

CAPITOLO V

ORIENTAMENTI DEL PROFESSIONISTA

5.1 Quanto ai criteri di acquisizione e di esercizio delle competenze professionali di chi opera nell'area dell'abuso sessuale ai minori, è utile considerare che:

a) è auspicabile che tutti i professionisti di area medica e psicosociale che operano nel campo della cura e della tutela del minore, come pure quelli che svolgono funzione di consulenti giudiziari, abbiano acquisito competenze culturali e tecniche specifiche nel campo dell'età evolutiva, delle dinamiche individuali e familiari e delle peculiarità dell'abuso sessuale

b) per tutte le professioni sanitarie o equiparate, l'obiettivo della protezione e della cura del minore, o comunque della salvaguardia delle esigenze cliniche dello stesso, è prioritario rispetto a qualsiasi altro obiettivo richiesto dalle circostanze, in accordo con le norme deontologiche

*c) va tuttavia tenuto conto del frequente incrocio tra esigenze cliniche ed esigenze giudiziarie
Consequentemente:*

a) anche se l'intervento sul minore nasce in un quadro giudiziario, esso dovrà rispettare i criteri comunemente riconosciuti in ambito clinico

b) in particolare, poichè la cura è il naturale sbocco della diagnosi, non può esistere controindicazione intrinseca a che lo stesso professionista svolga ambedue gli interventi, in qualsiasi quadro istituzionale siano stati richiesti

c) è altresì necessario che il professionista, oltre a osservare con rigorosa consapevolezza le disposizioni giuridiche e deontologiche, si renda disponibile a portare il proprio contributo in ambito giudiziario così come è opportuno che apprenda regole e linguaggio di tale ambito

d) il professionista che opera con obiettivi clinici sceglierà responsabilmente gli strumenti e la documentazione del proprio operato che ritiene più opportuna, dando ovviamente conto dei criteri che utilizza a tal fine

e) quando l'obiettivo è di natura giudiziaria, strumenti e documentazione verranno concordati con l'autorità competente, purchè non in contrasto con le esigenze cliniche del minore

f) va presa in considerazione l'eventualità che, in casi particolarmente complessi sul piano della prova giudiziaria, sia opportuno ricorrere a una pluralità di professionisti che si dividano gli interventi di tipo probatorio e di tipo clinico. E' in ogni caso necessario che l'integrazione tra i professionisti renda minimo il disagio che tale organizzazione degli interventi può arrecare al minore

1. **PREMESSA**

Occuparsi di abuso sessuale all'infanzia è compito certamente delicato. Benchè i professionisti dell'area medica, psicologica e delle scienze sociali abbiano *norme deontologiche generali* a cui attenersi nell'esercizio della loro professione, e che quindi possono dare affidabili linee-guida di comportamento per ogni tipo di casistica, da più parti, e sempre più nell'ultimo decennio, si è sentito il bisogno di precisarne aspetti importanti per quanto riguarda la condotta da tenere nei casi di abuso all'infanzia.

Ciò è strettamente legato al fatto che in queste situazioni la competenza tecnica del professionista acquista valenze non solo tradizionalmente diagnostiche e terapeutiche in una relazione sostanzialmente individuale con il paziente, ma viene ad incrociare problematiche che non possono essere correttamente affrontate se non in collaborazione con istituzioni preposte alla salvaguardia dei diritti del paziente stesso. *Infatti ciò che si configura indubbiamente come un'alterazione degli equilibri personali e relazionali, che profondamente provoca disagio all'individuo, comporta anche un attentato all'ordine sociale, tutelato dalla legge.* Pur essendo fuori discussione il fatto che ambedue le esigenze, la tutela della salute del singolo soggetto e la tutela della società, abbiano la stessa dignità e necessità di essere ottemperate e anzi, in ultima analisi, la tutela della società non possa avere altro fine che garantire a tutti i soggetti, compresa quindi la vittima, piena espressione dei suoi diritti, in pratica le procedure connesse all'uno e all'altro livello di interesse non trovano una facile conciliazione. Da qui i dilemmi di chi, come i professionisti della salute e della protezione sociale del bambino, si trova al crocevia tra piani diversi, gravato da aspettative multiple e non sempre facilmente conciliabili, in una posizione tuttavia insostituibile.

Non è un caso infatti che, nella copiosa letteratura sull'argomento della condotta deontologicamente corretta cui il professionista psico-socio-sanitario deve attenersi quando tratta di abuso sessuale all'infanzia, il tema dell'incrocio tra esigenze cliniche e giudiziarie sia del tutto prevalente.

E' possibile individuare una *traiettoria storica* di tale incrocio. Negli anni '80, la progressiva acquisizione di conoscenze intorno alle dimensioni del fenomeno, alle dinamiche a cui è improntato il comportamento, spesso non logicamente prevedibile, delle piccole vittime, la consapevolezza della fragilità delle stesse di fronte al difficile compito della rivelazione dell'esperienza traumatica, la percezione degli immediati bisogni terapeutici, aveva condotto alla formulazione di una sorta di *profilo descrittivo* dei soggetti abusati, *tanto più utile quanto più largo e comprensivo.* Infatti, ciò che contava, nelle definizioni ormai storiche di Child Sexual Abuse Syndrome (SgROI, 1982) o di Child Sexual Abuse Accomodation Syndrome (Summit, 1983) o dei vissuti traumagenici tipici delle vittime di abuso (Finkelhor, Browne, 1985), che raccoglievano l'insieme degli indicatori più importanti di un'avvenuta esperienza traumatica, era il fornire una griglia di lettura ad altri professionisti per avviare un processo diagnostico di articolata connessione tra cause ed effetti psicologici, che potesse facilitare l'individuazione dei bambini abusati, sfuggendo alle insidie costituite dal carattere criptico e spesso contraddittorio dei segnali. Obiettivo lodevole: e che, almeno in un primo tempo, è stato molto apprezzato dalle istituzioni giudiziarie messe di fronte al compito di valutare sul piano legale una materia nuova e delicata. Infatti queste, ancor più dei professionisti della salute, che almeno potevano appoggiarsi a basi di conoscenza generale su cui innestare le specifiche varianti di una sfida diagnostica insidiosa, si trovavano impreparate a capire sia le particolari caratteristiche di soggetti in età evolutiva, in un'arena che vede in gioco prevalentemente gli interessi di adulti, sia le tipiche deformazioni che rendono le vittime di abuso sessuale peculiari nelle loro reazioni. *La preoccupazione fondamentale era quindi riconoscere quello che per tanto tempo era andato non riconosciuto,* apprestando la 'rete' più larga possibile, pur nella preoccupazione di una corretta diagnosi differenziale, al fine di portare alla luce il fenomeno: nelle mani dei clinici, poi, una volta attivato il sospetto, ci sarebbe stato il tempo per meglio capire e definire i bisogni sia protettivi sia riparativi di ogni singola situazione. E, per quanto la

preoccupazione per l'intero entroterra familiare della piccola vittima fosse certamente presente alla mente dei clinici, nel cercare di evitarne lo sconvolgimento per quanto possibile, indubbiamente il focus dell'attenzione era centrato sul bambino molto più che sugli adulti a lui vicini: tanto meno sul perpetratore, specie se non appartenente alla famiglia.

Quando si entra nell'arena legale, in parte anche quando ci si occupa di diritti civili, come quelli relativi all'esercizio della potestà genitoriale, e ancor più quando ci si occupa di perseguimento del reato sul piano penale, *il bambino non è più il focus dell'intervento ma, come minimo, diventa una parte tra le altre*, o, peggio, una parte teoricamente pari alle altre ma la cui voce in realtà rischia di essere sovrastata da quella di adulti che, innocenti o colpevoli, hanno tutto l'interesse di ristabilire l'equilibrio precedente. Quello che era diventato comprensibile come *paziente*, a prezzo di anni di esperienza e riflessione clinica, *divenuto testimone*, spesso unico in mancanza di altri riscontri, che deve sostenere l'accusa contro il suo perpetratore, non avendo per definizione le capacità cognitive, strumentali ed emotive per sostenere tale ruolo, risulta non raramente inefficace e difficile da comprendere.

Sembrava naturale che i professionisti dell'area medica, psicologica e delle scienze sociali, che detenevano la conoscenza delle dinamiche complesse e dolorose che stanno alla base dei comportamenti illogici e difficili da decodificare delle piccole vittime, fungessero in un certo senso da 'decoder' potenziante le loro ridotte capacità, attraverso l'introduzione nell'ambito legale di quelle informazioni a riguardo del loro funzionamento che potevano dare corretto significato a ciò che a prima vista avrebbe portato a conclusioni dubbie o negative sulla loro attendibilità come testimoni. E ciò viene di norma avvertito tanto più doveroso in quanto è sovente proprio uno di questi professionisti che, concepito un consistente sospetto dell'esistenza di una situazione di trauma reale, per l'obbligatorietà della segnalazione all'autorità giudiziaria ha proiettato il bambino nella difficile veste di testimone. Va poi aggiunto che proprio quest'ultima posizione può comportare nella piccola vittima complicazioni psicologiche ulteriori, inducendo ansie, il ritorno di ricordi e vissuti connessi all'abuso, il potenziamento dei sentimenti di impotenza, tradimento, vergogna, con esiti ovviamente indesiderabili e che inevitabilmente interessano chi si pone come suo curante, spesso dopo essere stata la stessa persona che si è attivata per comprenderlo e proteggerlo, come accade secondo le regole del procedere clinico. Queste ultime considerazioni diventano una ragione in più per cui ***anche il clinico sia proiettato, insieme al bambino, nell'arena giudiziaria, sentendo profondamente come proprio irrinunciabile dovere affiancarlo, supportarlo sia direttamente sia attraverso la spiegazione ai professionisti legali delle sue peculiari reazioni, ottenergli le migliori condizioni di protezione per la sua apparizione sulla scena processuale, sostenere la sua attendibilità sulla base delle stesse conoscenze scientifiche che l'hanno indotto a concludere la valutazione clinica nella direzione di un effettivo abuso*** (per la conferma di quanto sopra, pure logicamente deducibile per ragionamento, si veda il già citato lavoro di Oberlander, 1995, nel cap. II/1, che illustra appunto i sentimenti dei professionisti della salute mentale a riguardo della propria parte quando un bambino supposto vittima di abuso deve comparire sulla scena processuale)

Dall'altra parte, *anche le istituzioni giudiziarie hanno nel tempo maturato richieste agli stessi professionisti: e sempre più tali richieste sembrano distanziarsi da quelle che essi sentono autonomamente come proprie*. I tempi pionieristici in cui la "validation" sembrava conciliare bene sia le esigenze di maggiore informazione sul fenomeno da parte di giudici e avvocati sia la volontà dei clinici di informare, per mettere il bambino nelle condizioni di poter essere adeguatamente compreso e trattato, sembrano irrimediabilmente tramontati.

Attualmente il panorama è molto più variegato e conflittuale e, a questo punto lo speriamo, ancora distante da un equilibrio definitivo.

Spencer (1998), all'interno del volume di Ceci e Hembrooke tutto dedicato alla problematica dei professionisti impiegati come esperti all'interno dei procedimenti legali, avanza interessanti differenze a questo proposito tra Paesi in cui è in vigore un sistema giudiziario di stampo anglosassone o accusatorio e Paesi che invece si avvalgono di un sistema inquisitorio, più diffuso in

Europa. Attraverso considerazioni in molti tratti assai specifiche, che richiederebbero conoscenze legali ben oltre la portata di professionisti della salute o delle scienze sociali, arriva a focalizzare qualche distinzione circa l'atteggiamento nei confronti del tecnico esperto nei due diversi sistemi. I più salienti sembrano la possibilità nei Paesi europei di sottoporre al giudizio dei tecnici anche questioni inerenti la credibilità del testimone bambino e la possibilità della corte stessa di nominare un suo esperto, mentre nel sistema anglosassone il tipo di quesiti ammessi è più limitato e la nomina dell'esperto non può sottrarsi alla logica di contrapposizione tra le parti. Spencer è indotto a concludere che questo secondo sistema, anche se teoricamente prevede minori garanzie sulla neutralità e qualità del professionista scelto, e quindi sembra sfavorevole alla ricerca della verità, continua ad essere riproposto - resistendo alle spinte al cambiamento - sostanzialmente perchè sotteso da una basilare sfiducia nella figura e funzione dell'esperto, a differenza di quanto anima invece i giudici nel sistema inquisitorio. Tuttavia, anche nella esperienza diretta nel contesto italiano, se queste differenze esistono non sembrano poter attenuare, se non a livello di vincoli formali, il dibattito e le problematiche sul tema che agitano il contesto statunitense e che a livello di pensiero si ripropongono sempre più frequentemente anche da noi.

Se possiamo tentare in questa premessa un colpo d'occhio, si potrebbe dire che si è progressivamente alzato il livello di competenza richiesto ai professionisti dell'area psico-socio-sanitaria per essere ritenuti adeguati collaboratori sul piano legale, specie nei procedimenti penali, e contemporaneamente è in atto una spinta apparentemente contraddittoria a ridurre la portata dell'influenza degli esperti sulle decisioni giudiziarie. Per meglio spiegare, dall'esperto forense ci si aspetta grande rigore circa le conoscenze specifiche sul tema, riferimenti culturali di base, continuo aggiornamento, capacità di spiegare in modo a un tempo comprensibile e scientificamente documentato le peculiarità dei bambini abusati in generale e di quello al momento coinvolto in particolare: notizie da cui giudici e avvocati, che non possono avere in proprio nozioni adeguate alla delicatezza dell'argomento, trarranno lumi circa la valutazione della sussistenza o meno dell'abuso; e nell'acquisire tale competenza sempre più l'esperto si distanzia dal sapere comune.

Contemporaneamente ci si aspetta che l'esperto mantenga sempre un tono misurato e deferente, sostanzialmente dubitativo delle proprie capacità, riconoscendo i limiti delle proprie conoscenze in modo da lasciare liberi i giudici di prendere autonome decisioni, non si esprima a riguardo della sussistenza o meno dell'abuso, sia estremamente cauto nel porgere le proprie opinioni, in una materia che, ultimamente, deve rimanere nelle mani di chi, occupando la funzione giudicante anche senza specifiche nozioni, ha il compito di decidere. Se possiamo usare un'immagine, una specie di potentissimo genio della lampada totalmente al servizio di Aladino.

Come è facile dedurre, si tratta di una posizione che può andare stretta a chi sente di avere una funzione da compiere, la tutela della salute, almeno altrettanto dignitosa che quella del fare giustizia. *Soprattutto non è immediato vedere come il clinico possa validamente ottenere di perseguire i propri obiettivi e nello stesso tempo accontentare le richieste del piano legale. D'altra parte lo sforzo di trovare modalità di integrazione qualitativamente soddisfacenti pare irrinunciabile: infatti è evidente che chi esercita professioni di aiuto non potrà mai ottenere i propri obiettivi clinici senza farsi accettare e rendersi indispensabile per chi può fornire la cornice istituzionale; e che, per quanto a volte se ne venga sedotti, la prospettiva di scindere le aree di intervento in modo così radicale da sottrarsi a tutti i dilemmi insiti nelle posizioni di compromesso è del tutto irrealistica, e ultimamente ancora più gravida di confusione.*

Vediamo ora nel dettaglio i problemi sopra accennati.

2. LE RICHIESTE DELL'AMBITO LEGALE AI CLINICI

2.1 Il panorama internazionale

Berliner (1998) con l'usuale chiarezza sintetizza bene le diverse fasi e funzioni che possono portare un professionista della salute o delle scienze sociali a incrociare il percorso giudiziario nelle situazioni di abuso sessuale all'infanzia. La sua revisione dell'argomento riguarda ovviamente la realtà statunitense, ma, come sopra già si osservava, la tipologia dei problemi evidenziati è estremamente attuale anche nel nostro Paese.

La prima acuta e centrata notazione avverte che, mentre su molte altre questioni legali il servirsi di esperti tecnici non è affatto controverso, sembra che i più forti disaccordi tra scienze legali e sociali nascano quando si tratta di determinare se un bambino sia stato o meno sessualmente abusato: in parole povere, è *evidentemente il tipo di tema che solleva tanta inquietudine*, anche se poi questa si ammanta di generalizzazioni, elevati concetti e grandi parole.

Come sopra già si notava, il momento attuale è meglio compreso se inserito in una prospettiva diacronica, come una sorta di risposta a contrappeso rispetto all'imporsi negli anni '80 della sconvolgente consapevolezza dell'esistenza di orribili storture come l'abuso, proprio nel mondo più vicino a noi. Le preoccupazioni circa le "false memorie" e la supposta suggestionabilità dei testimoni bambini enfatizzata a partire da casi giudiziari eccezionali (e possiamo tranquillamente confermare che in tutta la letteratura rivista per la stesura di questo volume, i casi di errore o controversia giudiziari citati dai più vari autori sono sempre gli stessi e si contano sulle dita di una sola mano) sono riuscite ad oscurare quello che invece è il pane quotidiano nelle aule di giustizia e che continua a confermare la tragica esistenza di veri abusi consumati a danni di bambini. In queste ondate più emotive che logiche, non viene favorita l'acquisizione di conoscenze effettive circa caratteristiche del fenomeno, peculiarità degli abusanti e modalità usuali del disvelamento: recenti studi (Morison, Greene, 1992) hanno dimostrato che ancora esistono forti discrepanze in proposito tra esperti del campo e professionisti della legge.

A partire da queste premesse, Berliner delinea le *funzioni* di cui viene incaricato il professionista della salute o delle scienze sociali nell'ambito di un procedimento su un caso di abuso sessuale.

La sua veste più abituale, e più accettata, è quella di "*istruttore*" dei giudici, avvocati o giurati: il professionista viene in sostanza chiamato per illustrare, a persone che non hanno certo la conoscenza specifica di un tema delicato e ingarbugliato come l'abuso, le informazioni generali circa le caratteristiche del fenomeno, con particolare riguardo alle peculiarità del bambino testimone. Un corollario di questo ruolo è quello di smontare eventuali pregiudizi errati che persone non esperte possono concepire sulla materia.

Accesi fautori di questo ruolo, da loro individuato come l'unico corretto per professionisti della salute, sono Allen e Miller, che illustrano il loro punto di vista sia nel 1995 che nel 1998, all'interno del già citato volume di Ceci e Hembrooke. Gli autori paventano che la comparsa dell'esperto sulla scena giudiziaria possa impressionare anticipatamente la giuria guadagnandosi un credito che va oltre i contenuti esposti, rendendo incline chi dovrà prendere decisioni legali a delegare sostanzialmente il giudizio agli esperti stessi. Punto di partenza fondante per le riflessioni degli autori citati è l'interpretazione del compito dei giurati come lo sforzo di compenetrarsi nei vari punti di vista offerti dai diversi testimoni in modo assolutamente imparziale, fino a formarsi una visione composita dei fatti autonoma, in quanto ricomposta sulla base del proprio modo di pensare. Il problema specifico posto dai processi per abuso sessuale sta nel fatto che è impossibile entrare nella logica del principale testimone, il bambino, senza riferimenti conoscitivi specialistici. Qui si inserisce la scelta di far ricoprire all'esperto il ruolo di una sorta di "traduttore", che aiuti i professionisti della legge a comprendere la "lingua" parlata dal bambino, non decodificabile senza le dovute informazioni di base su caratteristiche e conseguenze del tema con cui ci si misura. In più, se il professionista accetta questo ruolo, dovrà anche trasmettere all'ambito legale sufficienti informazioni per cogliere le ragioni delle proprie argomentazioni, in modo che chi giudica sappia discernere se queste ultime sono convincenti o meno, rapportate al singolo caso in esame.

Il compito si presenta certamente complesso, ma, secondo gli autori citati, privo di alternative e l'unico in grado di garantire di non essere negativamente influenzati da esperti inaffidabili,

giungendo a decisioni sul piano legale ingiuste perchè determinate da fattori non razionali: infatti, se non c'è possibilità per i giudici di appropriarsi in qualche modo delle conoscenze degli esperti afferrandone le regole e la logica della connessione tra nozioni di base e conclusioni nel singolo caso, non resta altro che delegare, abdicando pericolosamente al proprio compito.

Indubbiamente, le riflessioni di Allen e Miller sono sottese da una profonda sfiducia nei tecnici, almeno quando compaiono sulla scena giudiziaria: non a caso i loro scritti sono punteggiati da riferimenti ai casi giudiziari più clamorosamente controversi degli ultimi anni (come il processo contro Kelly Michaels, in cui bambini molto piccoli avevano accusato la responsabile di un centro diurno per l'infanzia di multiple molestie sessuali, processo terminato con una condanna in primo grado, sconsigliata in appello 7 anni dopo, grazie all'apporto di tecnici che, sulla base degli studi sulla suggestionabilità dei bambini, distruggevano quanto era stato oggetto della testimonianza di altri esperti precedenti, che avevano esaminato i piccoli testimoni concludendo per la loro credibilità), nonché dal ripetitivo terrorismo storico che prospetta il tragico episodio del processo alle streghe di Salem del secolo XVII come un evento attualmente a rischio di ripetersi. Non a caso, nelle conclusioni del loro articolo del 1995 si trovano frasi forti, come "la legge è ostaggio della conoscenza posseduta da altri", nonché l'accusa a noti professionisti che sostengono la credibilità degli abusi all'infanzia, attuali o rievocati attraverso memorie recuperate, di essere fuorviati da una "fede femminista", inaccettabile nella ricerca della verità "in ogni tribunale, e in ogni società dedicati alla giustizia". Parole grosse, forse eccessive se confrontate con la realtà dei fatti, come vedremo oltre; ma che ben dicono qual è la logica che può sottostare all'utilizzo degli esperti come "istruttori" in ambito legale.

