vagina e del pube nella donna).

Secondo il DSM IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 1994) durante un periodo di almeno 6 mesi sono presenti, fantasie, impulsi sessuali o

comportamenti ricorrenti e intensamente eccitanti che comportano attività sessuale con uno o più bambini (generalmente di 13 anni o più piccoli). Il soggetto deve avere almeno 16 anni e 5 in più del bambino

Secondo la visione classica (Fenichel, 1945; Freud, 1905), la pedofilia rappresenta una scelta oggettuale narcisistica, nel senso che il pedofilo vede il bambino come un'immagine riflessa di se stesso bambino.

Inoltre molti Autori ritengono che alla base della pedofilia vi sia l'angoscia di castrazione che impedisce l'accesso alla sessualità matura, genitale.

Il pedofilo è, quindi, attratto da una bambina e non da una donna in quanto spaventato dalla penetrazione vaginale. Nel rapporto con una minore infatti può evitarla o affrontarla da una posizione di "superiorità".

I pedofili venivano anche considerati, e molti lo sono tuttora, individui impotenti e deboli che cercavano i bambini come oggetti sessuali in quanto questi ponevano meno resistenze, avevano minori aspettative e creavano minore ansia rispetto ai partner adulti, permettendo così ai pedofili di evitare l'ansia di castrazione.

Nella pratica clinica si evidenzia come molti pedofili soffrano di patologie narcisistiche del carattere, la cui nota distintiva è la fragilissima stima di sé; l'attività sessuale con bambini prepuberi può, quindi, puntellare la fragile stima di sé del pedofilo.

Questi individui scelgono spesso delle attività e delle professioni nelle quali possono interagire con i bambini perché le risposte idealizzanti di questi ultimi li aiutano a mantenere un'immagine positiva di se stessi.

I pedofili hanno, inoltre, una spiccata abilità nell'individuare quei bambini che sono più fragili a causa della mancanza di affetto ed attenzione da parte della famiglia; si presentano quindi gentili e affettuosi, generosi di regali e compagnia proponendo, solo dopo aver instaurato una dipendenza affettiva, le proprie richieste sessuali.

Approfittano della fragilità del bambino, del suo bisogno di affetto e di rassicurazione.

Il pedofilo spesso idealizza i bambini e quindi l'attività sessuale con loro comporta la fantasia inconscia di fusione con un oggetto ideale o di ristrutturazione di un Sé

giovane. L'ansia relativa all'invecchiamento e alla morte può essere ridimensionata attraverso l'attività sessuale con bambini. (Gabbard, 2002).

Nel 1976 il sessuologo Hertof di Copenaghen, nel suo manuale di sessuologia clinica, diede la seguente definizione della pedofilia:

“ un pedofilo è una persona (quasi sempre un uomo) che si sente particolarmente attratto da persone le quali, dal punto di vista dell'età, si trovano nel periodo precedente, durante o appena dopo la pubertà. È caratteristico che, nella misura in cui il/la giovane raggiunge un pieno sviluppo fisico, diminuisce la sua capacità di attrarre il pedofilo ”.

Molti pedofili sono stati vittime di abusi sessuali nella loro infanzia; la perversione assolve ,allora, alla funzione di rivivere in maniera attiva l'antico trauma sessuale che, nell'atto perverso è annullato e trasformato in piacere, costituendo una sorta di rivincita simbolica in cui il minore abusato passa dal ruolo di vittima a quello di aggressore. Ciò non significa che tutti i bambini violentati diventeranno pedofili, molto dipende dall'età del bambino, dalla forma del trauma, dall'ambiente in cui il minore è inserito ecc.....

I pedofili sono spesso differenziati a seconda che presentino un blocco evolutivo o una regressione (Groth, Birnbaum, 1979; McConaghy, 1998).

Il pedofilo con blocco evolutivo manifesta, fin dall'adolescenza, una preferenza verso individui più giovani di sesso maschile, tende ad avere molte vittime che non rientrano nella sua cerchia familiare, ma vengono ricercate all'esterno.

Il pedofilo regredito, invece, comincia a manifestare solo in età adulta interesse sessuale nei confronti di bambine all'interno dell'ambiente familiare tendendo ad avere poche vittime.

3. Approcci terapeutici

I pazienti pedofili sono generalmente difficili da trattare, come un po' tutti i soggetti con parafilie.

