

M. Malacrea<sup>1</sup>

## LE PROFESSIONI D'AIUTO (PSICHIATRIA, PSICOLOGIA, SCIENZE SOCIALI) E I CRIMINI A SFONDO SESSUALE CONTRO I MINORI<sup>2</sup>

**Sommario**<sup>3</sup> 1. Il fenomeno - 2. Le professioni di aiuto e i compiti di valutazione, tutela e cura - 3. L'accertamento diagnostico nei procedimenti penali - 4. Un dovere clinico e una possibilità per l'area giudiziaria - 4.1 Capire e curare - 4.2 Uno schema per il ragionamento diagnostico - 5. Il passaggio del bambino da oggetto a soggetto nelle procedure giudiziarie - 6. L'affiancamento durante il momento dell'ascolto in sede giudiziaria - 7. I metodi di intervista - 8. La possibile divaricazione tra giustizia e cura - 9. Raccomandazioni

### 1. Il fenomeno

Occuparsi di abuso sessuale all'infanzia è compito certamente delicato.

Il fenomeno dell'abuso sessuale ai bambini continua ad essere al centro di una controversa attenzione. Da un lato esso risveglia inquietudine e allarme: siamo in un Paese in cui due leggi emesse a breve distanza di tempo, la n.66/96 sulla violenza sessuale e la n.269/98 sulla pedofilia (recentemente inasprita), attestano crescente preoccupazione per la tutela dei soggetti deboli coinvolti in questo tipo di esperienze traumatiche. D'altro canto si assiste al crescere di resistenze ad affrontarle. Ciò è comprensibile alla luce del fatto che si tratta di un tema complesso per via della multiformità dell'oggetto, della gravità delle conseguenze dannose, dell'articolazione degli interventi valutativi-terapeutici, per gli interrogativi posti dalla necessità di considerarne sia l'aspetto di patologia che di reato, e, non ultimo, per la crescita inquietante delle denunce di traumi infantili, sia nell'immediato sia nell'età adulta. Se si aggiunge che il tema non può non suscitare forti emozioni e reazioni non sempre razionali, si comprende anche il rischio di creare istintivi schieramenti e radicalizzazioni ben poco utili al fine di una migliore conoscenza dell'oggetto e di una migliore protezione dei minori coinvolti.

Vediamo qualche dato sul fenomeno.

Nonostante occorra prudenza nel valutarne l'ampiezza, data la grande variabilità dei dati nelle ricerche, è tuttavia incontestabile che l'abuso sessuale infantile sia un fenomeno diffuso, anche attenendosi ai valori minimi registrati, e in gran parte sommerso, come si deduce dalla differenza quantitativa tra i casi denunciati e quelli rivelati in forma anonima nelle ricerche retrospettive. Dati recenti di una accurata ricerca retrospettiva dell'Osservatorio Nazionale sull'infanzia e l'adolescenza, che ha preso in considerazione 2325 donne tra i 19 e i 60 anni, indicano che il 5,9 % della popolazione femminile italiana è stata vittima di abuso sessuale nell'infanzia e un ulteriore 18,1 % è stata vittima di maltrattamenti multipli compreso l'abuso sessuale. Anche in campo internazionale, c'è convergenza sull'individuazione in media di una popolazione femminile pari al 15% e maschile pari al 6% che avrebbe avuto esperienza di vittimizzazione sessuale prima della maggiore età. L'abuso inizia inoltre in età sorprendentemente basse: 3, 8, 11 anni sono state individuate come le età-rischio. Sono una rarità gli episodi unici o sporadici, sono invece la regola le vittimizzazioni croniche, coerentemente al caratterizzarsi dell'abuso sessuale come marcato dal

<sup>1</sup> Neuropsichiatria infantile e psicoterapeuta, socio fondatore CISMAL, esperto Osservatorio Nazionale sull'infanzia e l'adolescenza, Centro TIAMA (Tutela Infanzia Adolescenza Maltrattata), Milano.

<sup>2</sup> In: Musacchio V.(a cura di) (2007) *Manuale di diritto minorile. Profili dottrinali e giurisprudenziali*, CEDAM, Padova, pp. 991-1025.

<sup>3</sup> Nella redazione del testo si fa riferimento a precedenti scritti dell'autrice, a cui si rinvia per approfondimenti.

- 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*, Edizioni per la Pace, Firenze.

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

- Malacrea M., Lorenzini S. (2002) *Bambini abusati. Linee-guida nel dibattito internazionale*, Raffaello Cortina, Milano.

- Malacrea M. (2004) La terapia dell'abuso all'infanzia. Le ragioni teoriche dell'evidenza clinica, *Connessioni (Centro Milanese di Terapia della Famiglia)*, anno VIII, n.14, 81-100.

Ulteriori indicazioni si possono trovare sul sito [www.progettotiama.it](http://www.progettotiama.it).

segreto per il bambino e la famiglia, e dalla compulsione per l'abusante, il che differenzia nettamente questo da tutti gli altri tipi di maltrattamento.

Il panorama è quindi decisamente allarmante: esperienze di vittimizzazione che dissacrano i legami più stretti sono frequenti, protratte nel tempo e vanno ad incidere su giovani soggetti nel pieno del loro percorso evolutivo.

Esistono quindi tutte le premesse per il crearsi di una situazione ad alto rischio per il benessere presente e futuro delle piccole vittime. Non può stupire quindi che a tale malessere possa corrispondere una quantità di manifestazioni sintomatiche, talvolta molto intense. A seconda dell'età della vittima verranno prodotti sintomi che coinvolgono l'asse somatico o l'area dell'affettività, o ancora quella cognitiva: disturbi dell'alimentazione, del sonno, dell'evacuazione e del controllo sfinterico, dolori di varia natura (dalle cefalee ai dolori pelvici o persino muscolari), paure, disordini della condotta, disturbi della sfera sessuale, caduta delle prestazioni scolastiche, possono essere tutte espressioni acute del malessere conseguente al trauma; o più precisamente si dovrebbe dire: del malessere conseguente alla caduta degli adattamenti patologici prima costruiti per convivere con l'abuso, e alla presa di contatto con la realtà della propria vittimizzazione.

Altrettanto tipica è la formazione di personalità adulte cronicamente segnate dall'impossibilità a crearsi un ambito relazionale soddisfacente nella propria nuova famiglia (sia sul piano dei rapporti con il partner che su quello dei rapporti con i figli), come dall'impossibilità di riuscire sul piano professionale.

Ancora più frequentemente le manifestazioni sintomatiche si sviluppano subdolamente nel tempo, comportando una cronica coartazione delle realizzazioni che sarebbero state possibili ad un soggetto con la medesima dotazione affettiva ed intellettuale se non ci fosse stata l'interferenza negativa dovuta al trauma: condizioni di difficile riconoscimento, che portano spesso alla designazione del bambino come portatore di patologia psichica o di handicap, e a inquadrarlo di conseguenza in un sistema di cure purtroppo totalmente inadeguato alla vera natura del suo malessere e che talvolta contribuisce persino a mascherarla.

Altre volte ancora sembra che l'evento traumatico sia stato ottimamente bilanciato dalle forze sane del bambino, al punto da non dare luogo durante il suo percorso di crescita a sintomi né acuti né cronici: poi, quando neppure la vittima se lo aspettava più, anche a grande distanza dall'evento traumatico, può succederle di perdere l'equilibrio duramente conquistato e di andare incontro a sintomatizzazioni o a problemi comportamentali che costringono a riprendere contatto con quella lontana ferita.

Suggestivamente, qualcuno ha definito l'abuso sessuale una "bomba ad orologeria" di cui non è dato conoscere il momento in cui è destinata a scoppiare.

Nonostante ciò, non esiste una sindrome specifica dovuta all'abuso sessuale, così come non esiste una singola dinamica traumatogena, dato su cui tutta la letteratura concorda. Non esiste nemmeno un sintomo che sia presentato dalla maggioranza dei bambini abusati, (ricordiamo che una percentuale di bambini compresa tra il 21 e il 49 % è asintomatica a breve termine, Kendall-Tackett et al., 1993), a eccezione dei comportamenti sessualizzati (Kuehnle, 1998). Le variabili che concorrono a determinare l'impatto psicologico e i conseguenti comportamenti patologici sono molteplici, basti pensare che raramente l'abuso sessuale non si accompagna ad altre forme di maltrattamento. E' quindi inconcludente cercare connessioni semplici e lineari tra abuso sessuale e le sue conseguenze, ed è perciò necessario rinunciare alla rassicurante prospettiva che esistano una singola checklist o un singolo test grazie ai quali definire se un bambino sia stato abusato o meno. La diagnosi invece è necessariamente un processo lungo e complesso, in cui comporre con rigore e capacità professionale i vari elementi raccolti; la valutazione dell'abuso sessuale richiede un processo creativo che soppesi le diverse informazioni tratte da varie fonti e le collochi in un contesto.

Diagnosi e cura sono rese insidiose anche dal segreto che circonda l'abuso sessuale. Non esistono altre condizioni pregiudizievoli ai danni dei bambini che abbiano altrettanta probabilità di non essere mai individuate da terzi nel corso della vita: di più, nell'area di cui ci stiamo occupando,

esiste una preponderante percentuale di casi che non vengono mai conosciuti neppure all'interno della famiglia nucleare (esclusi ovviamente vittima e abusante). Ciò è effetto non soltanto della cura di non essere scoperto da parte dell'autore, come accade in ogni attività illecita, ma di un ottundimento intrapsichico, agito, soprattutto dalla vittima ma anche dagli altri protagonisti delle vicende incestuose (dall'abusante all'adulto potenzialmente protettivo), al fine di poter produrre meccanismi di adattamento sufficienti a convivere con l'abuso e a preservare la propria persona e le relazioni importanti dalla catastrofe che si suppone inevitabile una volta che i fatti dovessero venire alla luce.