Tornando alla sintesi di Berliner (1998) sui possibili ruoli dei professionisti della salute e delle scienze sociali in ambito giudiziario, *un problema ben più aspro nasce circa la possibilità di richiedere all'esperto se quel particolare bambino, per cui si celebra il processo, risponda alle caratteristiche in generale delineate delle vittime di abuso sessuale, o ancor peggio, se la testimonianza di quel bambino vada giudicata come credibile*. L'autrice avanza precocemente perplessità su questa polemica: infatti dai tecnici ci si attende proprio che abbiano tutte le competenze per valutare una sospetta vittima di abuso, dato che è "standard accettato nella pratica" fare una diagnosi della stessa determinando l'effettiva sussistenza del trauma, operazione che va ben oltre il semplice credere alle dichiarazioni del bambino. Tuttavia, nota, non essendoci attualmente prove che i clinici arrivino in effetti alle stesse conclusioni da dati comparabili, alcuni hanno assunto la posizione che la base scientifica delle opinioni degli esperti circa l'abuso sessuale può non essere sufficientemente valida e affidabile per essere ammessa in tribunale.

Qualche distinzione può essere fatta a questo proposito, rendendo meno drastica l'esclusione di questo tipo di contributo tecnico. Berliner constata che i tribunali che si occupano della tutela dell'infanzia sono più inclini dei tribunali penali a servirsi di questo genere di apporto, poichè il focus è sul migliore interesse del bambino e non sulla responsabilità penale dell'adulto. Nella stessa direzione si muovono le riflessioni di Myers (1992) che propone una distinzione tra il rendere testimonianza circa il quesito ultimo "legale" (colpevolezza o innocenza dell'accusato, dedotta dalla credibilità del piccolo accusatore) oppure circa il quesito "fattuale" sulla sussistenza dell'abuso, che può talvolta non essere proibito nell'ambito giudiziario: infatti, argomenta l'autore, gli psicologi che usano il giudizio clinico per raggiungere tali conclusioni si pongono su un piano diverso da quello legale.

Si tratta di sottigliezze abbastanza sproporzionate ad aggirare il grosso scoglio di fondo, che riguarda l'affidabilità delle conoscenze su cui si basano comunemente i clinici per prendere decisioni diagnostiche e terapeutiche in questi casi: questione che dovrà meglio essere focalizzata nelle sue ragioni e sfaccettature. Circa i contenuti di questo *dubbio di base sulle possibilità valutative, e quindi validate, degli esperti si rinvia al secondo capitolo relativo alla valutazione clinica*. Berliner tuttavia nota che la testimonianza sulle reazioni emotive e comportamentali non verrebbe offerta come unica prova di abuso sessuale ma come contesto in cui meglio comprendere il

bambino testimone, e se questi dati sono utili ai clinici per formarsi un'opinione sul caso possono esserlo anche per i giudici.

Un terzo ruolo possibile per l'esperto, generalmente più accettato in tribunale, è quello che comporta la cosiddetta "*testimonianza riabilitativa*". Quando la difesa dell'imputato cercasse di distruggere la credibilità del piccolo accusatore o sulla base delle caratteristiche della sua rivelazione, tardiva, frammentata o addirittura ritrattata, oppure argomentando l'inconsistenza del sospetto in quanto il bambino non mostra sintomi evidenti di sofferenza, oppure ancora cercando di dimostrare che il profilo personologico dell'accusato non coincide con quello atteso per un abusante sessuale, è possibile produrre testimoni tecnici che contraddicano la visione a senso unico introdotta dalla difesa complessificando le informazioni ai giudici. In questo caso è possibile fare riferimento alle peculiari dinamiche psicologiche dei bambini abusati per spiegare comportamenti apparentemente illogici nelle modalità di denuncia, come anche le differenze negli esiti post-traumatici a livello psicologico, o citare le conoscenze sugli abusanti per documentare l'inesistenza di un'unica insieme di caratteristiche o qualità psicologiche che possano distinguerli.

Quali sono invece *le richieste ai tecnici da parte della difesa degli imputati*? Sostanzialmente il focus verte sulla *suggestionabilità* dei bambini per intaccare la credibilità dei piccoli testimoni, fornendo informazioni circa la debolezza o vulnerabilità dei processi mnemonici, usualmente come risultato di una scorretta raccolta delle prime dichiarazioni o dell'uso di tecniche suggestive di intervista da parte dei professionisti: questi ultimi sono quindi il bersaglio principale della critica.

Berliner si pone a questo punto domande generali: preso atto delle limitate carte da giocare per un tecnico quando compare sulla scena processuale, quali ne sono regole, vantaggi e svantaggi? Se alcuni studi citati dall'autrice attestano che la testimonianza dell'esperto è percepita come utile dalla maggior parte dei giudici, essa sembra avere *reale efficacia nell'orientare il giudizio soltanto se ammessa come "testimonianza specifica" circa la compatibilità delle caratteristiche del singolo bambino con l'ipotesi che sia stato vittima di abuso*: un tipo di ruolo che non sempre è concesso all'esperto di rappresentare. Per contro, ai professionisti coinvolti è richiesto grande sforzo di adeguamento a regole giudiziarie variabili da tribunale a tribunale, almeno nella interpretazione di criteri di fondo stabiliti per legge.

Dal punto di vista professionale, si richiede il rispetto di standard elevati sia come aggiornamento circa il corpus continuamente in evoluzione delle conoscenze scientifiche sul tema sia nella capacità di presentare tali conoscenze con misura nella loro articolazione e nei loro limiti. Va inoltre notato che chi sceglie di comparire come esperto in tribunale non può far finta di ignorare che il suo apporto non ha primariamente fini scientifici e per ciò neutrali, ma viene richiesto all'interno di una battaglia legale. Diversamente dalle posizioni filosofiche di Allen e Miller, filtra dallo scritto di Berliner, come anche dai suoi commenti comparsi in altro testo circa un punto delicato ma ben più limitato come l'opportunità di videoregistrare le interviste con il bambino presunta vittima (1999), la *visione dell'arena giudiziaria non come puro luogo della ricerca della verità, ma come gioco delle parti* in cui le conoscenze scientifiche possono servire come armi nel combattimento più per la loro forma che per la sostanza.

Le conclusioni dell'autrice, coerentemente, avvertono il professionista innanzitutto che partecipare come esperti nei processi non deve essere un'automatica risposta a delle richieste dell'ambito legale, ma deve essere oggetto di riflessione circa la sua effettiva utilità: in sintesi, deve essere una scelta motivata. Inoltre, i clinici dovrebbero rendersi conto che la loro competenza è ben più utile fuori dalle aule di giustizia che dentro, col risultato di servire così anche all'interno in un modo indiretto. Si può diffondere una corretta informazione in tutta la popolazione, rendendo alla lunga dominio comune ciò che ora va insegnato nei tribunali; e si può, soprattutto, applicare la propria perizia sul piano clinico, assistendo il bambino coinvolto nel processo invece che i giudici, preparandolo a testimoniare e documentando l'impatto su di lui dell'esperienza traumatica per ottenergli disposizioni di tutela dopo che è avvenuta la determinazione del reato sul piano penale.

Uno spaccato altrettanto interessante dell'incrocio clinico-giudiziario, e soprattutto sostanziato da dati di realtà, ci viene sia dal lavoro di Mason (1998), per quanto riguarda la situazione americana, sia dal lavoro di Gumpert e coll. (1999) per la situazione europea.

Cominciamo da quest'ultimo: gli autori, svedesi, hanno raccolto *dati sull'impiego di psicologi, o affini (pedopsichiatri o psicologi giudiziari), e medici (ginecologi, pediatri, medici legali) da parte dei tribunali, come esperti in processi per abuso sessuale all'infanzia*. La ricerca è stata condotta in una prospettiva diacronica, scegliendo tre anni campione, al fine di rilevare nel tempo eventuali cambiamenti significativi di qualità e quantità di tale pratica. I professionisti coinvolti effettuavano una valutazione del bambino per gli aspetti evolutivi, cognitivi ed emotivi, se di area psicologica, o sui rilievi fisici, se di area medica, ed erano successivamente richiesti di formulare un giudizio sulla sussistenza dell'abuso.

I dati complessivi dimostrano che mentre per i medici la situazione è più stabile, si è verificata *una flessione nel tempo dell'utilizzo di esperti psicologici in sede giudiziaria*, sia nei casi che sono giunti a condanna che in quelli in cui il verdetto è stato assolutorio. Ciò è coerente con il crescente dibattito circa l'affidabilità degli esperti e la necessità per le corti di non delegare ad essi il giudizio, che ha avuto come conseguenza una consistente limitazione del loro coinvolgimento, riducendoli quasi solo a fornire informazioni di base sul fenomeno e sulle peculiarità delle vittime. E' probabile che anche restrizioni economiche abbiano fatto cattivo gioco; ma è pure possibile che nel tempo i tribunali abbiano acquisito maggiore esperienza in proprio e limitino il ricorso ai tecnici soltanto ai casi più difficili: la ricerca mostra infatti che le situazioni esaminate riguardano bambini molto piccoli e abusanti che negano. In questi ultimi casi si verifica frequentemente l'associazione tra il parere positivo del professionista e la condanna nonostante la negazione dell'imputato.

Rispetto a questa flessione d'importanza del ruolo degli esperti nelle procedure giudiziarie va tuttavia notato che *in altre parti d'Europa la tendenza continua a essere quella di andare verso una integrazione sempre più puntuale e intelligente degli interventi*. Da alcuni anni è attivo un gruppo di studio, il "Réseau Européen d'Experts sur les interventions judiciaires, sociales et thérapeutiques auprès des enfants victimes d'aggressions sexuelles", composto da psicologi, sociologi, assistenti sociali, magistrati ordinari e minorili francesi, italiani, spagnoli, belgi e inglesi, coordinato da Albert Crivillé e sostenuto dalla Fondation pour l'Enfance di Parigi. Il gruppo lavora sul confronto tra le realtà dei vari Paesi a proposito di interventi coordinati tra le diverse Istituzioni, con il proposito di giungere all'identificazione di procedure comuni e in particolare di favorire l'emergere di raccomandazioni sui principi fondamentali da rispettare nell'intervento a favore delle piccole vittime.

Veniamo ora al lavoro di Mason, che riguarda sia il capitolo di cui è autrice nel già citato volume di Ceci e Hembrooke (1998) sia la ricerca a cui continuamente si riferisce, pubblicata nel 1991. Tale *ricerca* riguarda le decisioni delle Corti d'Appello tra il 1980 e il 1990 sulla *ammissibilità dei vari tipi di testimonianze tecniche* già individuate da Berliner: in tutti i casi studiati la testimonianza era stata ammessa in primo grado e successivamente c'era stata richiesta alla Corte d'Appello di capovolgere la sentenza emessa in quanto l'ammissione dell'esperto era stata una scelta sbagliata.

Innanzitutto un dato importante riguarda le caratteristiche dei professionisti coinvolti: per circa un terzo assistenti sociali, per un altro terzo psicologi clinici, per il resto psichiatri, terapeuti, medici e in minoranza educatori. Nota Mason che quasi tutti erano clinici pratici piuttosto che ricercatori, spesso i terapeuti del bambino per cui si celebrava il processo. L'87% di essi aveva direttamente esaminato la presunta vittima e il 45.9% ne era il curante. Ciò documenta un *orientamento dei tribunali a scegliere gli esperti sulla base della loro esperienza nel lavoro con i bambini abusati*. Le informazioni apportate dall'esperto riguardavano in primo luogo la *veridicità* del bambino, interpretando le negazioni, inconsistenze, ritrattazioni come inquadrabili nell'usuale schema di comportamento delle piccole vittime; in secondo luogo il focus concerneva i *comportamenti sessualizzati*; in terzo luogo, venivano messe in luce le espressioni sintomatiche di un'*alterata emotività*. In ciascuna area sono riconoscibili nelle affermazioni degli esperti apparenti

contraddizioni: infatti nel difficile compito di applicare l'ampia gamma delle possibili conseguenze psicologiche di un abuso al singolo bambino esaminato, risultava che sia la consistenza delle dichiarazioni di quest'ultimo nel tempo che il suo contrario possono attagliarsi altrettanto bene a una vittima di abuso, come anche sia l'esagerato interesse alla sessualità che il rifiuto di essa. Era quindi evidente l'impossibilità di tracciare un profilo comportamentale preciso del bambino abusato, con molti punti che si prestavano a critiche. E' anche possibile leggere, attraverso l'evoluzione nel tempo dei contenuti delle testimonianze tecniche, lo sforzo dei professionisti di rendere più accettabili i contenuti delle loro dichiarazioni evitando le accuse di inconsistenza scientifica: c'è stata una progressiva diminuzione del riferimento alla ampiamente criticata Child Sexual Abuse Accomodation Syndrome (CSAAS), come delineata a suo tempo da Summit (1983), per spiegare la riluttanza dei bambini a rivelare, ed è cresciuta la citazione del Post Traumatic Stress Disorder, incluso dal DSM-III-R. In pratica, *lo stesso nucleo di comportamenti tipici ha preso diverse denominazioni*, o nessuna, per sormontare l'obiezione circa la scientificità provata e quindi l'ammissibilità della testimonianza.

L'orientamento delle Corti d'Appello è comunque in larga misura a favore dell'ammissibilità del parere dell'esperto, sia quando riguarda caratteristiche generali delle vittime di abuso, sia quando concerne i sintomi mostrati dal singolo bambino. La principale barriera si incontra quando l'intento del tecnico è di sostenere la credibilità del piccolo testimone, in quanto ciò urta formalmente con l'assunto inderogabile che attribuisce solo al tribunale il compito di determinarla.

Esiste tuttavia un fenomeno peculiare: Mason nota che *non raramente ciò che era stato escluso come testimonianza diretta viene successivamente ammesso se si tratta di difendere il piccolo testimone da tentativi della difesa dell'imputato di scalfarne la credibilità (le cosiddette "testimonianze riabilitative")*. Quando l'apporto del tecnico ha queste caratteristiche solo una minoranza viene rigettata, in senso opposto a quanto avviene con le testimonianze dirette. In questo contesto è permesso al professionista spiegare, pur senza darle questo nome, tutto quanto costituisce la CSAAS, arrivando, nel controbattere la tesi della difesa che un certo comportamento esclude l'abuso, ad argomentare che al contrario proprio quel comportamneto lo dimostra. Passano quindi ai giudici affermazioni, che fortemente collegano certe circostanze a un effettivo trauma, che sarebbero state non ammesse, perchè troppo conclusive circa la sussistenza del reato, se fossero state offerte in un contesto diverso.

Mason conclude che in effetti *ciò su cui i tribunali si irrigidiscono è la forma di quel che accade nei processi, molto più che il contenuto*; nella stessa direzione va anche la constatazione che raramente le obiezioni dei tribunali riguardano la competenza scientifica dell'esperto, ma ciò che conta di più per i giudici è l'esperienza clinica. *Mai viene contestata l'esistenza di una relazione terapeutica tra esperto e bambino*.

2.2 Il panorama italiano

E' opportuno ora *uno sguardo alla realtà italiana* per comprendere quali siano le aspettative dimostrate dagli organi giudiziari nei confronti dei professionisti operanti nel campo dell'abuso sessuale all'infanzia.

Esistono in merito *due posizioni fortemente contrapposte*: la prima, rappresentata da una minoranza di giudici (almeno a giudicare dal riscontro in letteratura) *propone una vera e propria demonizzazione degli interventi clinici* nel campo dell'abuso sessuale all'infanzia; la seconda, rappresentata dalla maggioranza delle pubblicazioni a riguardo, *viceversa è aperta ad ipotesi di ampia collaborazione* tra istituzioni giudiziarie e professioni di aiuto, in linea, come verrà meglio specificato più avanti, con il pensiero del legislatore in proposito.

Partiamo dalla prima. Sergio (1999), dal suo osservatorio di Procuratore della Repubblica presso il Tribunale per i Minorenni, esprime in generale il suo dissenso verso i provvedimenti di tale istituzione che aprono la porta ad accertamenti diagnostici e a interventi terapeutici in contesto

coatto. In particolare intravede pericoloso tale modello nei casi di abuso sessuale. Interpretando la Dichiarazione di consenso (stesura del '98) nei punti che riguardano la valutazione clinica, afferma che l'esigenza di "far emergere il fenomeno" (connessa, come risulta chiaro dalla lettura dei punti precedenti dello stesso documento, al rischio di danni più gravi qualora il trauma non venga riconosciuto, narrato, elaborato, trovando sbocchi di protezione e cura) deriva da una deliberata scelta 'verificazionista' dei servizi socio-sanitari, di fatto invasiva della personalità del minore e dei suoi genitori, perchè "si vuol compiere un'inquisizione con strumenti psicologici per provocare una dichiarazione". Inquisizione a cui si auspica che il minore stesso si ribelli e si sottragga, in nome della Convenzione di Strasburgo sui diritti dell'uomo, poichè "si tratta di una prova durissima sotto il profilo psicologico per il minore che la subisce con rischi e costi altissimi".

E' logico chiedersi, se queste sono le roventi parole per interventi che altro scopo non hanno se non raccogliere sintomi e avviare un processo diagnostico e terapeutico, secondo le norme deontologiche delle professioni di aiuto, quali termini sarebbero mai stati usati per l'abuso stesso e per i suoi perpetratori a danno del bambino: domanda che rimane senza risposta perchè nell'articolo citato non compare nulla del genere.

Va constatato che, pur nel paziente esame della letteratura internazionale sull'argomento, *nessun altro professionista di area giudiziaria ha espresso, almeno in forma scritta, posizioni così estreme e negative circa l'intervento clinico e chi lo attua.*

Logica conseguenza di tale posizione è il *suggerimento di abolire*, nei casi di abuso sessuale all'infanzia, *ogni intervento clinico, sostituendolo con accertamenti peritali* espletati con garanzia dell'accusato: ***trattandosi cioè di situazioni che si configurano come "patologia e reato", si potrà trattarle solo come reato.*** Nessuna preoccupazione pare toccare l'autore circa il venir meno della presa in carico della patologia, in quanto tale intervento viene definito seccamente come "forzoso" e "invasivo": in una parola, lesivo.

Fortunatamente la posizione sopra descritta, davvero estrema, non sembra raccogliere grandi consensi, in *un panorama generalmente improntato alla preoccupazione per il benessere delle piccole vittime e allo studio di forme possibili e utili di collaborazione tra clinici e giudici*, nonchè tra istituzioni deputate alla protezione del bambino e istituzioni che operano per la repressione del reato.

In merito si pronuncia con costanza e chiarezza Forno (1994, 1999a, 1999b, 2000), rivedendo un'esperienza decennale su centinaia di queste situazioni, maturata come magistrato inquirente a Milano. Pur partendo da una netta distinzione di ruolo e di "filosofia" di fondo tra giudice e operatori psico-sociali (come quando afferma che se per questi ultimi, e per il Tribunale per i minorenni, l'azione viene dettata dal "favor pueri", per il giudice penale non può che valere il principio opposto del "favor rei"), tuttavia prosegue affermando che il primo, senza cadere nell'errore di enfatizzare il giudizio clinico, cioè "che lo porterebbe a trasformare ogni diagnosi in sentenza", deve altresì evitare di "trattare la materia "in vitro", in modo arido e apatico e valutare le dichiarazioni di un minore in età prescolare con gli stessi criteri ermeneutici con cui valuterebbe la testimonianza di un adulto normale". *Giudica quindi corretto che il Tribunale penale utilizzi ai fini della definizione di un profilo psicodiagnostico del minore* (che il giudice non utilizzerà come "prova del reato", ma unicamente ai fini di un giudizio di compatibilità rispetto all'ipotesi accusatoria) il materiale proveniente dal Tribunale per i minorenni *attraverso i professionisti che lo stesso incarica di funzioni diagnostiche e terapeutiche a favore del bambino*, nel quadro di una sua globale tutela. In proposito viene documentata l'assenza di incompatibilità nella ammissibilità anche sul piano penale, sia investendo gli stessi professionisti di funzioni di consulente tecnico di parte (del PM o della parte civile) o, meglio, in quanto aggira anticipatamente obiezioni della difesa circa una presunta non neutralità del terapeuta (che verrebbe, assumendo anche il ruolo di consulente, a trovarsi in un inopportuno ruolo di "Cicero pro domo sua"), chiamandoli a deporre come *testimoni tecnici*, cioè abilitati a "esprimere apprezzamenti personali" (di tipo specialistico e riguardanti scelte professionali) in quanto "impossibile scinderli dalla deposizione sui fatti", come recita l'art.194 3°

comma c.p.p.. Quindi, non costituendo alcun ostacolo allo svolgersi del procedimento penale, privilegiare l'osservazione psicologica del bambino in sede clinica e di tutela consente "una presa in carico educativa e terapeutica, che deve essere tanto più energica, quanto maggiori sono i danni subiti dal minore". *Tale osservazione psicologica avrà l'ulteriore vantaggio di non essere di tipo "fotografico" (come avviene in genere nelle perizie disposte in sede penale) ma ad ampio spettro e diacronica al fine di apprezzare il "decorso" dell'eventuale patologia riscontrata, nonché la sua correlazione con molte variabili relazionali familiari; in questo modo potrà anche essere assicurata l'analisi della compatibilità rispetto all'ipotesi di abuso, attraverso l'individuazione dei vissuti tipici della vittima di abuso e delle precondizioni familiari nonché l'accertamento delle eventuali condizioni psicologiche che caratterizzano le false ed erronee denunce. Privilegiare un percorso di presa in carico clinica, mettendosi così nella condizione di poter dare al bambino precocemente sostegno e protezione, è anche garanzia della salvaguardia del processo di rivelazione, che, specie nei bambini più piccoli, ha bisogno per svilupparsi adeguatamente di tempo e di un contesto di piena fiducia. Non solo ciò è palesemente impossibile appunto in una CTU, quando il piccolo sa che ad assistere agli incontri c'è pure chi difende il suo abusante; ma molto c'è da fare in più affinché tale contesto di fiducia sia costituito, attraverso il rinforzo dell'alleanza con il genitore protettivo e l'interruzione decisa dei rapporti con il presunto abusante, cose ambedue possibili per iniziativa del Tribunale per i minorenni e dei servizi psico-sociali dotati di professionalità specifica. Tutto ciò favorisce quindi ultimamente l'accertamento della verità, **non esistendo "alcuna antinomia fra accertamento dei fatti e tutela della vittima e che, anzi, tanto maggiori saranno le possibilità di conoscere la verità quanto maggiore è la tutela della vittima nelle sedi competenti"**.*

Unica condizione è *che la documentazione raccolta in sede clinica sia accessibile e completa*, per permettere anche al giudice penale di trarne tutti gli elementi informativi che gli sono necessari, in modo da "evitare che una sovrapposizione caotica di specialisti potesse creare una vittimizzazione secondaria nel minore o addirittura determinare complicanze iatrogene". In proposito l'autore avverte che "è auspicabile che intervenga, tra gli specialisti del settore, una sorta di codificazione delle prassi seguite, in modo da individuare una cartella clinica sufficientemente completa che documenti le operazioni effettuate" (colloqui, test, con eventuali riscontri audio o videoregistrati).