Questi individui, infatti, hanno realizzato, nel corso di molti anni, una ben congegnata soluzione erotica ai loro problemi e di conseguenza sono molto restii a rinunciarvi.

Inoltre molte perversioni sono egosintoniche, ossia procurano piacere al soggetto.

La maggior parte dei pazienti pedofili si rivolgono ad un trattamento solo a seguito di pressioni esercitate dall'esterno, (ad esempio crisi coniugali o provvedimenti legali che impongono la terapia come condizione per la libertà condizionata alternativa al carcere).

La maggior parte dei programmi terapeutici prevede modelli integrati adattati al

singolo paziente; associati all'utilizzo di approcci psicodinamici, vengono frequentemente impiegati anche la terapia cognitivo-comportamentale, il ricondizionamento comportamentale e la prevenzione delle ricadute.

Un elemento che caratterizza i pedofili è il diniego rispetto alla propria parafilia e alle conseguenze che questa ha sulle vittime. Questi individui affermano di amare e rispettare i minori, di essere gentili e affettuosi con loro e riescono a confondere realmente chi ascolta i loro racconti. Quando ammettono il loro comportamento sessuale verso i bambini lo descrivono in modo da farlo sembrare benigno, affermando che le vittime erano contente del "contatto fisico" spesso definito solo in termini di "abbracci e carezze" nel contesto di un'amicizia amorevole.

Il primo obiettivo terapeutico quindi si focalizza sul superamento della negazione e sul successivo sviluppo di empatia rispetto alle proprie vittime.

Altri obiettivi comprendono:

l'identificazione e il trattamento dell'eccitazione sessuale deviante;

l'evidenziazione di deficit sociali e di conseguenze concrete alla perversione;

la definizione di inadeguate capacità di adattamento e di relazione;

la modifica di distorsioni cognitive;

la definizione di un piano di prevenzione delle recidive che includa l'evitamento delle situazioni "a rischio" in cui il paziente può essere "indotto in tentazione";

Rappresentano comuni strumenti terapeutici anche i farmaci antiandrogeni, tra cui il ciproterone acetato (CPA) e il medrossiprogesterone acetato (MPA); il loro utilizzo è però limitato da una serie di inconvenienti. Primo tra tutti i seri effetti collaterali, la non compliance ma soprattutto il fatto che pur riducendo la spinta sessuale non alterano la deviazione in se, interrotta la terapia, infatti, il comportamento deviante riappare nel giro di qualche giorno.

3.1 Trattamenti psicoterapeutici per l'abusante

La psicoterapia individuale ha l'obiettivo di integrare il comportamento perverso con il nucleo centrale del funzionamento della personalità del paziente, così che possa essere armonizzato con il resto della sua vita.

Nel caso di violenza sessuale intrafamiliare la *terapia della famiglia* è una parte integrante dell'intero piano terapeutico.

Il trattamento rivolto all'intera famiglia non implica necessariamente che ogni seduta terapeutica coinvolga tutti i singoli membri insieme. Può essere utile, e spesso inevitabile, incontrarli singolarmente o in gruppi ristretti.

In ogni caso però tutti i membri della famiglia, almeno una o due volte, dovrebbero essere riuniti in incontri comuni che hanno la finalità di raggiungere cinque obiettivi fondamentali:

1. ricostruire i fatti relativi all'abuso. Molto spesso, infatti, l'argomento incesto, seppure trattato singolarmente dai membri della famiglia con i vari operatori, non viene affrontato apertamente fra le persone direttamente coinvolte. L'incesto in questo modo continua a rappresentare un segreto all'interno della famiglia; l'incontro familiare deve servire a stabilire come è avvenuto l'abuso, il luogo e le circostanze in cui si è verificato, e dove si trovassero gli altri membri della famiglia in quel momento.
È necessario utilizzare parole chiare (“rapporto sessuale”, “mettere il pene nel bambino/a”) per aiutare la famiglia ad accostarsi ad un argomento per il quale non dispone di un linguaggio adeguato;
2. aiutare il padre ad assumersi la responsabilità dell'atto sessuale, in presenza degli altri membri della famiglia, per far acquisire consapevolezza dell'accaduto all'abusante e per sollevare il minore da ogni responsabilità circa l'accaduto;
3. aiutare i genitori a giungere ad un accordo circa la comune responsabilità per la cura dei figli. In quest'ottica il padre può manifestare la propria maturità accettando di allontanarsi da casa e rinunciando alla cura quotidiana dei figli,

mentre la madre può acconsentire a posticipare ogni decisione inerente la separazione, per dare ai figli il tempo di comprendere ciò che è accaduto;