## ***2. Le professioni di aiuto e i compiti di valutazione, tutela e cura***

Tale aura di segreto è per di più contagiosa: la naturale incertezza provocata, come sopra descritto, dalla cripticità del fenomeno è molto aumentata da un sorta di paralisi che insorge negli operatori rispetto al compito di approfondire le proprie ipotesi diagnostiche, quando queste contemplino l'eventualità di essere di fronte ad un caso di abuso sessuale. Una parte importante dello stallo deriva da fattori del tutto razionali. Non è affatto indifferente che nei casi di abuso sessuale ci si trovi a maneggiare non solo patologie, ma reati. Infatti ciò che si configura indubbiamente come un'alterazione degli equilibri personali e relazionali, che profondamente provoca disagio all'individuo, comporta anche un attentato all'ordine sociale, tutelato dalla legge. Gli operatori sanno di dover affrontare una doppia responsabilità nel diagnosticare e curare: quella clinica, per cui già si sentono talvolta impreparati, e quella giudiziaria, per cui lo sono in realtà anche meno. Chi oltretutto ha già avuto esperienze in proposito, o si è sufficientemente informato, sa che, per far fronte a questo secondo compito, si troverà coinvolto in eventi a loro volta di grande peso emotivo, obbligato a tradurre il proprio consueto linguaggio per renderlo fruibile in ambiti inconsueti, costretto a trasformare spesso in "prove" il proprio ragionamento clinico, rischiando di sentirsi inadeguato rispetto alle esigenze, vere o presunte, del contesto giudiziario. E, non ultimo, tutto ciò comporta un grande dispendio di tempo ed energie, a detrimento di altri investimenti e doveri professionali.

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

Negli anni '80 la formulazione di una sorta di profilo descrittivo dei soggetti abusati, tanto più utile quanto più largo e comprensivo, assolveva lo scopo di facilitare l'individuazione dei bambini abusati, sfuggendo alle insidie costituite dal carattere criptico e spesso contraddittorio dei segnali. Obiettivo lodevole: e che, almeno in un primo tempo, è stato molto apprezzato dalle istituzioni giudiziarie messe di fronte al compito di valutare sul piano legale una materia nuova e delicata. La preoccupazione fondamentale era quindi riconoscere quello che per tanto tempo era andato non riconosciuto.

Ma nelle fasi successive dei procedimenti giudiziari, il bambino divenuto testimone, spesso unico in mancanza di altri riscontri, che deve sostenere l'accusa contro il suo persecutore, non avendo per definizione le capacità cognitive, strumentali ed emotive per sostenere tale ruolo, risulta non raramente inefficace e difficile da comprendere. Nessuno stupore quindi se anche il clinico viene proiettato, insieme al bambino, nell'arena giudiziaria, sentendo profondamente come proprio irrinunciabile dovere affiancarlo, supportarlo sia direttamente sia attraverso la spiegazione ai professionisti legali delle sue peculiari reazioni, ottenergli le migliori condizioni di protezione per la sua apparizione sulla scena processuale, sostenere la sua attendibilità sulla base delle stesse conoscenze scientifiche che l'hanno indotto a concludere la valutazione clinica nella direzione di un effettivo abuso.

Dall'altra parte, anche le istituzioni giudiziarie hanno nel tempo maturato richieste agli stessi professionisti: e sempre più tali richieste sembrano distanziarsi da quelle che essi sentono autonomamente come proprie. Si potrebbe dire che si è progressivamente alzato il livello di competenza richiesto ai professionisti dell'area psico-socio-sanitaria per essere ritenuti adeguati

collaboratori sul piano legale, specie nei procedimenti penali, e contemporaneamente è in atto una spinta apparentemente contraddittoria a ridurre la portata dell'influenza degli esperti sulle decisioni giudiziarie. Per meglio spiegare, dall'esperto forense ci si aspetta grande rigore circa le conoscenze specifiche sul tema, riferimenti culturali di base, continuo aggiornamento, capacità di spiegare in modo a un tempo comprensibile e scientificamente documentato le peculiarità dei bambini abusati in generale e di quello al momento coinvolto in particolare: notizie da cui giudici e avvocati, che non possono avere in proprio nozioni adeguate alla delicatezza dell'argomento, trarranno lumi circa la valutazione della sussistenza o meno dell'abuso; e nell'acquisire tale competenza sempre più l'esperto si distanzia dal sapere comune. Contemporaneamente ci si aspetta che l'esperto mantenga sempre un tono misurato e deferente, sostanzialmente dubitativo delle proprie capacità, riconoscendo i limiti delle proprie conoscenze in modo da lasciare liberi i giudici di prendere autonome decisioni, non si esprima a riguardo della sussistenza o meno dell'abuso, sia estremamente cauto nel porgere le proprie opinioni, in una materia che, ultimamente, deve rimanere nelle mani di chi, occupando la funzione giudicante anche senza specifiche nozioni, ha il compito di decidere. Se possiamo usare un'immagine, una specie di potentissimo genio della lampada totalmente al servizio di Aladino.

Per giunta, le preoccupazioni circa le "false memorie" e la supposta suggestionabilità dei testimoni bambini, enfaticamente a partire da casi giudiziari eccezionali, sono riuscite a oscurare quello che invece è il pane quotidiano nelle aule di giustizia e che continua a confermare la tragica esistenza di veri abusi consumati a danni di bambini, che solo per una minoranza arrivano ad ottenere protezione e giustizia (vedi i risultati delle inchieste retrospettive).

Soprattutto non è immediato vedere come il clinico possa validamente ottenere di perseguire i propri obiettivi (affiancamento e protezione della vittima) e nello stesso tempo accontentare le richieste del piano legale. D'altra parte lo sforzo di trovare modalità di integrazione qualitativamente soddisfacenti pare irrinunciabile: infatti è evidente che chi esercita professioni di aiuto non potrà mai ottenere i propri obiettivi clinici senza farsi accettare e rendersi indispensabile per chi può fornire la cornice istituzionale; e che, per quanto a volte se ne venga sedotti, la prospettiva di scindere le aree di intervento in modo così radicale da sottrarsi a tutti i dilemmi insiti nelle posizioni di compromesso è del tutto irrealistica, e ultimamente ancora più gravida di confusione.

Ma quali sono i classici 'crocevia' che, nei casi di abuso sessuale, vedono più frequentemente il confronto tra il sapere delle professioni di aiuto e il sapere giudiziario?

### ***3. L'accertamento diagnostico nei procedimenti penali***

Un primo aspro problema nasce circa la possibilità di richiedere all'esperto, da parte dell'autorità inquirente o giudicante, se quel particolare bambino, per cui si celebra il processo, risponda alle caratteristiche in generale delineate delle vittime di abuso sessuale, o ancor peggio, se la testimonianza di quel bambino vada giudicata come credibile. In aggiunta alle questioni procedurali formali, che richiedono una attenta formulazione dei quesiti possibili all'esperto (si aprirebbe su questo punto un delicato capitolo circa l'adeguatezza e la correttezza dei quesiti più frequentemente formulati ai professionisti di area psico-sanitaria quando sono incaricati di consulenze tecniche, che frequentemente sono molto discutibili), il grosso scoglio di fondo riguarda l'affidabilità delle conoscenze su cui si basano comunemente i clinici per prendere decisioni diagnostiche e terapeutiche in questi casi, scoglio che coinvolge nel dibattito non solo categorie professionali diverse ma produce un'eco ancora più vistosa nella comunità scientifica e professionale. In campo internazionale da decenni si è profilato un conflitto tra clinici orientati alla pratica e professionisti più dediti alla ricerca scientifica. Questi ultimi, facendosi forti di taluni insuccessi dei clinici nell'arena giudiziaria, alimentano un clima di critica all'affidabilità dei criteri su cui i primi basano il quotidiano esercizio professionale, invocando l'assunzione di responsabilità da parte delle associazioni di categoria a riguardo degli standard di competenza minimi per chi si occupa di abuso all'infanzia.

L'argomentazione cardine della critica riguarda l'incertezza con cui può essere determinato un chiaro profilo della vittima di abuso, facendosi forte degli studi che hanno constatato che i singoli comportamenti considerati indicatori di abuso compaiono frequentemente anche nei bambini non abusati e, per contro, circa un terzo di questi risultano asintomatici. Inoltre, sebbene sia indiscutibile una buona convergenza dei clinici in ordine alle caratteristiche teoriche dell'abuso sessuale all'infanzia e delle piccole vittime, tale consenso non assicura che queste conoscenze siano applicate al singolo caso nello stesso modo portando a conclusioni analoghe.