In modo del tutto convergente anche Borgonovo (1996) ribadisce l'opportunità del coordinamento tra Tribunale Ordinario, Tribunale per i Minorenni e clinici, per utilizzare al meglio tutte le risorse dei due diversi procedimenti e per avvalersi di accertamenti diagnostici con contenuto più ampio di quelli esigibili in contesto peritale e con finalità da subito terapeutiche.

Un'altra importante condizione, affinché una simile integrazione degli interventi avvenga, col minor danno e con il maggior vantaggio possibile per la parte lesa minorenni, è posta non ai professionisti dell'area psico-sociale ma ai *giudici stessi, di cui viene ripetutamente raccomandata la specializzazione* come garanzia del corretto utilizzo delle informazioni che vengono loro da ambiti non strettamente giudiziari. A questa stessa linea si uniformano con forza anche Fadiga (1999) e Occhiogrosso (1999), dall'osservatorio del Tribunale per i Minorenni, estendendo alle forze di polizia l'imperativo della formazione specifica sul tema e dell'acquisizione di competenze per avere a che fare con bambini testimoni, rammentando che nel nostro Paese esistono aree all'avanguardia e aree molto arretrate, che il più presto possibile dovrebbero potersi allineare alle prime.

Quella che sembra una situazione nazionale molto favorevole, quindi, almeno in via teorica, rispetto alla massima considerazione del benessere delle piccole vittime di abuso, nella pratica non è ovviamente esente da ombre e contraddizioni. Tuttavia è confortante constatare che, pur nelle alterne vicende in un campo di tale delicatezza e capace di sollevare tante domande, una prospettiva di collaborazione tra piano clinico e piano giudiziario c'è, coerente, legittima e dotata di sperimentata efficacia.

Va notato che tale prospettiva si inserisce congruamente nell'orientamento del legislatore, che nella legge 66/96 "contro la violenza sessuale" ha dedicato un articolo (introdotto nel codice penale come 609 decies) che *sancisce proprio l'integrazione tra istituzione giudiziaria penale, minorile e servizi deputati a dare assistenza e sostegno ai bambini vittime di abuso*. Occhiogrosso (1999) nel commentare tale articolo¹, osserva che esso si collega coerentemente con la prospettiva da tempo indicata nella giurisprudenza minorile, che attribuisce al Tribunale per i minorenni non tanto una primaria funzione di sanzione relativa alla potestà parentale, ma piuttosto un ruolo di tutela del minore in difficoltà, che metta il suo disagio al centro del pensiero del giudice. Ne consegue però che i servizi deputati debbano essere adeguatamente rafforzati e, se del caso, trasformati (come ad esempio per i servizi sociali dell'Amministrazione della giustizia, indicati espressamente nel 609 decies, che finora si sono occupati di minorenni in quanto imputati).

Nella direzione di dare maggiore forza attuativa al suddetto articolo di legge (per la non osservanza del quale il legislatore non ha purtroppo prevista sanzione) si sono mossi i tribunali torinesi (Procura presso il Tribunale ordinario, Procura presso il Tribunale per i minorenni, Tribunale per i minorenni) (1995), stipulando un *protocollo d'intesa sulle prassi più idonee da adottare per i casi di abuso sessuale in danno di minori*. Va notato che, anche senza tradursi in un protocollo formale, simili orientamenti fanno ormai parte della modalità di lavoro anche in altre realtà locali, o addirittura si può affermare che tali prassi abbiano costituito il fondamento empirico che ha preceduto la formalizzazione del documento citato, a riprova del fatto che esso non rappresenta un pensiero teorico e isolato, ma largamente condiviso da parte delle istituzioni giudiziarie.

Nella nostra legislazione è poi presente un altro importante istituto che permette di garantire l'incrocio più favorevole possibile del minore con il piano giudiziario: si tratta della figura del *curatore speciale*.

Dosi (1999), nel prospettare le varie problematiche inerenti il ruolo dell'avvocato nell'abuso sessuale su minori, si sofferma su questo specifico ruolo, argomentando, sulla scorta di una sentenza della Corte di Cassazione (sez.III, 12 febbraio 1970), l'opportunità di un raggio d'azione più vasto della facoltà di proporre querela nel caso di conflitto di interesse del minore con gli esercenti la potestà genitoriale: egli sostiene che "la nomina a curatore non importa l'obbligo di proporre querela ma solo l'assunzione della rappresentanza del minore con l'attribuzione di tutte le facoltà connesse" (sentenza citata). In tal senso egli dovrà facilitare l'accesso del minore alla giustizia, accesso "oggi del tutto problematico e quindi poco garantito", a meno che lo stesso non possa rivolgersi a un avvocato per la tutela giudiziaria civile e penale dei propri diritti. Il curatore dovrà anche considerarsi ed essere considerato parte integrante a pieno titolo del team di operatori che si occupa della tutela del minore, *facendosi affiancare da specialisti con competenze sociali e psicologiche* per la gestione del delicatissimo rapporto con il bambino vittima. E' noto del resto che è sempre aperta anche la strada nella direzione inversa, quando il curatore non abbia competenze legali e appartenga appunto al team che dà protezione e sostegno al bambino vittima, e successivamente si doti della collaborazione di un legale, anche in vista di successivi passaggi processuali che permettano la nomina di un difensore e la costituzione come parte civile.

¹Articolo 609 decies legge 66/96 (Comunicazione al Tribunale per i Minorenni)

Quando si procede per alcuno dei delitti previsti dagli articoli 609 bis, 609 ter, 609 quinquies e 609 octies commessi in danno di minorenni, ovvero per il delitto previsto dall'articolo 609 quater, il Procuratore della Repubblica ne dà notizia al Tribunale per i minorenni.

Nei casi previsti dal primo comma l'assistenza affettiva e psicologica della persona offesa minorenni è assicurata, in ogni stato e grado del procedimento, dalla presenza dei genitori o di altre persone idonee indicate dal minore e ammesse dall'autorità giudiziaria che procede.

In ogni caso al minorenni è assicurata l'assistenza dei servizi minorili dell'Amministrazione della giustizia e dei servizi istituiti dagli Enti locali.

Dei servizi indicati nel terzo comma si avvale altresì l'autorità giudiziaria in ogni stato e grado del procedimento.

Anche Forno (2000) dedica alcune riflessioni alla figura del curatore speciale, di cui raccomanda la nomina (su richiesta al GIP da parte del PM) fin dall'inizio delle indagini, suggerendo un'interpretazione estensiva del conflitto di interesse con gli esercenti la potestà, parificando a tale conflitto l'oggettivo disinteresse per le esigenze del minore.

3. LO SFORZO DEI TECNICI DI DARSÌ REGOLE CONDIVISE

3.1 Il panorama internazionale

A questo punto si innesta viceversa *l'eco che le vicende giudiziarie dei tecnici hanno sulla comunità scientifica e professionale*, e che, come nota Mason, introduce problematiche assai più complesse di quanto i tribunali richiederebbero: tale eco è la vera responsabile del conflitto ora in atto tra clinici orientati alla pratica e professionisti più dediti alla ricerca scientifica. Questi ultimi, facendosi forti di taluni insuccessi dei clinici nell'arena giudiziaria, alimentano un clima di critica all'affidabilità dei criteri su cui i primi basano il quotidiano esercizio professionale, invocando l'assunzione di responsabilità da parte delle associazioni di categoria a riguardo degli *standard di competenza minimi* per chi si occupa di abuso all'infanzia ed sollevando particolari *dubbi sulla correttezza di svolgere un doppio ruolo nello stesso caso, come valutatore forense e come terapeuta*.

L'argomentazione cardine della critica riguarda l'incertezza con cui può essere determinato un chiaro profilo della vittima di abuso, facendosi forte degli studi che hanno constatato che i singoli comportamenti considerati indicatori di abuso compaiono frequentemente anche nei bambini non abusati e, per contro, circa un terzo di questi risultano asintomatici (Berliner, Conte, 1993; Kendall-Tackett et al., 1993). *Il secondo attacco riguarda la sovrapposizione del ruolo valutativo forense con quello terapeutico* (a questo proposito si veda anche il cap. II).

Tali argomentazioni trovano i clinici in disaccordo: da un lato essi, come bene ha documentato Oberlander (1995) ritengono che per gli obiettivi che sono loro propri sia possibile costruire un ragionamento diagnostico corretto e vedono con irritazione quello che sentono come "lo sfruttamento di un concetto clinico come munizione per le battaglie in tribunale" (secondo la definizione di Summit, 1992). Dall'altro lato con preoccupazione vedono messi in alternativa il dovere di diagnosticare e curare quello che già hanno individuato come vittima e la possibilità di supportarne la posizione anche in tribunale, perchè la difesa di un diritto legale del suo abusante richiederebbe l'impiego in sede giudiziaria di un valutatore "neutrale": compiti che viceversa ritengono entrambi di loro competenza.

La questione è lontana dal trovare soluzioni di consenso ed è certo opportuno addentrarsi nel dettaglio del conflitto che il confronto con le esigenze giudiziarie ha portato in superficie nell'ambito tecnico.

Come abbiamo visto, tali regole vanno oltre i suggerimenti per svolgere nel modo migliore il ruolo di esperti sulla scena giudiziaria, preso atto con filosofia delle esigenze intrinseche a quella funzione, ma si generalizzano ponendo istanze di rilevanza deontologica estese a tutto l'esercizio professionale.

Kuhenle (1996) affronta il problema dei ruoli multipli che i professionisti della salute mentale devono ricoprire nei casi di abuso sessuale partendo dal principio, e cioè dalla *formazione di base* necessaria per cimentarsi con compiti tanto difficili: lodevole prospettiva, molto meno discutibile rispetto a più sofisticati suggerimenti di merito su come esercitare le proprie competenze. Citando una precedente determinazione della American Professional Society on the Abuse of Children (APSAC, 1990), le linee-guida circa la qualificazione del valutatore elencano i seguenti *requisiti*: una laurea in disciplina attinente alla salute mentale; un'esperienza clinica come diagnosta e terapeuta di bambini e famiglie, della durata di almeno due anni, più altrettanti di esperienza

professionale con bambini sessualmente abusati, ambedue fondati sull'acquisizione di competenze specifiche attraverso corsi di studio documentati nel campo della psicologia dello sviluppo e dell'abuso sessuale all'infanzia; aggiornamento sulla letteratura riguardante il tema e padronanza delle dinamiche psicologiche conseguenti all'abuso; esperienza nel condurre valutazioni in ambito forense. Per quanto lo standard richiesto sia sicuramente alto, ***sembra indiscutibile l'esigenza di affrontare una problematica tanto delicata come l'abuso sessuale all'infanzia muniti di solide basi di conoscenza non solo delle specifiche manifestazioni delle piccole vittime, ma più ampiamente dello sviluppo infantile sul piano cognitivo, sociale, emotivo per non correre il rischio di male interpretare i dati.***

Altrettanto legittime sono le riflessioni successive degli stessi autori che *criticano l'abitudine, nei casi di non facile diagnosi, di fornire al bambino una precoce terapia, che in realtà si configura come una prolungata valutazione.* Essa rischia di rendere impossibile una chiara definizione del sospetto, mettendo il bambino nella condizione di essere a lungo sollecitato rispetto agli elementi che l'hanno suscitato, contaminando in parte il campo di osservazione e privando la vittima di una reale terapia. Di norma occorrerebbe invece completare una diagnosi prima di definire gli obiettivi del trattamento. Anche se questo tipo di setting è un terreno fertile per aiutare il bambino a svelare l'abuso sessuale, diventa poi difficile essere certi che lo svelamento corrisponda alla realtà, e si profila il rischio che esso divenga oggetto di discredito da parte di abili avvocati difensori una volta arrivati al processo, attraverso l'attacco all'impropria metodologia del valutatore.

L'altro tema su cui si soffermano gli autori è la *differenza tra il ruolo di diagnosta o terapeuta clinico e la condizione di valutatore o esperto forense.* Le notazioni circa le diverse funzioni che il professionista può ricoprire sul piano giudiziario sono ampiamente convergenti con quanto già esposto: l'esperto forense deve assistere con assoluta obiettività chi ha il compito di giudicare, fornendo informazioni che tracciano una sorta di strada verso la comprensione del soggetto direttamente implicato nel processo. Ma niente dimostra che in tale comprensione il giudizio degli esperti sia generalmente centrato. Gli autori citano studi sperimentali (Horner et al., 1993; Morison, Greene, 1992) che aprono prospettive non univoche sulla capacità validativa dei professionisti della salute mentale, almeno quando confrontati con casi particolarmente difficili, come quando le presunte vittime sono bambini molto piccoli e quando ci si basa soltanto sulle dichiarazioni degli stessi; da tali studi risulta che, *sebbene sia indiscutibile una buona convergenza dei clinici in ordine alle caratteristiche teoriche dell'abuso sessuale all'infanzia e delle piccole vittime, tale consenso non assicura che queste conoscenze siano applicate al singolo caso nello stesso modo portando a conclusioni analoghe.*

Altro punto fortemente sottolineato è *l'inopportunità di far coincidere il ruolo di valutatore o esperto forense con quello di diagnosta o terapeuta clinico:* facendo riferimento a determinazioni dell'American Psychological Association e dell'American Academy of Child and Adolescent Psychiatry che danno suggerimenti in tal senso, vengono delineati i rischi di conflitto d'interesse in cui il professionista può incorrere assommando in sé i due ruoli (muoversi nell'interesse del paziente o come supporto del giudice? mantenere la confidenzialità o rivelare ogni dato al tribunale?). *Sebbene le argomentazioni addotte giustifichino certamente una cautela nell'assumersi i due ruoli, non è chiaro quali possano essere i costi per il bambino del separare rigidamente le funzioni, sottoponendolo al vaglio di più professionisti e privandolo del supporto diretto di chi lo cura proprio nel momento del difficile impatto col piano legale.* E proprio in questo punto sembra subire un calo il tono generale improntato a buona comprensione dell'animo clinico prevalente del professionista della salute mentale e delle conseguenti problematiche incontrate nell'occuparsi di abuso sessuale all'infanzia.

Ceci e Bruck (1995) nell'affrontare i temi dell'etica professionale per i professionisti che compaiono sulla scena giudiziaria mettono a fuoco maggiormente l'interpretazione delle dichiarazioni del bambino. Come sempre i requisiti dell'esperto devono garantire alto livello di competenza e di equilibrio nel vagliare i punti a favore e a sfavore della credibilità dei bambini (si

parla essenzialmente di testimonianze tecniche con funzione di istruzione generale dei giudici). Gli autori precisano una serie di punti base riguardo al *tema della suggestionabilità* (vedi anche il cap II/4), che sintetizzano i risultati della ricerca più recente: essi mettono in luce un panorama articolato. *Da un lato si afferma che i bambini sono tanto più suggestionabili quanto più sono piccoli*, con la possibilità di alterare non tanto il loro racconto quanto il loro stesso ricordo degli eventi. Di conseguenza bisogna prendere le opportune misure per non incrementare la suggestionabilità, attraverso tecniche di intervista adatte: queste saranno tese a privilegiare i racconti spontanei, a non mostrare atteggiamenti giudicanti, a non intervistare ripetutamente il bambino, a non fare domande direttive; così è possibile scongiurare il rischio di alterare le dichiarazioni. Va anche rilevato che mancano al momento attuali conoscenze sufficienti di quali sono i fattori personali che possono rendere un bambino più o meno immune dalle suggestioni.

D'altro canto è necessario che l'esperto sia anche obiettivo nel fornire elementi a favore della non suggestionabilità dei bambini: anche se i risultati variano drammaticamente nei vari studi sperimentali a riguardo, va constatato che, pure nelle condizioni di maggiore pressione, sempre ci sono piccoli che resistono alla suggestione, e che la quota di quelli che invece la subiscono è in alcune ricerche piuttosto ridotta (intorno al 10%, nello studio di Ceci, Ross, Taglia, 1987). Nelle situazioni reali ancor più è stupefacente la capacità dei piccoli di resistere a tecniche suggestive, continuando nella negazione, vera o falsa, dell'abuso. Va inoltre ricordato a questo proposito che *il bambino spesso è già stato oggetto di suggestione, e assai pesante, da parte dell'abusante* circa il mantenimento del segreto: anche a questa più potente suggestione esistono deroghe e non è facile comprendere per quali fattori alcuni cedano all'intimazione e altri no. Esistono inoltre dimostrazioni sperimentali che anche domande suggestive, se impiegate occasionalmente e non allo scopo di confermare un proprio pregiudizio, hanno scarso impatto negativo e non costituiscono un grave problema di contaminazione delle dichiarazioni. Un'ulteriore considerazione va fatta sull'errore di considerare le rivelazioni dei bambini come un tutto unico, che, se alterato in una parte, necessariamente comporta la non autenticità delle altre parti. Ciò non è dimostrato: è anzi possibile che vengano distorti o persi dettagli periferici o non significativi mantenendo l'integrità del ricordo su aspetti più importanti. Infatti *una delle prerogative della memoria umana è di essere selettiva*.

A giudizio degli autori, queste semplici regole di correttezza circa i contenuti su cui informare il tribunale rischiano di essere fortemente disattese, sia per l'inadeguatezza dei tecnici agli standard di competenza scientifica necessari, sia per il particolare clima che si crea sovente in un processo, dove la difesa prende come bersaglio l'esperto e lo spinge emotivamente a difendere la propria dignità, superando i dovuti limiti e cadendo in schieramenti inopportuni. Ciò è tanto più mal posto se si considera che i tecnici dovrebbero ammettere la loro bassa capacità di distinguere un racconto vero da uno falso, come dimostrano parecchi studi sperimentali: anche se va sempre rammentata la differenza sovente profonda tra gli eventi intorno a cui vengono costruite queste ricerche e un effettivo trauma sessuale, tuttavia i risultati non cessano di essere inquietanti. Sempre nella direzione del mantenere un tono di cauta obiettività, piuttosto che pretendere di avere certezze assolute, incoraggiano anche gli studi che documentano come di fronte alla presentazione accurata di un caso, attraverso osservazione comportamentale, dati anamnestici e videoregistrazione delle dichiarazioni del bambino (Horner, Guyer, Kalter, 1993), i professionisti si dividevano in fasce estreme a favore e a sfavore della sussistenza dell'abuso. *Poichè è necessario dedurre che non esistano quindi indicatori certi di una situazione di abuso, prudenza e correttezza sono di rigore*.

Gli autori esprimono la loro preoccupazione che, moltiplicandosi l'impiego di esperti forensi nei processi, la situazione di diversificazione di comportamenti e giudizi arrivi prima all'attenzione dei tribunali che dei tecnici stessi. Come faranno infatti i giudici a distinguere tra testimonianze di esperti affidabili e non, e a darsi delle regole circa la loro ammissibilità sulla base dei requisiti tecnici, quando neppure i più aggiornati professionisti trovano convergenze sicure tra loro? ***E' quindi, a loro avviso, urgente compito delle associazioni di categoria stilare linee-guida di comportamento e di adeguatezza scientifica nonché deontologica per evitare il rischio che le***

inconsistenze di opinioni che già da tempo stanno venendo alla luce minino la credibilità degli esperti agli occhi dei giudici, facendo perdere ai bambini, come agli accusati, il contributo ancora indispensabile e prezioso di chi conosce dall'interno il difficile tema dell'abuso sessuale all'infanzia.

3.2 Il panorama italiano

Ancora una volta è opportuno *uno sguardo alla situazione italiana*. In un clima che, come abbiamo visto nel precedente paragrafo, può essere considerato almeno in teoria particolarmente favorevole dal punto di vista della preoccupazione degli organi giudiziari di utilizzare appieno il contesto clinico per dotarsi delle informazioni necessarie cercando di non nuocere al minore, *ci sarebbe da attendersi un corrispondente clima di confronto tra tecnici improntato a non rigide contrapposizioni* tra professionisti operanti nell'area della diagnosi e cura e quelli operanti nell'area degli accertamenti giudiziari. Non è così.

L'Associazione Italiana di Psicologia Giuridica ha stilato, nel 1999 (Gulotta, 2000), le "Linee guida deontologiche per lo Psicologo Forense", colmando quella che era stata individuata come una lacuna deprecabile nella realtà italiana, a confronto con quella statunitense. Il documento, che contiene affermazioni pienamente condivisibili da tutti gli esperti in psicologia e psichiatria circa la necessità di accurato e corretto esercizio delle proprie competenze professionali, tiene a precisare l'obbligo di documentare i limiti del parere espresso, di esplorare ipotesi alternative alla propria, di denunciare l'impossibilità di arrivare a conclusioni senza aver esaminato tutte le parti in causa proprio nei casi di abuso sessuale intrafamiliare. Affermazione rinforzata da altre successive circa l'indispensabilità di esaminare direttamente il minore al fine di esprimere un parere sull'assetto psicologico dello stesso. Si legge tra le righe un orientamento a descrivere piuttosto che a pronunciare giudizi e, soprattutto, una ridotta disponibilità a utilizzare materiale psicologico acquisito in ambiti diversi da quello giudiziario per costruire il proprio parere tecnico, in direzione contraria a quanto auspicato dagli stessi magistrati (Forno, op. cit.). La ragione di ciò è deducibile dal punto 16, che afferma l'incompatibilità del ruolo dell'esperto con quello del terapeuta. Infatti, "l'alleanza terapeutica, che è la caratteristica relazionale che domina la realtà psicoterapeutica, è incompatibile con il distacco che il perito e il consulente tecnico devono mantenere nel processo". Tale affermazione, ben più diretta di altre che arrivavano alla stessa incompatibilità sulla base di presunte limitazioni inerenti alle procedure giudiziarie (si veda il commento dello stesso Gulotta alla Dichiarazione di consenso, del 1999, e le successive argomentazioni di Forno in merito, sempre nel 1999c), chiarisce una *diffidenza pregiudiziale circa l'obiettività di un parere tecnico costruito in sede clinica, indipendentemente dalla valutazione degli strumenti e dei criteri utilizzati*.