4. parlare apertamente della eventualità di separazioni nella famiglia, assicurandosi che ne siano comprese le cause e le finalità terapeutiche. Nel caso di allontanamento della figura abusante è importante valutare che i bambini capiscano che non sono responsabili dell'accaduto, mentre se il minore viene allontanato da casa, bisogna impedirgli di pensare che qualcuno non lo voglia, o che il suo allontanamento sia una punizione per l'abuso e la sua scoperta;
5. stabilire un contratto terapeutico che definisca l'entità dei contatti tra i componenti della famiglia o, in caso di separazioni, le modalità di visita;

In base a quanto descritto rispetto alla famiglia in cui si svolge l'incesto si può comprendere come la figlia abusata protegga l'aggressore mantenendo lealtà nei suoi confronti. Infatti spesso la relazione incestuosa è per la vittima l'unica forma di affetto, seppur deviante, e calore in un contesto familiare deprivato.

Un'efficace terapia familiare deve necessariamente considerare queste dinamiche; la fedeltà della vittima nei confronti del suo aggressore deve essere riconosciuta e rispettata, così come è d'aiuto focalizzare l'attenzione sul desiderio del padre di relazionalità e di vicinanza emotiva piuttosto che sulla sessualità o perversione (Gelinas, 1986).

Anche l'impoverimento delle risorse emotive della madre dev'essere preso in esame in maniera empatica e non giudicante, e il terapeuta deve sostenere le capacità egoiche della madre.

3.2 Approccio psicoterapeutico per il minore vittima di violenza sessuale

Partendo dal presupposto di base che l'abuso, in ogni sua forma, si inserisce in una condizione di disagio psichico che riguarda sia il bambino che la famiglia l'approccio psicoterapico familiare ed individuale è quello maggiormente indicato.

L'esperienza clinica (Montecchi, 1994) evidenzia come:

gli abusi sessuali intrafamiliari sono trattabili per l'alto livello di motivazione (soprattutto per il trattamento individuale); regolarità nella frequenza delle sedute; buona l'alleanza di lavoro; positivo il processo di trasformazione; possibilità di concludere positivamente il trattamento;

gli abusi extrafamiliari sono scarsamente trattabili a causa delle scarse motivazioni della famiglia e del bambino. La famiglia è, in questi casi, più orientata a ricercare "giustizia" nell'intervento giudiziario che non ad occuparsi del disagio del figlio;

gli abusi mascherati sono praticamente intrattabili perchè alla base di essi vi è una perversione dei genitori scarsamente motivati al cambiamento;

gli pseudo-abusi sessuali sono trattabili con riserva, cioè è possibile realizzare il trattamento solo se si riesce a riconoscere ed accogliere il disagio che si esprime con l'asserito abuso, mentre non sono trattabili quando sono falsamente ed intenzionalmente denunciati;

L'intervento sui genitori abusanti e il miglioramento dell'ambiente abusante, seppur necessari per il benessere del minore, non sono sufficienti a capovolgere il danno all'Io della vittima e a modificare la personalità patologica derivata dalle componenti traumatiche dell'abuso.

In primo luogo è necessario intervenire terapeuticamente per modificare le condizioni di sofferenza (sociale, familiare, economica, individuale) che sono origine e conseguenza dell'abuso.

Occorre considerare come spesso si venga a creare tra il bambino e la complessità delle relazioni familiari una inconsapevole collusione, in cui il segreto e il disagio psichico trascendono l'abuso stesso.

È fondamentale prendersi carico del disagio e cercare di ricostruire il mondo interno

del bambino, colmando la scissione tra realtà e vissuto emotivo in modo tale che la consapevolezza e la comprensione della sofferenza interrompano la catena della violenza e scioglano il disagio emotivo e l'impoverimento della personalità a cui il minore è destinato ad andare incontro.