Sembra indiscutibile l'esigenza di affrontare una problematica tanto delicata come l'abuso sessuale all'infanzia muniti di solide basi di conoscenza non solo delle specifiche manifestazioni delle piccole vittime, ma più ampiamente dello sviluppo infantile sul piano cognitivo, sociale, emotivo per non correre il rischio di male interpretare i dati. Ma è proprio giustificata questa massiccia diffidenza sulle modalità di interpretazione di sintomi e comportamenti? Molti autori avanzano la riflessione che posizioni troppo estremiste non siano giustificate in questo campo. Il fatto che alcuni di questi sintomi compaiano anche nei bambini non abusati, che non siano rilevabili in una buona quota degli abusati o che le piccole vittime a volte non mostrino sintomi di alcun genere, non può condurre a escludere *in toto* la validità del segnale. Come in tutti i tipi di diagnosi, quel che conta è la prevalenza relativa del sintomo: se un comportamento è osservato in misura significativamente differente tra la popolazione degli abusati e dei non abusati, esso, quando compare, è sicuramente un indicatore suggestivo, che aumenta la probabilità che ci troviamo di fronte a una vittima. Questo tipo di giudizio non può essere considerato conclusivo: ciò avviene solo se quel segno si rileva in alcuni bambini abusati e non compare mai nei bambini non abusati. Tuttavia anche un ragionamento probabilistico ha una dignità indiscussa, come avviene in ogni processo diagnostico. Solo chi ritenesse che ci può essere soltanto "tolleranza zero" rispetto al rischio di falsi positivi può arrivare a escludere dalle testimonianze forensi ogni segno che non sia conclusivo. Bisogna essere consapevoli però che tale atteggiamento aumenta molto la possibilità di falsi negativi.

In sintesi, ci sono buoni motivi, per chi ha l'attitudine a porsi in termini di diagnosi differenziale, per continuare a utilizzare i segnali comportamentali anche come evidenze nelle aule di giustizia, perchè per essere probativo un indicatore non deve né essere frequente nella popolazione degli abusati, né inesistente nell'opposta: e ciò è solo questione di logica. Resta aperta tuttavia legittimamente la discussione su quale sia la soglia di significatività dei singoli segnali nella situazione data. Sembra urgente il compito delle associazioni scientifiche di stilare linee-guida di comportamento e di adeguatezza scientifica nonché deontologica per evitare il rischio che le inconsistenze di opinioni che già da tempo stanno venendo alla luce minino la credibilità degli esperti agli occhi dei giudici, facendo perdere ai bambini, come agli accusati, il contributo ancora indispensabile e prezioso di chi conosce dall'interno il difficile tema dell'abuso sessuale all'infanzia.<sup>4</sup>

Ma non è questo l'unico punto di acceso confronto. Il secondo attacco riguarda la correttezza di svolgere nello stesso caso un doppio ruolo, come esperto in area forense e come terapeuta. Tale attacco è innescato dalla strategia della difesa degli imputati, il cui *focus* verte frequentemente, per intaccare la credibilità dei piccoli testimoni, sulla suggestionabilità dei bambini e sulla alterazione dei ricordi vista come risultato di una scorretta raccolta delle prime dichiarazioni o dell'uso di tecniche suggestive di intervista da parte dei professionisti che li hanno in cura.

Sebbene le argomentazioni addotte giustifichino certamente una cautela nell'assumersi i due ruoli, non è chiaro quali possano essere i costi per il bambino del separare rigidamente le funzioni, sottoponendolo al vaglio di più professionisti e privandolo del supporto diretto di chi lo cura proprio nel momento del difficile impatto col piano legale. Non si può che vedere con preoccupazione l'alternativa tra il dovere di diagnosticare e curare, da parte del professionista, quello che già ha

---

<sup>4</sup> Va segnalata in tal senso l'iniziativa del Cismai (Coordinamento Italiano dei Servizi contro il Maltrattamento e l'Abuso all'Infanzia) che dal 1998 ha stilato una Dichiarazione di consenso sul tema dell'abuso sessuale all'infanzia (ultima versione, 2001). Si veda il sito [www.cismai.org](http://www.cismai.org).

individuato come vittima e la possibilità di supportarne la posizione anche in tribunale, perchè la difesa di un diritto legale del suo abusante richiederebbe l'impiego in sede giudiziaria di un valutatore "neutrale".

Quanto alla suggestionabilità, si pretende che la relazione con il terapeuta abbia la possibilità di alterare nei bambini non tanto il racconto quanto lo stesso ricordo degli eventi. Se il rischio è certamente temibile, è necessario anche far riferimento alla ricerca nel fornire elementi a favore della non suggestionabilità dei bambini: anche se i risultati variano drammaticamente nei vari studi sperimentali a riguardo, va constatato che, pure nelle condizioni di maggiore pressione, sempre ci sono piccoli che resistono alla suggestione. Va inoltre ricordato a questo proposito che il bambino spesso è già stato oggetto di suggestione, e assai pesante, da parte dell'abusante circa il mantenimento del segreto: anche a questa più potente suggestione esistono deroghe e non è facile comprendere per quali fattori alcuni cedano all'intimazione e altri no. In conclusione, i professionisti dovrebbero astenersi da un dubbio pregiudiziale rispetto al rischio di suggestione in un determinato caso, a meno che non abbiano riscontrato fattualmente esiti di suggestione nel bambino.

Va notato che, a parte rare eccezioni, nell'ambito legale c'è apertura a ipotesi di ampia collaborazione tra istituzioni giudiziarie e professioni di aiuto. Il panorama è generalmente improntato alla preoccupazione per il benessere delle piccole vittime e allo studio di forme possibili e utili di collaborazione tra clinici e giudici, nonché tra istituzioni deputate alla protezione del bambino e istituzioni che operano per la repressione del reato. Ai giudici viene inoltre ripetutamente raccomandata la specializzazione come garanzia del corretto utilizzo delle informazioni che vengono loro da ambiti non strettamente giudiziari.

Va notato che tale prospettiva si inserisce congruamente nell'orientamento del legislatore, che nella legge 66/96 "contro la violenza sessuale" ha dedicato un articolo (introdotto nel codice penale come 609 decies) che sancisce proprio l'integrazione tra istituzione giudiziaria penale, minorile e servizi deputati a dare assistenza e sostegno ai bambini vittime di abuso.

Più rigido appare l'orientamento dei tecnici forensi rispetto ai limiti del ruolo dei clinici sulla scena giudiziaria, confermando che le conseguenze più pesanti dell'incrocio dei tecnici con la giustizia nei casi di abuso sessuale sono di gran lunga quelle evocate all'interno della comunità scientifica. Parole d'ordine come "distanza emotiva" e "neutralità" compaiono in maniera trasversale e finiscono per corrispondere a un forte sbilanciamento dalla parte della incredibilità o della indimostrabilità dell'abuso. Anche in quest'area esistono eccezioni, da parte di chi al contrario paventa, come la più antiscientifica e la meno "neutrale", una posizione mentale che porti a credere improbabile un fenomeno, l'abuso, che invece è molto probabile.

#### ***4. Un dovere clinico e una possibilità per l'area giudiziaria***

Occorre invece che chi esercita professioni d'aiuto recuperi fiducia nella possibilità di coniugare nel proprio lavoro un ruolo più simile a quello abituale e in cui ha sviluppato esperienza, compiendo operazioni che si rivelino da subito dotate di utilità clinica per il piccolo paziente e sviluppando uno schema razionale di procedure tale da consentire la raccolta e l'organizzazione dei dati valutativi utili ai propri fini, con la necessità che tali dati risultino anche sufficientemente illuminanti per chi si occupa dell'abuso come reato e non come patologia.

##### ***4.1 Capire e curare***

Il primo punto consiste nel riorientarsi al compito di capire e curare, intrinseco a ogni professione d'aiuto, compito che, trattandosi di soggetti non in grado di provvedere alla propria tutela, diventa quindi inscindibile dal proteggere. Gli approfondimenti messi in atto avranno il senso di dare al paziente ascolto, considerazione, attenzione e rispetto, qualsiasi sia il grado di frammentarietà o confusione delle sue comunicazioni: intervento che non si può svolgere sbrigativamente. Come accade in qualsiasi altro processo valutativo, nel caso di dubbi sull'ipotesi diagnostica non è certo indicativo di correttezza professionale arrestarsi alle prime impressioni confuse, ma viceversa è doveroso insistere quanto basta per chiarire sufficientemente il quadro.

Qualora si arrivasse in seguito a concludere per l'esistenza di una situazione di trauma sessuale, i dati che raccoglieremo in questa prima fase saranno preziosi ai fini, ad esempio, della stesura di una segnalazione convenientemente precisa all'autorità giudiziaria, oppure per fornire dati di confronto con quanto potrà emergere in successivi interventi d'indagine, a ogni livello. Soprattutto va sottolineata la valenza di accoglimento psicologico insita in tale lavoro, di cui non va sottovalutata la portata spesso rivoluzionaria per persone abituate a vivere pesantissimi problemi nella convinzione che nessuno possa conoscerli senza soccombere all'orrore, né porvi rimedio senza precipitare catastrofi: talvolta questa esperienza di trovare risonanza emotiva, spesso del tutto nuova per le piccole vittime, potrà avere un peso decisivo rispetto all'affacciarsi della speranza di poter trovare aiuto, e quindi rispetto alla possibilità di rivelare.

Fatto questo primo passo ci si potrà quindi trovare nelle condizioni adatte per dare inizio, quasi sempre nel quadro di un intervento protettivo dell'autorità giudiziaria minorile, alle fasi successive di approfondimento diagnostico, quelle indispensabili per completare il quadro appena abbozzato e per condurre alla formulazione di una diagnosi.

Innanzitutto è bene fermarsi a riflettere sui limiti del termine "diagnosi" in queste situazioni: non si intende certo la prova dei "fatti". Ma sappiamo che le esperienze traumatiche, se effettivamente vissute, possono lasciare segni nella personalità della vittima. Come in tutte le diagnosi, nessun elemento ha significato definitivo in sé: è solo l'analisi e la messa in connessione dinamica degli elementi, nonché la loro osservazione in chiave diacronica, che potrà alla fine portare ad emettere un giudizio con "ragionevole certezza", secondo la formula adoperata nelle professioni sanitarie. Naturalmente anche l'esperienza maturata nel tempo su quello specifico tipo di patologia, base del cosiddetto "intuito clinico", avrà un peso nel processo valutativo: esso tuttavia non avrà altra funzione che quella di accelerare il ragionamento diagnostico, che dovrà comunque, soprattutto in un campo così delicato, essere compiutamente corroborato da tutti i passaggi necessari.

