

Relazione

Dott. Patrizia Leopardo

Psicologa

Psicoterapeuta

Mediatrice familiare

Consulente del Giudice

La violenza di genere rappresenta una delle più gravi violazioni dei diritti umani del nostro tempo. La Convenzione di Istanbul la definisce come qualsiasi atto di violenza diretto contro una donna in quanto tale, o che colpisca le donne in modo sproporzionato, causando o potendo causare danni o sofferenze fisiche, sessuali, psicologiche o economiche, incluse minacce, coercizione o privazione arbitraria della libertà, nella sfera pubblica come in quella privata.

Non si tratta di un fenomeno episodico, ma di una realtà strutturale, radicata nelle disuguaglianze di potere e nei ruoli di genere socialmente costruiti.

In questo intervento mi soffermerò in particolare sui minori coinvolti come vittime dirette o testimoni di violenza di genere, e sul valore dell'ascolto protetto come strumento di tutela, cura e giustizia.

In Italia, i primi risultati dell'indagine 2025 dell'ISTAT indicano che circa 6,4 milioni di donne tra i 16 e i 75 anni, pari al 31,9%, hanno subito almeno una violenza fisica o sessuale nel corso della vita. Il 18,8% ha subito violenze fisiche, il 23,4% violenze sessuali e il 5,7% stupri o tentati stupri. Il dato conferma l'ampiezza e la persistenza del fenomeno, nonché la sua rilevanza sanitaria, sociale e giuridica.

La violenza di genere si manifesta in forme molteplici, spesso intrecciate tra loro:

- violenza fisica, come percosse, strangolamento o lesioni;
- violenza sessuale, come stupro, molestie, coercizione o pratiche degradanti;
- violenza psicologica, come controllo, umiliazione, isolamento, denigrazione e gaslighting;
- violenza economica, come impedimento all'autonomia finanziaria e controllo delle risorse;
- stalking e condotte persecutorie.

Nella maggior parte dei casi l'autore della violenza è il partner attuale o l'ex partner, e il contesto prevalente è quello domestico: proprio il luogo che dovrebbe garantire maggiore sicurezza può trasformarsi nello spazio del controllo e del trauma.

La persona offesa non è una figura passiva: è una persona che spesso subisce un trauma complesso, cronico e cumulativo.

Le conseguenze psicologiche possono includere disturbo da stress post-traumatico, depressione, ansia, senso di colpa, vergogna, perdita di autostima, dissociazione, difficoltà a riconoscere l'abuso e progressivo isolamento sociale e relazionale.

Gli effetti della violenza non si esauriscono sulla vittima diretta. Un aspetto cruciale è la violenza assistita, riconosciuta come forma specifica di maltrattamento del minore.

Secondo la definizione del CISMAI, per violenza assistita intrafamiliare si intende l'esperire, da parte del bambino o dell'adolescente, qualsiasi forma di maltrattamento compiuto attraverso violenza fisica, verbale, psicologica, sessuale, economica o atti persecutori su figure di riferimento o su altre figure affettivamente significative, adulte o minorenni. L'esperienza può essere diretta, indiretta o mediata dalla percezione degli effetti della violenza. Sono comprese anche le violenze assistite tra minori, gli atti di maltrattamento verso altri familiari e persino verso gli animali domestici, quando entrano nel campo percettivo o simbolico del minore.

La violenza assistita produce nei minori effetti sovrapponibili, per intensità e profondità, a quelli delle vittime dirette:

disturbi dell'attaccamento, sintomi ansioso-depressivi, aggressività o ritiro, difficoltà scolastiche, ipervigilanza, somatizzazioni, disturbi del sonno e dell'alimentazione, regressioni, comportamenti impulsivi o autolesivi. Nel lungo termine aumenta il rischio di problemi di salute mentale, uso di sostanze e ripetizione dei cicli di violenza in età adulta. Si tratta, a tutti gli effetti, di un trauma complesso dello sviluppo.

