

Marinella Malacrea<sup>1</sup>

## Abuso sessuale all'infanzia: esigenze cliniche e giudiziarie<sup>2</sup>

### 1. Il fenomeno e le implicazioni per l'intervento<sup>3</sup>

Per quanto più tardivamente che in altre nazioni (pensiamo agli Stati Uniti), è arrivato all'attenzione anche nel nostro Paese il grave problema del maltrattamento nei confronti dei bambini e della sua forma forse più allarmante e incomprensibile, l'abuso sessuale.

Ormai di quest'ultimo fenomeno si sa molto e il progresso delle conoscenze ha sfatato molti miti. Innanzitutto per quanto riguarda la diffusione: se era più facile pensare che esso toccasse solo fasce marginali della popolazione e in misura occasionale, oggi dobbiamo ammettere che invece l'abuso sessuale si distribuisce trasversalmente alle classi socio-culturali, con *alta frequenza*. I numeri che ci vengono dalle inchieste retrospettive, quelle in cui campioni di adulti vengono intervistati circa esperienze traumatiche sessuali subite nell'infanzia e nell'adolescenza, esperienze il più delle volte mai rivelate e che affiorano solo grazie all'anonimato garantito dalle ricerche, continuano a stupirci e ad allargarsi quanto più i metodi di rilevazione sono accurati. Essi si situano a livelli che variano da un minimo del 10% fino a un massimo del 50% e più della popolazione, a seconda del tipo, gravità, durata degli episodi considerati, con una media attestata intorno al 15-20%. Fatto ancora più inquietante, il rapporto tra emerso e sommerso resta a smisurato vantaggio del secondo: stando solo a dati italiani (Caffarra, 1994; CENSIS, 1998<sup>4</sup>) siamo ad una proporzione di 1 a 100.

Il secondo mito sfatato concerne il *fattore 'tempo'*. Se inizialmente si pensava che il fenomeno riguardasse l'adolescenza, anche perchè in questa fase evolutiva le rivelazioni sono

---

1 Neuropsichiatra infantile e terapeuta familiare, responsabile dell'Unità per la Cura e la Ricerca nell'Abuso Sessuale (UCRAS) del Centro per il Bambino Maltrattato e la cura della crisi familiare (CbM) di Milano e dell'Associazione Amici Opera Pia Castiglioni. Membro del Comitato Direttivo del Coordinamento Italiano dei Servizi contro il Maltrattamento e l'Abuso all'Infanzia (CISMAI).

2 Il presente scritto riprende gli appunti già apparsi su *Minori Duemila. Luci e ombre del sistema di protezione*, a cura di Andrea Pinna, Azienda USL Ferrara, 2000.

3 Essendo ormai ben note molte delle informazioni sintetizzate in questo e nel prossimo paragrafo, è sembrato inopportuno dettagliare la letteratura che le conferma; si è scelto quindi di suggerire letture essenziali che a loro volta contengono i riferimenti bibliografici originali. Si veda:

- Malacrea M., Vassalli A. (1990) *Segreti di famiglia. L'intervento nei casi di incesto*, Raffaello Cortina, Milano.

- Malacrea M. (1997) L'intervento psicologico nell'abuso sessuale all'infanzia. In: Luberti R., Bianchi D. (a cura di) *...e poi disse che avevo sognato. Violenza sessuale intrafamiliare su minori*, Edizioni Cultura per la Pace, Firenze.

- Malacrea M. (1998) *Trauma e riparazione. La cura nell'abuso sessuale all'infanzia*, Raffaello Cortina, Milano.

- Malacrea M. (1999) Integrazione degli interventi nei casi di abuso sessuale all'infanzia. In: Abbruzzese S. (a cura di) *Minori e sessualità, vecchi tabù e nuovi diritti*, Franco Angeli, Milano.

- Malacrea M. (1999) Abuso sessuale all'infanzia: dopo lo svelamento quale futuro per le vittime?. In: Abbruzzese S., *Minori e sessualità, vecchi tabù e nuovi diritti*, Franco Angeli, Milano.

4 Caffarra D. (1994) *Uscire dal silenzio. Gli abusi sessuali e l'incesto*, A.S.P.E.R.; C.E.N.S.I.S., 1998.

facilitate da una maggiore assertività e capacità cognitiva, oggi sappiamo che colpisce con preoccupante frequenza bambini in età tenerissima. Sappiamo anche che si protrae a lungo, diventando una condizione cronica della vita infantile, che si riesce ad interrompere, nella grande maggioranza dei casi, soltanto con un intervento esterno.

Altri elementi che oggi hanno assunto chiari contorni riguardano: il tipo degli *atti compiuti, gravi e penetrativi* in sede orale, genitale e anale, anche quando i bambini sono molto piccoli; il coinvolgimento tra le vittime in misura consistente di *soggetti di sesso maschile*, anche se sempre inferiore a quelli femminili (più o meno, in proporzione da 1 a 3).

Quanto alla *tipologia degli abusanti*, sappiamo ora che non dobbiamo guardarci tanto dagli sconosciuti perversi che possono adescare innocenti quanto sconosciute creature, gruppo che non costituisce più del 10% dei perpetratori, ma che il pericolo è molto vicino al bambino, fatto di persone a lui ben note e molto amate, nei cui confronti ha spesso un rapporto di dipendenza molto stretto. Caratteristiche tali, dunque, da spuntare o scoraggiare qualsiasi iniziativa di prevenzione (si può dire ai bambini di diffidare del proprio padre, zio, nonno?), da sfuggire alle capacità critiche non solo dei piccoli ma anche degli adulti potenzialmente protettivi, soprattutto ponendo la vittima in una straziante alternativa tra la ribellione all'abuso e la propria stessa sopravvivenza, se non fisica, almeno psicologica, messa a rischio dal dover rinunciare all'appartenenza primaria che fonda la personalità degli esseri umani. L'eventualità infatti di una ammissione di colpevolezza e di un sincero ravvedimento da parte dell'abusante, con conseguente buon recupero della relazione, rimane una speranza quasi sempre illusoria.

E le *conseguenze*? Pure su questo punto una quantità enorme di studi, che continuamente affollano la letteratura scientifica sull'argomento, ci informa senza possibilità di illusioni che segni restano, immediati e a lungo termine, gravi, spesso invalidanti per tutta la vita adulta: e non solo per l'impotenza e lo choc che si accompagna ad ogni esperienza traumatica, ma per quella miscela corrosiva di stigmatizzazione, deformazione della relazione con la sessualità, autobiasimo che caratterizza in modo peculiare questo trauma "sporco" e confusivo, in cui violenza esplicita non c'è quasi mai e lo sfruttamento si maschera di predilezione e intimità.

Tuttavia, *proteggere e curare si può e si deve*. Ovviamente ciò è impossibile senza il riconoscimento del fenomeno. *Per tutti gli anni '80*, clinici e ricercatori hanno cercato di ordinare in schemi le multiformi manifestazioni del disagio dovuto all'esperienza traumatica, orientati essenzialmente a fornire, come distillato della loro aumentata conoscenza delle vittime, una traccia larga e composita, che favorisse così l'attivazione dell'allarme di fronte a segni anche non conclusivi, nello sforzo di attivare il riconoscimento. Il risultato, certamente lodevole, non è privo di inconvenienti. La mancanza di *indicatori* precisi e restrittivi può dare luogo a diagnosi approssimative, istintive, qualche volta scorrette, soprattutto se pensiamo che le manifestazioni osservate sono di natura comportamentale, psicologica: area in cui l'interpretazione dei dati è forse più determinante che in altre aree. La psicologia non è matematica.

Ma anche le *dichiarazioni* dei bambini non sono matematica. Soggetti in età evolutiva, ben poco propensi a rivelare ciò che li fa sentire strani e da biasimare, che si abatterà spesso come un cataclisma su legami che, per quanto pericolosi, sono pur sempre tutto quello che hanno conosciuto, per di più gravati da insufficienze cognitive e comunicative, difficilmente producono dichiarazioni chiare, complete, documentate, inoppugnabili. Più spesso rivelano a frammenti, un pezzo dopo l'altro, sono incerti sull'opportunità di farlo, ritrattano, riconfermano. Anche qui è necessario, per comprendere e interpretare questi comportamenti contro logica, avere una buona conoscenza delle dinamiche psicologiche peculiari che possono stare alla base di essi, addentrandosi in delicate valutazioni.

Se vogliamo andare fino in fondo, poi, dobbiamo aggiungere che neppure i *reperti fisici*<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup>Il tema richiederebbe specifica documentazione. Per avere almeno un riferimento recente e riassuntivo della ricerca precedente e delle problematiche relative all'impatto sul percorso

sono matematica. Tutti gli studi più recenti confermano che segni conclusivi si ritrovano in una minoranza di casi e anche quelli meno eclatanti, ma pur sempre significativi e utili per comporre un ragionamento diagnostico complessivo sulla sussistenza della vittimizzazione, non compaiono frequentemente.

*Il compito valutativo, quando sorge un sospetto di abuso, è tutt'altro che semplice: e la letteratura dell'ultimo decennio, dopo l'ondata tesa al riconoscimento, punta il dito proprio su questa fluidità, sulla necessità conseguente di maggiori certezze, che possano risultare da studi controllati e non solo dall'accumulo soggettivo dell'esperienza clinica. Nel frattempo, orientarsi alla massima prudenza è diventata la parola d'ordine.*

## 2. Le esigenze giudiziarie

Ma non basta. Questo percorso che, come in tutte le materie oggetto di operazioni cliniche (quelle che vedono un naturale continuum tra diagnosi e cura), non può svilupparsi senza un dibattito interno al gruppo che le attua, e non può non avere momenti di incertezza che sono il semplice indice della complessificazione delle conoscenze sulla materia, deve fare i conti con un'altra realtà: l'abuso sessuale è un reato, per cui la società è mobilitata all'accertamento e alla repressione.

Ciò non gli impedisce di continuare ad essere un evento morboso. *Ma gli strumenti per affrontarlo devono comprendere una serie di decisioni di fatto senza le quali le operazioni propriamente cliniche sono destinate all'insuccesso.* Come infatti migliorare lo stato psicologico e fisico di un bambino che continua a dipendere dal suo abusante? L'abuso va innanzitutto fermato, così come nessun medico intraprenderebbe la cura di una malattia epidemica senza aver stabilito innanzitutto l'isolamento del paziente, perchè cessi la sua esposizione all'agente morboso.

Se vogliamo continuare la metafora, di agenti morbosi nell'abuso sessuale ce ne sono tanti: oltre ovviamente alla continuazione dell'abuso stesso, anche il rimanere in contatto con persone amate che incoraggiano il segreto, che rifiutano di credere, non fa che rinforzare le distorsioni psichiche che già hanno fatto tanto danno, perchè sono proprio quelle alla base dell'impossibilità a rivelare tempestivamente l'abuso. Se non si trova poi un'esperienza correttiva adeguata, che ripari bene lo sradicamento dai propri legami familiari, spesso inevitabile, può accadere che ciò che era divenuto insopportabile verrà sostituito da un deserto che potrà addirittura far rimpiangere l'inferno di prima: e ben sappiamo quante ritrattazioni riconoscono proprio questa dinamica come origine.

Parallelemente è urgente trovare tempo e modo per rimettere insieme i pezzi esplosi della propria vita, compito precipuo della *terapia*, per ricostruire un adattamento alla realtà migliore del precedente, improntato all'impotenza e al disvalore, che permetta di continuare a vivere: e ciò va fatto in sicurezza, senza il rischio che tutto esploda di nuovo; e subito, perchè il tempo, in età evolutiva è importantissimo, fatto di tappe insostituibili, che bisognerebbe non perdere per poter sperare in un futuro degno di essere vissuto.

*Quindi chi si occupa del miglior benessere delle piccole vittime non può che guardare con speranza e cordialità all'intervento giudiziario che, sia in sede civile minorile che penale, dovrebbe proprio garantire quelle condizioni di rinnovata e proficua stabilità e sicurezza in cui affrontare l'inventario dei danni e mettere a punto strategie di riparazione: condizioni di cui è impensabile fare a meno.*

C'è un "ma": *l'ambito giudiziario ha sue regole<sup>1</sup>* che sono deputate a garantire imparzialità

---

giudiziario dei dubbi lasciati aperti dalla visita medica si veda: De Jong A. R. (1998) Impact of child sexual abuse medical examinations on the dependency and criminal systems, *Child Abuse and Neglect*, 22 (6), 645-652.

<sup>1</sup>Per avere una completa panoramica di come, dal punto di vista di un esperto nel campo

di giudizio. Di fronte al rischio di vedersi gravare da accuse infamanti e con conseguenze gravi, sia sul versante dei diritti parentali nei confronti del bambino sia come pene da scontare, nel caso il reato venisse accertato, possiamo ben attenderci che gli accusati tentino di giocare tali regole il più possibile a proprio vantaggio, pretendendo innanzitutto, e legittimamente, certezza degli elementi dell'accusa.