#### **4.2 Uno schema per il ragionamento diagnostico**

Da almeno un decennio si è dimostrato all'altezza della complessità di queste situazioni uno schema articolato di ragionamento diagnostico, in più passaggi, che recepisce *in progress* le indicazioni della comunità scientifica. Tale schema prevede più aree da verificare.

La prima è quella del terreno familiare in cui si è sviluppata l'esperienza traumatica. Le *pre-condizioni familiari* identificate sono in tutto quattro (Finkelhor), la loro presenza contemporanea depone per un rilevante rischio che l'abuso possa verificarsi, anche se ovviamente tale esito non è meccanicamente deducibile dall'esistenza di tale costellazione relazionale. La prima pre-condizione fa riferimento all'esistenza, nell'abusante, di un impulso, conseguente a un'area di bisogni insoddisfatti, a erotizzare il rapporto con un partner debole: impulso e bisogno che riconoscono di solito origini antiche, nel fallimento delle relazioni primarie e nella creazione conseguente, in qualche grado, di vissuti di carenza, e poco hanno a che fare con la sessualità matura. La seconda e terza pre-condizioni mettono a fuoco l'insufficienza dei meccanismi di controllo, interno ed esterno (con particolare attenzione agli adulti potenzialmente protettivi) alla persona dell'abusante, come origine del passaggio all'atto e della durata nel tempo dell'abuso. Per quanto riguarda i meccanismi di controllo interno, l'attenzione va rivolta a soggetti con cronico fallimento dei meccanismi di autocontrollo (persone violente, persone che usano abitualmente disinibitori come droghe e alcol), ma anche che si trovano in situazioni di stress momentaneo. Infatti le fragilità presenti possono riattivare bisogni arcaici che innescano la ricerca di relazioni fusionali con partner più deboli che non fanno molte richieste, relazioni che funzionano come 'antidepressivo' e facilitatore della dissociazione. Per quanto riguarda il fallimento dei meccanismi di controllo esterno alla diade vittima-abusante, in questione è soprattutto il potenziale 'protettore per eccellenza', cioè la madre. Questa può essere inefficace per difficoltà croniche, ma anche momentanee, nel caso per esempio di investimento su progetti di vita o relazioni che la rendono distante dal bambino o se sotto l'effetto di riattivazioni traumatiche.

L'ultima pre-condizione riguarda infine lo specifico della costruzione della relazione d'*emprise*<sup>5</sup> dell'abusante sulla vittima, come cronico attacco alle sue naturali difese ed espansione della sua vulnerabilità. La vulnerabilità della vittima può essere più alta nel caso di bambini portatori di handicap, trascurati, bambini a cui nessuno crederebbe, o che attraversano crisi momentanee, come la separazione dei genitori

La seconda area da studiare è il *funzionamento psicologico* della vittima.

Per arrivare a comporne il quadro è necessario distanziarsi dall'ottica descrittiva nosografica, sintomatologica, ma addentrarsi nei modelli operativi e nelle dinamiche difensive che, con il loro complesso e fluido bilancio, stanno alla base delle manifestazioni esteriori. Anzi, particolare attenzione dovrà suscitare la constatazione che in un quadro definibile come ordinario, "normale", compaiono "isole" dissonanti: infatti è caratteristica delle situazioni post-traumatiche la presenza di vistosi segni patologici all'interno di una personalità e di una sequenza evolutiva globalmente compensate.

Se a livello di sintomi e comportamenti esiste l'inconcludenza evidenziata dagli studi più sopra citati, è invece possibile affermare, con il conforto della comunità scientifica, che il funzionamento psicologico post traumatico ha caratteristiche ben riconoscibili, nel bambino e nell'adulto, che pescano in precisi corrispettivi neurofisiologici ormai noti nel dettaglio.

Il primo aspetto di tale funzionamento psicologico attiene al riconoscimento di una possibile *reazione da stress*: essa non va semplicisticamente identificata con la nota sindrome post traumatica da stress (PTSD), che è una categoria nosografica adatta prevalentemente ai traumi acuti nell'adulto, poco rappresentata nel bambino. I segnali più importanti sono:

a) l'assetto difensivo prevalente, che oscilla tra fasi di hyper-arousal (iper-allarme, diffidenza, tensione, supporre pericolo anche in assenza di fattori di realtà), iperadattamento (funzionamento al minimo delle potenzialità, depressione), dissociazione (assenza, sospensione della coscienza, distraibilità, difficoltà di concentrazione, ma anche scarica motoria o scarica comportamentale per ridurre il contatto con se stessi)

b) la deformazione del sistema di soglia – spegnimento – riattivabilità: dopo l'allarme non si riesce a ritornare al livello di base, ma ne segue una sinusoide permanente o sempre più amplificata con picchi di attivazione e spegnimento in sequenze ON/OFF. Un esempio di tale andamento traspare nei giochi post traumatici dei bambini (o comunque nelle loro produzioni fantastiche) segnati da ripetitività compulsiva, mancanza di elaborazione e contenuti primitivi (divoramenti, uccisioni) anche in bambini grandi, fallimento del gioco nel fornire un sollievo dall'ansia, escalation di angoscia.

c) la presenza di una Sindrome post traumatica da stress complessa (come definita da Herman): categoria diagnostica (ricompresa nel prossimo manuale DSM V) che bene riassume la poliedricità delle espressioni sintomatiche e comportamentali derivanti da traumi infantili gravi e cronici.

Tali segnali sono rilevati innanzitutto attraverso la raccolta accurata della anamnesi, per ricostruire la sequenza di manifestazioni comportamentali e sintomatiche che può mettere in luce diverse espressioni dell'unico funzionamento post traumatico. A tal fine verranno considerati non solo dati relativi al momento presente, quasi come in una fotografia, ma tutti quelli che possono esaurientemente delineare il percorso evolutivo del bambino, la connessione di questo con fatti salienti della storia familiare, la completa raccolta dei possibili indicatori di una situazione traumatica ecc.

In secondo luogo ci si potrà avvalere di metodi di rilevazione, come checklist e scale, elaborati nella comunità scientifica per la valutazione di sintomi e comportamenti sia aspecificamente connessi alla esistenza di un funzionamento post traumatico, sia specificamente connessi ai traumi sessuali. Particolarmente interessanti in tal senso sono risultati la Trauma Symptom Checklist for Children (e for Young Children, Briere), per gli indicatori aspecifici e il Child Sexual Behavior

---

<sup>5</sup> Dominanza psicologica.

Inventory (Friedrich) per gli indicatori specifici: il primo test arriva a comporre un profilo su varie aree di funzionamento (ansia, aggressività, depressione, stress post traumatico, dissociazione, sessualizzazione), il secondo fornisce uno zoom specifico sui comportamenti sessualizzati dando la possibilità di distinguere quelli atipici per l'età (Sexual Abuse Specific Items).

E' allo studio la possibilità di affiancare a questi indicatori di natura psicologica anche indicatori di natura fisica, sulla base delle ricerche sulle alterazioni biologiche e ormonali conseguenti all'esistenza di uno stato di funzionamento post traumatico. In particolare (tenendo conto anche della bassa invasività) si profila interessante la rilevazione del cortisolo salivare basale e del battito cardiaco a riposo (Perry).

Il secondo aspetto del funzionamento psicologico da osservare è quello relativo ai *modelli operativi interni (MOI)*. Sulla scorta degli studi sull'attaccamento, è noto che i modi di significare e di socializzare, costruiti fin dalla più tenera infanzia sulla base dell'esperienza relazionale significativa, si costituiscono in sistemi di significati e in modelli di connessioni relazionali, fortemente interdipendenti. Essi sono un punto cardine intorno a cui ruotano individuo e relazioni e che contribuisce in modo consistente e attivo alla prevedibilità del mondo. Non sempre i MOI sono immediatamente inferibili dal comportamento, che spesso è il risultato di scissioni, mascheramenti, "scelte". Va rivalutata a questo proposito l'importanza dei tradizionali metodi proiettivi<sup>6</sup> (test, disegni, gioco), per la conoscenza dei MOI del bambino, specchio, sia pur filtrato, dell'esperienza relazionale; essi sono più penetranti dell'osservazione comportamentale in quanto nel materiale simbolico il soggetto è meno condizionato dalle strategie difensive che invece non può abbandonare nel concreto relazionarsi all'ambiente da cui dipende e che possono rendere il comportamento difficilmente interpretabile.

A seguito delle esperienze traumatiche si costruiscono modelli operativi interiorizzati caratteristici e riconoscibili. Ciò è vero sia sul piano del sistema di significati che determina il comportamento del soggetto traumatizzato, sia sul piano delle condotte relazionali, sia sul piano delle strategie difensive. Tipicamente chi è stato vittima di esperienze traumatiche, specie se croniche, ha interiorizzato una 'filosofia' basata sull'assunto di un "mondo malevolo", opposta quindi alla "fiducia di base" e orientata alla messa in atto di 'profezie che si autodeterminano' nelle relazioni significative, quanto più comportano intimità e dipendenza. Parallelamente, il tentativo di trovare un senso al "mondo malevolo" porta il soggetto a ipotizzare una propria oscura colpa originaria, che se, da un certo punto di vista, dà qualche senso al proprio destino infausto, è fonte di un profondo e corrosivo malessere e di distonia con l'autoimmagine.

