Aggiornamenti bibliografici ottobre 2026

Per quanto posso osservare, e mi è confermato da varie conversazioni con colleghi/e che a tutt'oggi operano nel campo nonché da esperienze personali, **l'intreccio tra esigenze cliniche e giudiziarie** relativo alle situazioni di abuso sessuale all'infanzia – argomento su cui ho molto riflettuto e scritto nel corso degli anni – continua a essere innegabilmente complicato, nonostante i molti tentativi fatti in tal senso.

Riprendendo sinteticamente i punti di attenzione già ampiamente esplorati negli scorsi decenni (tra la storica e fondamentale legge 66 del 1996 e oggi passano giusto 30 anni…), una delle macroscopiche esigenze a cui si chiedeva alla giustizia di rispondere era la protezione dovuta al minore vittima, ruolo in cui le istituzioni e i percorsi giudiziari sembravano avere un ruolo potente e primario.

Impossibile tuttavia nascondere il fatto che le norme sulla obbligatorietà dell'azione penale nelle situazioni di abuso sessuale, diventate sempre più stringenti, non hanno come bussola né unica né prioritaria la protezione del minore vittima, ma la necessità di protezione della società dai crimini. Da ciò teoricamente discenderebbe come ovvia conseguenza anche la protezione della vittima del reato. Ma in pratica le procedure giudiziarie in cui, per definizione, l'interesse del minore non è l'unico né il preponderante, ma ci si misura con il bilanciamento dei diritti tra vittima e aggressore e altri interlocutori adulti, nonché il ruolo di testimone della vittima diventa centrale quanto controverso, possono non raramente diventare pesanti e anche soffocanti e pericolose per il diritto al risanamento della vittima.

E comunque si attivano anche quando, a ben vedere, il ruolo protettivo dei percorsi giudiziari per la vittima sarebbe quantomeno discutibile; ma comunque questi prevalgono nelle loro forme ed esigenze, fino a diventare prevaricanti rispetto alle reali necessità della vittima stessa, senza vantaggio di tutela per lei.

Così sempre più spesso sembra necessario 'proteggere le vittime dai protettori', quando i rigidi ingranaggi dei percorsi istituzionali le coinvolgono, spesso inquinando e ritardando significativamente tutti quegli interventi che invece gioverebbero alla riconquista del benessere e dell'equilibrio.

Si veda il punto fatto sinteticamente di recente in questa comunicazione personale.

Malacrea M. (2025) Esperienze Sfavorevoli Infantili e l'incrocio consapevole con la giustizia, comunicazione personale.

https://marinellamalacrea.it/malacrea-m-2025-esperienze-sfavorevoli-infantili-e-lincrocio-consapevole-con-la-giustizia-comunicazione-personale/

E anche gli ultimi paragrafi di quest'altra pubblicazione.

Malacrea M. (2021) Come ci interrogano i ricordi traumatici, facciamo il punto. In Malacrea M. (ed) Ricordi traumatici, vecchi dubbi, nuove certezze, Franco Angeli

https://marinellamalacrea.it/malacrea-m-2021-come-ci-interrogano-i-ricordi-traumatici-facciamo-il-punto-in-malacrea-m-ed-ricordi-traumatici-vecchi-dubbi-nuove-certezze-franco-angeli/

C'è qualche progresso in questo quadro non rassicurante? C'è qualcosa di nuovo nel panorama delle risorse messe in campo? C'è qualche rincuorante conferma di protocolli di intervento consolidati e davvero efficaci, con rischi minimi di vittimizzazione secondaria?

Come preannunciato il mese scorso, ho provato ad approfondire e rinfrescare esperienze di integrazione apparentemente virtuose in proposito, in particolare circa quanto si dice intorno alla costruzione di **servizi multidisciplinari** che possano affrontare in modo ordinato e complessivo le molteplici esigenze di presa in carico richieste da giovani vittime di abuso sessuale.