Si verifica a questo punto una prima contraddizione: mancando infatti testimonianze oculari e prove oggettive, in molti casi *avrà un peso determinante proprio utilizzare quello che è l'oggetto precipuo del lavoro clinico*, e cioè mettere pazientemente insieme i segnali, di tipo fisico, psicologico e relativi alle dichiarazioni del bambino, costruendo un ragionamento diagnostico il più possibile affidabile. Nel far questo, però, verrà chiesto contemporaneamente a chi esercita professioni di aiuto (psicologi, psichiatri, ginecologi, pediatri, assistenti sociali ecc.), e detiene la competenza per quanto sopra, di adeguarne le forme alle regole giudiziarie: cosa non facile, stante la fluidità del dibattito e delle conoscenze scientifiche a cui si accennava sopra.

C'è poi una seconda contraddizione. Per ottenere l'apporto protettivo del sistema giudiziario, *si rende necessario fare leva proprio sul membro più debole, la presunta vittima*, per ottenere quelle informazioni che possono determinare il giudizio: il paziente, il soggetto debole da proteggere diventa il *testimone chiave*, necessariamente dovendo sottostare al clima di contrapposizione e ricerca di certezze che caratterizza i procedimenti legali.

Diventa anche il *soggetto da esaminare* direttamente, per inquadrarne la personalità ai fini di giudicare l'attendibilità dell'accusa che da lui proviene e per rintracciare nel suo corpo come nella sua mente eventuali tracce lasciate dall'esperienza traumatica che possano confermarne la sussistenza. A volte l'accesa battaglia legale impedirà di utilizzare gli elementi che in un percorso clinico già sono emersi, insinuando il dubbio che essi possano essere male o sopravvalutati proprio da chi ha il compito di dare aiuto al bambino: e se si trattasse di pericolosi pregiudizi di chi è orientato a solidarizzare con il paziente, qualunque sia la verità? La moltiplicazione delle procedure diagnostiche, viste dal tribunale come l'unico mezzo per evitare le critiche della difesa dell'imputato e raccogliere dati secondo regole di garanzia tali che nessuno possa eccepire sulla loro validità, diventa l'unica carta da giocare, anche proprio per arrivare alla protezione del piccolo e al riconoscimento della sua verità.

Ma, oltre all'inevitabile impatto del sentirsi continuamente sotto osservazione, con tutte le domande conseguenti che mettono in forse il credito ottenuto, c'è anche il fatto che di questo tipo di accertamenti diagnostici il bambino perde ogni padronanza, base del percepirli utili per sé, come quando il valutatore agisce per conto del paziente e nel suo esclusivo interesse. L'interesse diventa quello della giustizia, concetto astratto soprattutto per un soggetto in età infantile: ma è palpabile anche per lui, e con inevitabile malessere, *l'essere tenuto paradossalmente estraneo alle indagini di cui è fatto oggetto*, dei cui precisi fini e del cui esito, per esempio, sarà tenuto all'oscuro, salvo qualche generica attestazione di empatia e qualche rassicurazione altrettanto generica. Oltre al danno, la beffa: a causa della similarità delle tecniche, l'ombra della diffidenza potrà eventualmente espandersi per il bambino anche su chi opera la presa in carico clinica, minando il rapporto di fiducia creato a prezzo di tante difficoltà.

Il sistema giudiziario poi, come tutti gli ambiti istituzionali, non è perfetto: non solo ha regole che, sia pure non adeguate alle complesse esigenze delle piccole vittime, sono tuttavia comprensibili e accettabili; ma anche *inefficienze*, lungaggini, difficoltà create dai più diversi fattori umani in tutte le combinazioni possibili. Soprattutto poco sa di bambini, essendo

---

giuridico, tali regole possano essere interpretate e applicate tenendo conto delle peculiarità di questo reato, si veda: Forno P., Abuso sessuale di minori: idee per un protocollo di indagine, *relazione presentata al Corso del Consiglio Superiore della Magistratura*, Frascati, 7-9 febbraio 2000.

abituato ad avere a che fare con soggetti adulti; ancor meno sa di bambini tanto e così peculiarmante sofferenti, prigionieri di sè stessi, minati nella possibilità di aver fiducia, specie di estranei che vogliono sapere sempre di più, che sembrano dubitare di tutto, confrontati con dichiarazioni opposte del loro abusante, tanto più potente di loro. Il rischio di vedere la sofferenza diventare più acuta, almeno temporaneamente, è grande.

E poi c'è l'incertezza dell'esito: se non capiterà quello che molte piccole vittime paventano, di finire loro in prigione, potrà però accadere che le loro incertezze e insufficienze, che sono la diretta conseguenza della patologia derivante dall'abuso, portino a un giudizio di discredito rispetto all'accusa.

Il clinico vede quindi aggiungersi, proprio a causa delle istituzioni su cui contava per la facilitazione del proprio lavoro, un ulteriore compito: sostenere in ogni modo e attivamente il piccolo paziente affinché ciò che è stato avviato per il suo miglior benessere non diventi, a causa sia delle regole sia delle disfunzioni che lo caratterizzano, fonte di *ulteriore vittimizzazione*.

E certamente si può, e si deve, *far fronte al problema agendo direttamente sul bambino*, da un lato aiutandolo a mettere ordine in pensieri e sentimenti destabilizzati ulteriormente dalla comparsa sulla scena giudiziaria, con tutti i mezzi di elaborazione cognitiva ed emotiva, e dall'altro preparandolo al compito, perché aumenti la sua assertività e determinazione a trovare finalmente protezione, collaborando agli accertamenti e aprendosi come testimone, giocando le sue carte migliori. Ma chi esercita una professione di aiuto si chiederà anche se c'è modo di *intervenire a monte*, facendo in modo che quella comparsa avvenga nelle migliori condizioni contestuali possibili, per minimizzarne l'impatto negativo e amplificarne i vantaggi.

### 3. *Le esigenze cliniche e il sistema giudiziario*<sup>1</sup>

Va premesso che *tutte le riflessioni che seguiranno vogliono rappresentare il punto di vista di chi pratica professioni di aiuto*: con tale scelta si intende innanzitutto riconoscere tale categoria come interlocutore a pieno titolo e di pari dignità delle istituzioni giudiziarie e favorire la messa a fuoco dei particolari interessi che la contraddistinguono, come agente per la salute delle piccole vittime.

E' utile partire sintetizzando quali sono i diversi punti di incrocio del clinico con il sistema giudiziario: e quindi quali sono le occasioni che concretamente il primo ha per raggiungere proprio l'obiettivo di minimizzare il potenziale contrasto del secondo con le esigenze del bambino.

Tale incrocio è il più delle volte proprio all'origine della vicenda giudiziaria. E' infatti chi per prassi filtra le situazioni, psichiche o fisiche, di malessere infantili, portate sovente dagli adulti che hanno responsabilità affettiva ed educativa verso il bambino, che può concepire il sospetto dell'esistenza di una situazione traumatica come evento patogenetico; analogamente avviene quando non sono i sintomi che richiamano primariamente l'attenzione, ma rivelazioni anche frammentarie e criptiche che il piccolo abbia fatto arrivare, come "messaggi in

---

<sup>1</sup> L'argomento è complesso e affrontato negli ultimi dieci anni da molte pubblicazioni statunitensi. Rimandando a una trattazione completa e documentata all'interno di un volume di prossima pubblicazione dedicato all'approfondimento della Dichiarazione di consenso in tema di abuso sessuale redatta dal C.I.S.M.A.I, si possono suggerire tra le letture più interessanti: Berliner L. (1998) The use of expert testimony in child sexual abuse cases. In: Ceci S. J., Hembrooke H., *Expert witnesses in child sexual abuse cases*, American Psychological Association, Washington; Oberlander L. B. (1995) Psycholegal issues in child sexual abuse evaluation: a survey of forensic mental health professionals, *Child Abuse and Neglect*, 19(4), 475-490. Le considerazioni espresse da questi e molti altri autori sono state adattate alla realtà italiana.

bottiglia" di un naufrago, a compagni, persone di famiglia, insegnanti o quant'altri gli sono sembrati in quel momento interlocutori in cui sperare.

Dopo aver raggiunto una prima convinzione clinica che la situazione merita approfondimento perché contiene elementi tali da far seriamente sospettare una vittimizzazione, sta al clinico *segnalare all'autorità giudiziaria* penale per avviare gli opportuni accertamenti della sussistenza di un reato ai danni del bambino e a quella civile minorile, se necessario per ottenere provvedimenti di tutela, sia pure provvisoria, dello stesso.

*La tempestività e la qualità* della segnalazione sono cruciali. Essa infatti dovrà battere sul tempo il rischio che il primo affiorare di segnali e l'attenzione che hanno cominciato a concentrare pongano il piccolo, proprio nel momento in cui sta cercando di aprire una finestra sull'eventuale fonte della propria sofferenza, nella condizione di massima esposizione all'allarme e alle conseguenti pressioni di chi non può avere alcun interesse che la situazione venga alla luce. Nello stesso tempo sarà necessario che nel rivolgersi all'autorità giudiziaria il professionista abbia a disposizione elementi sufficienti e abbastanza importanti, anche se raccolti attraverso un primo vaglio imparagonabile all'approfondita valutazione che potrà portare a un completo ragionamento diagnostico, per prevedere che le misure desiderate (tutela del bambino e accertamento del reato) non abortiscano sul nascere, perché la segnalazione non suscita abbastanza preoccupazione per avviare la macchina giudiziaria.

Se l'intervento del professionista sarà adeguato, seguirà una *fase di valutazione*, destinata a raccogliere elementi di approfondimento della situazione tali da orientare le misure successive protettive e repressive: valutazione che, a parte strumenti d'indagine propri delle istituzioni giudiziarie, poggerà molto proprio su chi ha competenza clinica, per acquisire informazioni, circa lo stato psicologico e fisico della presunta vittima, che possano diventare eventuali elementi di prova della vittimizzazione.

Ma la valutazione è anche precipuo compito del clinico, che non solo metta le sue competenze al servizio degli obiettivi, parziali, dell'ambito giudiziario, ma che le giochi in tutta la loro potenzialità a vantaggio della salute del bambino, soggetto nel bisogno e del quale, per la debolezza che lo caratterizza, c'è anche forte spinta sul piano deontologico ad occuparsi attivamente. E, a ben vedere, tra *valutazione clinica e validazione* utile ai fini giudiziari la differenza c'è e tutt'altro che sottile. Infatti, non è l'evento traumatico in sé che determina l'esito patologico, ma una complessa somma algebrica di fattori di danno e di protezione, che media la peculiare qualità dell'impatto della vittimizzazione su un determinato soggetto. Nelle pieghe di tali multipli fattori si deve addentrare il clinico, per individuare i punti deboli delle capacità di adattamento del bambino che sono la fonte prossima del suo malessere, quando l'esperienza traumatica in sé ne è l'origine ultima. La validazione, cioè la rilevazione della compatibilità tra quadro morboso e la fattualità dell'abuso sessuale, è in certo qual senso il sottoprodotto inevitabile, quanto in parte riduttivo, della valutazione clinica: e logica vorrebbe che a quest'ultima l'ambito giudiziario attingesse per dotarsi della prima.

Inoltre, solo a queste condizioni (la valutazione fatta secondo modalità cliniche) si avrà garanzia che parallelamente *venga costruito da subito un contesto di presa in carico del bambino*, e degli adulti eventualmente protettivi, che non lasci soluzioni di continuità tra il primo ascolto e quanto ad esso deve clinicamente seguire, cioè l'attitudine a capire fino in fondo e a progettare da subito interventi di cura, creando nel contempo la giusta attesa e comprensione per provvedimenti di natura legale che, necessari, comportano anche costi emotivi non indifferenti.

Potrebbe conseguire ad opera del Tribunale per i Minorenni, infatti, forse un allontanamento dal domicilio familiare e/o la sospensione dei rapporti con chi, sia pure amato, può esercitare pressioni indebite per il mantenimento del segreto o comunque per sottoporre il bambino a ricatti affettivi. Il Tribunale penale poi potrebbe avviare le indagini, nel cui corso anche il bambino potrà essere direttamente coinvolto, sia per essere interrogato, sia per essere sottoposto ad accertamenti medici o psicologici.

Non sempre la logica prevale su regole che derivano da istanze fatalmente diverse da quelle della salvaguardia della salute della vittima. Nascono quindi problemi non da poco. *Se è indispensabile avviare la macchina giudiziaria*, per ottenere condizioni in cui dare diagnosi e cura sia al riparo da fattori perturbanti che ne sminuiscano l'efficacia, *è anche necessario prevedere da subito che questa operazione attiverà ulteriori bisogni di sostegno e accompagnamento della presunta vittima* e potrà, se non adeguatamente governata nella massima collaborazione con l'ambito giudiziario, creare contraddizioni e disfunzioni rispetto all'osservanza doverosa delle esigenze imposte dal diritto alla salute della piccola vittima.