A tali modelli operativi corrispondono vissuti tipici nel mondo interno, che traspaiono nel materiale proiettivo, come una sorta di stigmati emotive. Impotenza e tradimento, comuni anche nelle situazioni di maltrattamento e trascuratezza, si collegano alla visione del mondo come malsicuro e malvagio; sessualizzazione traumatica<sup>7</sup> e stigmatizzazione rimandano a un'immagine di sé come bene svalutato e danneggiato, con un accento specifico da trauma sessuale. L'analisi può essere particolarmente confortata quando emergano dal materiale proiettivo anche contenuti molto specifici e trasparentemente collegabili, sia pure senza che venga abbandonato lo schermo dell'immaginario, agli eventi reali come riferiti: ci si trova in tal caso in presenza di una sorta di rimessa in scena post-traumatica dell'abuso (attraverso giochi, disegni, storie inventate e attribuite ad altri protagonisti) marcata da intensa emotività e facilmente riconoscibile per le sue caratteristiche nel complesso della produzione simbolica.

La terza e ultima area da considerare è costituita dalle *dichiarazioni* del bambino riguardo al presunto abuso. Va innanzitutto tenuto conto che la rivelazione non deve essere ritenuta un evento singolo, ma un processo, con fasi in cui il bambino, pur certamente vittima, si può presentare confuso, inaccurato e incerto, passando dall'ammissione al diniego. Esistono in proposito schemi di lettura e interpretazione (Statement Validity Analysis) che continuano a confermarsi come i più

<sup>6</sup> Tali metodi vengono oggi considerati equivalenti della Strange Situation nell'evidenziare lo stile di attaccamento per i bambini troppo grandi per essere sottoposti a quest'ultimo test.

<sup>7</sup> La sessualizzazione traumatica può essere definita come l'associazione tra comportamenti ed elementi erotizzati e contenuti d'angoscia o traumatici; si tratta di conoscenze sessuali, o fraintendimenti di esse, accompagnati dall'idea di essere oggetto di desiderio sessuale per essere infine 'divorati'.

efficaci, che tengono conto non tanto delle caratteristiche di validità usuali per i racconti testimoniali dell'adulto, ma di quelle tipiche della narrazione dei bambini, rese ancor più particolari dal fatto che quanto viene riferito corrisponde a una esperienza traumatica. Il 'cuore' di tale metodo è costituito dal Criteria Based Content Analysis (CBCA), uno schema composto da 19 criteri, che permette di distinguere i racconti basati sull'esperienza dai racconti frutto di fantasia o induzione. La conoscenza accurata di tale schema, consente anche di orientare correttamente il dialogo con il bambino per raccogliere proprio quegli elementi che permettono di distinguere la qualità del racconto, evitando di concentrarsi in modo esasperato sui dettagli caratteristici dell'abuso (che rappresentano soltanto uno dei 19 criteri). Il maggior limite del metodo è costituito dalla elevata possibilità di dare 'falsi negativi' (bambini davvero abusati fanno dichiarazioni insoddisfacenti al CBCA in una percentuale elevata, in una ricerca statunitense nel 32%).

Molta attenzione, nei racconti dei bambini, deve essere dedicata anche alla comprensione dei dettagli insoliti e bizzarri, se non francamente incredibili, che non raramente si mescolano alle dichiarazioni del tutto veritiere, senza inficiarne la validità. Anche su questo punto esiste una griglia dettagliata che ne dà ragione e aiuta a orientarsi nella valutazione (Everson)

Composto il quadro generale, sarà ancora necessario procedere a una sorta di contro-prova, chiedendosi se sia lecito sospettare di trovarsi di fronte a *un'erronea (non intenzionale) o falsa (intenzionale) denuncia*, cioè a un sospetto di abuso sessuale senza fondamento. Benché si tratti di evenienze non frequenti (in letteratura i dati oscillano tra il 3 e l'8%, del tutto confermati anche da una ricerca su dati italiani interni al CISMAI), e benché ci sia accordo rispetto al fatto che fino a 10-11 anni i bambini non possiedono le capacità cognitive ed emotive per costruire una credibile falsa intenzionale denuncia, tale ipotesi merita attenta considerazione. Esistono in letteratura più schematizzazioni convergenti delle situazioni di erronea o falsa denuncia; utilizzando queste guide, sarà possibile ripensare gli elementi raccolti fino a quel momento in direzione valutativa per verificare se, letti altrimenti, possano soddisfare quest'ultima ipotesi. La griglia più sintetica per le erronee denunce prevede casi derivanti da fattori intrinseci al bambino (distorsione psicotica della personalità, enfaticizzazione di vissuti edipici, fraintendimento delle intenzioni del presunto abusante) e derivanti da fattori relativi all'azione distorcente dell'osservatore/datore di cura (fraintendimento del significato di affermazioni e comportamenti del bambino, suggestione, persuasione).

Effettuati tutti i passaggi sopra indicati, le conclusioni diagnostiche poggeranno quindi su una ordinata pluralità di dati e deduzioni, con alta probabilità di essere giunti a un giudizio corretto e ben sostenibile. Ciò, essenziale per determinare un'adeguata condotta sul piano clinico, potrà dare materiale fruibile anche nei procedimenti giudiziari, sia penali per l'accertamento e la repressione del reato, sia civili nell'ambito dei compiti di tutela del Tribunale per i minorenni.

### **5. Il passaggio del bambino da oggetto a soggetto nelle procedure giudiziarie**

Come garantire che la voce della piccola vittima arrivi all'attenzione dei giudici e in secondo luogo che la sua comparsa sulla scena giudiziaria non sia fonte per lei di riattivazione traumatica e di ulteriore trauma, o almeno non troppo gravemente?

In questa prospettiva si può tentare una distinzione dei diritti che il minore può esercitare nei diversi contesti giudiziari. Essi variano a seconda del procedimento ed a seconda della posizione assunta dal minore nel procedimento.

In primo luogo il minore ha diritto di essere ascoltato<sup>8</sup>, sia come testimone, sia come testimone vittima sia, infine, come soggetto comunque interessato al procedimento (si pensi al procedimento

<sup>8</sup> Due Convenzioni internazionali fondamentali hanno chiesto che nelle legislazioni *la comunicazione e l'ascolto siano introdotti come diritti del minore*, ogni volta che egli sia coinvolto in procedimenti giudiziari.

a. La *Convenzione di New York sui diritti del fanciullo* del 20 novembre 1989 ha dato impulso alla comunicazione con il minore affermando un diritto di espressione e di ascolto del bambino sia in famiglia sia - e qui sta la novità - da parte delle istituzioni. La disposizione più esplicita è l'art. 12, che impone perciò già oggi all'operatore titolare di una procedura giudiziaria o amministrativa relativa ad un fanciullo l'obbligo di offrirgli la possibilità di essere ascoltato, lasciando libera l'opzione fra un suo ascolto diretto o indiretto..

b. Le indicazioni della Convenzione di New York sui diritti del fanciullo del 20 novembre 1989 sono state riprese, sviluppate e rafforzate negli artt. 3 e 6 della *Convenzione europea sull'esercizio dei diritti dei fanciulli*, sottoscritta a Strasburgo il 25 gennaio 1996 e ratificata con legge 20 marzo 2003 n. 77.

che decide del suo affidamento). Il minore può poi azionare strumenti di tutela diretti a proteggere la sua partecipazione al procedimento ovvero a proteggere altri suoi diritti soggettivi.

In tutti i casi la *preparazione* del minore all'esperienza giudiziaria diventa strategica ed indispensabile al fine di raggiungere gli obiettivi enunciati.

L'*informazione* è preliminare all'ascolto e requisito imprescindibile affinché l'ascolto stesso non diventi un esercizio formale ma una azione sostanziale che renda il minore effettivo attore all'interno delle procedure giudiziarie. All'informazione si deve affiancare poi una serie di operazioni che rendano l'ascolto, che gli è dovuto secondo le Convenzioni internazionali, il veicolo di una *comunicazione consapevole, controllata, motivata*.

Una comunicazione *consapevole* parte dalla corretta conoscenza da parte del bambino della situazione in cui si trova. Non raramente mancano al minore non soltanto elementi del funzionamento delle istituzioni giudiziarie, con cui dovrà interagire, ma, e ciò è anche più rilevante, degli aspetti fattuali che stanno determinando la sua esistenza. Molte volte il bambino soffre della decisione degli adulti, anche 'a fin di bene', di tenergli nascoste parti importanti della realtà familiare: azioni, conflitti, opinioni, prese di posizione degli adulti importanti per lui e che tanta parte avranno nel suo destino; parti note invece al giudice, con cui dovrà incontrarsi. Come si può pensare a ridurre la disparità di posizione tra giudice e bambino durante l'ascolto se questa si alimenta anche nella diversa conoscenza dei fatti della sua famiglia? A complicare ancor più questa situazione sta il fatto che i bambini spesso sentono, vedono e intuiscono assai più di quanto gli adulti hanno la consapevolezza di trasmettere loro: capita quindi che siano esposti a una massa di informazioni che non possono organizzare perché nessuno pensa di esplicitarle per dare ad esse un significato trasparente e, se possibile, più ordinato. Il 'segreto familiare' o 'sociale' non raggiunge il desiderato 'scopo buono' di proteggere il bambino dall'impatto con fatti profondamente turbativi, ma contribuisce ad aumentarlo a causa dell'inquietudine aggiuntiva dovuta al non vedere chiaro e alla percezione che ci si aspetti da lui una collusione con il segreto.