Il bambino abusato sviluppa verso il mondo che lo circonda una sfiducia che va a coinvolgere anche quelle persone che si dichiarano disponibili ad aiutarlo; ogni tentativo di ascolto, di comprensione e di contenimento affettivo vengono accolti con sospetto e diffidenza. Da ciò deriva una scarsa collaborazione, tanto più che frequentemente si inizia un trattamento psicoterapeutico con un'apparente assenza di domanda (Montecchi, 1994).

Il bambino non accetterà di iniziare un trattamento perché abusato, né accetterà facilmente un confronto con l'inconscio. In questo senso abusante ed abusato possono vivere in una stabilità basata sulla immobilità, in cui la sicurezza reciproca è determinata dal fatto che nulla cambi.

Come base di ogni approccio terapeutico, è necessario realizzare con il bambino una relazione di fiducia, attraverso cui egli possa fare esperienza di una persona che stia con lui, che lo ascolti e sappia aspettare con la mente vuota da giudizi, pregiudizie aspettative, che gli permetta di rappresentare i propri pensieri e riconoscere i propri sentimenti in un contesto di rispetto per la sua personalità.

Con i bambini è molto utile l'impiego di metodi terapeutici di tipo non verbale in cui prevale la rappresentatività sull'uso delle parole, come il metodo della Sand Play Therapy (gioco della sabbia) di Dora Kalff, utilizzato all'ospedale pediatrico "Bambino Gesù" di Roma dal Professor Montecchi e la sua équipe.

La sabbiera e la relazione terapeutica rappresentano il luogo dove può essere espresso l'inesprimibile senza che ciò venga necessariamente verbalizzato. Attraverso la rappresentazione scenica, prima o poi, il bambino descriverà ciò che lui stesso si nega, si potranno così liberare le energie necessarie a superare le ferite materiali e psicologiche dell'abuso.

Nel gioco il bambino drammatizza la sua esperienza di non poter essere aiutato e il senso di distruzione che ne consegue. A volte il bambino si rappresenta come vittima passiva, altre volte tende invece a ripetere attivamente la situazione traumatica con attacchi aggressivi ed ingiurie, che evidenziano la sua emulazione del genitore abusante.

Tutto ciò può essere espresso attraverso:

- ★ la rappresentazione del gioco;
- ★ il materiale di gioco;
- ★ il transfert con il terapeuta;

Il bambino, sotto la pressione della sua angoscia, tende ad “agire”, ed è attraverso il gioco che questo “agire” può essere canalizzato.

L’inizio della terapia è spesso ostacolato dalla difficoltà di elaborazione, dal blocco della capacità di immaginazione e dall’impossibilità di accesso al simbolico; per molto tempo l’uso degli oggetti è ripetitivo e sono rari i giochi elaborati; in questa ripetizione si può riconoscere la matrice dei traumi subiti.

Il gioco lentamente si arricchisce e prende un valore simbolico grazie alla relazione transferale; i vecchi traumi non elaborati e non memorizzati dal bambino, perché troppo piccolo, riemergono nel transfert sollecitando profondamente il controtransfert del terapeuta.

Nel lavoro psicoterapeutico con bambine abusate, il transfert assume connotazioni particolari a seconda del sesso dell’analista. Le giovani che dipendono psicologicamente dalla figura di un maschio abusante vivranno il terapeuta come un uomo che è attratto da loro e che conta di abusarle a sua volta; continuano cioè ad attribuire alle relazioni significative una connotazione sessuale, in questo caso al terapeuta, non tanto come persona, quanto alla figura che egli rappresenta nel loro mondo interiore. Tutto questo può non essere chiaro a livello cosciente, ma ciononostante venire espresso mediante modalità seduttive, mimiche, gestuali e posturali che sono rappresentate nella rappresentazione scenica del “gioco”.

Nel caso di una analista donna, invece, è la dipendenza e l’attaccamento ad una

immagine materna carente e al contempo idealizzata, a caratterizzare il transfert.

Nel lavoro con bambini abusati è di fondamentale importanza non assumere un atteggiamento interpretativo, ma al contrario il silenzio interpretativo è molto più efficace; si tratta di una modalità di ascolto analitico, di osservazione e di comunicazione contenitiva ed accettante, in cui il terapeuta non comunica al piccolo paziente le proprie interpretazioni, almeno nelle fasi iniziali.

Il terapeuta deve rappresentare una “presenza transizionale” (come una madre che assiste senza intromettersi al gioco del proprio figlio), a cui il bambino può chiedere una partecipazione più attiva.