Va anzitutto ricordato che il supporto legislativo a questo tipo di intervento è pieno, almeno dalla ratifica della Convenzione di Lanzarote (2012). Nella Comunicazione personale sopra citata, i punti principali della Convenzione a questo riguardo sono espressamente richiamati. Essi delineano una serie di azioni da mettere in campo a tutela e cura della vittima minorenne di abuso sessuale, che qui sotto copio.

Convenzione del Consiglio d'Europa per la protezione dei minori contro lo sfruttamento e gli abusi sessuali (Lanzarote, 25 ottobre 2007). Ratificata in Italia con Legge n.172 del 1 ottobre 2012

Articolo 11

Comma 1: attivare programmi sociali efficaci e strutture pluridisciplinari atte a fornire il necessario supporto alle vittime, ai loro parenti prossimi e a coloro ai quali queste sono affidate

Articolo 14

Comma 1: adottare misure per assistere a breve e lungo termine le vittime al fine di assicurare la loro guarigione fisica e psicosociale; si specifica che tali misure debbano tenere in debito conto il punto di vista, i bisogni e le preoccupazioni del bambino

Comma 2: assicurare la cooperazione con le organizzazioni non governative e della società civile nell'assistenza alle vittime

Comma 3: prevedere l'allontanamento del reo o del bambino dal contesto familiare, qualora i genitori siano coinvolti nei fatti

Comma 4: assicurare l'assistenza terapeutica alle vittime, in particolare il sostegno psicologico d'urgenza

Da ormai 40 anni (dal 1985) operano i **CAC, Child Advocacy Center.** La sperimentazione di questo tipo di servizi è istituzionale negli Stati Uniti.

Qui la storia, elaborata dalla IA.

*I Child Advocacy Center (CAC) nascono nel **1985** a Huntsville, in Alabama (Stati Uniti), grazie all'intuizione del procuratore distrettuale e poi deputato Robert E. "Bud" Cramer. [1]*

Il problema originario

Prima della nascita di questi centri, i bambini vittime di abusi o violenze subivano un forte trauma secondario. Il sistema di intervento era frammentato: [1, 2]

- *Le diverse agenzie (polizia, servizi sociali, tribunale, personale medico) lavoravano in modo isolato.*
- *Il minore era costretto a **raccontare la propria storia più volte** a persone diverse, spesso non formate specificamente sulle dinamiche psicologiche infantili. [1, 2]*

La scintilla del modello

L'idea del primo CAC nacque da un episodio emblematico: una bambina di 10 anni chiese a un pubblico ministero perché gli adulti coinvolti nel suo caso non parlassero tra loro e perché lei dovesse ripetere continuamente i dettagli dolorosi della sua esperienza. Quella domanda evidenziò la necessità urgente di unire le forze. [1]

Come si sviluppò il modello

Cramer creò un sistema coordinato che univa in un'unica squadra multidisciplinare: [1, 2]

- *Forze dell'ordine e magistratura*
- *Servizi di protezione minori (Child Protective Services)*
- *Personale medico e psicologi/psicoterapeuti [1, 2]*

L'obiettivo principale divenne fare in modo che il bambino venisse ascoltato in un ambiente protetto e a misura di minore, raccontando la propria storia una sola volta (tramite interviste forensi condotte da professionisti formati) per evitare la ri-traumatizzazione. [1, 2]

L'espansione

- *Nel **1988** è stata fondata la rete nazionale negli Stati Uniti (diventata poi la National Children's Alliance nel 1998).*
- *Oggi esistono centinaia di centri accreditati negli Stati Uniti e il modello è stato adottato in oltre 20 paesi nel mondo. [1, 2]*

Qui sotto il link al sito della Associazione che raccoglie i CAC e che ne determina gli standard nazionali, che è interessante visitare.

https://www.nationalchildrensalliance.org/cac-coverage-maps/

Se poi si chiede alla Intelligenza Artificiale che ne è di questo modello in Italia, ne segue un discorso che, anche se vuole essere propositivo, risulta piuttosto disperante.