Dal punto di vista neurobiologico, l'esposizione prolungata a un ambiente minaccioso può incidere in modo significativo sui sistemi di regolazione dello stress e sul neurosviluppo. In particolare, la persistente attivazione dell'asse ipotalamo-ipofisi-surrene e dei circuiti neurovegetativi di allarme può determinare una condizione di iperarousal o, in altri casi, di ipoattivazione difensiva. La letteratura descrive il coinvolgimento di strutture quali amigdala, ippocampo e corteccia prefrontale, con possibili ricadute sulla regolazione emotiva, sulla memoria autobiografica, sull'attenzione, sull'inibizione comportamentale e sulle capacità di organizzare in modo lineare il racconto dell'esperienza.

Dal punto di vista neurobiologico, il cervello di un bambino che vive in un ambiente minaccioso entra in una modalità di iper-sopravvivenza. Ecco i principali effetti documentati:

Si rileva una Alterazione dell'Asse HPA e del Cortisolo. L'asse ipotalamo-ipofisi-surrene (HPA) è il sistema di gestione dello stress. In condizioni di violenza cronica, questo sistema è costantemente attivato. Si manifesta con Iper-reattività: Il bambino sviluppa una risposta di "attacco o fuga" immediata anche davanti a stimoli neutri. L'effetto è tossico: livelli cronicamente elevati di cortisolo possono diventare neurotossici, danneggiando le aree cerebrali più sensibili.

E' presente un impatto sull'Amigdala e sull'Ippocampo. Queste due strutture del sistema limbico sono cruciali per le emozioni e la memoria. L'Amigdala (Il Rilevatore di pericolo) spesso appare iperattiva o aumentata di volume. Il cervello diventa estremamente efficiente nel rilevare segnali di rabbia o minaccia (es. un tono di voce leggermente alterato), a scapito della capacità di rilassarsi.

Al contrario, lo stress cronico può portare a una riduzione del volume dell'ippocampo. (l'archivio dei ricordi) Questo rende difficile distinguere tra un pericolo passato e una situazione presente sicura, oltre a causare deficit nella memoria verbale e nell'apprendimento.

Infine c'è la compromissione della corteccia prefrontale (PFC). La PFC è il "centro di comando" responsabile delle funzioni esecutive: logica, controllo degli impulsi e regolazione emotiva. Quando il cervello limbico (emotivo) è sempre acceso, la PFC fatica a svilupparsi o a intervenire. Il risultato è la difficoltà nel pianificare, nel concentrarsi a scuola e, soprattutto, nell'inibire reazioni emotive esplosive. È come se l'auto avesse un acceleratore sensibilissimo (amigdala) e freni malfunzionanti (PFC).

Infine si rilevano alterazioni della connettività (Corpo Calloso). Il corpo calloso è il fascio di fibre nervose che permette ai due emisferi cerebrali di comunicare. Studi di neuroimaging hanno mostrato una riduzione dell'integrità di queste fibre nei bambini esposti a traumi. Questo ostacola l'integrazione tra l'elaborazione emotiva (spesso associata all'emisfero destro) e quella logico-linguistica (emisfero sinistro), portando a stati di dissociazione o confusione emotiva.

Nel minore esposto a violenza assistita o a trauma relazionale cronico, tali effetti possono manifestarsi con ipervigilanza, risposte di allarme, difficoltà di concentrazione, oscillazioni emotive, frammentazione narrativa, tendenza all'evitamento, somatizzazioni e alterazioni dell'apprendimento. Questi elementi sono di particolare rilievo in ambito forense, perché incidono non solo sul funzionamento psicologico generale, ma anche sulle modalità con cui il minore ricorda, esprime e comunica i fatti vissuti.

Quando la violenza avviene in presenza di minori, la Convenzione di Istanbul richiede che i loro diritti e bisogni siano specificamente considerati, con interventi e forme di ascolto adeguati all'età, al livello di sviluppo e alla condizione traumatica.

