

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI CATANIA
FACOLTÀ DI MEDICINA E CHIRURGIA
MEDICINA LEGALE
PROF. DIEGO GERACI

GERACI DIEGO, CASCIO ORAZIO, PALMERI ANDREA,
TUMINO MARIAGRAZIA, TEODORO MARIATEA

LA VERITÀ DEI BAMBINI: RIVELAZIONE DELLE VIOLENZE NEI CONTESTI SANITARI

RIASSUNTO

La ricerca della verità processuale risulta essere difficoltosa quando, in ambito giudiziario, sono coinvolti dei minori bisognevoli di protezione, per l'approccio spesso suggestivo degli operatori nel raffrontarsi ai fatti, in assenza di una coordinazione multidisciplinare.

SUMMARY

The search for the trial's truth results to be difficult when, in the judiciary, are involved minors in need of protection, because the approach of operators in the compare herself to the facts is often suggestive, especially in the absence of a coordinated multidisciplinary approach.

Suggestione¹, simbolismo e ricostruzione medico – legale

Accertare un caso di abuso sul minore è un complesso procedimento che presuppone un alto livello di preparazione, esperienza e professionalità in ogni

¹**Suggestione** s. f. [dal lat. *suggestio -onis*, propr. «suggerimento» (der. di *suggerere*, part. pass. *suggestus*: v. suggerire)]: Fenomeno della coscienza per cui un'idea, una convinzione, un desiderio, un comportamento sono imposti dall'esterno, da altre persone (la forma estrema è la s. ipnotica e post-ipnotica, esercitata da un ipnotizzatore e operante nel sonno ipnotico e dopo di esso), o anche da fatti e situazioni valutati non obiettivamente, e da impressioni e sensazioni soggettive non vagliate in modo razionale e critico.

operatore coinvolto, pur con compiti e ruoli diversi. Fondamentali risultano essere il coordinamento e la collaborazione tra le diverse aree di attinenza e la capacità di esercitare con un'ottica estesa che tenga in considerazione sia gli aspetti fisici che psicologici, aspetti individuali e relazionali per poi valutare congiuntamente la vittima e il suo abusante.

All'ingresso del minore in una struttura sanitaria, quando vi è un sospetto di violenza, è necessario, pertanto adoperare una modalità operativa multidisciplinare, ove gli obbiettivi da raggiungere riguardano l'accertamento dell'abuso. Innanzitutto, bisogna verificare se c'è stato abuso sul minore, tramite la raccolta di "evidenze oggettive", in base alle quali sarà possibile intraprendere l'adeguato iter giudiziario di tutela del minore e il perseguimento penale dell'abusante, contestualmente è necessario garantire al minore un'adeguata accoglienza centrata sull'ascolto, conforto e sostegno psicologico del minore.

Per raggiungere tali obiettivi e soprattutto per approfondire la reale natura degli avvenimenti devono essere attentamente valutati diversi elementi.

In primo luogo, si deve porre attenzione al riferito, quale elemento suggestivo di cornice: La suggestione permette all'operatore di pervenire a talune conclusioni "impulsive" senza aver valutato accuratamente i fatti. Talvolta, nei casi di separazione, i figli, specialmente in tenera età, diventano ostaggio dei genitori e la loro ricostruzione spesso involontaria di circostanze "confuse" conduce ad una verità emozionale, i cui probabili risvolti giudiziari possono nuocere al piccolo.

In secondo luogo, bisogna comprendere la comunicazione verbale del minore ma soprattutto la sua comunicazione non verbale. In ambito ospedaliero, dovrebbero essere acquisite entrambe, in maniera discreta, mediante video registrazioni, infatti, la ripetitività del riferito, accompagnato alla gestualità o alle micro espressioni del volto, in particolare nei minori, potrebbe radicalizzare delle impressioni in elementi di certezza. Andrebbero, pertanto, valutate le diverse testimonianze video filmate, e poi confrontarle tra di loro.

Andrebbero valutati accuratamente anche i dati circostanziali di luogo e tempo, che riguardano le indagini e servono per accertare la presenza dell'aggressore e della vittima nei tempi e nei luoghi previsti nel capo di imputazione.

Fondamentale, poi, risulta essere l'esame della lesività: la morfologia e la topografia delle lesioni ci indicano un preciso svolgimento dei fatti e quindi una logica e deduttiva ricostruzione medico – legale. L'esame della morfologia

e topografia della lesività deve essere effettuato non tenendo conto del riferito, scomponendo gli elementi della percezione in elementi semplici per poi organizzarli in maniera simbolica (analisi percettiva semplice simbolica) per poi assemblarli nelle molteplici possibilità (analisi ricostruttiva probabilistica).