Nella stessa linea si situano Amerio e Catanesi (1999) che, sempre interpretando il pensiero degli psichiatri forensi, attaccano il concetto stesso di compatibilità psicologica, tra funzionamento psichico della presunta piccola vittima e l'ipotesi di abuso, che, come si ricorderà, era stato considerato un punto, ancorchè non probante, almeno utile nella visione del magistrato (Forno, 1999c). Approfittando dell'abituale confusione tra la rilevazione di singoli indicatori correlabili a traumi sessuali (e quindi quasi sempre aspecifici) e la rilevazione di un complesso articolato di sintomi, comportamenti e vissuti interni (complesso che ogni diagnosta che si rispetti dovrebbe ricercare prima di formulare un giudizio e che ha valore ben diverso di una semplice lista di indicatori), gli autori sottolineano la pericolosità dello stesso uso della parola e del concetto di compatibilità. Anche se compatibilità significa in sostanza possibilità (e già tale interpretazione è riduttiva), tuttavia "la parola compatibilità è carica di suggestione molto più di possibilità". Segue l'illazione che chi usa questo concetto si uniformi a una logica verificazionista, non scientifica e adesiva alle aspettative dell'accusa. Gli autori proseguono affermando che "a nostro avviso è di gran lunga preferibile che l'esperto, in simili casi, non tragga conclusioni, che in questo ambito non possono che appartenere al Magistrato, l'unico ad avere cognizione completa della vicenda. Il nostro

diviene allora un dato eminentemente descrittivo, lasciando al prudente apprezzamento del Magistrato la loro valutazione ai fini della sostenibilità dell'ipotesi accusatoria".

Coerentemente, poco dopo viene affermata "l'opportunità, a nostro avviso inderogabile, di tenere separati ruolo terapeutico e peritale" (anche come consulente di parte), in quanto il terapeuta manca del distacco che è presupposto per mantenere l'obiettività nell'indagine, cosa possibile soltanto a un "osservatore tecnico neutrale". Addirittura, anche se non dichiarato espressamente, sembra di dedurre anche l'inopportunità del coinvolgimento del terapeuta come testimone, per il rischio di trasferire nel processo dati non acquisiti in sede giudiziaria e nell'ipotesi che l'eventuale fallimento sul piano processuale possa compromettere il rapporto terapeutico.

Al di là della valutazione dei singoli dettagli, ***si rileva un orientamento dei tecnici forensi molto rigido rispetto ai limiti non tanto del proprio ruolo quanto di quello dei clinici***, negando a questi ultimi ogni diritto a far valere la propria competenza tecnica in ambito processuale e a favore del bambino: paradossalmente, Amerio e Catanesi arrivano a pensare che "ruolo terapeutico e ruolo peritale possono anche incrociarsi nel corso di una vicenda peritale, ma solo nel senso che anche il perito finisce per agire all'interno di una dimensione che può acquisire valenze terapeutiche". Rientra quindi dalla finestra quello che era stato cacciato dalla porta e c'è legittimamente da chiedersi quale sia il "nemico" da esorcizzare: se una questione di forma o piuttosto una questione di contenuto, che si suppone che i clinici potrebbero riversare nelle aule di giustizia presentificando il mondo dolente dei loro piccoli pazienti.

Ma vediamo altre espressioni della stessa corrente di pensiero.

Nel libro a cura di De Cataldo (1997) si può dire trasversale il tema della neutralità del consulente tecnico quando chiamato a pronunciarsi su un'ipotesi di abuso sessuale. Tra i diversi collaboratori, possiamo citare Gentilomo, per avvertimenti del tutto analoghi a quanto sopra circa il concetto di "compatibilità" di quanto rilevato, come dati medici e/o psicologici, e l'ipotesi di abuso; De Cataldo, per quanto riguarda il pericolo rappresentato dalla fusione dei ruoli di consulente e psicoterapeuta, supposta come gravemente interferente ai fini della ricerca della verità; Gulotta, per l'opinione che i clinici sovrastimino il fenomeno dell'abuso, descrivendo, in modo un po' caricaturale e tagliato su stereotipi superati, lo psicoterapeuta come chi accoglie tutto il materiale portato dal paziente, non preoccupandosi del fatto che sia vero o falso, e non è equipaggiato per distinguere realtà da fantasie. Altri contributi nello stesso volume descrivono le modalità di interazione tra perito e periziando, specie quando presunta vittima: *colpisce il tentativo di conciliare il presupposto della "distanza emotiva" e della "neutralità" con la necessità di offrire alla vittima stessa un accoglimento tipico dei contesti di consultazione psicologica*. Gatto afferma che la conoscenza dell'altro implica la partecipazione del proprio modo di pensare e delle proprie emozioni, e che compito del perito è conoscere e comprendere le persone, contenendole emotivamente e sostenendole nelle difficoltà. Fornari e Lagazzi insistono sul dovere deontologico del perito di anteporre a tutto il rispetto della persona umana, la chiarezza nel presentare il proprio ruolo e nel lasciare al periziando la facoltà di consentire o meno all'indagine: non va costruita la "vittima oggetto" e va salvaguardato il segreto professionale per aspetti emersi non direttamente rilevanti ai fini del quesito peritale; ciò anche in vista del fatto che le indagini psicologiche, escluse per l'indagato, sono praticabili per la vittima purchè all'interno di un fine di tutela, e che l'eventuale evidenziazione di problemi psicologici, se per l'indagato può comportare vantaggi sul piano processuale, per la vittima può comportare risvolti stigmatizzanti. Gli autori affermano che solo la modalità dell'ascolto partecipativo consente di raccogliere una gran massa di dati.

Anche nel capitolo firmato dagli stessi autori contenuto nel volume a cura di De Cataldo del 1999, gli stessi principi vengono identicamente enunciati e descritti per quanto riguarda la perizia sull'accusato nei casi di sospetto abuso. Ancora una volta la gravità dello sdegno per la supposta incapacità di alcuni sedicenti esperti, e la cura messa nel definire in modo generico i minimi di competenza del perito, contrastano con la povertà di indicazioni "in positivo" per chi è impegnato nella valutazione.

Come dunque si arriva alla conciliazione di una serie di indicazioni di comportamento del tutto analoghe a quelle che presiedono alla pratica clinica con l'indicazione apparentemente opposta della "neutralità" e "distanza emotiva"? Si può affermare che la sintesi tra opposti avvenga proponendo una sorta di osservazione "svuotata": se Gatto arriva a concludere che il fatto che l'abuso sia realmente avvenuto non è l'elemento fondamentale, neppure in un'ottica peritale, Fornari e Lagazzi danno per assunto l'impossibilità di comprendere fino in fondo l'esperienza altrui e come indicazione quella di attenersi a una descrizione delle informazioni raccolte, separando da esse interpretazione e valutazione delle stesse e mirando a trasmettere una imprecisata "verità umana".

Nel 1999 gli stessi autori (op. cit.) ribadiscono la medesima linea di pensiero nel caso di perizia su presunti abusanti. Va notato come, proprio in quest'ultimo caso, gli stessi autori affermino quanto sia comune la negazione nei soggetti da esaminare: negazione per cui, tenuto altresì conto del contesto giudiziario, modalità di "ascolto partecipe" e di "descrizione" non interpretativa di quanto raccolto paiono profondamente sproporzionate a poter cogliere la cosiddetta "verità umana".

E' forse proprio questo atteggiamento "astensionista" che caratterizza più di ogni altro aspetto la posizione di tutti questi autori. Analogamente Di Cori e Sabatello (2000), nel trattare il tema delle false denunce, richiamano ancora una volta alla "neutralità" come "non sapere cosa è successo" e non formarsi idee in proposito. Tale "non sapere" è tutto sbilanciato nella direzione della massima prudenza nel giudicare i dati raccolti, della puntigliosa raccolta anamnestica di ogni possibile origine di eventuali indicatori di disagio diversa dall'abuso. Ancora una volta c'è preciso distanziamento da metodi volti al "semplice riscontro della compatibilità del quadro sintomatico attuale presentato dal bambino, con l'ipotesi accusatoria".

Quindi, si potrebbe dire che l'imperativo trasversale a questa corrente di opinioni sia quello di un atteggiamento formalmente aperto alla vittima da esaminare, ma che concettualmente impone una vera distanza nel pensiero sulla stessa: si direbbe che il tecnico forense abbia il dovere di specificamente resistere alla supposta fascinazione esercitata dall'ipotesi che abuso ci sia stato.

Tale pensiero ancor più colpisce se si passa da enunciati teorici a traduzioni operative. Non sono molti gli autori che danno esempi concreti di come declinano nella prassi questa presa di distanza. Un primo flash ci viene ancora dal libro di De Cataldo (1997) nel contributo di Gulotta: è stupefacente come possa proporre, come metodo che favorisce la conoscenza dei fatti, l'opportunità di porre al bambino che sta testimoniando domande tipo: "Hai mai pensato che quello che hai detto non è vero? Sai che se dici bugie nessuno ti punisce?". A parte l'esercizio evidente, in questi esempi, di suggestione negativa (cioè una suggestione finalizzata a introdurre dubbi nel piccolo testimone o a invogliarlo ad ammettere di avere mentito), suggestione che viene consigliata come sistema e quindi non connessa a particolari indicatori ritrovati, affiora smaccatamente il fatto che la sbandierata "distanza" e "neutralità" corrispondono in realtà a un forte sbilanciamento dalla parte della incredibilità o della indimostrabilità dell'abuso, utilizzato quasi come antidoto rispetto alla "tentazione" di lasciarsi convincere e trascinare dall'ipotesi della sua veridicità.

Analogamente Bellussi (in De Cataldo, 1999), parlando dell'accertamento della verità, afferma: "va anche detto che, salve situazioni eccezionali, le dichiarazioni rese dal minore non sono mai attendibili, e tanto meno lo sono quanto minore sia l'età"; affermazione che si pone drammaticamente fuori da qualsiasi dato scientifico presente nella letteratura sul tema. Ancora più sconcertante è la frase successiva: "... ricordandomi di essere uno psicoterapeuta, dirò che il fanciullo ha il diritto di mentire, e forse il dovere se questo innesta dinamiche compensative e riequilibratrici, e che questo diritto deve essere adeguatamente tutelato da noi". A parte il rischio patologizzante di tale posizione (se "mentire" può essere espressione di grezzi meccanismi di difesa di fronte al dolore e al trauma, tali difese, oltre ogni dubbio, sono tutt'altro che sane e funzionali), che dire di tali "regolette auree" in ordine all'auspicato "accertamento della verità"?

Ciò che pare di poter dedurre, in altre parole, è che essere "neutrali" sia il risultato di operazioni tutt'altro che neutrali.

Ancor maggiore sconcerto suscita la lettura di uno scritto di Rossi (2001). L'autore, nell'affrontare il tema della metodologia nella consulenza tecnica nei casi di abuso sessuale, parte dalla stigmatizzazione di un serpeggiante comportamento confuso e "disinvolto" dei tecnici nel misurarsi con argomenti tanto delicati, che configura a suo avviso "un universo di prestazioni in cui l'utilizzo dei dati scientifici appare molto ridotto con conseguenze gravi sul piano operativo, nell'ambito delle garanzie di giustizia rispetto a cui la consulenza appare funzionale". Prosegue focalizzandosi sull'intervista al bambino ed esponendo correttamente le metodiche più accreditate in letteratura di raccolta e interpretazione della stessa. Poi comincia con esemplificazioni concrete: e proprio qui affiora quello che la correttezza teorica non poteva far supporre. Per fare soltanto alcuni esempi, smentisce la sua stessa precedente proposta del SVA (Statement Validity Analysis) come sistema principale di validazione delle dichiarazioni del bambino, arrivando a dire che esso vale solo quando ci sono altre evidenze schiaccianti (confessione, prove fisiche, testimoni oculari, prove poligrafiche), azzerandone quindi il significato; riduce in modo eccessivo la credibilità di dichiarazioni che siano state rese a più interlocutori o che arrivino alla sede giudiziaria dopo tempo (poco più di un anno gli sembra troppo, cosa che, con i tempi della giustizia, invaliderebbe per definizione quasi ogni sospetto di abuso sessuale); dopo avere parlato dell'importanza dell'esplorazione del funzionamento psicologico della presunta vittima, nega che nei "proiettivi" possa esserci "la rappresentazione proiettata di un fatto realmente accaduto" (anche quando questo "fatto" ha invaso la vita della vittima per molto tempo?); contraddice l'importanza da lui teoricamente attribuita all'anamnesi, escludendo che si possano raccogliere dalla madre (se denunciante) descrizioni dello stato d'animo del bambino, o che si possa attribuire un valore a qualsiasi indicatore di malessere (compresi i comportamenti sessualizzati su cui pure la ricerca ha introdotto sofisticate scale d'importanza); trae spunto dalle imperfezioni della memoria post-traumatica non per convalidare l'esistenza di trauma anche in assenza di memoria precisa, come ci si attenderebbe, ma al contrario per screditare comunque quanto dichiarato dal bambino, pur se preciso. E si potrebbe continuare ancora. Si conferma quindi che, dietro la parola "scientificità" sta lo sforzo di svuotare qualsiasi presupposto scientifico di validità o applicabilità concreta.

Non tutto il panorama dei tecnici è tuttavia omogeneo, sul tema dei principi a cui attenersi nel condurre una validazione di abuso sessuale anche in ambito forense.

Una prospettiva flessibile e aperta ad apprezzare la significatività a un tempo clinica e giudiziaria dell'intervento con il minore presunta vittima è descritta da Dettore e Fuligni (1999): molto smussata appare la disamina sulle cosiddette "domande suggestive", qui ridotte a "inopportune"; c'è attenzione a un processo di validazione del sospetto abuso che tenga conto di più variabili, anche se viene approfondito soprattutto l'aspetto delle dichiarazioni dei bambini. In particolare è significativo che, all'esatto opposto degli autori precedentemente citati, si elenchi una serie di pregiudizi (bias), che possono prendere in trappola i diagnostici offuscando in loro la possibilità di accedere alla verità dei fatti, di segno contrario rispetto a quelli continuamente sottolineati dagli altri: bisogna guardarsi, secondo gli autori, dal pensare che gli abusi siano fantasie, che siano rari, che persone di alto ceto sociale non possano essere abusanti, che le madri siano sempre o reticenti e colluse oppure false accusatrici. *In definitiva, ciò che bisogna accuratamente evitare è il porsi in una posizione mentale che porti a credere improbabile un fenomeno, l'abuso, che invece è molto probabile.*

Ancora più all'opposto si muove tutto un altro filone di pensiero, che trae dai riferimenti di base psicodinamici tutt'altro che l'indecidibilità tra fantasie sessuali e realtà. Rocca e Foti (1994), citando abbondanti fonti bibliografiche, illustrano il concetto di empatia come l'unico che può fondare la comprensione del paziente, e quindi anche di ogni soggetto da conoscere nel suo funzionamento psicologico, indicando tale atteggiamento come indispensabile per tutti gli operatori interessati a comprendere la vittima di abuso sessuale. Gli autori affermano che "non si tratta di tenere in vita l'illusione positivista di una ricostruzione oggettiva delle vicende relazionali traumatiche vissute dal paziente nel proprio passato, ma di tenere conto in modo empatico del rapporto dialettico innegabile tra vicende esterne e vicende interne, tra storia e soggettività". Contrastare il rifiuto aprioristico a

prendere in considerazione la probabilità delle denunce di abuso sessuale deve diventare metodo non solo per il terapeuta, ma anche di qualunque altro adulto che riceva la rivelazione del bambino. Coerentemente al fatto che gli assunti di base che definiscono le professioni di aiuto non possono venir meno anche quando si operi in veste di esperti in ambito giudiziario, Guasto (1998) afferma che il principio della conoscenza attraverso la costruzione di un rapporto empatico deve essere regola anche per il consulente tecnico. L'autore afferma che "la peculiare caratteristica dell'oggetto di indagine psicologica, che è quella di essere vivente, conferisce all'atto conoscitivo uno statuto epistemologico del tutto particolare, che si basa su due punti fondamentali: l'impossibilità di impedire un influenzamento e quindi una modifica dell'oggetto di indagine da parte dell'osservatore, da cui discende la necessità di includere l'osservatore stesso nel campo d'indagine, e l'aspetto congetturale della metodologia d'indagine". Perciò, ciascuno che abbia il compito di diagnosticare trae le proprie convinzioni non soltanto dalla rilevanza dei dati oggettivi di cui dispone, ma soprattutto e imprescindibilmente dalla risonanza emotiva che la percezione e la riflessione sui dati provocano in lui: via impervia, ma governabile, purchè l'osservatore abbia una sufficiente consapevolezza dei suoi processi di conoscenza. Al contrario, *"non si potrebbe che considerare falsa e ideologica qualsiasi indagine che pretendesse di conservare, soprattutto in un ambito tanto connotato da emozioni violente, una fredda e notarile obiettività"*. Tale tendenza, anzi, è riconosciuta come sintomo di un atteggiamento di evitamento fobico, se non apertamente sadico, in quanto può rendersi facilmente responsabile di una nuova esperienza traumatica (questa volta di natura giudiziaria) in danno del minore abusato. L'autore tiene a precisare che quanto sopra non vale soltanto nella direzione della disponibilità a confrontarsi a fondo con l'ipotesi di un vero abuso, ma anche con quella di una falsa denuncia.

Una riflessione a questo punto si impone: tutto quanto sopra viene a confermare che le conseguenze più pesanti dell'incrocio dei tecnici con la giustizia nei casi di abuso sessuale sono di gran lunga quelle evocate all'interno della comunità scientifica.

Una messa a fuoco particolare nel complessivo dibattito sopra illustrato merita il tema della *raccolta della rivelazione del bambino*. Ancorchè sia diffusa la conoscenza empirica del fatto che è imprevedibile la scelta da parte delle piccole vittime degli interlocutori adatti, scelta che segue criteri squisitamente personali e relazionali, una corrente di pensiero vorrebbe che ogni dialogo si trasformi in "intervista" o "investigazione", circondandolo di una serie di artifici tecnici che difficilmente ne possono salvaguardare la spontaneità, pretendendo di precludere qualsiasi altra forma di conversazione libera in un contesto fiduciario. Anche in questo caso, l'orientamento espresso dal magistrato si discosta da quello sopra descritto, arrivando addirittura ad auspicare e favorire tali contesti fiduciosi (con il genitore protettivo, con l'educatore, con il terapeuta). Tale orientamento è più in linea con chi tra i tecnici (Guasto, 2001) afferma che vanno in ogni modo salvaguardate e valorizzate le "rivelazioni allo stato nascente" della piccola vittima, rese a chi essa sente che può offrirle valido contenimento, e il rispetto dei tempi di mentalizzazione dei ricordi traumatici, processo spesso lungo e sofferto che non va fatto abortire attraverso rischieste troppo precoci e incongrue di rendere testimonianza in ambito giudiziario o di esprimersi in ambito peritale.

3.3 Riflessioni critiche

Ma è proprio giustificato questo 'mea culpa' generalizzato che sembra aver scosso la coscienza dei clinici nel momento dell'impatto con il mondo giudiziario, inducendoli ad aspre autocritiche e a desiderare che nuove e più stringenti regole li obblighino a un rigore prima sconosciuto?

Fortunatamente Lyon e Koehler (1998) riescono in parte a ristabilire un po' di equilibrio in una problematica che è troppo rischioso affrontare con criteri assoluti e a ridare dignità a una pratica

che, anche se certamente imperfetta, ha avuto la grande funzione di portare all'affioramento e di prendere in carico l'orrore sommerso dell'abuso sessuale all'infanzia.

Gli autori sintetizzano il *dibattito in corso* (il loro contributo compare significativamente come commento globale ai precedenti capitoli del volume di Ceci e Hembrooke, già ampiamente citato e che si occupa proprio dell'esperto forense nei casi di abuso sessuale all'infanzia) distinguendo la posizione dei professionisti operativi, che confidano nelle proprie capacità validate e volentieri compaiono nei processi per supportare la posizione dei loro piccoli clienti, e la posizione dei ricercatori, che invece giudicano segno di scarso rigore etico e scientifico il comportamento dei primi e sono riluttanti a comparire nei processi perchè avvertono con malessere la pressione a prendere partito, che li costringe a distanziarsi dalla neutralità che si addice agli scienziati.

Appena questo tipo di battaglia si spegne, tuttavia, emergono anche nella schiera dei ricercatori dei disaccordi che riproducono la contesa, anche se a un livello più elevato e teorico. Soprattutto due temi sono al centro del conflitto, *i sintomi comportamentali e la suggestionabilità*.

Per quanto riguarda il *primo problema*, gli autori avanzano la *riflessione che posizioni troppo estremiste non siano giustificate in questo campo*. Il fatto che alcuni di questi sintomi compaiano anche nei bambini non abusati, che non siano rilevabili in una buona quota degli abusati o che le piccole vittime a volte non mostrino sintomi di alcun genere, non può condurre a escludere in toto la validità del segnale. Come in tutti i tipi di diagnosi, *quel che conta è la prevalenza relativa del sintomo*: se un comportamento è osservato in misura significativamente differente tra la popolazione degli abusati e dei non abusati, esso, quando compare, è sicuramente un indicatore suggestivo, che aumenta la probabilità che ci troviamo di fronte a una vittima. Questo tipo di giudizio *non può essere considerato conclusivo*: ciò avviene solo se quel segno si rileva in alcuni bambini abusati e non compare mai nei bambini non abusati. Tuttavia ***anche un ragionamento probabilistico ha una dignità indiscussa, come avviene in ogni processo diagnostico***. Il problema diventa quindi l'importanza che i professionisti attribuiscono rispettivamente al rischio del verificarsi di falsi positivi o di falsi negativi: problema su cui tecnici che agiscono nel rispetto della deontologia possono avere legittimamente opinioni differenti. Solo chi ritenesse che ci può essere soltanto "tolleranza zero" rispetto al rischio di falsi positivi può arrivare ad escludere dalle testimonianze forensi ogni segno che non sia conclusivo. *Bisogna essere consapevoli però che tale atteggiamento aumenta molto la possibilità di falsi negativi*.