In fase di valutazione si potrà arrivare così a *due soluzioni* diverse: o chi ha in cura il bambino si vedrà invitato a comparire come testimone tecnico sulla scena giudiziaria, presentando l'esito della propria diagnosi clinica, oppure vedrà nominato per obiettivi valutativi di pertinenza giudiziaria (la validazione del sospetto abuso) un altro professionista (o sovente più professionisti, espressione sia del tribunale che delle parti in causa) di competenza simile alla sua. *Ciascuno dei due casi presenta delle difficoltà.*

Nel primo caso, il professionista dovrà adeguarsi alle richieste dell'ambito legale, fornendo ogni *documentazione* possibile del giudizio diagnostico a cui è pervenuto, che non potrà avere come determinante quell'intuito che spesso guida il clinico alle sue conclusioni. Quest'ultimo dovrà essere in ogni caso pronto a ricevere attacchi che, se non possono essere rivolti al rigore del suo accertamento, verranno quasi certamente portati alla sua supposta non imparzialità di fondo, in quanto curante del bambino: tali attacchi dovranno essere fronteggiati con solide argomentazioni, per non correre il rischio che aver cercato di presentare il proprio piccolo paziente per renderlo più comprensibile ai giudici si risolva in un discredito che, diretto apparentemente al tecnico, finirà per ricadere su di lui.. Il clinico dovrà anche informare quest'ultimo del ruolo che andrà a svolgere, spiegandogli, e ottenendo su questo il suo *consenso*, che molte informazioni che erano rimaste fino a quel momento all'interno delle sedute psicologiche diventeranno oggetto della comunicazione ai giudici e a quello che lui accusa come abusante. Nell'esperienza di questi anni, non è stato mai difficile far comprendere al bambino la logica di tale comportamento, nè ottenere il suo accordo, a volte addirittura il suo sollievo, a che questo avvenga: infatti egli spera talvolta che questa procedura possa funzionare in certo qual senso come anticipazione della sua parte e facilitargli, o forse addirittura evitargli, il diretto coinvolgimento come testimone.

Nel secondo caso, il professionista che opera come clinico dovrà *far comprendere al bambino le ragioni e la necessità di quanto gli accadrà incontrando l'esperto nominato dal tribunale*, sostenendolo nel non cedere alla sfiducia nel poter essere creduto, spiegandogli concretamente le modalità con cui avverrà il nuovo esame, rendendolo consapevole di quali sono i suoi punti di forza e di debolezza perchè meglio sappia rispettivamente valorizzarli o controllarli. Il curante dovrebbe anche prendere contatto con l'esperto forense, per avvertirlo delle cautele opportune con quel soggetto e per mettere a disposizione precedenti dati oggettivi rilevati all'interno della valutazione clinica (ad esempio. protocolli di tests), in modo da semplificare al massimo la consulenza giudiziaria ed evitare inutile dispendio di tempo e di energie, soprattutto al piccolo paziente. Dal canto suo, *l'esperto forense dovrebbe ritenere una risorsa preziosa la conoscenza del bambino, e di molti elementi anamnestici che lo riguardano, in possesso del collega, e stabilire un contatto utile a preparare il meglio possibile il terreno per gli incontri diretti con il piccolo.* Alla fine della consulenza, dovrebbe essere sua premura, ottenuto il permesso dell'organo istituzionale che l'ha incaricato, *informare il collega delle risultanze* ed eventualmente dei dati aggiuntivi ottenuti con la propria indagine, in modo che, pur con le dovute cautele riservate a dati di rilevanza legale, quella esperienza possa per il bambino rifluire nel percorso psicologico che già sta facendo diventando ad esso integrabile, senza creare confusioni e incertezze.

*Tra questo ideale e la pratica molto spesso c'è grande distanza;* nella peggiore delle ipotesi il clinico può sentirsi fortemente suggerire di facilitare le procedure giudiziarie in direzione

tutta contraria a quella sopra auspicata, e cioè tirandosi temporaneamente indietro rispetto ai suoi compiti di presa in carico e lasciando che la giustizia faccia il suo corso, cosa che può prendere tempi imprecisati. In ipotesi meno drastiche, ci potrà comunque essere ostacolo alla collaborazione tra tecnici e/o alla comunicazione delle risultanze dell'indagine giudiziaria. Come è facile immaginare, le ragioni di queste infelici evenienze possono essere molteplici, ma riconoscono il denominatore comune costituito dalla conflittualità spesso molto alta che caratterizza le procedure legali in queste situazioni.

C'è da chiedersi quale può essere l'iniziativa dei professionisti coinvolti, nell'uno e nell'altro ruolo, per ottenere di avvicinarsi il più possibile all'ideale, nel miglior interesse del bambino. C'è da chiedersi anche come sapersi orientare nella complessa dialettica dei diritti di ciascun soggetto coinvolto sulla scena processuale per fondare una contrattazione che, nel rispetto delle regole giudiziarie, non permetta ai diritti degli adulti di prevalere su quelli della piccola vittima.

Un ulteriore ruolo richiesto ai clinici nell'incrocio con la giustizia è quello di *ausiliario* del giudice, prevalentemente durante gli interrogatori della presunta vittima che avvengono nel contesto di un'assunzione di prova che può avere valore definitivo (incidente probatorio, dibattimento): funzione paragonabile a quella di un interprete un po' speciale, che aiuti a formulare i discorsi con il bambino e ad ascoltarne le proposizioni con la dovuta cognizione di quanto ci si può attendere da un soggetto in età evolutiva e di che significato dare al suo modo di esprimersi.

Questa funzione, come per la valutazione, può essere chiesta a chi già conosce il soggetto, e, sempre analogamente a quanto sopra, viene di solito ben accettata dal bambino purchè sia oggetto di accurata preparazione. Ma, sempre in dipendenza dal clima processuale, può essere invece intenzionalmente attribuita a chi non lo conosce, per evitare il paventato rischio che la precedente relazione finisca per influenzare il piccolo, dando al clinico un peso nell'interrogatorio che si presume possa diminuire il diritto della corte all'imparzialità dell'accertamento, rispettando con ciò le garanzie della difesa. Ovviamente questo secondo caso presenterà difficoltà di comprensione per il bambino, che potranno essere minimizzate attraverso un'opportuna preparazione. Anche qui sarebbe utile il confronto tra il professionista che svolgerà il ruolo di ausiliario e quello che cura il piccolo; gli stessi ostacoli già sopra delineati per la valutazione sono alla base dell'infrequenza con cui questo può concretamente avvenire e, nell'eventualità più infausta, all'ausiliario è perfino interdetta una conoscenza sia pure superficiale del bambino che preceda il suo incontro con lui.

Un'ultima funzione è tra quelle elencate quella esercitata più episodicamente, anche per la difficoltà di trovare un filo diretto con l'interlocutore appropriato nell'area legale. Pensiamo all'opportunità per il clinico di *esprimere opinioni relativamente alla forma di esecuzione della pena* dell'abusante, una volta condannato. Infatti non è infrequente che i diritti di quest'ultimo a fruire di alternative alla detenzione all'interno di regole che possono riguardare il comportamento interno al carcere e/o il tempo trascorso, si trovino in stridente contrasto con le esigenze della piccola vittima a godere di un congruo periodo di ricostruzione, che come è ovvio, dipenderà dalla gravità del danno subito. Creare quindi l'occasione di riprese sia pur casuali di contatto, o comunque generare allarme a causa del sapere caduta la barriera rassicurante della prigionia, può provocare una pericolosa battuta d'arresto nel percorso di recupero, allontanando la speranza di consolidare la desiderata normalizzazione della propria esistenza prima di dover affrontare l'inevitabile confronto con i fantasmi del passato. Esistono del resto anche casi di stampo opposto, quando invece il ravvedimento dell'abusante condannato induca a valutare come un contributo positivo nel processo di cura della vittima la possibilità di riprendere prudentemente i rapporti, almeno per ottenere in essi di veder riconosciuta la propria verità e di salvare le parti positive della relazione precedente, specie se altamente significativa.

C'è poi *un caso che merita attenzione speciale* e si verifica con frequenza. Nell'ambito

delle procedure minorili, in ottemperanza ai compiti di tutela del bambino del Tribunale per i minorenni, può essere attivata una presa in carico psicologica con obiettivi sia valutativi che di sostegno senza l'implicazione dell'accertamento del reato e senza le caratteristiche, possibili anche per questa istituzione giudiziaria, della consulenza tecnica, quindi con garanzia delle parti. In questo caso *l'incarico stesso può essere l'inizio di una relazione clinica che, anche se non avviata nel contesto di richiesta spontanea che di solito la caratterizza, ne dovrebbe prendere i connotati a tutti gli effetti*. Il presupposto di ciò è la presunzione che, essendo il bambino impossibilitato a cercare in prima persona aiuto e non potendo che dare segnali della propria sofferenza, nel caso gli esercenti la potestà siano incapaci di chiedere l'intervento necessario o addirittura siano all'origine della sofferenza stessa a causa di comportamenti inadeguati, l'autorità giudiziaria ne prende il posto, almeno temporaneamente, diventando l'interlocutore responsabile del professionista. La relazione clinica con il piccolo paziente diventa a quel punto il luogo in cui tutte quelle operazioni di salvaguardia del diritto alla salute dello stesso sopra descritte trovano attuazione, e lega il professionista all'obbligo di dare soccorso nelle forme che ricorrono per i soggetti deboli e incapaci (inteso nell'accezione legale), come inquadrato dai codici deontologici degli ordini professionali<sup>1</sup>.

*Mentre dunque l'ambito giudiziario penale non ha il potere di dar vita ad una relazione clinica, l'ambito giudiziario minorile può farlo, facendo entrare di diritto le professioni di aiuto, con tutte le loro regole, nella complessa dinamica che accompagna le situazioni di sospetto abuso sessuale.*

Se possiamo dare una pennellata conclusiva a quanto sopra, dovremmo pensare che, per svolgere efficacemente il proprio compito clinico nelle situazioni di sospetto abuso sessuale, il professionista dovrebbe trovare in sè idee molto chiare, anche nel campo dei diritti legali (ricordiamo che, del resto, per ogni cittadino, in quanto tale, non è ammessa l'ignoranza della legge), e tempra da combattente. Qualità a cui certo non è allenato e, diciamo pure, rispetto alle quali viene anche da più parti direttamente scoraggiato; ma attenersi a una presunta

---

111 Codice di Deontologia Medica (3.10.98) al capo III, articolo 29, recita: "Il medico deve contribuire a proteggere il minore, l'anziano e il disabile, in particolare quando ritenga che l'ambiente familiare o extrafamiliare, nel quale vivono, non sia sufficientemente sollecito alla cura della loro salute, ovvero sia sede di maltrattamenti, violenze o abusi sessuali, fatti salvi gli obblighi di referto o di denuncia all'Autorità giudiziaria nei casi specificamente previsti dalla legge.

Il medico deve adoperarsi, in qualsiasi circostanza, perchè il minore possa fruire di quanto necessario a un armonico sviluppo psico-fisico e affinché allo stesso, all'anziano e al disabile siano garantite qualità e dignità di vita, (omissis).

Il medico, in caso di opposizione dei legali rappresentanti alla necessaria cura dei minori e degli incapaci, deve ricorrere alla competente Autorità Giudiziaria."

Il capo IV, articolo 33, recita: "Allorchè si tratti di minore, di interdetto o di inabilitato il consenso agli interventi diagnostici e terapeutici, (omissis), deve essere espresso dal rappresentante legale.

In caso di opposizione da parte del rappresentante legale al trattamento necessario e indifferibile a favore di minori o di incapaci, il medico è tenuto ad informare l'Autorità Giudiziaria."

Da quanto sopra risulta chiaro che tra professione d'aiuto e Autorità Giudiziaria competente (che nel caso di minori è il Tribunale per i minorenni) è rappresentato un *rapporto di reciprocità*, in cui non solo la seconda può avvalersi della prima come "braccio tecnico" per dare concreta esecuzione agli interventi necessari per la protezione psico-fisica del bambino, ma anche quest'ultima trova nell'Autorità Giudiziaria il supporto autoritativo, qualora necessario, per dar corso al *proprio obbligo deontologico* di portare soccorso ai soggetti deboli, *che da null'altro scaturisce se non dall'appartenenza a una categoria professionale*, .

specificità del compito clinico che lasci in toto al contesto giudiziario la gestione di passaggi importantissimi anche per il percorso a lui proprio, oltretutto con ricadute pesanti sul suo piccolo paziente, è realistico e conciliabile con i dettami della deontologia? Ecco qualche spunto di riflessione tratto sempre dal codice deontologico dell'Ordine dei medici:

- continuità delle cure,
- attenzione da riservare attivamente ai soggetti deboli,
- proibizione di cedere ad ogni determinante esterno alla propria coscienza professionale nello svolgere il proprio ruolo

#### 4. *Un po' di cronaca italiana*

Guardare indietro ai fatti che si sono succeduti e alle persone in essi coinvolte mentre si attivava nel nostro Paese l'attenzione al problema dell'abuso sessuale all'infanzia può essere un primo passo utile per una riflessione che vuole guardare al futuro.

A questo proposito, credo di poter dire di essermi trovata negli ultimi 15 anni in un punto di osservazione piuttosto significativo, dapprima milanese e poi, gradualmente, nazionale e internazionale. Vorrei permettermi, quindi, una specie di "amarcord" personale che colleghi problemi e speranze di ieri ai problemi e speranze di oggi, pur consapevole che non sarà esente da incompletezze e trascuranze.