Di assoluta importanza è, sia per il medico – legale che per ogni altro operatore, la visita clinica, composta dalla raccolta attenta ed accurata dell'anamnesi e dall'esame obiettivo e, se necessario, l'esecuzione di esami di laboratorio. Nei casi di sospetto abuso, pertanto, durante la visita, vanno ricercati i cosiddetti indicatori fisici e psicologici dell'abuso:

- Segni cutanei (contusioni, graffi, morsi, segni di afferramento)
- Difficoltà di deambulazione
- Difficoltà nel mantenimento della posizione seduta
- Tracce di sangue
- Infiammazioni, emorragie senza cause organiche evidenti
- Passività, paura, sfiducia verso gli adulti
- Difficoltà a stare in relazione con i coetanei (atteggiamenti aggressivi, disinteresse verso attività ludiche)
- Calo del rendimento scolastico
- Difficoltà di linguaggio e dell'attenzione
- Disturbi del sonno (insonnia, incubi anche a sfondo sessuale; pavor nocturnus)
- Disturbi dell'alimentazione
- Disturbi del controllo degli sfinteri (enuresi, encopresi)
- Ansia
- Depressione
- Fobie
- Sintomi ipocondriaci
- Rituali ossessivi (legati soprattutto alla pulizia personale)
- Disturbi psicosomatici del tratto gastroenterico
- Fughe
- Condotte devianti
- Abusi di sostanze
- Condotte autolesionistiche, tentati suicidi

Se l'abuso è stato anche di tipo sessuale, possono riscontrarsi anche i seguenti indicatori:

- Sintomatologia fisica o prurito nell'area genitale

Biancheria intima macchiata, strappata
Liquido seminale sugli indumenti o sulla cute
Gravidanza nella primissima adolescenza in assenza di partner noto
Pubertà precoce
Presenza di tracce di sperma nella vagina o nel retto
Presenza di corpi estranei uretrali , vaginali e/o rettali
Lesioni genitali e/o anorettali
Dilatazione vaginale o uretrale ingiustificata
Manifestazione di malattie infettive a trasmissione sessuale (gonorrea, clamidia, conditomi acuminati, sifilide, HIV, ecc)
Atteggiamenti seduttivi verso gli adulti
Sessualità precoce e promiscua
Inibizione sessuale
Rifiuto sessuale
Conoscenze e comportamenti sessuali inadeguati per l'età

La visita medica, in taluni casi, viene condotta purtroppo dopo che è trascorso molto tempo dall'evento incriminato e i segni stessi non sono più riconoscibili, per tale motivo è importante che l'indagine clinica venga effettuata il più rapidamente possibile, soprattutto se si suppone che la violenza sia stata perpetrata entro le settantadue ore precedenti. Se, invece, l'abuso è pregresso, l'accertamento medico non richiede la stessa urgenza, che, invece, deve essere concessa con priorità alla valutazione psicologica della vittima e all'approfondimento del racconto dei fatti.

Nell'ambito della valutazione psicologica, l'accertamento dell'abuso risulta essere un processo eterogeneo e problematico: occorre ricercare gli indicatori sopra menzionati e confrontarli con alcuni altri criteri che aumenterebbero il grado di attendibilità raggiunto dalla verifica. Gli elementi suggestivi inerenti ai fatti, dei quali abbiamo discusso in precedenza, introdotti da un operatore psicologo al colloquio, o dai genitori o dallo stesso abusante nel tentativo di forviare l'ingenua mente del minore, per esempio, potrebbero falsare l'indagine, determinando un'erronea valutazione.

Tutti questi elementi devono essere valutati con perizia e professionalità, altrimenti si andrebbe in contro ad una serie di falsi convincimenti ed ipotesi fumose, con il rischio che la tutela del minore non venga rispettata e che un deprecabile soggetto abusante non venga punito.

Riconoscere l'abuso sui bambini, inoltre, dipende dalla capacità degli operatori a prenderne in considerazione l'esistenza. Il bambino vittima di abuso

è spesso l'unico testimone dell'accaduto e, solo una volta superate le proprie paure, ne parla all'adulto, e quest'ultimo deve essere incline all'ascolto, scervo da condizionamenti: sono solo le parole del minore a raccontare la violenza subita, poiché, come già detto, in taluni casi, non vi è traccia del maltrattamento fisico, in altri casi, invece le vittime non riescono ad esprimere tramite una comunicazione verbale il loro disagio ed in assenza di segni meno evidenti, è più difficile risalire alla realtà dei fatti ed è in tali casi che la disponibilità dell'operatore alla comprensione e all'ascolto dei segnali di sofferenza e di aiuto permette un'analisi accurata e veritiera del comportamento del minore. Un'analisi del bambino a 360°, comprensiva di una valutazione degli aspetti psicologici, fisici e comportamentali della sua esperienza, effettuata da un operatore incline ad una collaborazione tutelante e comprensiva ma soprattutto priva di suggestioni e pregiudizi può determinare l'annullamento dell'errore diagnostico e, quindi, una migliore ricerca della verità dei fatti.