La terapia, quale contesto contenitivo, consente al bambino di manifestare sentimenti molto forti, troppo spesso repressi, quali rabbia, aggressività ed odio e di dare loro un significato di normalità rispetto alla situazione traumatica.

L'intervento sulla famiglia deve essere condotto da figure professionali distinte da quelle che si occupano individualmente della vittima, al fine di tutelarne il diritto alla riservatezza e alla neutralità.

4. La prevenzione

La violenza sessuale, rappresentando un problema di enorme rilevanza per la salute pubblica, necessita di un approccio preventivo che includa la sensibilizzazione dei bambini, dei genitori e degli operatori, ma soprattutto la garanzia che ai minori vengano fornite le informazioni e gli strumenti essenziali per la tutela del loro benessere.

Se negli ultimi decenni i mass media hanno affrontato maggiormente l'argomento con un evidente impatto sugli adulti, (che ha determinato un incremento delle denunce), lo stesso non può dirsi per i minori che non sono stati raggiunti da questo tipo di comunicazioni.

L'aspetto della prevenzione coincide per i bambini con l'educazione alla sessualità, con l'importanza della comunicazione tra genitori e figli circa l'abuso sessuale.

La mancanza di informazione o il dubbio su quello che è un comportamento normale rappresentano, infatti, elementi che possono trasformare il bambino in una vittima di abuso sessuale.

Spesso i bambini riferiscono di essere stati confusi e tratti in inganno dall'insistenza dell'aggressore nel sostenere la normalità e la correttezza dell'atto sessuale; o ancora

raccontano di non aver saputo che era un loro diritto dire di no, o che altri adulti li avrebbero difesi se loro li avessero messi al corrente del fatto.

Il garantire ai bambini conoscenze più adeguate circa l'abuso sessuale rappresenterebbe una efficace misura preventiva.

I minori informati, che hanno fiducia nell'ambiente e nelle persone che li circondano e che sanno a chi rivolgersi in caso di bisogno, saranno meno facilmente vittime di aggressioni. Purtroppo, invece, la maggior parte dei bambini non ha questo tipo di strumenti per difendersi dall'abuso sessuale, ed ogni informazione che ricevono è spesso successiva all'evento traumatico.

L'educazione sessuale dovrebbe costituire un processo sempre in atto in seno alla famiglia, e uno specifico obiettivo nell'ambito scolastico.

Ovviamente i programmi che si svolgono nella scuola, per potersi rivelare utili, dovrebbero prevedere il coinvolgimento e la collaborazione dei genitori, nonché incontri ristretti tra insegnanti e genitori.

Le tematiche da trattare potrebbero centrarsi sulle componenti dell'abuso sessuale e sulla discussione rispetto ai contatti fisici appropriati o meno.

L'informazione da sola non è però sufficiente; la modalità di comunicazione rispetto a questi argomenti è forse ancor più importante del contenuto stesso. Un insegnante imbarazzato o un medico che si trincerava dietro un linguaggio tecnico anziché dare informazioni produrranno inibizioni.

Per acquistare fiducia nell'affrontare temi di ordine sessuale è necessario superare le proprie inibizioni e problematiche personali, ed affinare la propria competenza nel parlare dell'intimità sessuale; a questo proposito risultano essere estremamente utili piccoli gruppi di educazione e discussione per operatori guidati da un conduttore esperto.

Occorre sottolineare ai bambini la differenza tra la segretezza e la privacy, e devono essere indicati i pericoli connessi con atteggiamenti di eccessiva intimità o di violazione della privacy, specialmente quando vengono accompagnati da tentativi di occultamento

ed associati a ingiunzioni o minacce.

Il minore deve essere incoraggiato ad un atteggiamento di apertura rispetto a tutto ciò che concerne la sessualità, le funzioni corporee ecc, in modo tale da poterne parlare liberamente con i propri genitori ed insegnanti.

Tutti i bambini devono imparare a proteggersi da soli. Ciò è particolarmente importante per le vittime di abuso sessuale, nei confronti delle quali è molto accentuato il rischio di ulteriori abusi da parte di altri membri della famiglia o di estranei.

I bambini devono essere educati ad una consapevolezza del loro diritto esclusivo sul proprio corpo, in particolare sulle parti sessuali o su quelle “riservate”.. Devono sapere che un genitore, un medico, un insegnante possono toccarle soltanto con il loro permesso e per una ragione valida, come aiutare un bambino piccolo a lavarsi o esaminare una ferita.