Nato il Centro per il Bambino Maltrattato e la cura della crisi familiare nel 1984 come Servizio milanese contro il maltrattamento e l'abuso all'infanzia, si può dire che nei primi anni di attività, date le norme diverse dalle attuali relative alla procedibilità d'ufficio, le situazioni di abuso sessuale sono state a lungo trattate avendo come unico interlocutore giudiziario il Tribunale per i Minorenni. Da questo ci venivano i mandati per gli interventi di valutazione e terapia e sporadici erano i nostri incroci con il Tribunale Ordinario penale. Addirittura abbiamo teorizzato che il nostro intervento di valutazione della recuperabilità genitoriale, qualora l'abusante fosse il padre, potesse avvenire solo dopo che il processo fosse stato espletato nei tre gradi di giudizio, arrivando alla condanna definitiva che avrebbe costituito il punto certo di partenza per il tentativo di riabilitazione. Nessuna procedura diagnostica, nè sostegno terapeutico individuale, nè alcun accompagnamento specifico sulla scena processuale erano stati immaginati per la vittima, attenendosi a modelli operativi solo relazionali. Non ci sfiorava il dubbio sulla credibilità di quest'ultima, nè la previsione che tale credibilità avesse bisogno di essere documentata con mezzi tecnici; ancor meno si percepiva il processo penale come un passaggio lungo e difficile, il cui esito sia sul piano giuridico sia su quello psicologico avrebbe potuto essere negativo o positivo a seconda del modo con cui fosse stato affrontato, anche con il nostro apporto. C'è anche da dire che buona parte degli abusi che abbiamo incontrato in quei primi anni riguardavano adolescenti, percepite come più competenti cognitivamente ed emotivamente delle piccole vittime che attualmente costituiscono la parte maggiore della nostra casistica.

Rivedendo questo passato alla luce del presente, nascono due ordini di riflessioni: da un lato non possiamo non rilevare la semplificazione eccessiva con cui gestivamo questi casi, a fronte della quale gli anni successivi sono stati l'occasione per un incontestabile progresso; dall'altro lato colpisce constatare la sorprendente analogia tra quel passato e alcune linee di tendenza di oggi, quelle che vorrebbero confinare i tecnici in una limitata area clinica "pura" spingendoli ad astenersi di fronte a tutta una serie di necessità dei piccoli pazienti perchè andrebbero a intersecare le procedure giudiziarie. Corsi e ricorsi storici? Certo è che, avendo già provato quel tipo di scelta, ne conosciamo nel dettaglio gli innegabili limiti.

Qualcosa tuttavia ci spingeva a pensare che il problema dell'abuso sessuale dovesse avere un posto peculiare nel generale panorama delle situazioni pregiudizievoli: nel 1987 viene indetto il primo convegno, proprio su questo tema. Per prepararci, consultiamo la letteratura, incontriamo persone: le conoscenze si ampliano. L'esperienza ci piace tanto che decidiamo di

farne un libro, che, come spesso accade, prende molto tempo ma fornisce anche l'occasione per sistematizzare nuovo sapere e nuovi contatti, anche se sempre un po' teorici. A quel punto avevamo trattato una quarantina di casi, numero di tutto rispetto per l'epoca: cominciamo a rifletterci. Esce nel 1990 "Segreti di famiglia" a cura di Alessandro Vassalli, allora direttore del CbM, e della sottoscritta, per cui comincia a disegnarsi un percorso che porta sempre più addentro nel problema, e che non si è ancora interrotto.

Intanto cominciano ad arrivare casi difficili: due bambine di soli tre anni e una ragazzina che ritratta. E' proprio perché chiamata a testimoniare su quest'ultima situazione che, nella calda estate del 1990, varco la soglia del Palazzo di Giustizia per partecipare al mio primo processo. Per la prima volta scopro l'attacco della difesa e sento che è necessario fare qualcosa anche in quella sede per evitare che i comprensibili meccanismi difensivi della ragazza, Monica, ben gestiti dall'avvocato del padre, convincano il tribunale a concludere con un nulla di fatto: la funzione attenta e rigorosa del PM e il ruolo di una testimonianza tecnica dalla parte della vittima cominciano a prendere confusamente forma. Delle altre due vicende, una non ha risvolti legali perché non sussisteva obbligo di denuncia; l'altra sfocia in una assoluzione con formula dubitativa, perché la creatura è troppo piccola e sofferente per testimoniare con l'efficacia richiesta da parametri certo non adeguati alle sue possibilità. L'esigenza di fare "qualcosa", in direzione tutta contraria dallo stare a vedere e intervenire a giochi giudiziari conclusi, comincia a premere.

Se già per una di quelle due piccoline si era combinato un abbozzo di audizione protetta, è per un'altra creatura di quasi 5 anni che questo formato diventa l'espressione di un pensiero preciso e sistematico, che trova fondamenti legali attingendo per analogia alle procedure di protezione cui hanno diritto i pentiti di mafia. Siamo nel 1993.

Nel contempo si comincia a scoprire che anche con il Tribunale penale si può parlare e condividere degli obiettivi, che la crescita culturale, innanzitutto dei magistrati inquirenti, li rende sensibili alla necessità di mettere attenzione particolare nell'approccio con parti lese così fragili e complicate, che la possibilità di avvalersi di tecnici preparati per una serie di compiti di valutazione e sostegno ai bambini è desiderabile e apre prospettive nuove e interessanti, tutte da inventare. Grande è anche l'interesse per forme di recupero degli abusanti confessi, obiettivo per cui si studiano le possibilità legali di dare corso a qualcosa che assomigli alla famosa "probation" americana. Due Pubblici Ministeri, in particolare, si propongono per acquisire competenza su tutti questi aspetti della materia: entusiasti e, senza offesa, ignoranti, proprio come noi.

Nasce una collaborazione importante e duratura, in cui l'ignoranza viene lasciata presto alle spalle. Cresce infatti una conoscenza, pragmatica prima che teorica, delle dinamiche tipiche che caratterizzano l'abuso sessuale e della loro gravità attraverso la conferma di due osservatori, quello clinico e quello giudiziario, che si scoprono inaspettatamente coerenti. Punto di forza della collaborazione è poi la convergente consapevolezza che, con ogni mezzo, l'orrore che si precisa man mano davanti agli occhi va fermato e riparato. Lasciarsi guidare da una spinta etica appare una necessità, prima che una virtù.

Nel 1993 vede la luce anche il C.I.S.M.A.I. (Coordinamento Italiano dei servizi contro il Maltrattamento e l'Abuso all'Infanzia), allora con un nome provvisorio. Organizzando il Convegno Europeo dell'ISPCAN (International Society for Prevention of Child Abuse and Neglect) in Italia, in quello stesso anno, c'è un'altra messa alla prova dello stato dell'arte sull'abuso sessuale, tra contributi accademici che non soddisfano più e il nuovo che avanza. E' l'epoca della "validation", accattivante invenzione americana, in cui sentiamo di poterci riconoscere per quelle promesse di riuscire, con mezzi psicologici, a sviluppare sia una più accurata diagnosi delle vittime sia il sostegno necessario in ambito legale. L'anno seguente esce il libro di Cristina Rocca e Claudio Foti "L'abuso sessuale sui minori", che contiene già una prima sistematizzazione delle potenzialità della "validation", delle strategie processuali, della tecnica di audizione protetta.

I contatti italiani si moltiplicano, l'interesse per le tematiche del maltrattamento infantile e, in queste, per l'abuso sessuale, è in netta crescita: Venezia, Torino, Firenze, Roma, Cagliari, Ferrara, Napoli e altre città ancora danno vita a centri specializzati. Comincia la crescita esponenziale dell'attività formativa del CbM, tra cui cominciano a prendere forma anche corsi specifici sulla diagnosi e terapia nell'abuso sessuale. Tra il '90 e il '95 trattiamo circa 80 nuovi casi di questo tipo, e circa 50 tra il '96 e il '99. Si intensifica la produzione di pubblicazioni, comincia la stabile collaborazione su questo argomento sulla rivista "Prospettive sociali e sanitarie", molto diffusa tra gli operatori del settore, ad indicare un crescente bisogno di informazione e competenza degli operatori psico-sociali. Proprio intorno a questa tematica, nel '95 viene varata, in collaborazione con l'Opera Pia Castiglioni di Milano, una specifica unità clinica per l'abuso sessuale, in considerazione della peculiarità dell'intervento che man mano il CbM aveva complessificato per questa casistica. E la crescita di interesse non accenna a fermarsi.

Nel frattempo nel 1996 la legge contro la violenza sessuale e nel 1998 la legge contro la pedofilia arrivano a ratificare sul piano legislativo sia la preoccupazione per questo problema emergente, sia l'esigenza di accogliere e sistematizzare le procedure di protezione, come l'audizione protetta per il testimone bambino, che, introdotte artigianalmente, avevano provato la loro efficacia.

Ma, come avviene spesso, proprio questa onda positiva ha innescato un'onda contraria estremamente vivace, sia sul fronte dei colleghi professionisti, sia sul piano giudiziario: e spesso le due aree si sono fortemente intrecciate. Quel che si era letto, con meraviglia e timore, degli Stati Uniti, in cui questa tendenza era stata avvertita già 10 - 15 anni prima, si materializza anche da noi. Proprio tra il 1993 e il 1995 si verificano processi molto duri, in cui l'attacco della difesa è soprattutto diretto ai tecnici che sostengono la credibilità dei bambini, da parte di altri tecnici che, in nome della psicologia forense, demoliscono come inaffidabili le procedure di accertamento psicologico praticate con le vittime; accusano per di più chi si occupa del bambino, e porta le sue conclusioni tecniche, di aver creato un doppio mostro dal nulla, facendo di un innocente un colpevole e di un bambino con tutt'altri problemi una falsa vittima di abuso. Non serve dimostrare un'ipotesi diagnostica contraria reale: basta seminare il dubbio nella corte. E per ottenere questo scopo non si va per il sottile: poiché sta male accanirsi troppo contro il piccolo testimone (se è un po' meno piccolo accade anche questo), il bersaglio diventa il clinico. Proprio nel 1995, in un processo sono stata accusata di aver falsificato i test fatti eseguire alla bambina, e in un'altra circostanza di avere causato io stessa, con metodi iatrogeni su cui si invitavano i giudici ad aprire un'inchiesta, lo stato di sofferenza di un'altra creatura di soli 5 anni, sofferenza che io, mossa da non si sa quale farneticazione, dicevo conseguente all'abuso paterno. Non sono esperienze piacevoli, e fanno traballare le basi, credute sicure, su cui sta la propria dignità personale e professionale, specie quando accade, purtroppo frequentemente, che questo "esercito nemico", per di più assai più numeroso di quello "amico", possa contare su colleghi di chiara fama, anche profondamente stimati e influenti, tanto da formare con facilità sodalizi selettivi, ancorati a sigle prestigiose, o da risultare abbastanza accreditati sul piano politico da poter fare proposte che raccolgono consensi trasversali e ampi. Un sentimento di isolamento può allora assalire chi si occupa di questo tema, e anche un doloroso vissuto di tradimento: ci si ritrova pericolosamente assimilati alle vittime stesse negli effetti psicologici. Qualche volta si affaccia anche il timore di doverci forse rimettere quattrini di tasca propria; e se questo non avviene per le diatribe in cui si è trascinati con gli avversari, avviene comunque sistematicamente per la perdita economica non indifferente legata alla presenza in aula, a volte per ore o giorni, che ovviamente nessuno compensa; o per l'onere di condurre valutazioni puntigliose e super argomentate per far fronte ai presumibili futuri attacchi, ai prezzi antidiluviani del sistema giudiziario.

E' anche vero che a fronte della disconferma di gran parte dell'area dei professionisti

illustri si scoprono e si coltivano solidarietà alternative stimolanti, che contrastano l'isolamento. Soprattutto ci si riconosce con altri nei problemi comuni e ci si rinforza nella fatica di non rinunciare al proprio compito professionale e nella decisione di perfezionare competenze che, per essere adeguate sia al compito clinico che giudiziario, devono diventare sempre più complesse e sofisticate. Il tempo del confronto e della crescita comune, che non c'è perché si tratta di professionisti in prima linea già sovraccaricati dalle incombenze quotidiane, viene ritagliato a forza: ma dà molto frutto e riesce a dar vita a un impegno costante e propositivo.

Anche tra i giudici il costo di questi processi si fa sentire: si attivano interessi e soluzioni pratiche (i famosi "pool" specializzati nelle Procure, protocolli d'intervento ecc.), ma si spengono anche, sotto il peso psicologico ingente collegato a questa casistica, che pone tanti problemi di coscienza e dà così poche prove. I corsi del Consiglio Superiore della Magistratura cominciano ad occuparsi del tema nel '96 e continuano di tanto in tanto a ravvivarlo: del resto la crescita delle denunce, connessa alle nuove figure di reato perseguibili d'ufficio sancite dalla legge 66/96, e all'affiorare del sommerso dovuto al cambiamento culturale e scientifico, portano i nodi al pettine. Ci vogliono più forze, e non si possono improvvisare le competenze adeguate.

I processi diventano sempre più lunghi e pesanti: se in una situazione del 1993 tra maggio e luglio si era riusciti a completare il dibattimento arrivando alla sentenza di primo grado, nel 1998 abbiamo dovuto premere per fare arrivare un'altra bambina all'audizione dibattimentale anticipata a distanza di un anno e mezzo dalla denuncia, e il dibattimento si è concluso sei mesi dopo tale audizione. In un altro caso, tra prime rivelazioni della piccola vittima, avvenute quando aveva quattro anni, e sentenza di primo grado, emessa quando aveva otto anni, sono intercorsi tre anni e mezzo, sappiamo quanto importanti in quella fase evolutiva: nel frattempo il processo si è disputato a colpi di consulenze tecniche, che hanno coinvolto a più riprese, e possiamo immaginare con quale impatto, anche la bambina. E la situazione sta ancor più peggiorando. Se ogni processo prende quei tempi, è logico che si arrivi rapidamente al sovraccarico.