Un caso giudiziario di abuso: analisi medico – legale e approccio sanitario

Si porta alla vostra attenzione un caso giudiziario paradossale, ove la visione acritica di fatti verosimili, in assenza di un'analisi attenta, distorce la verità processuale nuocendo al minore e cagionando rilevanze giuridiche per gli adulti. Tale caso è emblematico in quanto dimostra l'inadeguata interpretazione della comunicazione fornita dalla minore in assenza di una coordinazione multidisciplinare.

Un soggetto maschio, di anni 40, celibe, era indagato per aver provocato volontariamente lesioni guaribili oltre i quaranta giorni ad una minore, di anni 12, figlia di una conoscente di nazionalità ucraina, pertanto, era stato tradotto presso la casa circondariale cittadina.

Il giorno precedente, il futuro indagato, insieme alla madre aveva accompagnato la piccola presso il vicino P.S., poiché affetta da un'ampia ferita lacera alla superficie posteriore del capo e contusioni alla superficie dorsale e ai glutei. L'uomo riferiva che si trovava da solo a casa in compagnia della minore e che la stessa era scivolata mentre stava facendo il bagno. Giunta la madre, che era fuori per una commissione, la bambina veniva soccorsa e accompagnata al P.S. da entrambi.

La minore, da pochi mesi in Italia, non conosceva la lingua nostrana e comunicava tramite la madre ma, nel caso in specie, quest'ultima era stata

allontanata in quanto intratteneva una conoscenza con l'indagato e veniva ritenuta coinvolta.

La minore veniva invitata dall'assistente sociale in forza al presidio ospedaliero a riferire i fatti mimando l'accaduto su una bambola. La minore prendeva la bambola per le estremità e la batteva ripetutamente contro il tavolo.

L'indagato aveva un conoscenza saltuaria con la madre della minore e, pertanto, può essersi reso colpevole di aver picchiato la minore poiché quest'ultima si opponeva a tale relazione.

La logicità di quanto sopra considerato lo rende verosimile e deve trovare riscontro in altri elementi, quale la comunicazione verbale e non verbale della minore, i dati circostanziali di luogo e tempo e la morfologia e topografia della lesività, il tutto nell'ottica di una accurata ricostruzione medico legale.

Nel caso in specie, la comunicazione verbale era poco significativa per la mancata conoscenza della lingua italiana, mentre la comunicazione non verbale, qualora fosse stata video registrata, non avrebbe avuto consistenza logica: una bambola può essere presa per i piedi e sbattuta su un tavolo, ma non è possibile fare la medesima cosa con una bambina alta cm 110.

Qualora fosse stata presa per le caviglie, non sarebbe stato possibile alzare di peso il tronco, per la flessione contestuale della ginocchia e delle coxo femorali (esclusione logica).

Inoltre, nel caso in specie, era utile fare trascorre un periodo di tempo di almeno 24 ore dal trauma cranico, e cercare un supporto psicologico per la minore che, oltretutto, in assenza della madre, non riesce a rapportarsi, per mancata conoscenza della lingua italiana (atteggiamento pericoloso).

L'assenza di lesioni da difesa e da immobilizzazione, inoltre, comportano una diversa ricostruzione dei fatti, non coincidenti con quanto accaduto.

All'esame ispettivo si era evidenziata una lesione lacera in regione occipitale del capo (posteriore) e l'esame morfologico della stessa permetteva di risalire al mezzo, evidenziando la causa (contusione su ampia superficie con piano rigido sottostante con azione contusiva compressiva e di trazione): la morfologia della lesione non corrispondente alle dimensioni di alcun mezzo che la avrebbe potuta provocare, escludendo l'uso di bastoni o corpi contusivi anomali (criterio di esclusione), l'orientamento della lesione orizzontale evidenziava l'applicazione della forza parallelamente ai margini della lesione. Questi percetti semplici vanno coordinati simbolicamente con ricostruzione della singola lesività sulla base della esperienza (ricostruzione dell'evento applicativo tra la percezione semplice e il dato di conoscenza – quid plerunque

accidit). Questo dato permetteva di valutare come una tipologia della ferita lacera era ascrivibile con molta frequenza ad un urto su ampia superficie.