Tali considerazioni sono applicate dagli autori specificamente ai comportamenti sessualizzati e ai segni di PTSD (Post Traumatic Stress Disorder). In questo esame c'è l'occasione di mettere in evidenza *altri concetti chiave*. Uno di essi riguarda il ruolo fondamentale che, nel ragionamento diagnostico, ha l'attitudine a porsi in termini di *diagnosi differenziale*. Anche se un segno non compare soltanto nei bambini abusati, va considerato nel dettaglio in quali altre condizioni è stato rilevato: se nessuna di quelle condizioni è applicabile alla situazione in esame, la probabilità che sia indicatore di abuso cresce.

Un altro punto base è la discussione del cosiddetto *pregiudizio diagnostico*, un atteggiamento che spingerebbe il valutatore, una volta colpito da segnali che lo inducono a sospettare l'abuso, a ricercare attivamente altri segnali concordanti con quelli già rilevati, col rischio di perdere la neutralità dell'osservazione o addirittura di produrre effetti iatrogeni attraverso le modalità investigative (vedi la critica all'uso delle bambole anatomiche). Tale pregiudizio può essere semplicemente minimizzato ricorrendo a metodi osservativi affidabili e registrabili.

In sintesi, gli autori concludono che ci sono buoni motivi per continuare ad utilizzare i segnali comportamentali anche come evidenze nelle aule di giustizia, perchè per essere probativo un indicatore non deve nè essere frequente nella popolazione degli abusati, nè inesistente nell'opposta: e ciò è solo questione di logica. Resta aperta tuttavia legittimamente la discussione su quale sia la soglia di significatività dei singoli segnali nella situazione data.

Per quanto riguarda l'altro punto del contendere, e cioè la *suggestionabilità*, pure sono presenti disaccordi tra i ricercatori, una volta scemata l'alleanza contro il nemico comune costituito dai

clinici troppo confidenti nella loro esperienza clinica, forzatamente non sistematica. C'è infatti dibattito sulla applicabilità dei risultati della ricerca alle situazioni reali: i contesti costruiti negli studi sperimentali contengono fattori abbastanza simili a quelli plurimi che caratterizzano i casi reali di abuso (*validità ecologica*)? e nelle interviste reali fatte ai bambini si ritrova davvero lo stesso livello di pressione suggestiva che viene artificialmente esercitata sui soggetti coinvolti negli studi? Gli autori, a partire dalle scarse conoscenze fattuali sulla potenzialità suggestiva delle tecniche realmente utilizzate nelle interviste, suggeriscono che *i professionisti dovrebbero astenersi nelle testimonianze tecniche dal mettere in guardia i giudici rispetto al rischio di suggestione in quel determinato caso*, a meno che non abbiano visionato la videoregistrazione e positivamente abbiano riscontrato passaggi suggestivi *e, soprattutto, esiti di suggestione nel bambino*. Un orientamento, come si vede, completamente opposto rispetto alla tendenza a introdurre sempre e comunque la preoccupazione per la suggestionabilità, come sostenuto da molti ricercatori quando compaiono nei processi. Gli autori anzi si chiedono se, data la frequente indisponibilità di tale documentazione e i forti dubbi sulla validità ecologica degli studi sperimentali a riguardo, forse è proprio la testimonianza sulla suggestionabilità che dovrebbe essere considerata inammissibile nei tribunali, anche se si rispondono che l'informazione, specie se in contesti legali poco istruiti sulla questione, continua ad avere una sua validità.

Le conclusioni degli autori portano a rilevare che *è del tutto fuori posto ingaggiare uno scontro tra presunti clinici ignoranti e pressapochisti e presunti scienziati rigorosi, in un campo dove le conoscenze scientifiche ancora scarseggiano e ciascuno è quindi obbligato ad azzardare inferenze dovendo trasportare alle situazioni reali i dati acquisiti nella ricerca sperimentale. Non è in questione quindi la correttezza deontologica di alcuni al contrario di altri, ma la limitatezza delle nostre conoscenze*.

Si apre a questo punto il varco ad un'altra domanda: *lo sforzo dei professionisti della salute mentale e delle scienze sociali per presentarsi al meglio delle loro possibilità in ambito giudiziario raccoglie almeno risultati congrui con le energie spese e nella direzione voluta?*

Una prima "cartina di tornasole" è costituita dal *dibattuto problema della documentazione del lavoro valutativo, e in particolare dell'uso di videoregistrare le interviste con il bambino*.

Ritorniamo a dare uno sguardo alla letteratura internazionale, approfondendo questo particolare non secondario nello sforzo di darsi regole condivise tra tecnici.

Vieth (1999) e Berliner (1999) constatano che il produrre la registrazione degli incontri del tecnico con il bambino è diventata una richiesta fissa degli avvocati della difesa. Infatti questo strumento permette di criticare le modalità investigative del valutatore, spostando il tiro dall'attacco al bambino, che appare sgradevole, all'attacco al professionista. E, avverte Berliner, non c'è alcuna speranza che anche il più accorto di essi riesca a sfuggire a critiche che sono in realtà usate come tattica processuale da parte della difesa, verificata come particolarmente efficace nel diminuire la credibilità del bambino oltre che dell'esperto che si riveli pericoloso per l'accusato. Non a caso, organizzazioni deputate alla difesa della vittime, come il National Children's Advocacy Center, hanno da tempo abbandonato tale pratica.

Nonostante i rischi di strumentalizzazione, *le linee-guida dell'American Professional Society on the Abuse of Children (APSAC, 1990) menzionano la videoregistrazione, rimettendone la scelta al professionista a seconda delle circostanze e opportunità, tra le forme raccomandate per tenere efficace documentazione del lavoro svolto. L'American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (AACAP) si spinge oltre prendendo una forte posizione a sostegno della videoregistrazione*.

Da più parti (anche delle stesse associazioni che ne consigliano l'uso) vengono anche avvertimenti circa i *possibili rischi nel ricorrere a questo strumento*. Mettere a disposizione della difesa ogni dettaglio della conversazione con il bambino, avverte Myers (1992), espone sia quest'ultimo che l'intervistatore all'enfatizzazione di piccole incongruenze o errori tecnici potenzialmente suggestivi. La piccola vittima può inoltre sentirsi imbarazzata dalla registrazione e

in certi casi anche indotta a non rivelare. Non si può poi escludere che questi documenti, una volta arrivati in tribunale, siano utilizzati da persone che non hanno riguardo per la riservatezza che meritano. In aggiunta, molte ore dovranno essere impiegate dalla corte per visionare il materiale e, ci si domanda, con quale competenza? Vieth (1999) chiede con forza che sia giudici che professionisti si sottopongano a un approfondito training, con continui aggiornamenti, circa il modo con cui si deve parlare a un bambino e si deve intendere il suo modo di comunicare, prima di rendere abituale l'utilizzo dello strumento della videoregistrazione: è infatti inutile e pericoloso dare in mano a persone che non sanno interpretarlo un presidio tecnico sofisticato, che richiede competenze di lettura specialistiche, come rinforza anche Berkowitz (1999).

Tuttavia sembra prevalere, pure nel dibattito, l'imperativo della massima correttezza quando si svolge la propria funzione valutativa: correttezza che comprende anche mettere a disposizione tutte le informazioni al tribunale, compresi gli eventuali errori tecnici, pur essendo ben consapevoli, come rileva acutamente Berliner (1999), che il maggior rischio di cattiva intervista al bambino è proprio nei controinterrogatori, che altro non sono che un campionario delle peggiori tecniche per fare pressione, confondere, indurre incongruenze nel suo racconto. Ciò nonostante, la cattiva coscienza dei difensori dell'imputato non scalza il desiderio dei tecnici di essere irreprensibili: essi addirittura sperano che questa trasparenza giovi a indurre i professionisti ad adeguare allo standard più elevato possibile le proprie competenze come intervistatori e a evitare con più attenzione il rischio di fraintendimento o contaminazione dei racconti dei bambini (Berliner, 1999; Broderick, 1999).

Tale direzione pare senza ritorno, e forse, realisticamente, l'unica che possa far sentire chi pratica professioni di aiuto con la coscienza tranquilla verso i propri piccoli pazienti e le loro famiglie. Va tuttavia notato che ***questa via non è affatto priva, per ora, di pesanti incidenti di percorso.***

A questo proposito fa molto riflettere il lavoro di Kovera e coll. (1997). Partendo da una vasta gamma di interrogativi sull'efficacia delle testimonianze tecniche, gli autori si concentrano sugli effetti di queste ultime nel favorire la credibilità del bambino. Il disegno sperimentale ha comportato la costruzione di un processo fittizio, ma il più possibile rispondente a caratteristiche reali perchè interpretato da un vero giudice, un vero ginecologo, un vero psicologo clinico e così via, e tracciato sulla falsa riga di un caso giudiziario reale, in cui i giurati erano costituiti da studenti universitari. *L'ipotesi da verificare concerneva il rischio che una testimonianza tecnica che, come al solito, mettesse in luce le caratteristiche tipiche di reticenza, esitazione e vergogna che le piccole vittime di abuso sovente mostrano agli interrogatori, finisse per penalizzare i bambini ben preparati, e per questo meno vistosamente affetti dalle difficoltà su menzionate; si sarebbe così individuato un possibile effetto boomerang delle testimonianze tecniche, che verrebbero a trovarsi in conflitto con il dovere di garantire al piccolo testimone un buon approccio alle incombenze giudiziarie per diminuire la eventualità di una recrudescenza di malessere.*

I finti giurati, quindi, sono stati sottoposti a vari tipi di apporti da parte dell'esperto in combinazione con comportamenti da parte del bambino espressivi o meno di disagio, nonostante l'identità dei contenuti proposti. L'esperto forniva o una testimonianza cosiddetta "standard", spiegando al tribunale i fattori tipici del comportamento dei bambini abusati; oppure "ripetitiva", cioè più lunga e contenente oltre a quanto sopra un ulteriore riassunto dei principali concetti esposti; oppure ancora "concreta", in cui ai dati teorici veniva aggiunta una specifica connessione di essi con il caso in esame. Studi precedenti avevano messo in luce la maggiore efficacia della testimonianza "concreta" nell'influenzare la decisione dei giudici, ma non esistevano dati sull'effetto combinato di questa con il tipo di testimonianza del bambino.

I risultati sono inquietanti. Le testimonianze "standard" e "ripetitiva" hanno un modesto impatto, maggiore per l'ultima, e mantengono i giudici più inclini a credere al bambino se il suo comportamento è assertivo, come accade se è ben preparato al processo: quindi non modificano le loro aspettative di base. La testimonianza "concreta" ha invece maggior potere di orientare il

pensiero dei giudici, ma li rende sensibili solo al bambino che si comporta secondo le attese indotte dal tecnico: quindi egli è giudicato più credibile se non preparato. Cade dunque la speranza che l'apporto del tecnico serva a ben disporre empaticamente il tribunale nei confronti del minore, qualunque comportamento manifesti, dimostrando di aver incrementato la flessibilità rispetto al variegato mondo delle piccole vittime.

Si pone di conseguenza la domanda su quale debba essere il migliore comportamento dell'esperto: se da un punto di vista professionale arrivare a proporre nelle aule di giustizia un ragionamento diagnostico non superficiale e generico è certo desiderabile, il compito clinico di supportare direttamente il bambino perchè affronti nel modo meno traumatico il processo sembra porsi in alternativa al primo. Meglio quindi essere meno efficaci come testimoni e concentrarsi nel preparare il bambino, rendendolo attraverso ciò credibile, oppure non prepararlo affatto e contare sulla possibilità di impressionare la corte dipingendolo tipicamente come fragile e inefficace?

Al di là dello specifico problema in esame, questo tipo di domande introduce necessariamente riflessioni di fondo su *qual è il fronte su cui è più doveroso per il tecnico spendersi, se obiettivi forensi e obiettivi clinici si trovano a confliggere.*

4. GLI OBIETTIVI DEI CLINICI NELL'INCROCIO CON L'AMBITO LEGALE

E' bene ricordare innanzitutto che le preoccupazioni dei clinici nell'incrocio con le procedure giudiziarie vanno ben oltre quelle sopra delineate e che assorbono tanto sforzo di definizione deontologica.

I professionisti della salute e delle scienze sociali sono infatti alle prese con il compito di meglio garantire in molti modi che innanzitutto *la voce della piccola vittima arrivi all'attenzione dei giudici* e in secondo luogo che *la sua comparsa sulla scena giudiziaria non sia fonte per lei di ulteriore trauma*, o almeno non troppo gravemente.

4.1 La segnalazione

Quanto al *primo problema*, sono in questione i primi passi della presa in carico del sospetto abuso: la segnalazione all'autorità giudiziaria e la possibilità di riferire in tribunale, a procedimento penale avviato, il contenuto delle dichiarazioni del bambino da parte dei suoi primi interlocutori, spesso chi si occupa clinicamente di lui.

Limber (**true and false allegations, 1995...**) offre interessanti riflessioni sul ruolo dei professionisti della salute mentale nella *segnalazione di un sospetto abuso*. L'autrice parte dalla constatazione, suffragata dalla revisione degli studi sull'argomento compilata da Brosig e Kalichman (1992), che circa il 40% dei professionisti ammette, nonostante una piena conoscenza dei suoi obblighi legali, di aver omesso talvolta la segnalazione di un sospetto abuso all'autorità giudiziaria. Quanto ai motivi di tale comportamento, le variabili collegate all'omissione sono l'interpretazione della legge, le caratteristiche dell'abuso (come gravità, peculiarità della vittima o del perpetratore, la quantità di dati disponibili), e fattori connessi al proprio esercizio della professione (paura delle conseguenze). *Il timore principale riguarda il potenziale conflitto tra il proprio ruolo di curante, legato quindi alla confidenzialità, e l'obbligo di segnalare; come corollario*, c'è anche la paura che assumere un simile comportamento possa scoraggiare i pazienti a rivelare, ottenendo l'effetto contrario a quello appunto sperato introducendo l'obbligo di segnalazione. *In secondo luogo, sono paventate conseguenze traumatiche nel mettere in moto la macchina istituzionale*, con la quale molti dicono di aver avuto cattive esperienze. E' proprio su questo punto che si sofferma l'autrice: l'obiettivo, infatti, non è tanto di richiamare i professionisti a un dovere fuori discussione e che essi per la maggior parte ben conoscono e teoricamente condividono, ma di verificare se effettivamente ha senso una sorta di ragionamento "caso per caso"

nell'ottemperarvi, in ragione di un superiore interesse e dei pazienti e della professione. Una completa revisione della letteratura a riguardo del primo e del secondo pericolo paventati dai professionisti, un danno alla relazione terapeutica e un trauma secondario ai bambini e alle loro famiglie, non conferma l'assunto. Anzi, la maggioranza dei genitori diventano ancora più desiderosi di far seguire il figlio, dopo la segnalazione, e si dicono in maggioranza soddisfatti dei cambiamenti che il coinvolgimento dei servizi sociali ha introdotto nella loro vita. Inoltre la relazione terapeutica rimane invariata o addirittura migliora nei tre quarti dei casi.

L'autrice conclude che certo sono desiderabili maggiori verifiche, ma che già ora i dati orientano per l'utilità della segnalazione; eventualmente, i miglioramenti necessari saranno da ottenere non sfuggendo in autonomia agli obblighi legali, ma collaborando con i servizi di protezione dell'infanzia e facendo proposte per l'adeguamento delle norme.

In aggiunta, l'autrice raccomanda che la segnalazione sia fatta in modo responsabile, in primo luogo informando preventivamente i pazienti in generale circa il dovere di rendere noti all'autorità giudiziaria eventuali fatti di abuso, rendendoli consapevoli quindi della scelta che fanno se decidono di rivelare; altrettanto importante è non ritardare la segnalazione in attesa di ottenere autonomamente prove del sospetto abuso.

Anche Crivillé (1994) si sofferma, trattando le problematiche dei professionisti di fronte al fenomeno dell'abuso, sulle difficoltà di operare una segnalazione tempestiva ma al contempo attenta alle esigenze del bambino. L'autore sottolinea la necessità di raccogliere ogni informazione, affinché la segnalazione risulti realmente utile per la piccola vittima e non sia connotata da precipitazione e urgenza; suggerisce di prendersi il tempo necessario per decidere, e di farlo non sotto la spinta di pressioni legali o ideologiche, ma tenendo presente innanzitutto i tempi del percorso del bambino: bisogna infatti evitare di porre lo stesso in una situazione di smarrimento e di confusione, analoga a quella da cui lo si vuole liberare.

Una conferma dell'opportunità della segnalazione viene indirettamente dal commento di Molodow (1999) al già citato (cap.II) articolo di Sgroi sul drammatico caso Mc Colgan, che ha scosso l'Irlanda. Si rammenterà che il caso riguarda quattro tra fratelli e sorelle che, divenuti maggiorenni, hanno denunciato per inadempienza il loro pediatra e i servizi di protezione dell'infanzia per non essere intervenuti con decisione quando multipli segnali avrebbero dovuto indirizzarli verso la sussistenza in famiglia di una grave situazione di maltrattamento fisico e di abuso sessuale ad opera del loro padre: processo vinto dai ragazzi, che ha sollevato un velo sull'inadeguatezza a proteggere di chi vi è preposto. Molodow porta l'attenzione non soltanto sulla riconferma del dovere di segnalare, ma su quale può essere l'effettivo seguito di tale iniziativa. Infatti nel caso in questione gli adempimenti di legge non hanno comportato azioni utili e incisive per risolvere il problema familiare. *Un'altra responsabilità grava quindi sulle spalle dei professionisti della salute mentale, e cioè l'obbligo di assicurarsi che la segnalazione abbia il seguito necessario, affinché la protezione dei bambini in pericolo possa aver luogo.*

4.2 Assicurarsi un ruolo protettivo sulla scena giudiziaria

Alexander (1995) prende in considerazione un passo ancora successivo, e cioè *la difficoltà di far ammettere nel processo le testimonianze (che da noi sarebbero definite "de relato") dei professionisti che hanno raccolto le iniziali rivelazioni della piccola vittima:* la sua presentazione del tema rispecchia la preoccupazione che ciò che indubbiamente è di vantaggio per il piccolo, costituendo una sorta di presentazione del problema ad opera degli adulti che si curano di lui e che spiana la strada rispetto al momento della sua diretta comparsa sulla scena processuale, non venga sbarrato da regole formali, tese a dare garanzie all'accusato. Di norma infatti le testimonianze "de relatu" sarebbero escluse, a meno che non si possa dimostrare che, nonostante siano filtrati da terzi, le caratteristiche dei contenuti riferiti depongono per la credibilità: tali sono ad esempio le dichiarazioni fatte dal bambino all'interno di un contesto di cura, teso a capire l'origine di un

malessere psicologico, perchè si dà atto che mentire in tale situazione è del tutto improbabile; e le dichiarazioni sottese da un tono emotivo di concitazione, come indicatore che chi parla è davvero sotto l'effetto di una forte emozione, il che corrobora l'ipotesi della veridicità degli eventi traumatici riferiti. L'autore esemplifica situazioni processuali davvero avvenute, suggerendo ai colleghi le cautele per presentare la propria testimonianza in modo che sia accettata, pur consapevoli della limitata prevedibilità dell'orientamento che assumerà il tribunale, a seguito delle argomentazioni portate dalla difesa.

Lo stesso autore illustra anche *l'altra esigenza, di risparmiare al bambino testimone un confronto diretto con l'accusato nelle aule di giustizia*: anche questo obiettivo viene presentato come indiscutibilmente fondato, ma messo a rischio dal diritto dell'accusato di fronteggiare direttamente il suo accusatore. *Ne conseguono suggerimenti sul ruolo del clinico, preferibilmente con competenza psichiatrica, nel far comprendere la fragilità del bambino*, documentando che verrebbe gravemente traumatizzato dal testimoniare in aula senza protezione. ***Ancora una volta il tono è quello di chi affronta i vincoli legali come un'avversità da aggirare, per raggiungere all'interno di regole sfavorevoli le condizioni per minimi di benessere della piccola vittima.***

Tale doppio obiettivo avrebbe dovuto essere garantito in Israele per legge. Come illustrano Sternberg e coll. (1996), fin dal 1955 la Law of Evidence Revision Protection of Children (LER-PC) aveva recepito la preoccupazione per l'impatto traumatico della testimonianza in tribunale sui bambini fino a 15 anni, sia vittime, sia testimoni, sia perpetratori di crimini sessuali. Ciò ha comportato la decisione che ogni intervista ai suddetti soggetti sarebbe dovuta avvenire da parte di cosiddetti "intervistatori minorili" (youth investigators), a cui sarebbe spettata anche ogni decisione successiva circa la possibilità di sottoporre il bambino a visita medica, di fargli identificare l'accusato, di farlo partecipare a procedure atte a ricostruire l'evento traumatico, fino alla testimonianza in tribunale. Nel caso queste prestazioni fossero state ritenute inopportune per la salute mentale del minore, l'intervistatore avrebbe potuto testimoniare in sua vece. Tale sistema propone uno sbilanciamento deciso nella direzione della protezione delle piccole vittime come obiettivo prioritario, impiegando come intermediari appunto professionisti con competenze più di tipo terapeutico che di tipo giudiziario: gli autori notano infatti che la maggioranza degli "intervistatori minorili" sono educatori o assistenti sociali che per la maggior parte del tempo svolgono la mansione di supervisori di perpetratori minorenni in regime di messa alla prova; inoltre, anche se la legge non attribuisce loro precisi compiti di cura nei confronti degli intervistati, l'opportunità di un orientamento terapeutico è sovente menzionata nei documenti ufficiali ed è percepita da questi professionisti come una parte importante del loro lavoro.