*In Italia, il modello americano del Child Advocacy Center non è stato recepito con una legge nazionale uniforme che istituisce centri con questo nome, ma viene applicato principalmente attraverso **due grandi pilastri**: l'adozione del modello europeo **Barnahus** (ispirato direttamente ai CAC) e l'evoluzione della **giustizia a misura di minore** promossa da reti del terzo settore e protocolli giudiziari locali. [1, 2]*

Ecco come si concretizza la sua applicazione nel contesto italiano:

1. Il modello europeo Barnahus (La "Casa dei Bambini")

*In Europa, e di conseguenza in Italia, l'eredità dei CAC americani è stata raccolta dal modello **Barnahus** (nato originariamente in Islanda). [1]*

- *Organizzazioni come Defence for Children International Italia promuovono attivamente l'implementazione degli standard Barnahus nel nostro Paese. [1, 2]*
- *L'obiettivo è creare spazi fisici protetti dove l'autorità giudiziaria (magistrati, forze dell'ordine) e la componente socio-sanitaria (psicologi, neuropsichiatri infantili) collaborano "sotto lo stesso tetto" per raccogliere la testimonianza del minore evitando che debba ripetere il racconto. [1, 2]*

2. Le "Sale di Ascolto Protetto" nei Tribunali e nelle Procure

*Invece di strutture indipendenti, l'Italia ha storicamente applicato i principi del CAC all'interno dei presidi giudiziari esistenti. Presso quasi tutti i Tribunali per i Minorenni e molte Procure della Repubblica ordinarie sono state create le **sale per l'audizione protetta**.*

- *Sono stanze accoglienti, arredate a misura di bambino, dotate di specchio unidirezionale e impianti di videoregistrazione.*
- *L'ascolto avviene tramite l'**incidente probatorio** (nel processo penale), guidato da un esperto in psicologia infantile (esperto ex art. 323 c.p.p.). Il giudice, il PM e i difensori assistono da un'altra stanza connessa via interfono, formulando le domande tramite lo psicologo per evitare l'impatto traumatico del contesto di un'aula di tribunale.*

3. La rete delle associazioni e dei servizi territoriali

L'accoglienza, la protezione e la cura terapeutica — che nei CAC americani fanno parte di un unico percorso — in Italia sono spesso delegate a una fitta rete specializzata che dialoga con le istituzioni pubbliche (Servizi Sociali e ASL):

- ***Il CISMAI:*** *Il Coordinamento Italiano dei Servizi contro il Maltrattamento e l'Abuso all'Infanzia (CISMAI) raccoglie decine di centri e servizi sul territorio che definiscono le linee guida scientifiche e i protocolli operativi multidisciplinari per la presa in carico dei minori abusati. [1]*
- ***Centri di eccellenza privati e del privato sociale:*** *Realtà storiche come l'accordo d'integrazione di servizi dell'Istituto degli Innocenti di Firenze, il Centro per il Bambino Maltrattato (CBM) o l'Associazione CAF a Milano gestiscono strutture che offrono quel supporto psicologico ed educativo specializzato che caratterizza la fase post-trauma del modello CAC. [1, 2, 3]*

I nodi ancora da sciogliere in Italia

A differenza degli Stati Uniti, in Italia si registra ancora una certa ***frammentazione territoriale****. Poiché la gestione della sanità e dei servizi sociali è a livello regionale, l'efficacia dell'integrazione multidisciplinare varia molto da città a città, basandosi spesso su "protocolli d'intesa" locali siglati tra Procure, Ospedali e Comuni, piuttosto che su una rete strutturata e capillarizzata a livello nazionale.*

Per noi che sappiamo bene a quali realtà corrispondano i servizi italiani sopra citati, i CAC, con le loro funzioni integrate sanitarie e giudiziarie, la loro ampia possibilità di agire dettando propri standard, la diffusione come modello sul territorio nazionale, le regole di aggiornamento e rendicontazione costanti, al confronto sembrano giustamente piuttosto remoti.

Sono anni che nella mia attività di documentazione **il modello CAC ritorna come speranza di una approssimazione stimabile e promettente nella integrazione tra esigenze cliniche e giudiziarie** nelle situazioni di abuso sessuale all'infanzia, imparagonabile all'ambito ben più riduttivo della Barnahus, peraltro ben poco presente.