Le linee guida nazionali e internazionali, la Carta di Noto, la Convenzione di Lanzarote e la letteratura scientifica concordano su un punto essenziale: l'ascolto del minore deve svolgersi come dialogo facilitato, libero da suggestioni e rispettoso dell'età, del contesto traumatico e dei meccanismi difensivi che possono emergere, quali segreto, ritrattazione, accomodamento, dissociazione e normalizzazione.

Affrontare la violenza di genere significa quindi riconoscere la sofferenza della persona offesa, tutelarne i diritti, prevenire ulteriori traumi e, quando sono coinvolti minori, garantire un ascolto qualificato capace di coniugare esigenze processuali e protezione psicologica.

Il focus del mio intervento riguarda il minore vittima diretta o testimone di violenza di genere, e l'ascolto protetto come dispositivo nel quale la testimonianza non è soltanto un atto processuale, ma anche un atto di cura e di giustizia.

In Italia l'ascolto protetto trova fondamento in un quadro normativo e metodologico articolato che impone particolare attenzione al raccordo tra esigenze probatorie e tutela della persona minorenni. In ambito penale assumono rilievo l'incidente probatorio, le disposizioni sull'esame del minore con l'ausilio di un esperto e i principi di limitazione della vittimizzazione secondaria; in ambito civile e familiare assumono rilievo le innovazioni introdotte dalla riforma Cartabia in tema di ascolto del minore e coordinamento tra autorità. Sul piano sovranazionale, i riferimenti principali sono la Convenzione di New York sui diritti del fanciullo, la Convenzione di Lanzarote, la Convenzione di Istanbul e le indicazioni provenienti dalla giurisprudenza sovranazionale in materia di protezione delle vittime vulnerabili. Dal punto di vista tecnico-operativo, la Carta di Noto, le linee guida nazionali e i protocolli specialistici raccomandano che l'audizione sia il più possibile unica e precoce, svolta in ambiente idoneo, videoregistrata integralmente, affidata a professionisti formati e condotta con domande aperte, non suggestive, rispettose dei tempi di elaborazione del minore. Per il professionista psicologo clinico e forense, tali protocolli non hanno soltanto valore formale, ma rappresentano criteri di qualità metodologica indispensabili per garantire attendibilità del procedimento di ascolto, protezione della salute psicologica del minore e maggiore tenuta probatoria dell'acquisizione dichiarativa.

In questo contesto assume rilievo il ruolo specifico del perito psicologo, chiamato a valutare l'idoneità all'ascolto del minore che ha assistito a violenza.

Il compito del perito non è stabilire la verità dei fatti, che resta di competenza del giudice, ma valutare la capacità del minore di rendere testimonianza, assistere

tecnicamente l'audizione e redigere una relazione che analizzi il processo comunicativo, gli indicatori di competenza testimoniale e le conseguenze psicologiche della violenza, senza inferire automaticamente causalità specifiche.

L'idoneità alla testimonianza va valutata caso per caso, considerando capacità cognitive, memoria, linguaggio, attenzione, assetto emotivo, livello di stress, suggestionabilità e dinamiche familiari. Non esiste un'età minima assoluta: anche bambini molto piccoli possono essere ascoltati, se in grado di percepire, ricordare e riferire in modo comprensibile. La valutazione riguarda la competenza testimoniale, non la veridicità del contenuto.

Sul piano metodologico, la perizia psicologica richiede analisi del fascicolo, colloqui clinici, osservazione del funzionamento del minore e, quando opportuno, utilizzo di strumenti standardizzati coerenti con età, quesito e limiti propri del contesto forense. In questa prospettiva, possono risultare utili test cognitivi e neuropsicologici per l'inquadramento del livello di sviluppo e delle funzioni attentive e mnestiche; strumenti per la valutazione del trauma e dei sintomi internalizzanti ed esternalizzanti; scale sul comportamento adattivo e sul funzionamento emotivo; misure orientate alla rilevazione di dissociazione, stress post-traumatico, ansia, depressione e problematiche relazionali. In età evolutiva, la scelta degli strumenti va sempre calibrata con prudenza clinica, evitando automatismi e ricordando che nessun test, da solo, è sufficiente. Possono inoltre essere considerati, in funzione esplorativa e non decisoria, strumenti utili a valutare suggestionabilità, capacità di distinguere realtà e fantasia, comprensione linguistica e competenza testimoniale.