Tuttavia, come bene argomentano gli autori, *non sono determinazioni, pure tassative, "sulla carta"* (anche se continuamente confermate a seguito dei lavori di un'apposita commissione deputata alla riforma della legge) *che possono risolvere contraddizioni di fondo*. Da un lato gli stessi "investigatori" si sentono in conflitto tra la propria funzione terapeutica, che sentono come principale, e la mansione forense loro attribuita: in tal senso concludono le due rilevazioni di Eigelstein (1991, 1993), citate dagli autori, che attribuiscono a tale conflitto sia il turn-over elevato di questi professionisti sia la loro riluttanza ad acquisire più precise competenze forensi. Naturale conseguenza di tale atteggiamento appare anche il fatto che il numero dei bambini ritenuti adatti alla testimonianza in tribunale, secondo gli "investigatori minorili", è scesa dal 28% nel 1984 al 6.8% nel 1993. Dal canto loro i giudici, pur rispettando la protezione del bambino, lamentano la cronica mancanza di prove che possano corroborare l'accusa e garantire un equo processo agli accusati, nonchè l'impossibilità di farsi un'autonoma opinione sul piccolo testimone: di conseguenza meno del 10% delle denunce ha un seguito giudiziario, anche se la maggior parte sono ritenute credibili. *E' immediato chiedersi se, sia pure in un delicato bilancio costi-benefici, sia più pericoloso per il bambino affrontare lo stress della testimonianza oppure essere quasi inevitabilmente esposto al rischio di ricadere nelle mani del proprio abusante impunito.*

Su questo dibattuto argomento, quello della protezione durante gli adempimenti giudiziari (oggetto anche del cap.III), e del ruolo in essa dei professionisti di area psicosociale, si soffermano anche altri autori. Bertrand e coll. (1995) dettagliano il concetto di *revittimizzazione* come applicabile alla comparsa del bambino sulla scena giudiziaria, spiegando i molteplici fattori che possono indurre in lui malessere e una riedizione del trauma dell'abuso. Prima di esporre come in Canada si è cercato di minimizzare questo rischio, affermano che trovare i modi per raggiungere quell'obiettivo è un carico etico che grava sui professionisti che si occupano di questi casi. Avverte anche, come del resto Berliner (1999), che nel far questo bisogna stare attenti a non rinforzare il pregiudizio di base dell'ambito giudiziario che i bambini sono sostanzialmente inaffidabili, e per questo necessitano di condizioni speciali per la loro testimonianza: in questo modo, ciò che dovrebbe configurarsi come un rispetto degli speciali bisogni evolutivi dei bambini proprio per metterli nelle migliori condizioni come testimoni che possono essere assai efficaci, stende viceversa un'ombra di scetticismo indiscriminato sulle loro dichiarazioni, diventando involontariamente un handicap supplementare.

Sempre con l'intento di facilitare la piccola vittima nel comparire sulla scena processuale nelle migliori condizioni, *alcuni autori hanno considerato se la videoregistrazione delle sue dichiarazioni, pur configurandosi spesso come un'arma a doppio taglio, potesse essere anche utilizzata dai clinici a pro del piccolo testimone*. Nota Myers (1992), come citato da Faller (1996), che si può tentare di impiegare questo strumento per evitare al bambino di essere intervistato da più valutatori, fornendo le prove della correttezza dei metodi impiegati per confutare gli scontati attacchi della difesa dell'imputato circa la suggestionabilità. Ma anche scopi più clinici possono essere raggiunti, per esempio convincere un genitore dubbioso a credere o lo stesso abusante ad ammettere, una volta confrontati con l'ascolto diretto di quanto il bambino è stato capace di rivelare; per il bambino stesso, poi, la videoregistrazione può essere l'occasione di un recupero di ricordi in vista della testimonianza in tribunale, e una barriera contro la ritrattazione.

Proprio per mantenere aperta la possibilità che questo strumento sia al servizio del bambino e non venga strumentalizzato, *deve essere usato responsabilmente, scegliendo come e quando ricorrervi per renderlo efficace nella direzione voluta*: per esempio, avverte Faller (1996) può essere saggio non registrare la prima conversazione col bambino e aspettare per farlo che le dichiarazioni siano già ordinate. Nel far ciò è indispensabile che il clinico spieghi accuratamente alla piccola vittima lo scopo di quanto viene fatto, per ottenere in qualche modo la sua collaborazione. Su questo punto anche le associazioni di categoria, come AACAP e APSAC, si sono espresse favorevolmente (ambidue nel 1990).

Un ultimo ruolo come protettore del bambino sulla scena giudiziaria può ben essere quello di chi documenta *il danno psicologico* da lui subito, in vista dell'ottenimento di un risarcimento. De Leo e Petruccelli (1999) si occupano di questo aspetto. Precisano la differenza tra danno morale (transeunte) e danno psichico (con caratteristiche di permanenza), specificando che quest'ultimo può manifestarsi anche a distanza di tempo dall'evento scatenante. *Del danno psichico va dimostrato il nesso causale con l'evento lesivo*: al tecnico sarà quindi chiesto non solo di documentare la situazione di sofferenza, ma anche di individuare la connessione, anche se solo parziale, con il reato. Nel caso di bambini, va considerato che il trauma agisce su una personalità in via di sviluppo, che può quindi risentirne in forma più grave e duratura, compromettendo il successivo sviluppo psicofisico: tale eventualità è aggravata dall'esistenza di un rapporto asimmetrico tra abusante adulto e vittima bambino, che comporterà dispendio di energie per sopravvivere nella relazione senza essere sopraffatto. Gli autori, prendendo spunto proprio dalla "Dichiarazione di consenso", attestano che il danno potrà essere tanto maggiore quanto più forte risulta il legame di dipendenza fisica e affettiva della vittima dall'abusante; se non verrà attivata una rete adeguata di protezione nel contesto primario e sociale; quanto più l'abuso resta nascosto o non viene riconosciuto, impedendo l'elaborazione del trauma. *Tenuto conto di tutte queste variabili che incidono sull'entità del danno*, un ultimo cenno spetta agli *strumenti* utilizzati per l'accertamento dello stesso: gli autori indicano il

colloquio clinico, le tecniche proiettive, le scale di valutazione dell'ansia e della depressione, l'analisi dei comportamenti adattativi. Può essere utile considerare anche i "danni da rimbalzo", che colpiscono la famiglia e le figure a lei più vicine, nell'aver a che fare con un bambino tanto sofferente.

4.3 *Affiancare il bambino nei compiti processuali*

Un altro contributo interessante sul *ruolo del clinico quando il piccolo testimone deve comparire in tribunale* ci viene da Morgan (1995). Col tono di chi impartisce stringate indicazioni maturate sul campo, l'autrice fornisce anzitutto una visione del problema tutta dalla parte del bambino. La prima affermazione sottolinea che la preparazione di quest'ultimo per comparire in tribunale comincia dalla prima intervista, se si riesce a trasmettergli che può parlare apertamente ed essere creduto: questa esperienza pone le fondamenta di una confidenza che lo porterà a testimoniare efficacemente. La stessa trasparenza è alla base della scelta di spiegare accuratamente al piccolo, passo per passo, quel che gli avverrà nel processo, utilizzando pubblicazioni adatte a lui; bisogna anche assicurarsi che il suo senso di sicurezza sia sostenuto da un adulto che possa avere sempre accanto a sé, come un'assistente sociale o un avvocato. Il tribunale deve essere conosciuto come luogo prima del processo, dando al bambino delucidazioni sui diversi ruoli delle persone che saranno presenti e sulla sua possibilità di chiedere se non capisce qualcosa anche durante la testimonianza. Sempre nell'ottica di restituirgli un po' di padronanza della situazione che possa contrastare l'ansietà, è bene che il bambino scelga come vestirsi e chi avere accanto durante la testimonianza, come anche è opportuno fornirgli oggetti che l'aiutino a svolgere il suo compito, come può accadere ad esempio con le bambole anatomiche. Bisogna poi essere pronti a discutere insieme al piccolo la sentenza, spiegandogli che un verdetto di non colpevolezza non significa che non è stato creduto, ma che le informazioni a disposizione dei giudici non sono state repute sufficienti. Va da ultimo ricordato che non tutti i bambini possono testimoniare.

A indicazioni analoghe arrivano anche Sas e coll. (1996) descrivendo le riforme legislative e il progresso delle opinioni verificatisi in Canada circa la comparsa delle piccole vittime di abuso sulla scena giudiziaria. Oltre a dare suggerimenti a riguardo delle procedure adottate (pronunciandosi a favore della tempestività dei processi, delle testimonianze "de relato" e dell'adozione della TV a circuito chiuso per evitare il confronto diretto vittima-accusato), *molto responsabilizzano i professionisti della salute*. In tal senso gli autori raccomandano che sia loro sempre riconosciuto il ruolo di esperti in tribunale, come indispensabile aiuto a comprendere le delicate questioni delle ritardate rivelazioni, delle ritrattazioni, dei sintomi psicologici dei bambini traumatizzati, della suggestionabilità. Ma ancor più affermano con forza che spetta a tali professionisti preparare il bambino all'incrocio con la giustizia, sia con apporti cognitivi sia con aiuti sul piano emotivo per il controllo dello stress connesso a tale incrocio; sottolineano come compiti di questo genere siano particolarmente gravosi per le vittime di abuso sessuale intrafamiliare, e come un buon sistema di ridurre il disagio psichico derivi dal rinforzo della relazione del bambino con la madre protettiva.

Sempre nella stessa direzione si muovono anche Shrimpton e coll. (1996) nel descrivere la situazione australiana. Programmi standardizzati di preparazione alla comparsa in tribunale per le piccole vittime cominciano ad essere diffusamente utilizzati. Tali programmi comportano, come in Canada, un aiuto per la maggiore dimestichezza con il tribunale (attraverso visite e spiegazioni su ruoli, linguaggio, domande più comuni), e un aiuto emotivo attraverso gruppi diretti sia ai bambini sia ai genitori protettivi (vedi anche il cap.III).

In contrasto con queste decise prese di posizione in favore della preparazione del bambino a svolgere il suo ruolo di testimone in tribunale, *Ceci e Brook (1995) consigliano invece al tecnico di astenersi dall'interferire troppo con i compiti giudiziari del piccolo paziente, soprattutto evitando di approfondire con lui l'esperienza di abuso e limitandosi a sostenerlo sulle migliori strategie di adattamento per non essere troppo destabilizzato dal dover testimoniare*. La ragione principale per

assumere questa posizione viene dal timore che l'aver avuto più conversazioni con il proprio terapeuta sulle tematiche che saranno oggetto della testimonianza offra il fianco alle critiche della difesa e all'insinuazione nella corte del sospetto che le dichiarazioni possano essere state contaminate. Gli autori considerano questo un rischio grave che, in un bilancio costi-benefici, supera lo svantaggio di non poter contare su un diretto sostegno del terapeuta sullo specifico dell'esperienza traumatica. Non ultimo, se il clinico affrontasse direttamente il tema dell'abuso prima della testimonianza, potrebbero scaturirne ulteriori dettagli da parte del bambino, che dovrebbero essere resi noti all'autorità giudiziaria, aggravando con tutta probabilità la pressione degli interrogatori sul piccolo, e quindi moltiplicando il suo stress.

Assumere questo comportamento può essere particolarmente difficile quando è proprio grazie alla terapia che la vittima inizia, ovviamente con il clinico, le sue rivelazioni. Anche in questo caso per gli autori è più prudente chiedere subito l'intervento di un altro valutatore forense, senza fare approfondimenti con il bambino.

Traspare da questa posizione la presunta necessità di piegare quello che la logica e l'etica clinica comporterebbero (cioè rispettare la scelta delle piccole vittime circa a chi rivelare, e soprattutto non venir meno nella sua fiducia, arretrando davanti alle sue rivelazioni e delegando ad altri accertamenti indispensabili anche al terapeuta per formarsi un quadro preciso dei fatti traumatici) per sacrificare tutto sull'altare di una convenienza imposta dal pesante clima di battaglia che spesso caratterizza i processi su questa materia. Anche le restanti considerazioni degli autori, come il sostenere che cercare di sapere quanto il bambino ha subito comporta un abdicare al compito di aiuto, sembrano costituire una trama logica così tenue che non sarebbe spiegabile senza ricorrere all'interpretazione di cui sopra dei veri motivi sottostanti ad essa.

Anche il già citato Alexander (1995) tocca questo tema delicato, e cioè *la necessità per i professionisti che si trovano a comparire sulla scena legale di proteggere non solo il bambino, ma pure se stessi.* A proposito delle complicazioni in cui si può trovare il professionista quando ricopre il ruolo di esperto forense, di cui rimarca gli aspetti già più volte illustrati sopra, l'autore avverte che, specie per chi lavora come privato, si profila il rischio che oltre a vedere rigettato il proprio apporto dalle Corti d'Appello, si diventi oggetto di ricorsi legali, con ovvie ricadute economiche. Ne consegue un invito alla cautela e a offrire contributi nel processo che non affrontino il punto rischioso della sussistenza dell'abuso, *anche se psicologi e assistenti sociali vengono da una formazione che sul piano sia scientifico sia etico li preparerebbe a supportare con forza l'opinione che si sono formati del bambino e della sua attendibilità.*

Con un intendimento diverso anche Ceci e Brook (1995) introducono lo stesso spauracchio che gli esperti che non si conformano agli standards desiderabili di forma e perizia possano diventare oggetto, come già episodicamente accade, di denunce, tanto che le associazioni professionali che attualmente esitano a stilare rigorose linee-guida per i loro iscritti saranno forzate a farlo dalle società di assicurazione, che non vorranno assumersi l'onere economico derivante da tali processi senza garanzie della effettiva e dimostrabile correttezza dei loro clienti professionisti.

In tutti i contributi citati continua a filtrare la percezione di doversi muovere con circospezione e cognizione di causa essenzialmente contestuale, più che scientifica, in un terreno pericoloso, quello legale, con cui tuttavia è necessario venire a patti.

4.4 Preservare il diritto di proteggere e curare

La speranza è che attraverso questi comportamenti, che si configurano sempre meno come una collaborazione paritaria tra ambito scientifico-clinico e ambito giudiziario e finiscono per assomigliare sempre più a una difficile navigazione tra mille insidie, almeno uno spazio sia preservato, sia pure a prezzo di tagli e limitazioni: quello del diritto del bambino ad essere curato.

Anche Ceci e Brook (1995), pur in un testo fortemente sbilanciato nella direzione di assicurare il massimo adeguamento alle esigenze giudiziarie, rilevano che a fronte della lunghezza media dei

processi (che negli Stati Uniti, secondo una ricerca di Tjaden e Thoennes, 1992, si aggira sull'anno), si pone il problema grave di scegliere se dare comunque prima dell'accertamento legale un sostegno psicologico al bambino, che può essergli indispensabile, oppure procrastinarlo a dopo la fine del processo, con evidenti conseguenze negative. Abbiamo già descritto le proposte di mediazione suggerite come soluzione dagli autori, che almeno non mettono in discussione l'effettiva sussistenza del problema, anche se la definizione di esso come "preoccupazione umanitaria", se dobbiamo credere al titolo del paragrafo che ne tratta, ci lascia molto perplessi: pare che sul tavolo ci sia ben altro che una simile preoccupazione, e ciò dovrebbe essere trasparente soprattutto per chi ha invocato tanti principi di correttezza scientifica e deontologica per cause certo meno fondamentali.

Levine (1999), interpretando il pensiero degli psicoanalisti a questo proposito, prende una posizione più netta. A partire dalla tradizionale convinzione che tra realtà e vissuti ci siano, come indubitabilmente è, filtri che ne fanno due elementi correlati ma anche distinti, sostiene con decisione che il bambino ha bisogno di sentire che il terapeuta gli crede, al di là della precisione fattuale dei suoi racconti, e che si muove per proteggerlo: credito e protezione che possono avvenire anche senza che il terapeuta si trasformi in un investigatore e che comportano andare ben oltre il puro aderire o meno ai racconti del bambino, ma piuttosto richiedono di prendere in carico da subito tutte le emozioni negative correlate all'emergere dell'esperienza traumatica. *Tuttavia questa posizione fortemente caratterizzata in senso clinico non ha come conseguenza nessun tipo di astensionismo.* Anzi, proprio in nome del rispetto del vissuto del bambino che, afferma Levine, deve pur avere le sue "buone ragioni", l'autore ritiene appropriato che il terapeuta difenda il suo spazio anche quando va a incrociarsi con i diritti degli adulti che si giocano in tribunale. Gli esempi da lui proposti sono altamente significativi. Levine prefigura, proprio come Ceci e Brook, che ci sia l'indicazione di sospendere la terapia di un bambino per lasciare spazio alla valutazione forense e per evitare di prestare il fianco alle solite critiche della difesa circa la suggestione esercitata dal terapeuta sul bambino: le conclusioni sono di tipo ben diverso, con una decisa affermazione che il diritto di quest'ultimo a non vedere aggiungersi stress a stress, dovendo oltre che comparire in tribunale, anche interrompere la terapia, supera qualsiasi altra considerazione. Altrettanto netta è la riflessione sull'eventualità che, per tutelare i diritti civili di un genitore presunto abusante, accusato proprio dal bambino, vengano ripristinate le visite: il dovere del terapeuta è quello di sostenere il punto di vista del suo piccolo paziente e cercare se mai di dipanare la situazione a maggior suo vantaggio, e non certo di prestarsi alla decisione del tribunale cercando di indurre il bambino ad ottemperarvi.

Sulla necessità che i professionisti della salute siano pronti a tutelare il benessere del bambino sempre, anche a fronte dell'astensionismo, dei limiti o dei paradossi delle istituzioni giudiziarie, tutte circostanze che, per quanto deprecabili, vanno realisticamente previste, è forte pure il richiamo di Cross e coll. (1999). Gli autori hanno condotto un'interessante ricerca sulle possibili connessioni tra le decisioni assunte dal tribunale penale, in particolare quella di archiviare le denunce di abuso sessuale sui bambini, e gli allontanamenti dalla famiglia a scopo protettivo. Le premesse di tale ricerca già ipotizzavano complesse interazioni tra l'operato penale e il piano della tutela del bambino: gli autori osservano che, per quanto il compito primario della giustizia penale sia di individuare e punire chi commette reato, *la decisione di iniziare un procedimento e l'esito dello stesso possono alterare significativamente l'entità del rischio che il bambino corre nel suo naturale contesto*, nonchè la percezione dello stesso rischio da parte degli operatori che si occupano della sua protezione. Quindi l'andamento del procedimento penale influenzerà la decisione di collocare il minore in situazione protetta. Infatti, se il perpetratore è arrestato, processato e condannato, oppure sottoposto a restrizione nel contatto col bambino che si presume abbia abusato, o ancora inviato coattivamente in terapia, il piccolo risulterà protetto anche senza allontanarlo dall'abituale contesto di vita. Il contrario ovviamente succederà nel caso il presunto perpetratore non venga perseguito. D'altro canto, osservano ancora Cross e coll., *può anche accadere che provvedimenti di protezione della presunta vittima, che precedano la decisione di avviare contro il*

presunto abusante un procedimento, possano alterare il corso di quest'ultimo, o per la pratica difficoltà di effettuare le indagini o, peggio, perchè l'azione dei servizi di protezione, che certamente comporta anche la raccolta dei racconti del bambino, può prestare il fianco a prevedibili attacchi della difesa dell'accusato circa il rischio di inquinamento e suggestione, rendendo così troppo aleatorio e combattuto il processo penale.

Una rassegna dei precedenti studi, circa le motivazioni più frequenti che sottendono un provvedimento di allontanamento dalla famiglia, ha portato gli autori a concepire un modello di ricerca articolato in cui numerosi fattori sono stati significativamente connessi all'allontanamento stesso. Tali fattori comprendono le caratteristiche etniche e culturali del contesto familiare, le caratteristiche dell'abuso (in termini di gravità, durata, autore intra o extrafamiliare), la presenza di patologia familiare anche perchè connessa ad altre forme di maltrattamento e trascuratezza sui figli, il funzionamento psicopatologico del bambino, la sua età, l'esistenza di madri supportive. Non sono stati trascurati anche fattori legati all'orientamento abituale nella prassi di chi interviene su queste situazioni, nei servizi di protezione o nei Tribunali per i minorenni. A tutti i suddetti elementi è stato aggiunto quello relativo alla *decisione da parte della giustizia penale di perseguire o meno il caso*.

I risultati confermano che la suddetta decisione è *il più significativo fattore predittivo dell'allontanamento del bambino dalla famiglia, o, con una parte della stessa (solitamente la madre protettiva), dall'abusante*: risulta del resto logico che, se la giustizia non ha potere di restringere in qualche modo i contatti tra vittima e perpetratore, i servizi per la protezione o qualche familiare di sua iniziativa, provvedano a mettere distanza tra i due come modo primario per proteggere il bambino. Il risultato descritto rimane invariato anche quando i dati vengono controllati rispetto all'esistenza di altre variabili predittive di un allontanamento o vengono isolati singoli gruppi di situazioni (solo gli abusi intrafamiliari o viceversa extrafamiliari, oppure le famiglie con minore supporto da parte della madre, o più elevata psicopatologia del bambino). Sembra quindi di poter concludere che la decisione di procedere penalmente e la decisione di allontanare il bambino siano indubitabilmente correlate significativamente tra loro, più che con ogni altro fattore considerato e precedentemente noto: anche se ovviamente rimane aperto il campo a nuove ricerche che meglio precisino le ragioni di questi risultati, considerando fattori diacronici nella correlazione o individuando un possibile ulteriore fattore da cui ambedue le decisioni citate possano contemporaneamente dipendere.

Da quanto sopra derivano alcune considerazioni: la prima porta ad *articolare in modo più complesso il delicato bilancio tra costi e benefici del procedimento penale per i bambini abusati*, sulla base della considerazione che proteggere la vittima da questo può comportare l'esposizione ad un altro evento traumatico come l'allontanamento dal contesto in cui era radicato. Pur non volendo sottovalutare che esistono certamente altri fattori che possono orientare alla scelta di mettere il piccolo in un luogo protetto, bisogna tenere conto del fatto che *la decisione della magistratura inquirente di non perseguire il caso almeno si somma, e con grande peso, agli altri elementi*, finendo per far pendere la bilancia in un senso o nell'altro. Una seconda considerazione riguarda i bambini e le loro famiglie: se per molte di esse non esiste alternativa all'incrocio con il piano giudiziario penale oppure all'allontanamento del figlio, circostanze ambedue dotate di potenziale traumatico, ***bisognerà che i servizi si attrezzino per portare comunque supporto***. In terzo luogo, molte raccomandazioni vengono rivolte agli operatori del settore perchè sviluppino *sistemi di cooperazione al loro interno e con le istituzioni giudiziarie* per supportare la difficile presa di decisione necessaria in queste situazioni.