Certo: è confortante vedere che, almeno nell'ambito milanese, nonostante i processi assomiglino molte volte ad aspre battaglie, le sentenze riescono ad ancorarsi a prove concrete e arrivano a fondare la condanna dell'accusato così saldamente da essere quasi sempre confermate anche nei successivi gradi di giudizio. Ma le variabili umane rimangono tante e qualche esito pesantemente negativo si è verificato. In questi casi l'opinione pubblica si mette in fermento: e se per dieci processi conclusi con la condanna dell'imputato neppure una riga compare sulla stampa (a meno che il caso non contenga particolari tanto truci e insoliti da meritare un accenno, che a quel punto mette sotto i riflettori il "mostro"), per un processo esitato nell'assoluzione, specie se l'accusato appare insospettabile, come troppo spesso accade, sei sicuro di finire sul giornale. Se non ci arrivano da soli i giornalisti, sono gli avvocati degli imputati che pensano a far circolare la notizia. E si scatena quello che gli americani elegantemente definiscono "backlash", colpo di frusta: cioè un'onda culturale contraria alla triste consapevolezza della realtà, nonostante la ormai crescente opera di informazione sull'argomento. Tale onda continua a voler coltivare la rassicurante opinione che questo problema può sì riguardare disdicevoli eccezioni, depravati o psicolabili, ma non persone per bene; il contrario, ci rendiamo ben conto, è troppo destabilizzante.

Ovviamente, i bambini sono trascinati dentro la tempesta: e, forse perché abbiamo più occhi per loro, si vede chiaramente che viaggiano su uno stretto crinale che se da un lato può portarli, attraverso una buona prova giudiziaria, a un progresso importante di benessere, che nient'altro può sostituire, dall'altro può precipitarli, in caso contrario, in valli oscure e interminabili di angosce, impotenza, solitudine, incertezza anche più grave del loro futuro, rincarando la dose di vittimizzazione. Appare chiaro che nella contesa tra accusa (dell'adulto) e difesa (dell'adulto) manca qualcosa di importante: essere rappresentato, proprio lì, sulla

scena giudiziaria, come bambino vittima, portatore di esigenze particolari e irrinunciabili e di peculiarità tutte da comprendere, con cui è essenziale che gli altri si sintonizzino. E se molto può fare in questo senso il clinico che l'affianca, in termini tecnici, se questo non ha un agente legale che gli apra la porta sulla scena giudiziaria, il messaggio potrebbe non arrivare con il peso dovuto.

L'avvocato di parte civile, a volte anche con funzione di curatore speciale, c'era anche prima: eravamo abituati a vederlo come una specie di fantasma poco interattivo, se non sulla questione del risarcimento, che lasciava sostanzialmente i destini processuali nelle mani delle altre parti. Sotto la spinta degli eventi, e certo anche di variabili personali, questa figura pallida ha lasciato il posto a tutt'altro ruolo, quello di attore a pieno titolo nell'arena giudiziaria, dentro e fuori le aule di giustizia; e soprattutto come l'unica che potesse assumersi il compito di avvocato del bambino, traduttore in linguaggio legale delle sue specifiche esigenze. Questo ovviamente non cambia la percezione del Pubblico Ministero come chi, pur nell'imparziale ricerca della verità, può esprimere particolare sensibilità verso le molte problematiche presentate dalla vittima. Ma, diciamolo, aggiunge un tassello in più rassicurante, che sempre più appare ora come debito e irrinunciabile.

In parallelo, anche i clinici si sono accorti di aver bisogno loro stessi, come parte integrante del dovere di supporto alle piccole vittime, di consulenza legale: non sui più grossolani doveri e diritti, ormai fuori discussione, ma sui modi più sofisticati -propri del sapere di un bravo avvocato- per arrivare a ottenere secondo le regole, spesso complicate, quello che il buon senso propone come ragionevole e desiderabile, in termini di procedure. Infatti, l'estensione delle esperienze processuali sul territorio italiano ha reso evidente che non sempre la Magistratura in sé, pur depositaria di un enorme potere, si dimostrava abbastanza esperta sul tema da saper percorrere agilmente le strade migliori: perché la legge è dotata di molti risvolti e va interpretata per arrivare all'applicazione più congrua per il caso specifico.

E il Tribunale per i Minorenni? Qualcosa è cambiato in questi dieci anni e ancora non è facile capire appieno logica e futuro di tale cambiamento. Indubbia è la perdita di una sorta di egemonia sulla tematica dei minori in situazione pregiudizievole: le esigenze della giustizia penale sono arrivate prepotentemente a limitare ogni discrezionalità di valutazione sui provvedimenti di protezione, sulle procedure di accertamento, sulle interazioni con i genitori agenti del pregiudizio e altro ancora. Episodi in cui sono avvenuti duri confronti tra le due Magistrature proprio su questo punto, la discrezionalità, sono ancora presenti alla memoria di tutti. Era necessario, dunque, in ordine a questa particolare forma di vittimizzazione infantile, trovare nuovi equilibri e nuove forme di cooperazione.

Si sono raggiunti? Non quanto sarebbe desiderabile, sembra. Nel panorama italiano sono del tutto prevalenti situazioni in cui, teorizzato a volte, reso prassi nella maggioranza dei casi, si ha l'impressione di un sostanziale scollamento: con punti di contatto, certo, ma non sempre felici, anzi. L'accusa più frequentemente lanciata da un'istituzione all'altra, e sorprendentemente in ambedue le direzioni, riguarda l'inadeguatezza temporale: il Tribunale per i Minorenni paventa di restare paralizzato nel provvedere un destino alle piccole vittime in tempo congruo se "aspettasse i tempi del penale", e come dargli torto; reciprocamente la Magistratura ordinaria giustifica sovente il proprio procedere con accertamenti indipendenti, che sono quindi destinati molte volte a replicarsi, perché non dotati per loro natura della stessa ampiezza che si richiede in sede minorile, perché non può allinearsi alla lentezza con cui il Tribunale per i Minorenni espleta le sue procedure: e anche qui elementi fattuali sostengono il giudizio. Poi c'è la scontentezza sulle procedure stesse: troppo intrusive quelle del Tribunale penale, per gli uni, troppo vaghe e imprecise sull'esperienza fattuale di vittimizzazione quelle del Tribunale per i Minorenni, per gli altri. C'è anche chi radicalizza il problema: se l'abuso sessuale è un reato da accertare in sede competente, allora il Tribunale per i Minorenni deciderà di astrarsi dal prendere posizione in ordine ad esso; se ne prescinderà, semplicemente, nelle decisioni minorili. Posizione apparentemente cartesiana, se non fosse che quello, tuttavia,

resta pur sempre una forma, e grave, di pregiudizio (nonché una forma, e grave, di patologia). E si potrebbe continuare.

Anche dove si sono tentate, sotto la spinta di persone particolarmente esperte e interessate a sanare i guasti di tale scollamento, esperienze di coordinamento, fattuali o anche formalizzate, la traduzione pratica dei buoni propositi è tutt'altro che facile. Qualche volta entrano in campo le Procure presso il Tribunale per i Minorenni, come istituzione "ponte", forse in grado di fare da interfaccia per facilitare l'intesa, ma raramente l'obiettivo è raggiunto, dando anzi l'impressione, nella realtà quotidiana, dell'aggiunta di un ulteriore contendente.

Ci si chiede se sotto tutto ciò stia un pensiero e quale: siamo infatti abituati a constatare che sotto le diatribe formali di solito sta un contenzioso sostanziale. Ma quale? Purtroppo, come sempre, l'inintelligibilità del "pensiero" dell'altro non spiana la strada a benevole considerazioni, ma apre la porta alle ipotesi peggiori, che non possono facilitare i rapporti.

I clinici, in questo panorama che cambia, si sono trovati nelle più varie posizioni: mai comode. Talvolta, forti del pregresso consolidato rapporto con il Tribunale per i Minorenni, hanno agito come facilitatori dello scambio: da un lato pesava la loro determinazione a far funzionare una macchina composita e complessa, che, in caso negativo, avrebbe potuto stritolare la vittima o per lo meno renderle la vita ancor più difficile; dall'altro lato la loro presenza può avere riscosso la fiducia dell'una e dell'altra istituzione, per incontestabili meriti scientifici, fondando in modo mediato una collaborazione tra le due. Talvolta, le insoddisfazioni che invadono anche i tecnici a fronte di istituzioni certo non perfette, li hanno condotti a perdere la posizione di equidistanza, creando prossimità che certo non hanno favorito l'equilibrio. Talvolta hanno subito, come sconcertati parafulmini, gli scontenti reciproci e le frizioni sotterranee delle Magistrature: apparentemente non più riconosciuti nel loro ruolo di attore tecnico ed etico con compiti propri nei confronti dei piccoli pazienti e delle loro famiglie, si sono ritrovati, loro malgrado, nella aberrante posizione di una sorta di Arlecchino servitore di due padroni, che non avendo quasi mai la stoffa del personaggio goldoniano, finivano per scontentare tutt'e due ed essere impediti di svolgere degnamente il proprio lavoro. In particolare, in più luoghi sul territorio nazionale, singoli episodi o, più spesso serpeggianti umori, appaiono inquietanti. Di diffidenza, se non franca disapprovazione, sono investiti i clinici che "vedono troppi abusi" (troppi rispetto a che parametro? e l'enorme divario tuttora esistente tra emerso e sommerso?): ciò che colpisce è che tale posizione non sembra basarsi su fattuali giudizi a riguardo della fondatezza scientifica dei metodi utilizzati e/o delle conclusioni raggiunte sul versante tecnico; nè, si può supporre, su scelte ideologiche, del resto inconcepibili per un Tribunale. L'unica causa riconoscibile e comprensibile di quella posizione, per quanto certo non esaustiva, appare la complicazione che questo presunto eccessivo zelo provoca, rendendo obbligatoria un'occasione in più di difficile integrazione tra aree e procedure giudiziarie, limitando con ciò l'indipendenza dei percorsi di presa di decisione.

La storia degli ultimi due anni, troppo contemporanea per essere raccontata con un minimo distacco, porta ancora tutti i segni dei sommovimenti che hanno caratterizzato l'ultimo decennio e che non accennano a fermarsi: che fare?

Ciò che funzionava prima per quel buon senso che permette di avvalersi dello spazio di discrezionalità lasciato dalle regole, anche quelle giudiziarie, per ricavare le migliori condizioni possibili per il bambino, buon senso fortemente favorito anche dal ridotto numero di casi, dalla possibilità di conoscersi personalmente tra tecnici, e tra tecnici e giudici, dall'aver il tempo sufficiente per pensare e progettare l'intervento, ora sembra dover trovare punti fermi obbligatori a cui appoggiarsi, che non dipendano da variabili così desiderabili, ma anche sempre più rare. Il grado di esposizione pubblica, poi, che si accompagna all'occuparsi di queste situazioni, che non raramente fanno notizia, e quasi sempre nella direzione sbagliata, complica ulteriormente l'operatività.

Pare arrivato dunque il tempo in cui l'iniziativa dei clinici per migliorare l'incrocio con le

istituzioni giudiziarie dei piccoli pazienti, e anche di loro stessi, smetta di essere episodica, ma si trasformi nella ricerca sistematica di spazi legali e istituzionali, e perciò certi e indipendenti il più possibile dalle variabili umane.

### 5. *I percorsi possibili*

Nel momento in cui con evidenza è apparsa necessaria l'elaborazione di prassi stabili e replicabili nell'incrocio del piano clinico con quello giudiziario, ci si è resi anche conto che andava con decisione superata la speranza che le peculiarità di ciascun contesto locale potessero offrire spazi diversificati in cui costruire adattamenti minimali ancora possibili. Il problema ha bisogno di uno *studio nazionale* e, se regole nuove ne deriveranno, devono poter essere fruibili per tutti, almeno come base di partenza per le declinazioni specifiche che comunque ne seguiranno. L'interesse ad approfondire questo aspetto dell'intervento relativo ai casi di abuso sessuale ha trovato di conseguenza luogo opportuno nel Coordinamento Italiano dei Servizi contro il Maltrattamento e l'Abuso all'Infanzia, che già nel '98 aveva prodotto la Dichiarazione di consenso in tema di abuso sessuale all'infanzia, ponendosi, durante la sua elaborazione, già molti dei problemi che aspettano di trovare oggi la loro definizione. Si è costituita quindi una commissione di studio, coordinata da chi scrive, deputata ad affrontare il problema nelle sue molteplici sfaccettature: commissione che, ovviamente, ha come componenti sia operatori psico-sociali sia esperti nel campo giuridico, individuati tra quanti hanno particolarmente a cuore questa tematica, nell'operatività quotidiana e nella ricerca<sup>1</sup>.