D'altro canto è intuitivo che elementi fattuali così dolorosi e confusi non possono arrivargli senza una debita mediazione e decantazione da quelle componenti troppo emotivamente cariche che aggiungerebbero ulteriore turbamento. Si impone quindi la promozione della funzione di *mediatori*, capaci e formati, che trovino i termini adatti per 'raccontare al bambino la sua storia' almeno nelle componenti attualmente rilevanti, soprattutto quelle che saranno oggetto dell'ascolto del giudice mirato a raccogliere la sua opinione.

Particolarmente utile è poter predisporre *strumenti* (libri, video) che introducano la problematica che lo affligge, fungendo da guida nell'affrontare quei temi; nel contempo consentono al bambino di sentirsi meno solo, di comprendere che non è il primo o l'unico al mondo a doversi misurare con quel tipo di esperienza e di introdurre la speranza di trovare conforto nel confrontarsi con pensieri e soluzioni maturate da altri prima di lui.

Importante è anche che il bambino senta di *essere in controllo* dei suoi pensieri e delle sue emozioni nel porsi davanti a esperienze per lui turbative. Possiamo con vantaggio mutuare dai programmi internazionali di preparazione dedicati ai piccoli testimoni/vittime nei processi penali una serie di suggerimenti per interventi mirati a ridurre l'ansia e lo sconforto, che fatalmente innescherebbero poi reazioni difensive di evitamento, promuovendo al contrario quel tipo di affronto ('coping') attivo/sociale che è riconosciuto come quello più valido.

Una rilevante funzione nella riduzione dell'ansia deriverà anche dal progresso di consapevolezza che, in virtù della stretta connessione tra processi cognitivi ed emotivi (Siegel, 1999), permetterà anche un processo di elaborazione psichica capace di rendere più gestibili ricordi e pensieri che saranno oggetto del colloquio con il giudice, e quindi affrontabili senza la percezione di esserne emotivamente sopraffatti.

---

Nell'ordinamento giuridico italiano alcune di queste Convenzioni trovano un'applicazione integrale, come nel caso della Convenzione di New York, integralmente recepita con l.n. 176/91, altre sono state recepite soltanto in parte, come la Convenzione di Strasburgo, introdotta nel nostro ordinamento dalla l.n. 77/03.

Un altro fattore di primaria importanza è la *motivazione*. Chiunque, anche il bambino, affronta meglio compiti impegnativi e dolorosi se si attende, nel farlo, dei benefici; ancor meglio se lo sconforto è controbilanciato dalla determinazione a ottenere dei risultati utili per sé e per il proprio destino.

Questo aspetto è al contempo cruciale e delicato: infatti è comprensibile come ad esso sia strettamente connessa la condizione di ‘reciprocità’ tra giudice e bambino, che può beneficamente contrastare in quest’ultimo impotenza e autosvalutazione. Tale ‘reciprocità’ è per così dire l’anima del diritto all’ascolto nelle procedure giudiziarie; ma al tempo stesso sappiamo bene che l’opinione del bambino non può che essere una delle tante componenti che determinerà l’orientamento del giudice, che potrebbe decidere diversamente da quanto lui desidera e ha richiesto.

Anche su questo punto si dimostra di grande utilità la collaborazione tra il giudice e la *persona di fiducia del bambino*. Starà infatti al giudice mantenere sempre l’impegno a riferire al bambino la propria decisione e le motivazioni della stessa, compresa anche l’esplicitazione del peso che in essa hanno avuto le sue opinioni; ma starà all’adulto che affianca il bambino sia l’aiuto a maturare una sorta di ‘strategia processuale’, con l’identificazione di obiettivi da porsi nel momento dell’incontro con il giudice, sia la trasmissione dello spirito della decisione successiva, affinché, conforme o meno ai propri desideri e progetti, il bambino possa percepirla come presa con il preminente scopo del suo “superiore interesse”, come afferma la Convenzione di New York.

Uno sguardo al *panorama internazionale* conferma tale direzione. Negli Stati Uniti la preparazione del bambino per comparire in tribunale comincia dalla prima intervista, se si riesce a trasmettergli che può parlare apertamente ed essere creduto: questa esperienza pone le fondamenta di una confidenza che lo porterà a testimoniare efficacemente. La stessa trasparenza è alla base della scelta di spiegare accuratamente al piccolo, passo per passo, quel che gli avverrà nel processo, utilizzando pubblicazioni adatte a lui; bisogna anche assicurarsi che il suo senso di sicurezza sia sostenuto da un adulto che possa avere sempre accanto a sé, come un’assistente sociale o un avvocato. Il tribunale deve essere conosciuto come luogo prima del processo, dando al bambino delucidazioni sui diversi ruoli delle persone che saranno presenti e sulla sua possibilità di chiedere se non capisce qualcosa anche durante la testimonianza. Sempre nell’ottica di restituirgli un po’ di padronanza della situazione che possa contrastare l’ansietà, è bene che il bambino scelga come vestirsi e chi avere accanto durante la testimonianza, come anche è opportuno fornirgli oggetti che l’aiutino a svolgere il suo compito, come può accadere ad esempio con le bambole anatomiche. Bisogna poi essere pronti a discutere insieme al piccolo la sentenza, spiegandogli che un verdetto di non colpevolezza non significa che non è stato creduto, ma che le informazioni a disposizione dei giudici non sono state reputate sufficienti. Va da ultimo ricordato che non tutti i bambini possono testimoniare.

Analogamente in Canada ai professionisti della salute spetta preparare il bambino all’incrocio con la giustizia, sia con apporti cognitivi sia con aiuti sul piano emotivo per il controllo dello stress connesso a tale incrocio; compiti di questo genere sono ritenuti particolarmente gravosi per le vittime di abuso sessuale intrafamiliare, e un buon sistema di ridurre il disagio psichico deriva dal rinforzo della relazione del bambino con la madre protettiva : In tal senso sono stati sperimentati progetti con un numero contenuto di incontri che vedono il coordinamento di competenze legali, psicologiche e pedagogiche (Child Witness Project, Sas, 1996).

In Australia viene consigliato un aiuto per la maggiore dimestichezza con il tribunale (attraverso visite e spiegazioni su ruoli, linguaggio, domande più comuni), e un aiuto emotivo attraverso gruppi, diretti sia ai bambini sia ai genitori protettivi.

### **6. L’affiancamento durante il momento dell’ascolto in sede giudiziaria**

Il momento dell’ascolto in sede giudiziaria è quello in cui si raccoglie sinteticamente il frutto del lavoro di preparazione sopra descritto.

E’ sentito come il momento saliente sia dal minore che dalle istituzioni giudiziarie: per il minore, poiché è quello in cui più evidente è il suo coinvolgimento nelle procedure giudiziarie e maggiore la

possibilità di un ruolo attivo; per le istituzioni giudiziarie, in quanto a tale momento di confronto viene spesso attribuita una valenza dirimente rispetto al destino dell'intero procedimento (anche in legislazioni, come quella italiana, in cui le prove possono formarsi anche con dati raccolti *de relato* e anche le opinioni del bambino possono essere raccolte indirettamente).

Richiede, per una buona riuscita, competenze e avvertenze particolari sia da parte del minore sia da parte del professionista, legale e di altra professionalità, incaricato di 'ascoltare'. In tale momento ancora le professioni d'aiuto hanno un importante ruolo da svolgere, innanzitutto come interpreti dei *fattori in gioco* durante tale momento e per *assistere l'autorità giudiziaria* con quelle conoscenze che permettano la comprensione del funzionamento psicologico, cognitivo ed emotivo, del minore con cui il giudice dovrà rapportarsi, e quindi proprio di quei bambini che portano i segni delle esperienze sfavorevoli e traumatiche che hanno originato l'intervento giudiziario..

I bambini sono in grado di descrivere spesso molto accuratamente le esperienze che hanno vissuto personalmente e, in molte circostanze, possono resistere alla suggestione da parte di un adulto. La possibilità dell'adulto di ottenere un accurato resoconto degli avvenimenti da parte del bambino dipende in larga misura dalla sua capacità di rendersi conto, e di tenere conto, delle abilità e delle limitazioni dei bambini. Un bambino deve possedere competenze specifiche e ben sviluppate per essere in grado di riferire un evento autobiografico. La prima di queste abilità fondamentali è lo sviluppo dell'*attenzione*: i bambini devono essere in grado di selezionare correttamente e prestare attenzione alle caratteristiche importanti dell'evento in questione. La seconda capacità essenziale perché un bambino sia in grado di riferire una sua esperienza è la possibilità di *comprendere le regole e le convenzioni conversazionali*. La terza abilità fondamentale è la capacità di *controllare la "fonte dei ricordi"*, collegandoli correttamente agli avvenimenti corrispondenti. L'ultima di queste abilità è la possibilità di *distinguere tra verità e bugia*, capacità che si sviluppa intorno ai 4 anni d'età.

Se si tiene conto di questo insieme di potenzialità e limiti, anche i bambini piccoli sono in grado in molti casi di riferire ricordi rilevanti dal punto di vista legale. In particolare, quando non vengono messe in atto tecniche suggestive e quando viene curata la presenza di fattori complementari favorevoli, i bambini dimostrano una buona capacità mnestica ed appaiono in grado di fornire resoconti molto dettagliati. I fattori che contribuiscono significativamente nel migliorare la capacità del bambino di ricordare e raccontare sono la qualità dell'intervistatore, che dovrebbe essere caldo e privo di tesi preconcepite, la non eccessiva distanza temporale tra eventi traumatici e intervista, la correttezza del metodo di quest'ultima, la scelta di un ambiente confortevole.