Dopo che è stato chiarito al bambino ciò che è permesso, da parte di chi e perché, è necessario che il bambino impari ad evitare le insidie dell’aggressore e a chiedere aiuto. Fermare una mano che lo sta toccando e dire “non farlo”, chiamare qualcun altro nella stanza, gridare “vattene via”, allontanarsi, riferire l’accaduto a un genitore, ad un insegnante, a un medico rappresentano risposte valide a seconda delle circostanze.

Il gioco di ruolo di gruppo è lo strumento attraverso il quale è possibile insegnare al minore l’autodifesa.

5. Legge 66/96 Norme contro la violenza sessuale

Si parla di abuso sessuale sia che si compiano atti sessuali direttamente sul corpo del bambino, sia che quest'ultimo venga costretto ad assistere a rapporti sessuali.

L'abuso sessuale nei confronti di minori rientra nella materia della violenza sessuale, oggetto di una recente e radicale modifica ad opera della **L. 15 febbraio 1996, n. 66** (Norme contro la violenza sessuale), nata dalla proposta di legge n. 2576 presentata il 23 maggio 1995 alla Camera dei deputati di tutti i gruppi parlamentari.

Questa legge ha permesso di considerare il reato di violenza sessuale come un reato contro la persona e non contro la moralità pubblica e il buon costume, secondo quanto stabilito dal Codice Rocco.

In questo senso il vero bene leso non è una generica moralità sessuale di cui sarebbe titolare la collettività, ma il singolo individuo la cui libertà viene gravemente e profondamente violata.

Le nuove disposizioni in materia di violenza sessuale tendono a difendere da illecite invasioni nella propria sfera di libertà ogni persona, maschio o femmina, adulto o minore. Una particolare attenzione è riservata a quest'ultimo proprio in ragione della sua inesperienza, della incapacità di esprimere un consenso realmente libero e cosciente, degli effetti devastanti per un armonico equilibrio psicofisico che precoci esperienze sessuali possono provocare.

Gli abusi sui minori possono concretizzarsi essenzialmente in tre ipotesi di reato:

la violenza sessuale (art. 609 *bis*), di cui si rende autore “ *chiunque con violenza o minaccia o mediante abuso di autorità costringe taluno a compiere o subire atti sessuali*” ovvero, anche senza costrizione vera e propria, “*induce taluno a compiere o subire atti sessuali abusando delle condizioni di inferiorità fisica o psichica della persona offesa*”.

L'elemento di base è, quindi, l'esistenza di una qualsiasi forma di violenza, ivi comprese la semplice minaccia, l'abuso di autorità, l'abuso di inferiorità fisica o psichica, che renda possibile il compimento di un atto sessuale non libero.

L'atto sessuale è da intendere non esclusivamente come congiungimento carnale, ma come qualunque atto avente una qualsiasi valenza sessuale (ossia idoneo a ledere la sfera di libera autodeterminazione del singolo in campo sessuale: perfino un bacio sulle labbra, quindi, può essere considerato tale, se non voluto dal soggetto passivo). Ovviamente la violenza sessuale compiuta su un minore comporta un aggravamento della pena (art. 609 *ter*).

Atti sessuali con minorenni (art. 609 *quater*). Il concetto di minorenni che la norma prende in considerazione non è quello comunemente in uso, relativo al compimento dei 18 anni: nel senso che non tutti gli atti sessuali con minori sono vietati.

Il **minore** nei cui confronti possono essere compiuti gli atti puniti è infatti colui che non ha ancora compiuto **14 anni**: oppure, che non ne ha ancora compiuti **16**, se il colpevole è una persona a lui particolarmente vicina, tipo l'ascendente, il genitore adottivo, il tutore, ovvero altra persona cui, per ragioni di cura, educazione, istruzione, vigilanza o custodia il minore è affidato o che abbia con quest'ultimo una relazione di convivenza.

Si può affermare che in questa ipotesi la violenza è, per così dire “presunta”: l'atto sessuale rappresenta sempre un reato, a prescindere dalla prova di una qualsiasi forma di costrizione e, addirittura, anche se dovesse sussistere il consenso del

minore.