Se si dovessero sintetizzare gli *obiettivi*, strettamente interconnessi, che ci si è proposti, si potrebbe utilizzare questa formula: *garantire efficace protezione al bambino nel percorso giudiziario, garantire efficace protezione al protettore (professionista) del bambino*. E' infatti evidente, come già sopra ampiamente dettagliato, che, benchè le procedure giudiziarie avviate intorno a un ipotizzato abuso sessuale abbiano buone potenzialità nella promozione ultima del benessere della piccola vittima, le modalità applicative di tali procedure spesso assumono un peso destabilizzante che deve essere minimizzato con opportuni correttivi. E' analogamente evidente che chi si cura del benessere del minore debba essere adeguatamente informato riguardo alla propria possibilità di essere "contrattuale" nei confronti delle istituzioni giudiziarie, in senso sia cooperativo sia promozionale sia dissuasivo, nell'interesse della tutela della salute dei piccoli pazienti.

In un primo tempo era sembrato indiscutibile che il malfunzionamento constatato fosse di grado tale da far supporre insufficienze legislative, che occorreva applicarsi a colmare: è nata così l'idea che una *proposta di legge*, integrativa dei punti carenti delle attuali, sarebbe stata la scelta obbligata.

Alcuni fattori rendevano consapevoli che si sarebbe trattato di una *strada tutt'altro che facile*. Innanzitutto le proposte di legge sulle più varie materie giacenti da anni all'attenzione delle Commissioni parlamentari preposte alla loro analisi sono una quantità stupefacente, e pochissime vedono una qualche luce dopo una gestazione nei meandri parlamentari di durata imprecisata: tutto il contrario di quanto è necessario nel nostro caso. Anche l'ipotesi, vagliata per prima, che già potessero esistere proposte fatte da altri a cui volentieri aggregarci in

---

<sup>1</sup>Un apporto particolarmente significativo va riconosciuto ancora una volta all'avvocato Laura De Rui, da anni stabilmente impegnata come avvocato di parte civile in processi per abuso sessuale su minori, consulente legale sia del CbM sia dell'ASL Milano; al dottor Andrea Pinna, consulente legale per la Regione Emilia-Romagna e responsabile dei Servizi Sociali dell'AUSL di Ferrara; al dottor Joseph Moyersoer, consulente legale di "Terres des Hommes"-Italia, associazione da tempo impegnata sul fronte della promozione dei diritti umani anche attraverso l'adeguamento delle norme legislative; all'avvocato Gianfranco Dosi, presidente dell'A.I.A.F. (Associazione Italiana degli Avvocati per la Famiglia).

quanto mosse da preoccupazioni simili alle nostre, non ha trovato conferma: esistono sì elaborati affini, ma nessuno è dotato delle caratteristiche minime per essere ritenuto davvero adeguato ai nostri obiettivi. Una vicenda, poi, quella della riforma costituzionale dell'art. 111, il cosiddetto "giusto processo", ha dato un definitivo scossone alle illusioni relative alla strada parlamentare: infatti da quell'episodio si era potuto dedurre che tipo di pressione politica è necessaria affinché una modifica legislativa trovi rapida approvazione, e anche quale filone di esigenze può suscitare un simile consenso, esigenze, dobbiamo ammetterlo, del tutto opposte a quelle che determinano chi chiede protezione per le piccole vittime.

D'altro canto lo studio approfondito delle *leggi esistenti*, che avevamo nel contempo avviato, ci ha riservato notevoli sorprese: infatti punti chiave di esse ci risultavano, a giudicare dalla nostra esperienza, *fortemente disattesi*, quando la loro costante applicazione ed estensiva interpretazione avrebbe consentito di dare risposta a molti dei bisogni che ci avevano mosso.

E' utile sintetizzare i punti che potrebbero garantire migliori condizioni contestuali nell'incrocio del bambino (e del professionista come suo protettore) con l'ambito giudiziario, soffermandoci per ora sugli aspetti relativi al procedimento penale: sarà sicuramente necessario, tuttavia, mettere a fuoco in un prossimo futuro anche aspetti importanti relativi all'intervento della magistratura minorile, che pure hanno un riflesso importante riguardo alla tutela della salute del bambino.

I *punti largamente insoddisfacenti* rilevati nella prassi, e quindi da modificare, possono essere individuati come segue:

- 1) lunghezza delle procedure penali del tutto sproporzionata alle esigenze del minore;
- 2) ricorso all'incidente probatorio come "scorciatoia" per ovviare a quanto precede;
- 3) inadeguatezza nella assunzione della testimonianza della vittima minorenni, che dovrebbe avvenire in tempi e modi corrispondenti alle esigenze della stessa, così da ridurre al minimo il rischio di avere a disposizione dichiarazioni insufficienti e frammentarie, che possono mettere a repentaglio l'accertamento della verità;
- 4) incertezza e disparità delle competenze dei tecnici di cui il tribunale si avvale come esperti forensi, senza soprattutto garanzia che tali competenze siano radicate in una buona pratica clinica;
- 5) troppo fluido e discrezionale utilizzo da parte della magistratura (inquirente e giudicante) dei professionisti che in ambito clinico (diagnostici e terapeuti) si occupano del benessere del bambino;
- 6) mancanza a favore di quest'ultimo di un interlocutore legale del tribunale che sempre lo affianchi e proponga le migliori soluzioni procedurali nel suo interesse;
- 7) mancanza di seri programmi di recupero alternativi alla pena per il condannato che ammetta le sue responsabilità e chiedi riabilitazione.

Vediamo nel dettaglio i singoli problemi e se, nel contesto legislativo attuale, già esistano disposizioni tali da ridurre la portata, se correttamente intese e applicate.

Quanto alla *lunghezza dei procedimenti penali*, talvolta va riconosciuto che essa è diventata eccessiva come conseguenza di condizioni di effettivo e crescente sovraccarico numerico, a cui comunque occorrerà ovviare. Ma in molti casi le ragioni sono altre, collegate all'estenuante contraddittorio cui viene lasciato spazio nei dibattimenti, alle rinnovate richieste di ulteriori, e "neutrali", accertamenti avanzate dalla difesa dell'imputato o da giudici incerti, che hanno come oggetto quasi sempre il bambino, con ovvie conseguenze di malessere e riattivazione dell'esperienza di vittimizzazione. Va ricordata una bambina che ha subito, tra i 3 e i 5 anni, tre visite ginecologiche, per non parlare di altri casi in cui indagini psicologiche sono intervenute ad anni di distanza dalla prima denuncia, sia durante il procedimento di primo grado che in appello: procedure rischiose che o non apportano decisive novità, aggiungendo soltanto lungaggine e stress, oppure rilevano ciò che è ovvio, e cioè il fatto che né lo stato fisico né l'assetto psichico degli esseri umani rimane invariato o è passibile di

interpretazioni del tutto univoche, finendo per aggiungere più confusione, e in essa la legittimazione del dubbio, che informazione.

Il costo per le piccole vittime, è quasi superfluo sottolinearlo ancora una volta, è altissimo: non c'è mai modo di mettere la parola "fine" almeno alla battaglia per essere riconosciuti meritevoli di soccorso, cosa che, finché il processo è in corso, resta da dimostrare; altrettanto non si vedono spiragli circa l'assetto che la propria vita prenderà dopo il cataclisma; energie preziose rimangono distratte dalla loro funzione precipua, garantire buoni investimenti evolutivi; un'oscura "spada di Damocle" si sente sempre più incombere sul capo quanto più i tempi processuali si allungano: è facile infatti per il piccolo pensare: "se ci mettono tutto questo tempo vuol dire che non sono convinti e quindi non mi credono". Sul piano del lavoro clinico, viene favorito dall'interminabile attesa un congelamento psicologico: perché il bambino dovrebbe avviarsi a serie riformulazioni del proprio mondo personale e relazionale, se c'è sempre la possibilità che un giorno l'accusato venga riconosciuto innocente, tutti gli sforzi per voltar pagina si risolvano in una bolla di sapone e tutto ricominci come prima? E sappiamo quanto tale congelamento possa perversamente colludere con l'istintiva e pericolosa propensione della vittima a ricorrere a meccanismi difensivi di evitamento e negazione, coltivando l'attesa magica che qualcosa cambi solo per il passare del tempo: illusione che può comportare un vero disastro rispetto alla possibilità di trovare strategie di adattamento nuovo e di ricostruzione per il futuro.

D'altro canto, anche l'abitudine invalsa in alcuni tribunali di ricorrere sistematicamente all'*incidente probatorio* per ovviare alla lunghezza eccessiva dei dibattimenti, suscita non pochi dubbi. Va innanzitutto rilevato che a volte tale procedura viene utilizzata comunque a molta distanza dalle prime dichiarazioni del bambino: si perde quindi il potenziale vantaggio di esaurire con sufficiente rapidità i compiti che lo vedono in prima linea, e si inquadra la situazione con articolazione certamente minore di quanto avverrebbe in un dibattimento, che può eventualmente seguire, ma potrebbe essere escluso se la testimonianza del bambino assunta in incidente probatorio fosse ritenuta insufficiente per un rinvio a giudizio. Se poi questo istituto è utilizzato troppo precocemente, potrebbero non esserci stati i tempi necessari affinché la piccola vittima passi dalle prime fasi delle dichiarazioni, caratterizzate tipicamente da frammentarietà, reticenza, incompletezza, confusione, per arrivare, attraverso l'opportuno lavoro di elaborazione cognitiva ed emotiva, a mettere meglio ordine nei ricordi: il risultato sarebbe in questo caso insoddisfacente, con gravi conseguenze sugli esiti processuali.

E' lecito quindi pensare che l'incidente probatorio, sia per l'assunzione della testimonianza del bambino (utilizzo largamente prevalente) sia per l'acquisizione di informazioni di natura specialistica, come perizie psicologiche o mediche, offrendo vantaggi in termini temporali che possono essere minori degli svantaggi che comporta (non ottimale discussione delle informazioni specialistiche ottenute e incongruenza dei tempi con le esigenze del minore), debba essere utilizzato con cautela<sup>1</sup>.

*Veniamo ora ai dettami legislativi.* Quanto al *primo problema*, ci soccorre proprio un comma dell'ormai famoso *articolo 111 della Costituzione* ("giusto processo") che recita: "lo Stato garantisce *ragionevole* lunghezza dei processi". Esistono quindi i presupposti, lasciati nella declinazione alla discrezionalità dei tribunali, per dare al termine "ragionevole" un significato che a rigor di logica non può essere univoco per tutti, ma che deve ammettere una specificità per i soggetti in età evolutiva: è infatti incontestabile che il tempo che passa non abbia lo stesso valore e incidenza sulla vita se uno ha 4 anni oppure 40. E' dunque la Magistratura che attraverso le proprie decisioni e i propri strumenti attuativi dovrebbe tener

---

<sup>1</sup>Analoga cautela sembra opportuna per quelle forme di giudizio abbreviato che prevedono atti integrativi che, ancora una volta, rendono l'assunzione della testimonianza del minore perno del giudizio stesso, senza dare debito spazio all'articolato complesso di informazioni che possono dare ad essa compiuta significazione.

conto di quanto sopra, riconoscendo l'opportunità di *corsie preferenziali per le situazioni processuali che coinvolgono minorenni*, e tanto più quanto più tenera è l'età del bambino coinvolto: tale orientamento andrebbe giustamente a favore non solo delle piccole vittime di abuso sessuale, ma di tutti i minorenni parti lese o autori di reato, evitando auspicabilmente enfasi sulla materia dell'abuso e radicandosi in un altro articolo costituzionale, l'articolo 30, che sancisce la tutela dell'infanzia.

Se questo avvenisse, cadrebbe automaticamente la necessità di ricorrere agli *incidenti probatori* per ovviare alla lunghezza dei procedimenti penali. Tale istituto potrebbe quindi essere riservato alle situazioni in cui si riveli davvero opportuno.

Per quanto riguarda le condizioni di *protezione delle piccole vittime durante l'assunzione della testimonianza* va constatato che l'adozione della prassi di evitare il confronto diretto tra accusatore e accusato, ricorrendo a presidi tecnici come lo specchio unidirezionale o la TV a circuito chiuso, è ormai praticamente generalizzata. Tale prassi è stata introdotta per l'incidente probatorio dalla legge 66/96, e più in generale per il dibattimento dalla legge 269/98. Un problema potrebbe essere costituito dalla *rivendicazione di eccezioni a questa procedura sulla base dell'articolo 111 della Costituzione*, recentemente riformato, che prevede per l'accusato la possibilità di confrontare direttamente il suo accusatore. Non risulta per ora che in alcuna circostanza tale rivendicazione sia stata avanzata, e se ciò avvenisse è probabile che non verrebbe automaticamente accolta, ma rimessa al giudizio della Corte Costituzionale. Le azioni intraprese dal C.I.S.M.A.I. presso il Parlamento subito dopo l'approvazione del suddetto art.111, affinché venisse preso in seria e tempestiva considerazione il possibile conflitto di tale norma con altre che stabiliscono la legittimità di condizioni di protezione del minore nel processo, ci hanno convinto che non esiste orientamento alcuno nel mondo politico a ridurre i privilegi ottenuti fin qui dai bambini.