Erano state notate altre due lesioni, una in regione dorsale, una in regione glutea bilaterale, entrambe senza segni figurati e la ricostruzione simbolica propendeva per una contusione in seguito ad urto su ampia superficie (esclusione di mezzi contusivi figurati – obiettività motivata).

Nella fase percettiva simbolica vi è un dato di obiettività motivata che è conoscenza comune nella fase ricostruttiva: la coordinazione delle lesioni tra loro nel tempo è personalizzata e presenta una criteriologia di probabilità o di esclusione. Nel caso in specie, le tre lesioni erano allocate posteriormente al soma ed erano di tipo contusivo poiché non presentavano segni figurati. Possono, quindi, essere ricondotti ad una caduta al suolo e considerarsi, pertanto, contestuali tra loro. Il capo che è mobile e più pesante è il primo ad urtare contro il suolo nella caduta indietro in caso di spintone od urto, in assenza (esclusione) di segni sulla superficie anteriore. Si escludono gli urti che determinano ecchimosi sulla superficie anteriore del soma, quali segni di contatto. La contestuale presenza di contusioni al capo e al dorso e ai glutei avvala la tesi dello scivolamento in quanto il primo ad urtare al suolo sono stati i glutei e successivamente il dorso e in fine il capo. Se il primo ad urtare fosse stato il capo non avremmo avuto la contusione bilaterale ai glutei.

La tesi ricostruttiva più probabile è la caduta con scivolamento con urto dei glutei, del dorso e infine del capo.

La tesi ricostruttiva mimata dalla minore si escludeva non perché impossibile, ma in quanto non vi era il riscontro dell'ecchimosi figurate da digitazione alle caviglie necessariamente formati per alzare di peso il tronco, sebbene la flessione contestuale della ginocchia e delle coxo femorali lo impedisse.

Conclusioni

La visita medico – legale, nella maggior parte dei casi d'abuso, soprattutto se effettuata a breve distanza di tempo dalla violenza, è dirimente, ma deve essere sempre associata alla valutazione psicologica del minore, che deve essere accolto nella struttura ospedaliera nel modo da potersi sentire il più tutelato possibile al fine di non subire ulteriore stress psicologico e al fine di potersi sentire libero di comunicare nel modo migliore con gli operatori, non andando incontro a suggestioni e manipolazioni.

Gli operatori sanitari devono operare al massimo della professionalità, mettendo sul campo tutta la loro esperienza per la tutela del minore: devono essere attentamente valutate tutte le caratteristiche simboliche e percettive riguardo l'abuso e non va tralasciato il particolare di un gesto di vergogna di un abusato, così come il riscontro di una evidente ecchimosi al volto e non deve essere fuorviato il minore nella sua comunicazione per condurlo ad una verità ambigua e difforme.

La ricerca della verità processuale, in ambito giudiziario, in particolare quando sono coinvolti dei minori deve essere condotta mediante una coordinazione multidisciplinare tra psicologi, pediatri e medici legali e con un'attenzione documentata fin dal primo contatto con la struttura sanitaria.

BIBLIOGRAFIA

- DEL VECCHIO S., *L'indagine medico-legale nel delitto di violenza sessuale sui minori*, in GIOMMI R., PERROTTA M., *Pedofilia. Gli abusi, gli abusati, gli abusanti*, Edizione del Cerro, Firenze 1997, p.152 e ss.
- ENCICLOPEDIA DELLA LINGUA ITALIANA fondata da GIOVANNI TRECCANI, *VOCABOLARIO DELLA LINGUA ITALIANA E NEOLOGISMI*, Treccani, 2013
- LUNARDI L., *L'abuso sessuale sui minori: riflessioni sull'evoluzione della tutela giuridica alla luce della legge del 21 febbraio 1996, n.66*, in GIOMMI R., PERROTTA M., *Pedofilia. Gli abusi, gli abusati, gli abusanti*, Edizione del Cerro, Firenze 1997, p.146.
- MACCHIARELLI L., ARBARELLO P., DI LUCA N.M., FEOLA T., *Medicina Legale*, Minerva Medica, 2005.
- MONTECCHI F., *I maltrattamenti e gli abusi sui bambini*, FrancoAngeli, Milano, 1998.
- SGROI, S.M., *Handbook of clinical intervention in child sexual abuse*, Lexington Book, Lexington, 1982.
- TORRE C., VARETTO L., *L'Autopsia Giudiziaria*, Piccin, 1989.