Viceversa una serie di fattori cognitivi ed emotivi possono creare interferenze negative, rischiando di minare la credibilità del bambino. Tra gli ostacoli della prima natura, è banale, ma quanto importante, ricordare che al bambino manca spesso un vocabolario sufficientemente complesso per esprimere quanto gli è accaduto, specie quando le interazioni sono state di natura sessuale.

Quanto alle difficoltà di natura emotiva, la principale è la *paura delle conseguenze*. Ricordiamo che lo stesso abusante può aver preparato il terreno: può aver detto al bambino che se avesse parlato con qualcuno dell'accaduto avrebbe rischiato ritorsioni fisiche anche gravi su di lui o sui suoi cari (non raramente le minacce di lesioni o di morte hanno come oggetto un familiare significativo del bambino, per esempio la madre). Spesso la minaccia assume la forma di un ricatto affettivo: l'abusante sarebbe stato mandato in prigione, oppure parlando il bambino romperebbe una promessa e rivelerebbe colpevolmente un segreto, oppure ancora verrebbe allontanato da casa. Da una parte, la vittima può temere le minacce fatte dall'abusante ma, allo stesso tempo, può aver paura della fine del suo affetto e delle sue attenzioni, perché può pensare che sia meglio mantenere il legame con lui piuttosto che perderlo e rimanere solo. Rafforzano il sentimento di paura anche la solitudine del bambino che è posto in un contesto estraneo e ansiogeno quale quello giudiziario; la convinzione di non essere creduto, che si rinforza con il moltiplicarsi degli interrogatori e dei colloqui; l'enorme disuguaglianza di 'status' tra sé e l'adulto che lo interroga; la difficoltà di reiterare accuse contro un adulto significativo, dopo le prime rivelazioni.

Un ulteriore elemento che rende difficile per la vittima parlare dell'abuso è la *vergogna*; essa si accompagna al bisogno di censurare il contenuto fattuale dell'evento traumatico nel caso in cui sia chiamato a rievocarlo più volte, con il rischio di giungere a vere e proprie ritrattazioni.

Va dunque tenuto presente che, nel momento dell'ascolto non stiamo rievocando ricordi qualsiasi ma *ricordi traumatici*. E' quindi necessario capire le leggi che regolano la memoria di avvenimenti traumatici nei bambini, per meglio costruire quelle condizioni psicologiche che possano facilitarla e per saperne comprendere i limiti. Tale panorama è inoltre soggetto alla variabile tempo: in altre parole, il ricordo è influenzato dall'entità del disturbo post-traumatico da stress presente in quel determinato momento nella piccola vittima.

Vari studi attestano che i bambini che non mostravano consistenti sintomi da stress post-traumatico al momento delle dichiarazioni fornivano racconti più ampi e ricchi, per quanto riguarda la contestualizzazione, le azioni specifiche, gli stati mentali propri e altrui. Se invece i bambini sono sotto l'effetto dei sintomi post-traumatici, il loro racconto rischia di essere incompleto, meno ricco e convincente di quanto potrebbe in realtà essere.

Fondamentale risulta quindi la scelta del momento migliore per la testimonianza, in riferimento allo stato psicologico del bambino. Trattandosi infatti della richiesta di rievocare eventi traumatici, occorre chiedersi sempre se esistano nelle piccole vittime le condizioni di base di stabilità emotiva e di elaborazione del trauma che possano consentire loro di assolvere tale compito efficacemente, oltre che senza conseguenze ulteriormente dannose per il loro assetto adattativo. Infatti, men che mai al bambino deve avvenire, proprio nella sede, quella giudiziaria, in cui dovrebbe trovare risposta il bisogno di giustizia, che la propria credibilità sia messa in forse proprio a causa del danno ricevuto dall'abuso.

### **7. I metodi di intervista**

Intervistare i bambini, specie se hanno subito un abuso sessuale, non è certamente un compito facile, per i motivi di ordine sia cognitivo sia emotivo sopra illustrati.

Questi problemi hanno portato gli operatori psico-socio-sanitari a cercare di sviluppare *tecniche e protocolli di intervista* che consentissero di rispettare le esigenze del bambino ma, allo stesso tempo, permettessero di raccogliere informazioni rilevanti e attendibili sul piano investigativo e giudiziario.

Gli aspetti di cui si è tenuto più conto finora sono quelli relativi alle competenze cognitive del bambino, elaborando sostanzialmente due strategie di base: eliminare le tecniche che risultavano esplicitamente suggestive e sviluppare nuove e migliori procedure di potenziamento dei ricordi.

Va tuttavia notato che se scrupolosa attenzione è da tutti riservata a come evitare di far dire al piccolo qualcosa in più o di più grave rispetto a quanto effettivamente accaduto, ancora ben poca ricerca si è sviluppata su come sormontare gli ostacoli, personali e relazionali, che impediscono al bambino di raccontare ciò che realmente gli è accaduto e che naturalmente lo spingono a celare, minimizzare, sfumare i ricordi pure presenti. Tali ostacoli, infatti, attengono alla sfera emotiva più che a quella cognitiva. Ci si riferisce, per esempio, a tutti gli aspetti concernenti la costruzione di una motivazione a rivelare, l'elaborazione delle possibili conseguenze positive e negative per lui (e non in primo luogo per l'abusante) di quello stesso atto, la considerazione dettagliata di quale fase il bambino stia attraversando nella rivisitazione di quel groviglio di emozioni e distorsioni di pensiero che accompagna sempre i circoscritti eventi di interesse della giustizia, fase che tanta influenza ha sulla possibilità e volontà di recuperare i ricordi.

E' evidente e risulta da studi controllati, che la preparazione del bambino all'intervista, preparazione che abbia comportato l'elaborazione dei problemi sopra esposti, contribuisce in modo decisivo alla riuscita dell'intervista stessa. Va quindi sottolineato quanto ciò che viene fatto *prima* del momento dell'ascolto abbia un ruolo fondamentale.

Tuttavia è ugualmente utile proporsi il problema di come meglio affrontare *il momento in sé*. Nel corso degli anni, molti autori hanno proposto un proprio protocollo di intervista e alcuni di questi sono stati fonte di particolare interesse.

La procedura che ha suscitato il maggior numero di studi è *l'Intervista Cognitiva*. Questo approccio si basa sulle teorie sulla memoria e sulla cognizione associate al recupero accurato dei ricordi, con artifici adatti a potenziarlo. È importante sottolineare che l'intervista cognitiva è stata strutturata originariamente per condurre un'intervista con persone adulte e, solo in seguito, sono state apportate modifiche per adattarla ai bambini. Alcuni aspetti di questa procedura risultano problematici nel caso del bambino-testimone, soprattutto se in tenera età. Un altro metodo, detto *Intervista Strutturata*, ricalca in tutto gli aspetti dell'intervista cognitiva, ma li propone in modo meno preciso: per questo motivo risulta più facilmente applicabile con i bambini, ma conserva gli stessi punti di debolezza del modello a cui si ispira.

Diffusa, e a ragione, è la preferenza per il modello della *Step Wise Interview*, che si concentra sulla sequenza delle operazioni da svolgere, fondando su questa, più che su tecniche specifiche di potenziamento della memoria, la costruzione di una relazione intervistatore-bambino adatta alla raccolta di un racconto efficace. Il cuore della *Step Wise Interview* è un approccio "ad imbuto" che incomincia con le domande aperte e prosegue con domande più specifiche se si rivela necessario. Lo schema completo proposto da Yuille et al. (1993) comprende nove fasi: la costruzione di un rapporto con il bambino, la richiesta del ricordo di due eventi specifici 'neutrali' (per es., il racconto di una festa di compleanno o di una gita), la spiegazione della necessità di dire la verità, l'introduzione dell'argomento che interessa incoraggiando la narrazione libera, facendo domande generali prima delle domande specifiche ed eventualmente utilizzando strumenti non verbali di supporto all'intervista.

Entriamo di seguito più nel dettaglio, elencando alcuni principi che dovrebbero informare la 'buona prassi' nell'intervistare i bambini a proposito della loro esperienza.

- *Pianificazione dell'intervista.*

Questo aspetto prevede la preparazione e la definizione di alcuni aspetti pratici e organizzativi: la predisposizione dell'ambiente in cui la conversazione si svolgerà, la videoregistrazione, la presenza di una persona di supporto, il numero di colloqui da svolgere, nonché la preparazione dell'intervistatore, sullo specifico del bambino da intervistare, quanto ad informazioni pregresse su di lui e sulla sua esperienza.

- *Il protocollo di intervista.*

Tutti gli autori concordano su alcuni punti fondamentali:

- all'inizio dovrebbero essere spiegati chiaramente al bambino la natura dell'interazione e gli scopi dell'intervista.
- l'iniziale momento di costruzione del rapporto dovrebbe servire a motivare il bambino a fornire informazioni.
- l'intervistatore dovrebbe spiegare chiaramente alcune importanti regole della conversazione, a protezione del bambino, per es. il diritto del bambino a chiedere chiarimenti, a correggere le affermazioni errate dell'adulto.
- l'intervistatore dovrebbe formulare prima domande aperte poi quelle specifiche, evitando riferimenti a dettagli della denuncia precedentemente a lui noti, fino a che il bambino non ne abbia fatto riferimento spontaneamente.
- l'intervistatore dovrebbe cercare di chiarire, riorganizzare e restituire i commenti del bambino nonché approfondire informazioni rilevanti riguardo ad azioni e persone.
- l'intervistatore deve continuare ad utilizzare gli stessi termini del bambino ed evitare di introdurre dettagli che il bambino non ha menzionato
- l'intervistatore dovrebbe evitare di chiudere l'intervista con promesse che non è sicuro di poter mantenere.