E' essenziale ricordare che la memoria è ricostruttiva: il ricordo non viene recuperato come una registrazione, ma viene rielaborato ogni volta che è narrato. Per questo, domande suggestive, ripetute o orientate, informazioni post-evento e pressioni relazionali possono modificare la qualità del ricordo e aumentare il rischio di distorsioni o falsi dettagli. Nella valutazione clinico-forense è quindi opportuno integrare colloquio e osservazione con strumenti scelti in base all'età e al quesito, come WISC o Leiter per il profilo cognitivo insieme alle matrici colorate o P38, prove di memoria e attenzione, CBCL e scale SAFA o test proiettivo quale l' MMMPI A per il funzionamento emotivo-comportamentale, TSCC o TSCYC e UCLA PTSD Reaction Index per gli esiti traumatici. Per l'area della suggestionabilità possono essere richiamati anche strumenti specifici come la Gudjonsson Suggestibility Scale (GSS) e il Bonn Test of Statement Suggestibility, utili a esplorare la vulnerabilità alla pressione interrogativa e alla modificazione del racconto, sempre però all'interno di una valutazione integrata e mai come prova autonoma della veridicità delle dichiarazioni. Il loro impiego deve essere sempre motivato, contestualizzato e integrato con i dati anamnestici, clinici e processuali.

In conclusione, la perizia sull'idoneità alla testimonianza e l'ascolto protetto non costituiscono soltanto una tecnica, ma l'applicazione concreta di un principio fondamentale: nella violenza di genere il minore non è un testimone qualunque, ma una persona in sviluppo che deve essere ascoltata in modo tale che la giustizia non diventi essa stessa un'ulteriore forma di violenza. Il compito dello psicologo clinico e forense è contribuire a fare dell'audizione un atto di tutela, riconoscimento e cura.

BIBLIOGRAFIA

Consiglio d'Europa. *Convenzione del Consiglio d'Europa sulla prevenzione e la lotta contro la violenza nei confronti delle donne e la violenza domestica* (Convenzione di Istanbul), 2011.

Consiglio d'Europa. *Convenzione per la protezione dei minori contro lo sfruttamento e l'abuso sessuale* (Convenzione di Lanzarote), 2007.

Nazioni Unite. *Convenzione sui diritti del fanciullo*, New York, 1989.

Carta di Noto IV. *Linee guida per l'esame del minore*, aggiornamento 2017.

CISMAI. *Requisiti minimi degli interventi nei casi di violenza assistita*, 2017.

ISTAT. *La violenza contro le donne dentro e fuori la famiglia. Primi risultati anno 2025*, 2025.

van der Kolk, B. A. *The neurobiology of childhood trauma and abuse*. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 12(2), 293–317, 2003.

Spinazzola, J., van der Kolk, B., & Ford, J. D. *Developmental Trauma Disorder: A Legacy of Attachment Trauma in Victimized Children*. *Journal of Traumatic Stress*, 34, 711–720, 2021.

Loftus, E. F., & Palmer, J. C. *Reconstruction of automobile destruction: An example of the interaction between language and memory*, 1974. Per il tema della memoria ricostruttiva e della suggestionabilità del ricordo.

Gudjonsson, G. H. *Gudjonsson Suggestibility Scale (GSS)*. Strumento clinico-forense per la valutazione della suggestionabilità interrogativa.

Benatti, F., Magro, T., Zuin, M., & Monzani, M. *Standardizzazione italiana del Bonn Test of Statement Suggestibility (BTSS)*, 2018.

Kaplow, J. B., Rolon-Arroyo, B., Layne, C. M., Oosterhoff, B., Hill, R., Steinberg, A. M., et al. *Validation of the UCLA PTSD Reaction Index for DSM-5: A*

Developmentally Informed Assessment Tool for Youth. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 59(1), 186–194, 2020.