Viceversa, al di fuori di questa ipotesi, in linea di massima gli atti sessuali compiuti su minori di età compresa tra i 14 e i 18 anni, sono leciti (salva l'ipotesi in cui integrino una violenza sessuale); come pure i casi in cui l'atto sessuale avvenga *tra minori*, a patto che abbiano già compiuto i 13 anni e non vi sia tra i due una differenza di età superiore ai tre anni (questo ovviamente per tutelare la sessualità tra minori, salvaguardando così la loro autonomia di scelta). Quindi 12 anni è il limite al di sotto del quale il consenso del minore al rapporto sessuale deve ritenersi invalido.

La pena per gli atti sessuali compiuti, con le modalità tipiche della violenza e della minaccia su persona infraquattordicenne, varia da 6 a 12 anni di reclusione. Quando il reato è commesso nei confronti di minori di anni 10, la sanzione va dai 7 ai 14 anni.

Corruzione di minorenni (art. 609 *quinquies*), consistente nel compimento di un atto sessuale “*in presenza di persona minore di anni quattordici, al fine di farla assistere*”.

La Cassazione, con sentenza 6.10.1967, definiva il reato di corruzione un reato di pericolo e non di danno; nel caso di atti sessuali commessi in presenza di bambini non era necessario che lo stesso percepisse con i propri sensi l'atto di libidine, bastando un'apprezzabile probabilità di tale percezione.

La giurisprudenza formatasi sotto la vecchia norma aveva ritenuto la sussistenza del reato in questione nel caso di atti di libidine commessi in presenza del minore che dorme (Cass. 1.3.1967).

Successivamente però con sentenza del 25/2/1969 ha ritenuto che il reato non sussistesse poiché in tal caso il pericolo di corruzione non deve essere confuso con il pericolo del risveglio del minore. Si è anche affermato che il reato sussiste ogniqualvolta il minore abbia la possibilità di percepire l'atto lascivo nella sua materiale realtà, non potendo ravvisarsi un pericolo di corruzione nei casi in cui il minore sia talmente piccolo da non

poter distinguere i fatti concreti che avvengono sotto i suoi occhi (Cass. 3.3.1969).

Non in tutti i casi in cui il minore è oggetto di abuso sessuale lo psicologo che ne viene a conoscenza è obbligato alla denuncia alla competente Autorità; l'obbligo è previsto solo ove il reato sia perseguibile d'ufficio. Questo si verifica solo in alcune ipotesi:

1. con riferimento alla violenza sessuale vera e propria, solo fino a che il minore non ha compiuto i 14 anni;
2. oltre i 14 anni e fino ai 16 solo qualora l'autore sia uno di quei soggetti al minore particolarmente vicini (genitore, anche adottivo, o il di lui convivente, il tutore ovvero altra persona cui il minore è affidato per ragioni di cura, educazione, istruzione, vigilanza o di custodia: ad esempio medico, educatore, insegnante, infermiere, sorvegliante di un Istituto penale ecc), mentre è indifferente che si tratti di violenza sessuale o di meri atti sessuali;
3. se il fatto è comunque connesso con un altro delitto per il quale si deve procedere d'ufficio;

In base a queste norme, pertanto, il probabile abuso sessuale denunciabile all'Autorità giudiziaria (in quanto procedibile d'ufficio) si configura allorché un minore di 14 anni sia oggetto di vera e propria violenza sessuale, da chiunque essa provenga; al di sopra di tale età e fino ai 16 anni quando, indipendentemente dall'esistenza di una violenza, l'autore dell'atto sessuale sia una persona "particolarmente qualificata".

Per i reati sopra esposti che si configurano come perseguibili d'ufficio in base alla legislazione attualmente vigente, lo psicologo che ne venga a conoscenza nell'esercizio di un'attività sanitaria (se libero professionista o dipendente di una struttura pubblica), e nell'esercizio di ogni sua attività professionale (se pubblico ufficiale o incaricato di pubblico servizio), ha per legge l'obbligo di presentare denuncia del fatto-reato di cui è venuto a conoscenza "all'Autorità giudiziaria, o ad un'altra Autorità che a quella abbia

obbligo di riferirne”.