In questi decenni di attenzione, molto era già emerso in letteratura anche circa le criticità di questi servizi. In questo articolo di 10 anni fa (Malacrea M. (2016) Abuso all'infanzia: il panorama degli interventi terapeutici, Minorigiustizia, 2, 20-35. https://marinellamalacrea.it/malacrea-m-2016-abuso-allinfanzia-il-panorama-degli-interventi-terapeutici-minorigiustizia-2-20-35/) vengono citati alcuni autori che avevano rilevato nei CAC scarsa formazione, ridotta aderenza alla formazione pure ricevuta, semplificazione arbitraria delle tecniche necessarie e altre criticità, da affrontare a superare. Tuttavia quel che già traspariva era che la funzione originaria, molto mirata alla raccolta della testimonianza del bambino in condizioni di minore rischio di vittimizzazione secondaria, già lodevole, si era molto ampliata, coniugando funzioni più espressamente terapeutiche, come si deduce dagli articoli, pure critici, citati nel mio scritto.

Sono passati 10 anni da quel panorama. **Si è confermata nel tempo questa tendenza a rendere l'intervento sempre più complesso e articolato?**

Sono ritornata su questo articolo di **Dovi e collaboratori del 2022**, già inserito come abstract nella rassegna bibliografica dello scorso novembre 2025, quando il tema esplorato era il modello ecologico dell'intervento e quindi gli interventi multidisciplinari. L'articolo descrive l'esperienza della stretta collaborazione tra CAC e un Centro specialistico sanitario nel Delaware, Stati Uniti.

Mettendo a fuoco meglio l'integrazione tra funzioni giudiziarie e sanitarie e l'operato dei CAC, ne ho fatto ora un riassunto molto esteso, a cui rinvio e che raccomando caldamente di leggere, perché dà spunti dettagliati sulle procedure adottate per far fronte alla complessità del problema.

Dovi AT, Macaulay JL, Repine A, APRN, De Jong A, Williams RE, Deutsch SA (2022) Multidisciplinary Team Approach to Addressing Child Sexual Abuse at Nemours Children's Health, Delaware. Dela J Public Health. 31;8(2):22-27. doi: 10.32481/djph.2022.05.004. eCollection 2022 May.

https://marinellamalacrea.it/dovi-at-macaulay-jl-repine-a-aprn-de-jong-a-williams-re-deutsch-sa2022-multidisciplinary-team-approach/

Cosa notiamo?

Che pur collaborando alle necessità del procedimento giudiziario e rispettandone le procedure, i CAC non sono strutture giudiziarie. Grazie alla loro qualità 'ibrida', ma con una legittimazione nazionale, riescono a connettersi molto precocemente con esigenze di tutela e cura della vittima, e a mettere in campo ruoli che guardano in modo ampio il complesso dei bisogni della situazione (si veda la figura del Family Resource Advocate). C'è poi il collegamento precoce con centri prettamente di impronta clinica, che assolvono alle esigenze di presa in carico sanitaria e psicologica. Le procedure sembrano snelle e razionali. Una prima rilevazione, con strumenti evidence based ma anche veloci, della gravità del danno psicologico immette in successivi percorsi di cura o di psicoeducazione, a seconda dell'impatto sulla vittima dell'esperienza attraversata. Si mira a un costante coinvolgimento del minore stesso e dei familiari protettivi, senza barriere rispetto alla condivisione di informazioni su tutto il processo di intervento in corso e sulle sue risultanze, con l'unica pregiudiziale di avere già assolto l'obbligo della raccolta delle dichiarazioni della vittima. E soprattutto non c'è il minimo cenno a una funzione di discriminazione tra vere e false accuse, che faccia da filtro alla presa in carico.

Non poco, mi pare.

Ho raccolto molta altra bibliografia sui CAC, che sintetizzerò prossimamente. Ma per ora mi fermo qui.

Buona lettura