Può essere utile su questa problematica aprire qualche considerazione su ***somiglianze e differenze con la situazione italiana***. Per quanto è dato finora constatare, c'è *significativa analogia*, per esempio per quanto riguarda i fattori che rendono probabile un allontanamento, sia sul piano delle caratteristiche del caso che delle caratteristiche delle agenzie di protezione, e circa la necessità di tutelare il minore o attraverso i provvedimenti assunti dal Tribunale penale o, molto

frequentemente, in autonomia da esso. In quest'ultimo caso, ciò che determina la decisione non è tanto la volontà o meno degli inquirenti di avviare l'indagine, ma la previsione dei tempi sproporzionatamente lunghi della stessa, l'infrequenza e la provvisorietà di eventuali misure cautelari nei confronti dell'accusato e l'incertezza degli esiti processuali. Quanto alla correlazione inversa tra provvedimenti di allontanamento assunti e successivo andamento delle indagini penali, va notato che certamente il collocamento fuori dal contesto familiare comporta conseguenze tanto importanti quanto difficilmente predicibili: infatti, se è quasi costante un esito di rinforzo nella volontà di denunciare gli abusi subiti nel caso il bambino sia allontanato dall'abusante potendo contare sul supporto di un adulto protettivo, quasi sempre la madre, nel caso sia invece allontanato da tutti i familiari giudicati non supportivi è difficile prevedere se tale decisione aumenterà il suo sentimento di protezione, invogliandolo a continuare nella via della rivelazione dell'esperienza traumatica, oppure lo indurrà a tornare sui suoi passi, ritrattando o congelando il chiarimento dei contorni dell'abuso, a causa della percezione di non avere ottenuto altro che un deserto affettivo e l'assenza di legami volendo sottrarsi ai pericoli trascorsi. Come è ovvio, tali movimenti saranno rilevanti sull'andamento del procedimento penale e sulla possibilità di portare in esso sufficienti elementi probatori, condizionandone l'esito.

Dovremmo dedurre che talvolta restare fedeli alla propria vocazione di clinici non comporta una posizione meno rigorosa e dignitosa rispetto alla posizione presunta neutrale e oggettiva del valutatore forense, ma richiede viceversa decisione ed energia, anche a costo di affrontare senza paura critiche e contrapposizioni, e creatività nel non rinunciare a salvaguardare comunque il benessere delle piccole vittime.

Ciò che sembra indubbio è il fatto che siamo all'interno di una dialettica ancora molto accesa, che non ha trovato soluzioni univoche e richiede al professionista grande flessibilità e al tempo stesso consapevolezza delle priorità e responsabilità nel perseguirle caso per caso.

5. LE RISORSE NELLA REALTÀ OPERATIVA

E che dire delle effettive risorse che è possibile mettere in campo per far fronte a compiti così delicati e complessi?

Analizzando gli studi, peraltro non numerosi, che mettono a fuoco *l'impatto dei fattori di realtà, sotto i più vari profili, sull'efficacia dell'operatività dei professionisti che si occupano di abuso sessuale all'infanzia, emerge innanzitutto la severità dei requisiti loro richiesti.* In una ricerca mirata a sviluppare un sistema che testi l'adeguatezza dei professionisti dei servizi di protezione per l'infanzia a svolgere il loro lavoro, in funzione dell'organizzazione di opportuni programmi di formazione, Biggerstaff e coll. (1998) elencano le aree in cui andare a ricercare tali requisiti, notando che è facile che su questi servizi si stenda l'ombra della disistima da parte di amministratori, collaboratori e utenti. Le risorse necessarie agli operatori per essere all'altezza dei loro compiti riguardano: l'area della capacità di analizzare le situazioni e trovare vie per la soluzione dei multiformi problemi, basata sulla conoscenza del tema e su un continuo aggiornamento della stessa, affinata sia attraverso programmi di formazione sia attraverso la supervisione della propria pratica; l'area delle competenze nel rapporto interpersonale e di collaborazione con i colleghi, come anche nel produrre appropriate risposte empatiche con adulti e bambini in situazioni stressanti; e infine l'area delle competenze emotive nell'essere stimolati, invece che depressi, dal carico di responsabilità. Come si può constatare, non è poco.

Per contro, ***simili responsabilità gravano sulle spalle di professionisti che, per multipli fattori, non sono nelle condizioni per assolverle al meglio.***

5.1 Limiti emotivi

Una prima considerazione merita il fatto che questi operatori sono *inseriti in un contesto culturale*, di cui certo sono in parte imbevuti, *che alberga sentimenti almeno ambivalenti verso le vittime di abuso*. Rodriguez-Srednicki e Twaite (1999) si sono posti il problema se l'appartenenza a determinati gruppi etnico-culturali potesse influenzare il pensiero a riguardo dell'abuso sessuale infantile. Nella loro esplorazione su campioni di popolazione adulta cubano-americana, portoricana, afro-americana e anglo-americana, il primo dato emerso è che in tutti i gruppi la vittima di abuso sessuale tende ad essere oggetto di stigmatizzazione, o per l'attribuzione alla stessa di qualità deprecabili e colpevoli, o per la critica, qualora non complice, alla sua scarsa assertività e capacità di autoprotezione. Le varianti nei sottogruppi non attenuano certo il rilievo generale, ma anzi qualche volta lo rinforzano. Possiamo aggiungere che, sia per la letteratura americana sul fenomeno del "back-lash" (o "colpo di frusta", cioè la controeazione periodica all'acquisizione di consapevolezza dell'esistenza dell'abuso come pericolo frequente e vicino) sia nel seguire sulla nostra stampa le alterne vicende delle opinioni in merito al tema, visto di volta in volta, e dalle stesse persone, come un orrore da estirpare con la massima severità oppure come un artefatto esecrabile dovuto a bambini mendaci o irresponsabili oppure a professionisti incompetenti o dediti alla "caccia alle streghe", *pochi dubbi rimangono sul fatto che continuare, da operatori, a mantenere rigore ed equilibrio nel proprio lavoro appare impresa non facile*. E questo sia quando ci si lascia assalire dal contagio di idee che attraversano gruppi culturali a cui ci sentiamo di appartenere sia quando ci si senta in costante ipervigilanza e contrapposizione con esse a motivo del proprio lavoro.

Attenzione alle componenti emotive dei professionisti che operano nel campo viene data da Crivillé (1994). Tra queste, egli sottolinea: il coinvolgimento involontario e spesso inconsapevole nel funzionamento perverso della famiglia abusante cui a volte l'operatore è costretto ad assistere; la tentazione di colludere con i meccanismi difensivi come la banalizzazione e la negazione messi in atto sia dalla famiglia che dal bambino; la difficoltà ad ascoltare empaticamente la rivelazione della vittima, col timore di invadere la sua intimità, di chiedere troppo ma anche troppo poco; la tendenza a confortare il bambino piuttosto che elaborare i suoi vissuti.

Che si tratti di *un lavoro, quindi, fortemente a rischio di produrre sovraccarico ed esaurimento delle forze (il cosiddetto burn-out)* è oggetto di ipotizzazione nella ricerca di Anderson (2000). L'autore constata innanzitutto l'alto avvicendamento di personale esistente nei servizi per la protezione dell'infanzia in tutti gli Stati Uniti, dato emergente da precedenti ricerche: le stime relative a vari campioni mostrano grande variabilità, ma la maggior parte situa tale avvicendamento intorno alla metà degli operatori di questi servizi. I motivi di tale andamento derivano in gran parte da elementi di stress inerenti il tipo di lavoro e/o l'ambiente in cui viene svolto. Si tratta infatti di compiti che comportano un potenziale pericolo, anche di perseguibilità a livello penale, che confrontano con risorse inadeguate ai bisogni dell'utenza, pongono conflitti di ruolo (investigatore/curante): tutto ciò accade nel far fronte a situazioni che già causano grande disagio emotivo nell'essere esposti continuamente ad eventi traumatici, sia direttamente constatati che riferiti. In sovrappiù, chi svolge questo tipo di lavoro rischia di essere associato nell'opinione comune alla bassa qualità dei suoi utenti, o anche essere visto persecutoriamente come "ladro di bambini". L'insieme di questi fattori è comprensibilmente sufficiente a provocare sintomi di esaurimento emotivo e vissuti di spersonalizzazione, di impotenza e inefficienza. L'autore si chiede a questo punto quali strategie psicologiche (coping) meglio servano a far fronte alla situazione, e con quali esiti. L'indagine, condotta attraverso la somministrazione di questionari a 151 operatori di servizi per la protezione dell'infanzia di uno stato del sud-est, in attività da almeno due anni, porta ad interessanti conclusioni. *L'adozione di movimenti difensivi dallo stress improntati al confronto attivo con esso* (attraverso il potenziamento di capacità di risoluzione dei problemi, di ristrutturazione del pensiero, di ricerca di supporto sociale e di esprimere le emozioni), *dà risultati sicuramente migliori che l'adozione di difese improntate all'evitamento*: tuttavia, anche se mantiene

determinati a non abbandonare le proprie responsabilità, non risolve lo stato di sovraccarico emotivo.

E fin qui i fattori emotivi. Ma ci sono anche *ostacoli che attengono maggiormente al piano cognitivo*.

5.2 Limiti cognitivi

Quali sono i percorsi di presa di decisione adottati più frequentemente dai professionisti che si occupano di abuso? Da quali fattori sono determinati? Quali limiti si possono evidenziare in essi?

Partiamo dal bel lavoro di Haskett e coll. del 1995, uno dei più completi nel suo genere, mirato a rilevare i processi decisionali degli operatori riguardo alla credibilità delle denunce di abuso sessuale. Soprattutto dalla intelligente discussione degli autori sui dati rilevati è possibile apprezzare alcune importanti contraddizioni.

Gli intervistati, appartenenti ai servizi sociali e ai servizi di protezione dell'infanzia, sembrano in media conformarsi ai più tipici schemi nella valutazione della attendibilità di un sospetto abuso: grande confidenza, nell'ordine, nelle dichiarazioni dei bambini, nella convergenza di reperti medici a conferma e nella ricerca di indicatori emotivi e comportamentali. Le situazioni che coinvolgono separazioni conflittuali sono validate con minor frequenza. Tutto sembra, a grandi linee, seguire i principali sentieri della ricerca sul campo.

Tuttavia, colpisce ad esempio il fatto che, a fronte dell'alto peso specifico attribuito, nella procedura diagnostica, alle dichiarazioni del bambino, molte volte (nel 43% dei casi) questo sia ascoltato una sola volta, contrariamente ai suggerimenti derivanti dalla ricerca circa la necessità di estendere nel tempo la raccolta delle rivelazioni per favorire la piccola vittima nel superare la sua tipica reticenza. Analogamente, a fronte del valore attribuito ai segnali emotivi e comportamentali, viene infrequentemente (nel 20% dei casi) chiesta la collaborazione dei servizi di salute mentale, che potrebbero metterne in luce gli elementi in modo più articolato. Analogamente ancora, i reperti fisici sono giudicati un indicatore importante, e la visita medica è richiesta nella maggioranza dei casi (circa nel 67%), ma ciò avviene soprattutto a partire da una precedente stima sulla probabilità di trovare segni modellata sulle dichiarazioni dei bambini, abbiamo visto con quanta fretta raccolte e con quale rischio di sottovalutazione, specie per i bambini più piccoli.

Un ultimo rilievo può riguardare la non modificazione della frequenza di convalida dei sospetti quando esistono precedenti segnalazioni nello stesso senso, cosa che contraddice l'enfasi sull'importanza di una buona anamnesi contenuta nelle più importanti linee-guida sulla materia (si veda per esempio quella dell'American Academy of Child and Adolescent Psychiatry del '97).

Il complesso delle osservazioni ci porta ad un'impressione: ***nonostante il rigore che sembra determinare i professionisti intervistati nell'allinearsi alle preoccupazioni più volte sottolineate dalla ricerca scientifica, tale comportamento sembra alla fine più la ricerca di una "forma" in un certo senso autodifensiva che l'accresciuta capacità di maneggiare i risultati scientifici con cautela ma anche con la duttilità e la padronanza necessarie.***

In tal senso un forte ostacolo è costituito dalla *limitatezza delle risorse operative*, che neutralizza il potenziale sapere che può maturare e consolidarsi nella attenta riflessione sull'esperienza quotidiana. In altre parole, c'è il rischio che il progresso e la complessificazione delle conoscenze, vista anche la scarsità dei mezzi a disposizione degli operatori, arrivino più come ondate di "parole d'ordine" che come contributo utile a darsi una strumentazione più flessibile e articolata per far fronte a un compito difficile. Un solo esempio può dare un'idea di tale rischio, se pensiamo alla propensione, messa criticamente in luce anche da Haskett e coll., a giudicare pregiudizialmente improbabili le denunce di abuso nate nelle separazioni conflittuali, contrariamente ai dati della letteratura, ma, appunto, allineandosi a una sorta di allarme latente generato anche solo dal fatto che molto di questo tema si parla.

Da questo punto di vista, non stupiscono nè la differenza importante tra casi reputati false denunce e casi ritenuti non validabili (9 i primi e ben 58 i secondi), nè le osservazioni su quanto i professionisti siano meno sicuri delle loro decisioni in queste ultime situazioni rispetto a quelle validate. *Comincia a profilarsi il rischio che tutti questi limiti non possano che incrementare i falsi negativi assai più che i falsi positivi.*

Sempre in tema di fattori che influenzano la presa di decisione nel dar credito o meno a sospetti di abuso sessuale da parte degli operatori del settore, è istruttivo e inquietante il lavoro di Everson e coll. del 1996.

Esso segna una tappa ulteriore e recente rispetto a un percorso di verifica già intrapreso dagli autori sette anni prima: ricordiamo l'ormai storico articolo di Everson, Boat del 1989. Già in quel precedente scritto venivano aperti spaccati capaci di generare sconcerto circa la superficialità e istintività delle decisioni dei professionisti: ricordiamo, solo a titolo d'esempio, situazioni limite come quello di una ragazza di 16 anni che aveva mosso accuse di abuso sessuale al padre e ad alcuni zii, accusa che è stata ritenuta improbabile perchè il soggetto pesava 90 Kg; oppure quell'operatore dei servizi di protezione all'infanzia che si rifiutava fermamente di credere alle dichiarazioni di un bambino, nonostante l'ammissione e l'arresto del suo perpetratore. Casi limite, appunto, che tuttavia si inserivano in una più ampia e meno eclatante tipologia di errori capaci di generare eccessivo discredito verso i sospetti abusi.

Proprio giovandosi della prospettiva diacronica a loro disposizione, gli autori constatano con preoccupazione nel nuovo studio che l'aspettativa di incontrare false denunce recentemente rilevata è decisamente maggiore di quanto risultava dalla precedente ricerca: e concludono che "c'è poco supporto nella letteratura specifica per questo estremo scetticismo riguardo alle dichiarazioni di bambini e adolescenti".

Qualche aspetto merita particolare sottolineatura. La ricerca riguarda appunto l'aspettativa di trovarsi di fronte a false denunce in quattro categorie di professionisti che possono incontrare frequentemente situazioni di sospetto abuso all'infanzia: giudici, forze dell'ordine, psichiatri o psicologi, operatori dei servizi di protezione dell'infanzia. Proprio in quest'ultima categoria di operatori si rileva contemporaneamente la maggior concentrazione di casi trattati e un pronunciato avvicendamento (come anche notava Anderson, 2000): chi sta in prima linea e, vedendo più casi, è quindi in posizione favorevole per creare quell'accumulo e varietà di conoscenze che meglio può orientare nel giudizio, non fa in tempo a consolidare il proprio sapere. Sapere di tutto rispetto: infatti la ricerca mette in luce che, assai più che il generale livello di esperienza professionale non specifica, proprio la quantità di casi affrontati nell'ultimo anno è significativamente correlata a un alto credito dato alle denunce dei bambini, situando proprio nel mezzo del range, compreso tra 2 e 8%, da più parti confermato per l'incidenza di falsi positivi, l'aspettativa di non credibilità. Abbiamo quindi un altro elemento per vedere con rammarico *come le difficoltà organizzative di servizi che hanno come compito la tutela dei bambini mettano gli operatori nell'impossibilità di consolidare e sistematizzare le loro conoscenze*, scongiurando così il rischio della creazione di falsi negativi.

L'altro elemento notevole è la distanza di opinioni di base circa la credibilità dei bambini esistente tra gli operatori di area giudiziaria e quelli della salute e della tutela. La ricerca segnala tra i primi molte più posizioni estreme che sostengono la frequente attitudine dei bambini a mentire, con punte davvero sconcertanti, e distanti da ogni dato scientifico, per quanto riguarda in generale i soggetti di sesso femminile e in particolare se adolescenti. Non può sfuggire che il discredito preconcepito vada a colpire proprio la categoria in cui le vittime denunciati sono maggiormente rappresentate. E' lecito anche chiedersi quali conseguenze tale opposta attitudine mentale possa comportare nell'integrazione tra chi opera in un contesto clinico e chi in un contesto giudiziario, probabilmente aumentando le difficoltà già ascrivibili al divario di conoscenze e regole.

In sintesi, si potrebbe affermare che se appartenere a servizi di "prima linea" nel trattamento delle situazioni di sospetto abuso mette gli operatori in un osservatorio privilegiato, a ciò si accompagna l'impossibilità di sfruttarne appieno le risorse e di dare dignità scientifica al proprio

sapere operativo, lasciando il campo a chi ha più competenze teoriche o poteri istituzionali, ma anche rischia di più pregiudizi penalizzanti rispetto al riconoscimento dell'abuso.

5.3 Limiti contestuali

Moran-Ellis e Fielding (1996) tornano sul problema dell'integrazione tra le attitudini mentali dei professionisti dell'ambito giudiziario (nella loro ricerca, le forze dell'ordine) e i professionisti dei servizi di protezione per l'infanzia. Essendo da tempo consolidata la prassi di condurre investigazioni congiunte nei casi di sospetto abuso sessuale ai bambini, il loro studio ha l'obiettivo di mettere a fuoco le organizzazioni adottate nella pratica e i modelli cui esse si attengono, nonché la percezione dei principali problemi incontrati. I risultati orientano a pensare che *l'integrazione, benchè desiderabile e migliorativa della gestione dei casi* (riduzione del numero delle interviste al bambino, definizione dei reciproci ruoli, coordinamento delle decisioni, garanzia di un "gruppo pensante" nelle situazioni particolarmente difficili), *non risolve tutti i problemi*. Molti di essi si trascinano, viceversa: la maggioranza dei soggetti intervistati considerava persistenti i problemi di definizione di ruolo, con la percezione sgradevole di vedere erodersi la specificità del proprio, seguita dall'impulso a ritornare ad una netta distinzione come era in origine. Un altro dei problemi segnalati riguardava il rischio di veder prevalere una prospettiva legale su una preoccupazione per il benessere del bambino, come conseguenza della maggiore efficienza organizzativa della polizia rispetto ai servizi per la protezione: questi ultimi risultavano troppo lenti nel prendere iniziative, che venivano quindi loro sottratte di mano dall'altra istituzione. Problemi organizzativi (altalenati negli orientamenti politici circa la necessità di rinforzare o meno la dotazione di personale specializzato sull'abuso, circostanze locali nei rapporti) si aggiungono ai problemi principali, aumentando *il pericolo che ostacoli concettualmente insignificanti, ma praticamente pesanti, finiscano per far perdere quanto conquistato duramente come progresso nella prassi*.

Ancora in tema di ostacoli banali, ma alla fine dotati di effetto paralizzante, sono utili le riflessioni di Anderson. L'autrice nota che la maggior parte del tessuto sociale non è costituito da grandi città, in cui sia possibile la concentrazione di risorse nel lavoro sulla tematica dell'abuso sessuale all'infanzia, e anche un sufficiente numero di operatori per suddividere opportunamente ruoli e responsabilità, qualora necessario. Nella gran parte degli Stati Uniti, i servizi sono inseriti in contesti rurali o in piccoli insediamenti urbani. In tali contesti *non è improbabile che gli operatori si trovino invischiati in legami personali con gli utenti e in conseguenti conflitti di lealtà e problemi di confidenzialità, in modo del tutto analogo a quanto avviene nelle famiglie incestuose, dovendo ricoprire ruoli mal definiti e distinti*. Inoltre mancano le risorse (il 55% dei territori rurali indagati dall'autrice non hanno a disposizione psichiatri, psicologi o assistenti sociali) e sono meno accessibili iniziative di formazione e supervisione. Ancora una volta, *questi limiti dell'intervento comportano un maggior ricorso alla negazione difensiva dell'abuso*, come protezione dalle contraddizioni che dare ad esso credito comporterebbe.

Da ultimo Conte (1996), nell'affrontare i multiformi problemi incontrabili nella gestione dei casi in cui è particolarmente difficile orientarsi sull'esistenza di un abuso, segnala un altro limite dell'attività dei professionisti implicati, ancora una volta mettendo il fuoco sull'attività di validazione dei sospetti abusi. L'autore nota che spesso gli operatori dovranno cimentarsi con situazioni che non arrivano loro in prima battuta, ma dopo *altri passaggi istituzionali e tecnici*. Tali passaggi possono sia sopprimere la volontà del bambino di rivelare (quando i primi contatti sono poco empatici o al bambino vengono fatte promesse che non possono essere mantenute e che lo facciano sentire tradito), sia contaminare i suoi racconti dando luogo a false affermazioni. Quanto agli operatori, anche essi saranno influenzati dai precedenti interventi: per esempio, se i professionisti prima coinvolti nello stesso caso sono riconosciuti come autorevoli, sarà più probabile che si uniformino ai pareri precedentemente espressi, anche se non sufficientemente suffragati.