Per quanto riguarda l’adempimento in concreto dell’obbligo di denuncia è consigliabile effettuare due comunicazioni di diverso contenuto:

- a. la prima al **Pubblico Ministero** presso la Procura della Repubblica, ubicata di norma presso il Tribunale ordinario; si tratta di una pura e semplice denuncia, come tale in grado di provocare l’avvio, da parte del Pubblico Ministero, delle indagini preliminari e l’eventuale adozione delle misure cautelari che potrebbero essere ritenute necessarie;
- b. la seconda al **Giudice minorile presso il Tribunale dei Minorenni** (ed eventualmente, con il medesimo testo e per conoscenza, al Servizio Sociale Minori competente per territorio) finalizzata all’adozione, urgente, degli interventi di tutela del minore; essa dovrebbe essere sufficientemente dettagliata e redatta come una vera e propria relazione psicologica che fornisca almeno le principali informazioni relativamente ai fatti avvenuti, ai soggetti implicati e alle caratteristiche dell’ambiente familiare della vittima, solo in questo modo il giudice è in grado di adottare provvedimenti coerenti a tutela del minore;

BIBLIOGRAFIA

- AA. VV., (1986) *La violenza nascosta: gli abusi sessuali sui bambini*, Raffaello Cortina Editore, Milano;
- American Psychiatric Association (1994) *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali* (DSM-IV). Tr. it. Masson, Milano 1996;
- Beltrani S. (1996) *Commento alla legge n. 66 del 1996*, Simone, Napoli;
- Cadoppi A. (1996) *Commentario delle Norme contro la violenza sessuale*, Cedam, Padova;
- Cirillo S., Di Blasio P. *La famiglia maltrattante. Diagnosi e terapia*, Raffaello Cortina Editore, Milano;
- Colesanti C., Lunardi L. (1995) *Il maltrattamento del minore*, Giuffrè, Milano;
- Correra M., Martucci P. (1987) *La violenza nella famiglia. La sindrome del bambino maltrattato*, Cedam, Padova, pp 55-60;
- Fenichel O. (1945) *Trattato di psicoanalisi delle nevrosi e delle psicosi*. Tr. it. Astrolabio, Roma 1951;

- Ferenczi S. (1932) *Confusione delle lingue fra adulti e bambini*, Mondadori, Milano 1984;
- Freud S. (1905) *Tre saggi sulla teoria sessuale*. OSF vol, 4;
- Gabbard G. (2002) *Psichiatria psicodinamica* Raffaello Cortina Editore, Milano;
- Gaddini R. (1986) *Incest as developmental failure*, "Child abuse and Neglect", 7;
- Gelinas DJ. (1986) Unexpected resources in treating incest families. In: Karpel M.A. (a cura di) *Family Resources: The Hidden Partner in Family Therapy*. Guilford, New York;
- Giorgi B. (1996) "di incesto si muore!" ne *Il bambino incompiuto*, n. 6, pp 34-37;
- Goodwin J.. (1982) *Le vittime dell'incesto e le loro famiglie*, Centro Scientifico Torinese, Torino;
- Groth A.N., Birnbaum H.J. (1979) *Men Who Rape: The Psychology of the Offender*. Plenum, New York;
- Gulotta G. (1976) *La vittima*, Giuffrè, Milano;
- Gulotta G., Vagaggini M., (1981) *Dalla parte della vittima*, Giuffrè, Milano;
- Kempe H. (1978) *Child Abuse* Fontana Open Books, London. Tr. it. *Le violenze sul bambino*, Armando Roma, 1980;
- Malacrea M., Vassalli A. (a cura di) (1990) *Segreti di famiglia*, Raffaello Cortina Editore, Milano;
- McConaghy N. (1998) Paedophilia: a review of the evidence. *Aust. N.Z.J. Psychiatry*, 32, pp 252-265;

Merzagora I. (1986) *L'incesto*, Giuffrè, Milano;

Montecchi F. (1991) *Prevenzione, rilevamento e trattamento dell'abuso all'infanzia*, Borla, Roma;

Montecchi F. (1994) *Gli abusi all'infanzia. Dalla ricerca all'intervento clinico*, Nuova Italia Scientifica, Roma;

Moro A.C. (1996) *Manuale di diritto minorile*, Zanichelli, Bologna;

Musacchio V. La nuova legge sulla violenza sessuale, *Riv. Pen.*, 1996;

Roccia C., Foti C. (a cura di) (1998) *L'abuso sessuale sui minori* Edizioni Unicopoli, Milano;