Un rischio reale è invece che la protezione nel processo si riduca, a seconda di chi la applica, a una *forma sempre più vuota di sostanza*: parlare a bambini molto piccoli attraverso lo schermo televisivo, ad esempio, comporta certamente un'audizione senza confronto con l'accusato, ma priva dei requisiti per renderla davvero comprensibile e accettabile dalla piccola vittima. Analogamente non possono garantire la protezione necessaria ausiliari che, perchè messi nell'impossibilità di avere con il testimone minorenne qualsiasi rapporto precedente l'atto processuale che consenta empatia e conoscenza, o perchè impediti durante la testimonianza di graduare in autonomia le domande o perchè continuamente messi in discussione da difese aggressive, si configurano più come sorridenti comparse che come veri intermediari, lasciando nella sostanza tutto nelle mani di giudici che possono avere una discutibile cognizione delle peculiarità di un soggetto in età evolutiva e delle caratteristiche tipiche di una vittima di abuso sessuale. Occorrerà quindi trarre insegnamento dalla ormai copiosa esperienza sul campo per tracciare indirizzi nell'applicazione che rendano la norma davvero efficace.

Veniamo qui al secondo grappolo di insufficienze individuate, che ci portano al cuore anche della possibilità, per quelle fin qui illustrate, di trovare prospettive migliori per il futuro.

Infatti, chi potrà segnalare se l'indizione di un incidente probatorio, per esempio per l'assunzione anticipata della testimonianza del minore, è atto adeguato alle sue esigenze o si porrà come un ulteriore handicap sul suo percorso processuale, in considerazione del grado di elaborazione dei ricordi da lui raggiunto e dello stato emotivo che caratterizza il momento presente? Chi potrà suggerire le migliori norme applicative per la protezione dello stesso durante la testimonianza? Chi potrà concretamente affiancare il bambino con efficacia in quella stessa circostanza? Chi potrà far presente al tribunale il costo psicologico pagato dallo stesso a causa del prolungarsi oltre il tollerabile dell'iter processuale, e portare la propria competenza specifica nell'ambito giudiziario proprio al fine di snellirne lo svolgimento, e con ciò imporre minore sofferenza al bambino?

La risposta a tutte queste domande ci porta al problema del *ruolo riconosciuto nell'ambito*

*giudiziario a chi*, in virtù del suo compito clinico, è *garante della salute del piccolo paziente* e in grado di indicare a chi di dovere le condizioni per non danneggiarla. Chi esercita una professione di aiuto, quindi, dovrebbe trovare ampio spazio nel procedimento penale, essenzialmente in *due momenti chiave*. Innanzitutto quello del *sostegno e accompagnamento del bambino* in tutte le fasi del procedimento, facendosi interprete propositivo delle sue esigenze ai giudici, richiedendo per lui le migliori condizioni contestuali: in questa veste, egli dovrebbe avere l'obbligo di dare parere circa modi e tempi dell'assunzione della testimonianza del bambino, circa l'opportunità di sottoporlo ad accertamenti medici e/o psicologici, rimanendo in funzione di mediatore degli esiti di tali indagini presso il piccolo paziente, per garantire allo stesso comprensione e accettazione delle procedure, spesso fastidiose e turbative, alle quali è sottoposto. Ferma sarà anche la necessità di dare continuità alle cure nei riguardi della piccola vittima per tutto lo svolgimento dell'iter processuale, come garanzia per controbilanciare il potere destabilizzante di quest'ultimo.

In secondo luogo, *la conoscenza psicologica del bambino acquisita nel corso della presa in carico clinica potrebbe talvolta sostituirsi a quella di esperti forensi o almeno integrarsi sistematicamente ad essa*, per risparmiare alla piccola vittima la ripetizione di indagini.

Proprio *nella prospettiva dell'integrazione* si pone il problema di *trovare linguaggi omologhi*. La letteratura internazionale ha dedicato nell'ultimo decennio molta attenzione al ruolo degli esperti forensi, puntualizzando nel dettaglio similarità e differenze rispetto all'operatività dei clinici. Posto che la competenza professionale impiegata è riconosciuta da tutti identica nei suoi fondamenti sia per gli uni che per gli altri, *la principale differenza* sta nell'uso della stessa, supposto come più rigoroso, documentato, prudente nell'arrivare a conclusioni di quanto accada quando in questione non è il conformarsi al clima contrappositivo e in ricerca di prove certe che caratterizza la scena processuale, ma la presa di decisione concreta e spesso anche urgente, nonché passibile di aggiustamenti e completamenti in itinere, che invece è propria del lavoro clinico. *L'altra importante differenza* risiede nella possibilità, e obbligo, dell'esperto forense di accedere a tutte le fonti di informazione a disposizione del tribunale, nonché di estendere la valutazione a tutti i soggetti in gioco nel procedimento, cosa che viceversa è spesso interdetta al clinico, che può non avere accesso, dal suo osservatorio, ad alcune delle parti coinvolte nel processo (pensiamo all'abusante, se la richiesta di intervento proviene dal bambino e dal genitore che si è posto a protezione del piccolo) e ad alcuni dati (per esempio, quelli derivanti da atti di indagine intrapresi dal tribunale nella fase inquirente e quindi sotto segreto istruttorio).

*Per quanto riguarda il ragionamento diagnostico o i mezzi di indagine utilizzati* (rilevazione anamnestica, colloqui clinici, test, raccolta delle dichiarazioni inerenti l'abuso) c'è totale similarità dall'una e dall'altra prospettiva; e trattandosi di pensiero e mezzi maturati all'interno del progresso del sapere clinico, il loro uso e la loro interpretazione non può discostarsi dalle regole di quello. Preoccupante è invece constatare che alcuni professionisti si ritengono qualificati come esperti forensi senza avere la contemporanea esperienza, e scuola di sapere, garantita dallo svolgimento anche di attività clinica e, aggiungiamo, specifica, cioè relativa allo stesso tipo di soggetti su cui si propongono come consulenti al tribunale. Ancor peggio è quando quello che si configura come una contraddizione logica, non avere esperienza clinica di base, è proposto come garanzia di una presunta obiettività e scientificità dell'indagine, sostenendo una sorta di differenziazione di categoria tra psicologia giuridica e psicologia, e scienze affini: cosa che sembra avere un senso soltanto se si parla di *differenze di impiego di una competenza di base che deve essere uguale*. Va notato che questo tipo di dibattito, sia pure in minor misura, riguarda anche i medici specialisti impiegati per le rilevazioni di segni fisici nelle situazioni di sospetto abuso, compito di cui possono essere investiti sia professionisti dotati di una solida competenza clinica di base (per lo più ginecologi e pediatri) oppure medici legali, se tale competenza dovesse loro mancare.

*Grande vantaggio porterebbe, probabilmente, esprimere e da parte della magistratura e*

*da parte degli ordini professionali, un orientamento che consenta di sciogliere il problema alla radice, definendo le competenze professionali necessarie per configurarsi come esperto forense*<sup>1</sup>. Nel far ciò si dovrebbe anche tenere debito conto dell'auspicabilità di una buona collaborazione, e quindi di una buona coerenza scientifica e pratica, tra chi dà consulenza al tribunale e chi opera in senso clinico, sia sul piano psicologico che medico, in modo da facilitare la magistratura nell'orientarsi su pareri che, per quanto possano differenziarsi, devono pur riconoscere parametri e metodologia di base uguali per essere validamente confrontati.

Tornando ora alla funzione del clinico come sopra delineata (come interlocutore specialista, depositario di utili conoscenze di merito sul caso e garante della salute del bambino), va anche aggiunto che un punto di forza per ottenere i risultati sperati deriverebbe dall'integrazione con professionisti con *competenze legali*, che sappiano tradurre nel linguaggio proprio delle istituzioni giudiziarie le esigenze del bambino via via emergenti, raccolte e segnalate dal clinico.

Si potrà rilevare che un analogo di tale figura è già previsto dalla legge che istituisce un *curatore speciale* per i minori parti lese che si trovino in conflitto di interesse con gli esercenti la potestà, e in caso contrario dà ai genitori la facoltà di assumere un difensore che si costituisca a tempo opportuno *parte civile* nel processo. Benché si tratti di risorse apprezzabili, tuttavia non sono prive di inconvenienti. La costituzione di parte civile, infatti, pur consentendo di essere parte nel processo allo stesso titolo dell'accusa e della difesa, è vista dall'opinione comune, anche all'interno delle aule di giustizia, come legata all'ottenimento di un vantaggio economico, in cui il danno del bambino è per così dire "cavalcato" da adulti su cui può gravare il sospetto di perseguire sostanzialmente un proprio interesse di tipo rivendicativo. Quanto al curatore speciale, la dimostrazione del conflitto d'interesse con i genitori può essere, specie nelle fasi di poco successive alla denuncia, non facile. Pensiamo ad esempio ad uno dei più classici casi: la figlia è vittima di abuso da parte del padre in una famiglia in cui la madre non crede alle sue accuse, ma nel contempo dimostra calore e preoccupazione verso di lei, che ritiene non consapevole della gravità delle sue "bugie"; se il Tribunale per i Minorenni in una situazione simile può comunque emettere misure di protezione provvisorie che allontanino il bambino anche dal genitore non abusante, mettendo sotto stretto controllo i rapporti tra i due, quanto è possibile asserire che quest'ultimo si trova

---

<sup>1</sup>Per dare qualche rapido riscontro bibliografico sulla problematica, si può citare il testo dell'AACAP (American Academy of Child and Adolescent Psychiatry) del 1997 che, pure nell'analisi puntigliosa delle differenze tra l'operatività clinica e quella dell'esperto forense, tuttavia afferma con sicurezza che competenze di base, metodi e ragionamento diagnostico non possono che essere uguali. Interessante è poi un'inchiesta, tra le poche del genere, di Mason (1991) circa l'impiego nei tribunali americani dell'esperto forense: da essa risulta tra l'altro che i giudici scelgono il professionista sulla base della competenza clinica, più che di credenziali scientifiche di altro genere, e che quasi la metà degli esperti (45.9%) è rappresentata dai curanti del bambino. Un cenno a parte va dedicato a un testo italiano che si propone di stabilire, come espressione della Società di Psicologia Giuridica, le linee-guida deontologiche per lo psicologo forense, commentato in un articolo di Gulotta G., pubblicato su "Maltrattamento e abuso all'infanzia" (2-1, 105-114). In tale testo sono correttamente enunciati i principi di comportamento, verso giudici, clienti e colleghi, dello psicologo forense, l'obbligo di agire responsabilmente, di garantire il massimo delle conoscenze scientifiche e il massimo di obiettività e documentazione nel loro uso. E' sottolineata anche l'incompatibilità tra il ruolo clinico e quello giudiziario, se svolti contemporaneamente nello stesso caso, cosa che abbiamo visto da altri testi suggerita, ma sostanzialmente disattesa nella realtà. Anche se ci si attendesse rigidamente a tale indicazione, resta da definire il problema delle competenze che devono caratterizzare l'esperto forense: il testo citato non si addentra in dettagli.

in conflitto di interesse col figlio? Un altro problema deriva dalla procedura per la nomina del curatore (concessa dal GIP su richiesta del PM, dello stesso minore, dei suoi prossimi congiunti e, in caso di conflitto d'interesse, dal rappresentante), che può risentire dello stesso sovraccarico che sta alla base delle lungaggini processuali e quindi essere decisa troppo tardivamente. Tra i rappresentanti alcuni sostengono sia compreso anche l'eventuale Ente affidatario del minore, ma tale circostanza sembra poco conosciuta e percorsa.

*Sarebbe dunque molto opportuno che la tutela in ambito giudiziario della piccola vittima, durante l'intero iter processuale, venisse di diritto affidata a un legale con il precipuo compito di affiancarla e facilitarla, con mezzi propositivi e dissuasivi nei confronti delle parti processuali, a prescindere dal poter diventare una di esse attraverso la costituzione, con il sostegno o meno dei genitori, di parte civile.*

Veniamo ora all'analisi degli *spazi legali attivabili per raggiungere quegli obiettivi*. Pur nella sua formulazione generica, ma proprio per questo ampia, sembra che tutto quanto sopra sia potenzialmente deducibile da *un articolo introdotto dalla legge 66/96, il 609 decies c.p.*, di cui si riporta il testo in nota<sup>1</sup>. In esso è sancito il bisogno-diritto del bambino ad un sostegno intensivo per sormontare le difficoltà indotte dal procedimento giudiziario; si stabilisce un ruolo centrale dei genitori, ovviamente qualora protettivi, e del bambino stesso nel designare le persone da cui sente di poter essere aiutato; funzione primaria è attribuita ai "servizi istituiti dagli Enti locali" e cioè proprio a quelli che esprimono competenze cliniche per la presa in carico delle piccole vittime, e questi ultimi non compaiono soltanto in veste di accompagnatori del bambino ma di partner dell'autorità giudiziaria, obbligatorio (la formulazione "si avvale" appare tassativa), "in ogni stato e grado del procedimento", cioè in tutte le funzioni possibili che le loro specifiche competenze permettono.

Non c'è dubbio che questa norma venga *sommamente trascurata*. Come spiegare, se no, il fatto che genitori protettivi e clinici sono così spesso messi fuori dalle vicende giudiziarie in nome della supposta salvaguardia della neutralità della stessa? o visti con sospetto, come presenze scomode che è impossibile eliminare completamente, ma non certo come collaboratori a cui primariamente rivolgersi? oppure che tra Procuratore della Repubblica e Tribunale per i Minorenni esista tutt'altro clima che quello disegnato dal legislatore, in cui il primo interPELLA il secondo proprio, si deduce, perché attivi i servizi per dare esecuzione a quanto è scritto nei commi successivi?