5.4 Limiti di prospettiva

I professionisti in prima linea, una volta affrontate e maneggiate le numerose insidie della traduzione operativa delle loro competenze, riescono ad avere una sufficiente conoscenza diacronica del problema che trattano e dell'efficacia degli interventi?

Un recente scritto di Jones, Finkelhor e Kopiec (2001) apre una finestra su questo aspetto delle prassi operative, e con esiti non tranquillizzanti.

Gli autori sono partiti dalla constatazione che, a giudicare dai dati trasmessi dai CPS (Child Protective Services) americani al NCANDS (National Child Abuse and Neglect Data System), si è verificata tra il 1992 e il 1999 una costante diminuzione (- 39%) dei casi di abuso sessuale sia segnalati sia comprovati da tali servizi. Benchè una diminuzione analoga si registri anche per le situazioni di maltrattamento fisico (- 29%) e trascuratezza (- 14%), il fenomeno appare più clamoroso e di lunga data per l'abuso sessuale. Diventava utile, quindi, capire le ragioni di questo movimento dei dati.

Sono stati quindi intervistati (via telefono) gli amministratori pubblici di 43 stati americani, chiedendo loro sia ipotesi sul fenomeno sia quanta consapevolezza si fosse prodotta intorno allo stesso.

Tra gli stati intervistati, 31 avevano avuto un declino continuo (23) e discontinuo (8) negli anni considerati, mentre gli altri avevano registrato un andamento fluttuante, con picchi e cadute, dei casi indagati.

Gli amministratori intervistati, nei 31 stati in cui la diminuzione era stata evidente, hanno dato spiegazioni del fenomeno varie e contraddittorie.

Alcuni sono propensi a credere che in parte la diminuzione dei casi visti dipenda da una *reale ridotta incidenza dell'abuso sessuale*. Ciò sarebbe il risultato sia di efficaci programmi di prevenzione, sia del deterrente costituito dalle pene severe comminate ai condannati, sia del progressivo esaurimento del serbatoio sommerso costituito dagli abusi di vecchia data e che attraverso l'azione dei CPS hanno potuto affiorare ed essere "smaltiti". Tale convinzione, o meglio si direbbe speranza, è tuttavia debole: infatti se gli stessi amministratori devono guardare non tanto "in casa propria" ma al declino generale dei casi confermati su tutto il territorio nazionale, *la maggioranza (21 su 31) dichiara di ritenere improbabile che tale declino rispecchi la realtà*. D'altro canto, semplici conti numerici a riguardo della enorme sproporzione ormai comprovata tra 'emerso' e 'sommerso' (come disegnato dalle inchieste retrospettive, vedi cap.I) nell'abuso sessuale all'infanzia, rendono assai poco credibili le ipotesi ottimistiche sopra descritte.

Una seconda spiegazione fornita da circa metà degli amministratori (16 su 31) fa riferimento alla *modificazione delle prassi di segnalazione*. Alla base di ciò può stare una demotivazione dei professionisti a rivolgersi ai CPS, preferendo trattare i casi da soli in ambito terapeutico; o forse una maggiore capacità di pre-selezione nell'individuare le situazioni davvero allarmanti. Tuttavia quest'ultima ipotesi si scontra con il dato relativo alla diminuzione anche dei casi confermati, oltre che di quelli segnalati. Pochi ritengono che possa essere stata la paura delle conseguenze giudiziarie a determinare la riduzione delle segnalazioni: e ciò sia per quanto riguarda l'eventuale scrupolo ad esporre gli adulti a pesanti conseguenze (se condannati, in quasi tutti gli stati, gli abusanti vengono iscritti in un Registro Centrale che li scheda con conseguente restrizione delle possibilità lavorative), sia per quanto riguarda eventuali ricadute sugli operatori stessi (controdenunce, attacchi durante i processi ecc.).

Le posizioni sopra descritte, tuttavia, appaiono almeno in parte incongrue con l'affermazione di base, molto condivisa, che i segnalanti abbiano perso fiducia nei CPS, il cui compito è proprio quello di mobilitare l'istituzione giudiziaria: a causa di tale considerazione, gli autori sono propensi a non ritenere così inincidente, nel fenomeno delle ridotte segnalazioni, una crescente diffidenza verso i percorsi legali, molto rinforzata anche dalle continue campagne nei 'media' di demonizzazione dei segnalanti, accusati di essere creatori di falsi positivi.

La terza e ultima spiegazione data dagli amministratori, circa il fenomeno della riduzione dei casi segnalati e comprovati, riguarda la *modificazione delle politiche e delle procedure* (citato da 22 su 31). Entra qui in campo innanzitutto la riduzione nella qualità dei casi su cui si apre l'indagine (ad esempio, con l'esclusione di quelli in cui il presunto autore non è il genitore) e nella evidenza degli stessi. Tale orientamento si è sviluppato in parallelo con la progressiva diminuzione delle risorse finanziarie e umane assegnate a questi servizi, costante negli ultimi 5 anni. E' comprensibile quindi che l'attenzione venga concentrata soltanto sulle situazioni più gravi e più comprovabili, anche se una serie di altri bambini rimarrà senza protezione, almeno ufficialmente (parte di questi potrebbe essere assorbita dalla consistente proliferazione dei Child Advocacy Centers privati, nati per sostenere vittime e adulti protettivi nell'incrocio con i percorsi giudiziari).

L'ultima considerazione degli autori trasmette quanto la registrazione, pure puntigliosa, della posizione degli intervistati sia loro apparsa inconsistente e inquietante a fronte della drammaticità del dato. Infatti ciò che più li ha colpiti è *la scarsa attenzione che il fenomeno della riduzione delle segnalazioni aveva suscitato presso i servizi stessi*. Essi, lavorando giorno per giorno, sembravano non aver maturato alcuna consapevolezza o domanda in proposito, a differenza di quanto invece è avvenuto per altre problematiche di rilevanza sociale e giovanile negli Stati Uniti.

Sembra di poter concludere che *l'incapacità di possedere e governare le dinamiche che presiedono all'intervento sull'abuso sessuale all'infanzia sia proprio una caratteristica specifica di quest'area*, ovviamente gravida di rischiose conseguenze. ***Tale incapacità, d'altro canto, pare assolutamente congrua agli altri limiti nella traduzione operativa in precedenza descritti***: è infatti fin troppo comprensibile e ovvio, anche se induce profondo rammarico, che professionisti emotivamente 'prosciugati', incerti sulle proprie competenze, pressati da una complicata e multiforme macchina istituzionale perdano la fiducia di poter essere in controllo di una materia tanto sfuggente ed esplosiva, e persino l'interesse a coinvolgersi in essa come protagonisti almeno sul piano tecnico.

5.5 La situazione italiana

Come è facile dedurre, *tutti i problemi sopra evidenziati sono di grande attualità anche nel nostro Paese*.

Agli ostacoli di tipo emotivo che impediscono di prendere contatto con la realtà dell'abuso all'infanzia dedicano molta attenzione Roccia e Foti (1994). Gli autori affermano che chi viene in contatto con una situazione simile rischia di essere contagiato dalla sofferenza ad essa implicita. Di conseguenza, *specie se gli operatori sono lasciati soli con le loro emozioni e i loro conflitti, ricorreranno quasi inevitabilmente a meccanismi di difesa dalla sofferenza*. Questi ultimi vengono elencati e dettagliati: c'è innanzitutto il distacco emotivo, che rende il professionista incapace di immedesimarsi nei sentimenti della vittima e della sua famiglia. In altri casi predomina la rimozione, con la possibilità di guardare il problema ma non di "vederlo" e conservarlo nella mente per elaborarlo; si ricorre anche alla razionalizzazione, come modo per non farsi sopraffare dalla percezione di gravità del problema, e alla idealizzazione, illudendosi che magicamente questo possa risolversi in assenza di incisivi interventi.

In un altro scritto (2001) ancora Foti schematizza *le ragioni per cui è così comune il ricorso a quei meccanismi di difesa* in chi è chiamato ad accertare un sospetto abuso sessuale. La prima ragione è l'impatto con il dolore: la sofferenza, l'impotenza, la disgregazione del sé che caratterizzano la vittima e i suoi familiari hanno l'effetto di paralizzare la pensabilità. In secondo luogo fa ostacolo la confusione tipica di queste situazioni; esse comportano anche la necessità dolorosa di rinunciare al bisogno di idealizzare la realtà. Infine è fonte di preoccupazione il fatto che rendere pensabile l'abuso costringe il soggetto a decisioni e a comportamenti destinati ad andare incontro alla prospettiva ansiogena del conflitto con quella fetta del mondo adulto che avrebbe voluto condannare le comunicazioni del bambino in un'area di silenzio e incredulità.

Proprio su questa *esposizione al conflitto*, che rischia di contagiare anche l'opinione generale di chi pratica professioni di aiuto si sofferma anche Malacrea (2000). Sintetizzando nell'intervento al congresso del C.I.S.M.A.I. (Bergamo, 1999) le principali problematiche inerenti l'operatività nel campo dell'abuso sessuale all'infanzia, elencava una serie di rischi del tutto analoghi a quelli emersi dalla rassegna della letteratura sopra descritta.

Veniva rilevato un movimento di *strisciante stigmatizzazione* verso chi opera per il riconoscimento degli abusi, movimento che rischia di introdurre diffidenza tra istituzioni che dovrebbero collaborare o all'interno della medesima istituzione tra colleghi. Ne nascono sentimenti che fanno sentire gli operatori accomunati alle vittime stesse e che demotivano rispetto allo sviluppo di competenze sempre più specialistiche, come sarebbe viceversa desiderabile. Viene anche accentuata la dialettica tra servizi specialistici sul tema e servizi di base, in una spinta alla differenziazione invece che in una spinta alla collaborazione sinergica. Un secondo punto continuamente critico è *l'integrazione con le istituzioni giudiziarie*. Nonostante molti promettenti progressi, sanciti da leggi oltre che da prassi operative, il panorama nazionale è tutt'altro che omogeneo: e anche le situazioni di collaborazione più felice rischiano di declinare se non verrà fatta una continua ricerca di punti fermi condivisibili che fondino una solida coesione d'intenti, scongiurando giorno per giorno quell'impulso a ritornare nei propri rigidi assunti di ruolo che già gli autori americani evidenziavano. Il terzo punto critico riguarda *la gestione dei servizi di protezione, diagnosi e cura per i bambini abusati e per le loro famiglie*. Il funzionamento degli stessi, esposto a mille difficoltà, richiede deciso e duraturo investimento di mezzi, sia sul piano del sostegno culturale, sia su quello dell'investimento di denaro. Avviene invece con troppa frequenza un'estenuante altalena, ufficialmente dettata da contingenze economiche o dalle ondate dell'opinione pubblica, tra processi di costruzione e decostruzione di risorse pubbliche specializzate sul tema e organizzate intorno al lavoro d'équipe, le uniche in grado di affrontare adeguatamente compiti tanto pesanti e delicati.

Una spaccato interessante proprio di questi ultimi "fattori di realtà", che rendono meno efficace l'operatività di chi si occupa di abuso sessuale all'infanzia, è contenuto in scritti di Malacrea, Diano e Donati, Soavi e Biancardi (2001). Le autrici partono da un'inchiesta sull'orientamento degli operatori italiani nella prassi rispetto alle situazioni di presunto abuso all'infanzia e circa l'individuazione delle carenze con cui gli stessi sono consapevoli di dover fare i conti in tale prassi. Ne deriva la consapevolezza dell'esistenza di una enorme quota di sommerso "non casuale", e cioè non dovuto soltanto a variabili inerenti le vittime e loro famiglie, ma certamente anche alle insufficienze di chi dovrebbe dare soccorso

5.6 I rimedi

Quali *i possibili antidoti ai rischi* cui è sottoposta la traduzione in operatività concreta del compito di tutela e sostegno nei confronti delle vittime e delle loro famiglie?

I suggerimenti espressi da tutti gli autori sono ampiamente convergenti.

Per una costante *promozione delle competenze*, in direzione sempre più specialistica e adeguata ai progressi della ricerca nel campo si pronunciano Haskett e coll. (1995), come anche Biggerstaff e coll. (1998), Moran-Ellis e Fielding (1996).

Sul *potenziamento della collaborazione* interna allo staff degli operatori psicosociali e con le istituzioni giudiziarie puntano Moran-Ellis e Fielding (1996) e Anderson (1999), come anche Everson e coll. (1996). Anche Crivillé (1994) intravede il possibile superamento delle difficoltà emotive nella opportunità di lavorare in gruppo, ma raccomanda anche la supervisione da parte di clinici esperti.

Un po' "fuori dal coro", ma molto opportunamente, Anderson (2000) sottolinea la necessità di fornire occasioni di elaborazione e *supporto emotivo* agli operatori che si occupano di abuso da più

tempo, e suggerisce agli amministratori di *garantire condizioni di lavoro caratterizzate da minor sovraccarico*, soprattutto per quanto riguarda gli adempimenti burocratici.

Tornando alla *situazione italiana*, Malacrea (2000) identificava, al di là dei dettagli inerenti i singoli punti critici dell'operatività identificati come sopra, quattro bisogni generali di chi si occupa stabilmente di abuso all'infanzia: *informazione, formazione, collegamento e ricerca*. Il primo obiettivo è la creazione di una piattaforma di base di conoscenze condivise sulle caratteristiche dell'abuso, sulle imprescindibili scelte che ne conseguono per l'intervento, su limiti e potenzialità dei ruoli professionali. Sarebbe imprudente dare per scontato che tale patrimonio sia già diffuso e consolidato, e la persistenza di alcune tipiche "false credenze" prova questo stato di fatto. Ne sono un esempio l'opinione che l'abuso sessuale sia un fenomeno che riguarda soprattutto l'adolescenza, che l'assenza di patologia psichiatrica documentabile nell'abusante porti a escludere l'abuso, come anche l'assenza di segni fisici, che l'osservazione di un buon rapporto presunta vittima/ presunto abusante conduca alla stessa conclusione, che le separazioni conflittuali siano fonte in grande maggioranza di false denunce: e si potrebbe continuare per molto.

Il secondo punto mette a fuoco il fatto che le conoscenze teoriche, pure correttamente acquisite, non sono immediatamente traducibili in efficace operatività se non esiste il supporto di formazione permanente e di supervisione che consenta un continuo controllo di qualità del proprio operato. Il potenziamento delle risorse in tal senso, favorendo anche aggregazioni locali permanenti che fungano da gruppi di riferimento e confronto, appare imprescindibile, tenendo conto che i percorsi formativi in materia tanto delicata e multiforme sono necessariamente non brevi.

L'obiettivo di *stabilire collegamenti stabili* tra operatori nel campo tende a presentificare il fatto che ciò che accade a ciascuno nella sua realtà locale può replicarsi in altre situazioni e luoghi e confluire in un patrimonio di esperienza ben più vasto e affidabile che quello dei singoli operatori o centri. Ciò può avere un utile effetto galvanizzante, nonchè costituire un'oggettiva facilitazione dell'operatività.

La *ricerca*, poi, è indiscutibilmente necessaria sia per adeguare le conoscenze sul tema, in una declinazione adatta alla realtà nazionale, a quelle maturate negli altri Paesi, sia per dare dignità e slancio comunicativo a spunti d'esperienza preziosi che nulla hanno da invidiare alle realtà estere, ma che rischiano di non trovare riflessione sistematica.

Sempre Malacrea (1999), nel prospettare attraverso un'esemplificazione clinica la concreta attuazione dell'integrazione degli interventi tra istituzioni cliniche e giudiziarie, indicava nelle conclusioni alcuni concetti chiave che possono rendere attuabile ed efficace un simile modello. Innanzitutto è imprescindibile la *specializzazione* delle risorse operative impiegate, a tutti i livelli istituzionali. In secondo luogo è fondamentale l'articolazione temporale degli interventi e la loro *tempestività*, e ciò richiede grande duttilità ai professionisti implicati. Da ultimo, elemento rilevante che caratterizza queste delicate situazioni è la necessità di *cura immediata*, attraverso il sostegno attivo sia della piccola vittima che dei familiari protettivi: ciò può garantire sia le condizioni per far piena luce sull'esperienza traumatica sia il fatto che il desiderio di metter fine alla stessa non dia luogo a situazioni ancora più traumatiche e confusive. Ne consegue la promozione di contesti clinici come preferenziali rispetto a contesti peritali.

Sugli aspetti della formazione volti a dare *supporto per l'elaborazione delle emozioni* connesse alla presa in carico di queste delicate situazioni si sofferma Bruno (2001), a partire dalla convinzione che le informazioni di contenuto possano essere adeguatamente utilizzate se gli adulti hanno lo spazio per riconoscere le proprie emozioni, gli oggetti interiorizzati nel passato che influenzano le relazioni del presente.

Quanto ai *supporti a livello organizzativo*, sono da segnalare come rilevanti le iniziative di alcune Amministrazioni regionali (Veneto, Lazio, Emilia-Romagna, Piemonte) e comunali (Firenze) che nello sforzo di fornire linee-guida sull'argomento ai loro collaboratori tecnici (nel settore psico-socio-sanitario) hanno deciso stanziamenti per il potenziamento e modelli organizzativi per l'ottimizzazione delle risorse disponibili. *Preoccupazioni costanti e trasversali* sono quelle per la

sensibilizzazione e formazione degli operatori e per garantire *reti di collaborazione* che privilegino il lavoro in équipes specialistiche. Quasi sempre presente, e lodevole, è anche l'intento di garantire che i propri collaboratori non commettano errori e omissioni nel *rapportarsi al piano giudiziario*, inevitabile incrocio in queste situazioni, ma anche per evitare che gli stessi si facciano fagocitare dalle esigenze dei tribunali: rischioso infatti sarebbe ignorare, in uno stato di completa dipendenza dalla Magistratura, quali sono le oggettive possibilità e gli istituti giuridici per svolgere il proprio compito in attuazione degli specifici obiettivi socio-sanitari, in tutta legittimità ma con cognizione di causa e flessibilità. Tali indicazioni si rivelano preziose, al di là dei contenuti, per comunicare ai professionisti della tutela e della salute consapevolezza dell'importanza del proprio ruolo.

6. CONSIDERAZIONI CONCLUSIVE

Come si può dedurre da quanto sopra, il professionista orientato a compiti di protezione e cura può non raramente trovarsi, nel campo dell'abuso sessuale all'infanzia, stretto in dubbi e contraddizioni non facilmente risolvibili. Ciò che risulta indiscutibile, in un panorama a volte troppo sfumato o troppo contrappositivo, è l'esigenza di acquisire competenze specialistiche e di esercitarle senza derogare dal principale compito deontologico di portare sollievo alla sofferenza. Stabilito come "stella polare" questo generale obiettivo e come strumentazione principale il massimo potenziamento delle proprie risorse umane e professionali (come del resto raccomandano tutti i codici deontologici delle professioni d'aiuto), sarà, si spera, più facile dare giusto peso e soluzione ai numerosi problemi e inciampi creati dall'articolazione complessa e interdisciplinare degli interventi (che comprende competenze e istituzioni, come quelle giudiziarie, che non riconoscono le stesse finalità) in questa materia. Essere consapevoli della meta, come si sa, è la miglior garanzia di non perdersi per strada. Duole constatare che, a fronte di una sostanziale ricerca (sia pure largamente imperfetta e in assestamento) delle istituzioni giudiziarie di forzare i propri limiti istituzionali e la propria "filosofia" di fondo per venire incontro alle vistose esigenze differenziali comportate dall'aver a che fare con un reato e con un'evenienza familiare tanto sfavorevole e peculiare come l'abuso sessuale all'infanzia, il maggiore irrigidimento si registri, in totale controtendenza rispetto a quanto sarebbe logico attendersi, proprio nel fronte dei tecnici appartenenti alle stesse professioni d'aiuto. Se si può azzardare un'impressione, quello che appare come un "essere più realisti del re" nei confronti delle presunte esigenze dell'ambito giudiziario, non trova congrua spiegazione in nessuna delle argomentazioni, attinenti alla purezza scientifica o alla deontologia professionale, pure reiteratamente proposte: quindi ci deve essere dell'altro. Vale la pena di sottolineare che la costante, sottesa alle posizioni di quanti criticano i clinici come creduloni e pressapochisti nel buttarsi a capofitto nel riconoscimento e nel sostegno alle vittime di abuso e ai loro familiari, costante che potrebbe essere sintetizzata nella parola d'ordine "neutralità" o "distacco", non ha corrispettivi di sorta in nessun codice deontologico di professioni sociali o sanitarie. Anzi si può dire che il dovere di prodigarsi per i soggetti deboli, tra cui i bambini vittime di trauma, è sempre più rappresentato in questi testi. Certo, "neutralità" e "distacco" non possono essere equiparati a "rigore", che invece è d'obbligo, e non solo negli abusi sessuali, ma in qualsiasi attività di diagnosi e cura. Ci auguriamo che lo svilupparsi della dialettica su questi punti, all'interno dell'area delle professioni di aiuto, porti progressivamente a chiarimento e a composizione quello che a nessuno conviene diventi una sterile contrapposizione, così costosa, oltretutto, in termini di energie e di immagine professionale.

Imparando dalla lezione di Anderson (2000), chi opera nel campo della tutela e della cura ha viceversa bisogno, pare, di mobilitare tutte le proprie capacità di "coping" attivo e assertivo, e non opinioni che involino a rifugiarsi nelle strategie di evitamento, se si vuole far fronte a quella che, visti i numeri e la gravità, può ben essere chiamata "emergenza abuso". C'è bisogno anche di nutrirsi di sostegni concreti, in termini di supporti organizzativi, per mantenere in equilibrio la delicatissima traduzione quotidiana in operatività di quanto si vede come necessario per i bisogni dell'utenza.

Occorre pure che un forte spirito d'équipe faccia da collante emotivo e cognitivo in collaborazioni e condivisioni di compiti che, senza quella qualità, diventerebbero un peso in più da portare: spirito d'équipe che è desiderabile sorga anzitutto tra tecnici che hanno trovato riferimenti convergenti e certi sul piano culturale e scientifico.