*Il nodo sembra essere più concettuale che fattuale*. Dalla legge traspare preoccupazione per la tutela della salute del bambino durante lo svolgimento delle procedure penali, e quindi - rammentiamolo- dal momento della segnalazione a quello della sentenza definitiva, riconoscendo a tale periodo non solo una potenziale pericolosità, ma anche una speciale significatività, come in effetti è confermato dall'esperienza clinica: è proprio in quel periodo, infatti, che i tasselli di pensieri e sentimenti sconvolti dalla venuta alla luce dell'abuso dovranno, e potranno, trovare nuovo equilibrio, sui molteplici piani del mondo interno, del mondo delle relazioni primarie e del mondo esterno, di cui la determinazione giudiziaria fa

---

<sup>1</sup>Articolo 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 minorenni 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.

parte. Cercando di estrapolare dalla lettera dell'articolo il pensiero sottostante, ci pare di poter sperare che la preoccupazione sia così grave da orientare il legislatore a *trattare il polo clinico non più come il "braccio" tecnico di una "mente" costituita dalle istituzioni giudiziarie*, detentrici del potere superiore della cosiddetta determinazione della verità, ma come *collaboratori di pari dignità* in un'avventura che, senza il loro apporto, comporterebbe troppi rischi e per il benessere della vittima e per gli stessi obiettivi giudiziari: che affidabilità potrebbero infatti avere conclusioni processuali in procedimenti trasformati in una sorta di corsa con handicap per il protagonista principale?

Se così si potesse arrivare ad interpretare la legge, ne conseguirebbe obbligatoriamente il superamento delle insufficienze designate sopra con 4) e 5).

Un discorso ulteriore merita la questione dell'*assistenza legale* necessaria per affiancare il minore nel suo incrocio con la giustizia, che non è esplicitamente prevista dai commi dell'articolo. Tuttavia, quando al terzo comma si parla di *"assistenza" senza l'aggiunta di aggettivi*, che andrebbe assicurata "al minore", si può argomentare che essa possa anche comprendere proprio quella forma di patrocinio legale, libero da ogni condizionamento derivante dalla posizione degli adulti parte nel processo, che, secondo talune interpretazioni, *bene potrebbe spettare all'ente preposto alla globale tutela della salute del bambino*. Concretamente ciò è attuabile, grazie al consulente legale che fa parte integrante dei servizi locali.

Se le argomentazioni di cui sopra hanno validità, allora la strada da percorrere dovrebbe essere quella di richiamare l'attenzione sia in ambito legale che in quello delle professioni di aiuto sull'esistenza della norma e sulla esigibilità della sua realizzazione. C'è tuttavia un "ma": nulla nella legge allude a sanzioni nel caso essa non venisse applicata; e ciò costituisce senz'altro un punto di debolezza. Niente vieta, però, di attivare sul tema una campagna di sensibilizzazione che ottenga attraverso il consenso quello che non può essere imposto.

Come primo passo in questa direzione sempre all'interno di un gruppo di aderenti al C.I.S.M.A.I. particolarmente impegnato nella presa in carico degli abusi sessuali, è stata distribuita una *scheda di rilevazione sull'applicazione, comma per comma, dell'articolo 609 decies*. Le prime risultanze sono scoraggianti e sconcertanti a un tempo, per la distanza documentata tra teoria e prassi. Si auspica che proprio a partire da dati documentabili sia possibile stimolare un dibattito che renda almeno presente il problema. Ancor più, speriamo che in questo modo si possa arrivare ad affrontare la questione di fondo, e cioè l'esistenza non tanto di una "coppia", che spesso appare pure in crisi, di istituzioni giudiziarie (minorile e penale) che discrezionalmente utilizza l'apporto di chi ha la responsabilità della tutela della salute del bambino, ma che quest'ultimo sia riconosciuto come un attore di pari dignità e peso, legittimato, sia pure nella massima collaborazione, a seguire proprie regole e obiettivi nel comune interesse che ha al centro la piccola vittima.

Resta l'ultimo punto di quelli sopra elencati, e cioè l'attivazione di *risorse di recupero per gli abusanti confessi*. E' inutile sottolineare quanto una simile possibilità, considerati soprattutto i vincoli affettivi che tanto spesso legano la vittima al suo vittimizzatore, sarebbe di vantaggio per il bambino. Ma il vantaggio sarebbe evidente anche per l'intera società. Spendere in quella direzione, infatti, risparmierebbe molti altri costi, sia morali che economici, se si riflette sul fatto che, essendo spesso l'abusante una persona con responsabilità parentali nei confronti della vittima, il suo non recupero comporta il ricorrere per quest'ultima a soluzioni sostitutive della famiglia che, pure lodevoli, non sono prive di rischi e costi impegnativi. Qualcosa si muove nel nostro Paese, ma in misura del tutto frammentaria ed embrionale: sembra anche troppo presto per giudicare quali delle strategie di cura proposte dalla letteratura mondiale siano applicabili alla nostra realtà culturale e abbiano vera efficacia. Tuttavia non è presto per stimolare la magistratura a tenere conto di questo problema, almeno nel determinare le modalità di sconto della pena dell'abusante condannato; come sempre, se aumentasse il numero delle richieste riabilitative, sostenute con forza dall'ancoraggio ad

esigenze penali, l'ambiente scientifico e clinico troverebbe maggiore motivazione per attrezzarsi a rispondere alle esigenze.

## 6. *Dal dire al fare*

Come si può dedurre da quanto sopra, sembra arrivato il momento per tirare le fila di un'esperienza ormai almeno decennale anche nel nostro Paese nella presa in carico e nell'interazione con le istituzioni giudiziarie a proposito delle situazioni di abuso sessuale all'infanzia e per rilanciare, a partire da tale esperienza, un ampio dibattito.

Per quanto inscritta in una storia di costante e innegabile progresso nell'attenzione riservata a questa delicata tematica, la contrapposizione di opposte esigenze, ineliminabile quando una patologia si configura anche come reato con la previsione di serie sanzioni, ha reso finora fluido e a volte contraddittorio e poco logico l'orientamento circa regole e metodi di tale interazione.

E' precipuo compito di chi pratica professioni d'aiuto e ha quindi la responsabilità clinica delle piccole vittime assumersi l'onere di *promuovere quei cambiamenti* della prassi attuale che possano favorire un progresso nella protezione del bambino nell'incrocio con l'ambito giudiziario, e quindi garantire maggior benessere a chi è già tanto gravato da problemi e sofferenze. E ciò quanto più già la legge apre prospettive coerenti con tale obiettivo, fornendo le strade legali per attuarlo: sembra anzi più saggio attenersi in una prima fase all'applicazione puntigliosa e intelligente dell'esistente, riservando a un successivo bilancio l'individuazione di quanto invece deve essere introdotto come novità non prevista dal legislatore<sup>1</sup>.

Quindi, se può essere utile offrire una sintesi finale operativa, è opportuno muoversi nelle seguenti direzioni:

1) *sensibilizzazione*, rivolta alle categorie dei tecnici della salute e dei tecnici della legge, nonché ai responsabili delle scelte politiche sulla tematica, accendendo il dibattito sui migliori sistemi di tutela dei soggetti deboli in un Paese che da non molto comincia a recepire le loro esigenze e vuole adeguare a queste ultime normative e prassi;

2) *formazione* ai professionisti psico-socio-sanitari relativa alle regole del sistema giudiziario che possono avere tanto peso nella partecipazione del bambino ai procedimenti legali, con particolare attenzione alle norme che già garantiscono una protezione in tale partecipazione affinché possano dare spunto, nelle singole situazioni, a precisi richiami e suggerimenti applicativi;

3) ricerca dell'*ancoraggio a istituzioni* che possano bilanciare le pressioni dei tribunali e il loro prevalere nell'imporre le proprie regole procedurali. Paradossalmente, è meglio avere un superiore garante degli obiettivi clinici, che possa rinforzare la posizione delle professioni d'aiuto, piuttosto che lasciare a trattative condotte nelle singole situazioni il destino dei professionisti.

Infatti è facoltà e compito anche di organismi amministrativi e politici creare le condizioni per cui direttive generali riguardanti la tutela della salute del cittadino trovino la migliore applicazione. L'opera di stimolo dei tecnici, quindi, potrà prendere due direzioni.

La prima porterà a ottenere che tali direttive tengano in specifico conto le esigenze dei minori maltrattati e abusati, su cui l'attenzione si sta sempre più focalizzando soprattutto per la crescente consapevolezza di quanto incida questa causa nelle manifestazioni patologiche che richiedono cure dall'infanzia all'età adulta. Su questo aspetto, possiamo dire che le norme ci sono, e già abbastanza stringenti: basta pensare alla Convenzione O.N.U. sui diritti del

---

<sup>1</sup>Anche dai professionisti di area legale vengono interessanti suggerimenti rivolti alla propria categoria, per migliorare le competenze al fine di assicurare in questi casi un ottimale svolgimento delle procedure giudiziarie; in tal senso si veda: Forno P., op. cit.

fanciullo<sup>1</sup>, ratificata dall'Italia nel 1991, ai programmi predisposti dal Ministero per gli affari sociali dal 1998 ad oggi, alle recenti direttive contenute sul tema del maltrattamento e dell'abuso all'infanzia nel Progetto obiettivo materno-infantile relativo al "Piano sanitario nazionale per il triennio 1998-2000".

La seconda direzione tenderà a moltiplicare le circostanze in cui tali direttive, espresse inizialmente come intenti, siano fatte diventare oggetto di applicazione obbligatoria proprio da parte dei tecnici stessi, per disposizione degli organismi da cui essi dipendono amministrativamente. E' infatti già stata iniziativa di alcune Regioni sul territorio nazionale (e proprio in questo senso spinge anche il Progetto obiettivo materno-infantile, già citato) dedicare specifico studio alla tematica del maltrattamento e abuso proprio nelle sue componenti di prassi tecnica operativa, arrivando a definire organizzazioni dell'intervento degli operatori psico- socio- sanitari che promuovano il più possibile la qualità della presa in carico e della tutela in essa delle esigenze del minore vittima<sup>2</sup>.

4) interpellare anche gli *Ordini professionali* (pensiamo a quello dei medici, degli psicologi, degli assistenti sociali) affinché dichiarazioni contenute nei Codici deontologici, già precise circa la tutela dovuta ai soggetti deboli, diventino oggetto di verifica circa la loro effettiva applicazione e gli ostacoli che eventualmente vi si frappongono.

Un'ultima raccomandazione: anche questa estate ha portato con sé orrori perpetrati ai danni di bambini che sembrano avere scosso l'opinione pubblica e avere forzato la ricerca di più efficaci sistemi di protezione. Qualcuno può aver pensato che il momento sia arrivato e che ora "chi di dovere" dovrà prendere in mano nel dettaglio e con maggiore incisività la situazione degli abusi all'infanzia, magari arrivando anche alle problematiche meno eclatanti, ma ugualmente gravide di conseguenze negative, di cui abbiamo parlato. Non speriamoci troppo: o meglio, non deleghiamo troppo. Certi rischi si capiscono solo dall'interno, operando quotidianamente, e dall'interno possono profilarsi le soluzioni più efficaci per ovviarvi.

Niente si muove se qualcuno non lo fa muovere, con convinzione e determinazione:

---

1 Art.3 comma 1- In tutte le decisioni relative ai fanciulli, di competenza sia delle istituzioni pubbliche o private di assistenza sociale, delle autorità amministrative o degli organi legislativi, l'interesse superiore del fanciullo deve essere una considerazione preminente.

comma 2- Gli Stati Parti si impegnano ad assicurare al fanciullo la protezione e le cure necessarie al suo benessere, in considerazione dei diritti e dei doveri dei suoi genitori, dei suoi tutori o di altre persone che hanno la sua responsabilità legale, e a tal fine essi adottano tutti i provvedimenti legislativi e amministrativi appropriati.

Art.12 comma 2- A tal fine (diritto di esprimere liberamente la sua opinione), si darà in particolare al fanciullo la possibilità di essere ascoltato in ogni procedura giudiziaria o amministrativa che lo concerne, sia direttamente, sia tramite un rappresentante o un organo appropriato, in maniera compatibile con le regole di procedura della legislazione nazionale.

Art.19 - garanzia di protezione contro ogni forma di maltrattamento

Art.20 comma 1- Ogni fanciullo il quale è temporaneamente o definitivamente privato del suo ambiente familiare oppure che non può essere lasciato in tale ambiente nel suo proprio interesse, ha diritto a una protezione e ad aiuti speciali dello stato. (I commi seguenti precisano le modalità).

Art. 34- garanzia di protezione contro l'abuso sessuale.

Art. 39- Gli Stati Parti adottano ogni adeguato provvedimento per agevolare il riadattamento fisico e psicologico e il reinserimento sociale di ogni fanciullo vittima di ogni forma di negligenza, di sfruttamento o di maltrattamenti (omissis). Tale riadattamento e tale reinserimento devono svolgersi in condizioni tali da favorire la salute, il rispetto della propria persona e la dignità del fanciullo.

2 Si vedano in tal senso le linee-guida della Regione Veneto, Emilia Romagna, Lazio, Piemonte.

probabilmente ora è il nostro turno.