Alcuni autori che adottano il modello della *Step Wise Interview* (Haesevoets e Rees, 1998) sottolineano particolarmente la necessità di garantire il profondo rispetto della piccola vittima. L'atmosfera in cui si svolgerà il colloquio sarà determinante: l'intervistatore deve mostrare una buona capacità empatica, un interesse sincero, simpatia e comprensione verso il bambino, assieme a un rispetto dei limiti delle sue capacità narrative. Mentre il bambino procede nel racconto degli

episodi di carattere sessuale di cui è stato protagonista, è importante che l'adulto sia attento alle proprie reazioni, verbali e non verbali, che permetta (con pazienza) al bambino di esprimersi nel suo stile, senza interromperlo o correggerlo, utilizzando un linguaggio semplice. Chi conduce l'intervista può ristrutturare la storia con lui, chiarendo che è necessario per capire meglio, senza far supporre al bambino che si dubita di quello che dice. Nel concludere l'audizione si può parlare con il bambino di come ha vissuto questo momento ed è necessario spiegarli quanto avverrà in seguito: un'audizione complementare, la visita ginecologica, l'indagine medica, psicologica e legale.

#### **8. La possibile divaricazione tra giustizia e cura**

A fronte della lunghezza media dei processi, si pone il problema di dare comunque prima dell'accertamento legale una tutela e un sostegno psicologico al bambino, che può essergli indispensabile. Ciò comporta una divaricazione temporale, a volte prolungata, tra la 'diagnosi' giudiziaria e la 'diagnosi' clinica. Inoltre, anche a conclusione degli accertamenti penali, può sussistere una divaricazione di merito tra le due 'diagnosi'. L'articolazione delle funzioni delle professioni d'aiuto sia in appoggio al Tribunale penale sia in appoggio al Tribunale per i minorenni fornisce binari istituzionali per tale tutela e tale sostegno: ma la ricerca di equilibri possibili non è sempre facile. Una interessante ricerca americana si è concentrata ad esempio sulle possibili connessioni tra le decisioni assunte dal Tribunale penale, in particolare quella di archiviare le denunce di abuso sessuale sui bambini, e gli allontanamenti dalla famiglia a scopo protettivo. Le premesse di tale ricerca già ipotizzavano complesse interazioni tra l'operato penale e il piano della tutela del bambino: gli autori osservano che, per quanto il compito primario della giustizia penale sia di individuare e punire chi commette reato, la decisione di iniziare un procedimento e l'esito dello stesso possono alterare significativamente l'entità del rischio che il bambino corre nel suo naturale contesto, nonché la percezione dello stesso rischio da parte degli operatori che si occupano della sua protezione. Quindi l'andamento del procedimento penale influenzerà la decisione di collocare il minore in situazione protetta. Ciò che determina la decisione non è tanto la volontà o meno degli inquirenti di avviare l'indagine, ma la previsione dei tempi sproporzionatamente lunghi della stessa, l'infrequenza e la provvisorietà di eventuali misure cautelari nei confronti dell'accusato e l'incertezza degli esiti processuali. Quanto alla correlazione inversa tra provvedimenti di allontanamento assunti e successivo andamento delle indagini penali, va notato che certamente il collocamento fuori dal contesto familiare comporta conseguenze tanto importanti quanto difficilmente predicibili: infatti, se è quasi costante un esito di rinforzo nella volontà di denunciare gli abusi subiti nel caso il bambino sia allontanato dall'abusante potendo contare sul supporto di un adulto protettivo, quasi sempre la madre, nel caso sia invece allontanato da tutti i familiari giudicati non supportivi è difficile prevedere se tale decisione aumenterà il suo sentimento di protezione, invogliandolo a continuare nella via della rivelazione dell'esperienza traumatica, oppure lo indurrà a tornare sui suoi passi, ritrattando o congelando il chiarimento dei contorni dell'abuso, a causa della percezione di non avere ottenuto altro che un deserto affettivo e l'assenza di legami volendo sottrarsi ai pericoli trascorsi. Come è ovvio, tali movimenti saranno rilevanti sull'andamento del procedimento penale e sulla possibilità di portare in esso sufficienti elementi probatori, condizionandone l'esito.

Ma anche a prescindere dalla condotta delle istituzioni giudiziarie e della collaborazione con le stesse, esiste un compito proprio e autonomo delle professioni di aiuto. Da più parti viene rilevata la necessità che i professionisti della salute siano pronti a tutelare il benessere del bambino sempre, anche a fronte dell'astensionismo, dei limiti o dei paradossi delle istituzioni giudiziarie, tutte circostanze che, per quanto deprecabili, vanno realisticamente previste. Siamo all'interno di una dialettica ancora molto accesa, che non ha trovato soluzioni univoche e richiede al professionista grande flessibilità e al tempo stesso consapevolezza delle priorità e delle responsabilità nel perseguirle caso per caso. Ciò comporta non raramente un alto grado di esposizione e conflitto.

Un movimento di strisciante stigmatizzazione verso chi opera per il riconoscimento degli abusi rischia di introdurre diffidenza tra istituzioni che dovrebbero collaborare o all'interno della

medesima istituzione tra colleghi. Ne nascono spesso sentimenti che fanno sentire gli operatori accomunati alle vittime stesse e che demotivano rispetto allo sviluppo di competenze sempre più specialistiche, come sarebbe viceversa desiderabile. Si accentua anche la dialettica tra servizi specialistici sul tema e servizi di base, in una spinta alla differenziazione invece che in una spinta alla collaborazione sinergica. Quanto all'integrazione con le istituzioni giudiziarie, nonostante molti promettenti progressi, sanciti da leggi oltre che da prassi operative, il panorama nazionale è tutt'altro che omogeneo e ancora troppo dipendente dal 'fattore umano': anche le situazioni di collaborazione più felice rischiano di declinare se non verrà fatta una continua ricerca di punti fermi condivisibili che fondino una solida coesione d'intenti, scongiurando giorno per giorno l'impulso a ritornare nei propri rigidi assunti di ruolo (come anche la letteratura internazionale evidenzia).

Un ulteriore punto critico riguarda la gestione dei servizi di protezione, diagnosi e cura per i bambini abusati e per le loro famiglie. Il funzionamento degli stessi, esposto a mille difficoltà, richiede deciso e duraturo investimento di mezzi, sia sul piano del sostegno culturale, sia su quello dell'investimento di denaro. Avviene invece con troppa frequenza un'estenuante altalena, ufficialmente dettata da contingenze economiche o dalle ondate dell'opinione pubblica, tra processi di costruzione e decostruzione di risorse, pubbliche o private, specializzate sul tema, capaci di curare, oltre che di diagnosticare e segnalare, e organizzate intorno al lavoro d'équipe, le uniche in grado di affrontare adeguatamente compiti tanto pesanti e delicati.

### **9. Raccomandazioni**

La presenza di professionisti psico-socio-sanitari adeguati nella competenza e forti nella responsabilità verso i minori vittime di abuso, come del resto richiamato dai codici deontologici, è irrinunciabile.

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

- 1) *Informazione*: il primo obiettivo è la creazione di una piattaforma di base di conoscenze condivise sulle caratteristiche dell'abuso, sulle imprescindibili scelte che ne conseguono per l'intervento, su limiti e potenzialità dei ruoli professionali. Sarebbe imprudente dare per scontato che tale patrimonio sia già diffuso e consolidato, e la persistenza di alcune tipiche "false credenze" prova questo stato di fatto. Ne sono un esempio l'opinione che l'abuso sessuale sia un fenomeno infrequente; che riguarda soprattutto l'adolescenza; che l'assenza di patologia psichiatrica documentabile nell'abusante porti a escludere l'abuso; che l'assenza di segni fisici o psicologici eclatanti nel minore porti alla stessa conclusione; che l'osservazione di un buon rapporto presunta vittima/ presunto abusante sia in contraddizione con l'esistenza di un abuso; che le separazioni conflittuali siano fonte in grande maggioranza di false denunce. E si potrebbe continuare per molto.
- 2) *Formazione*: le conoscenze teoriche, pure correttamente acquisite, non sono immediatamente traducibili in efficace operatività se non esiste il supporto di formazione permanente e di supervisione che consenta un continuo controllo di qualità del proprio operato. Il potenziamento delle risorse in tal senso, favorendo anche aggregazioni locali permanenti che fungano da gruppi di riferimento e confronto, appare imprescindibile, tenendo conto che i percorsi formativi in materia tanto delicata e multiforme sono necessariamente non brevi. Occorre anche prestare molta attenzione ai risvolti emotivi connessi all'occuparsi di questa materia: anche in quest'area è necessaria una formazione, al riconoscimento delle proprie dinamiche, dei propri limiti. Nella supervisione permanente, è utile fornire occasioni di elaborazione e supporto emotivo agli operatori che si occupano di abuso, nonché garantire condizioni di lavoro caratterizzate da non eccessivo sovraccarico.
- 3) *Collegamento*: il professionista orientato a compiti di protezione e cura può non raramente trovarsi, nel campo dell'abuso sessuale all'infanzia, stretto in dubbi e contraddizioni non facilmente risolvibili. L'obiettivo di stabilire collegamenti stabili tra operatori nel campo tende a presentificare il fatto che ciò che accade a ciascuno nella sua realtà locale può

replicarsi in altre situazioni e luoghi e confluire in un patrimonio di esperienza ben più vasto e affidabile che quello dei singoli operatori o centri. Ciò può avere un utile effetto stimolante, nonché costituire un'oggettiva facilitazione dell'operatività.

- 4) *Ricerca*: la ricerca è indiscutibilmente necessaria sia per adeguare costantemente le conoscenze sul tema a quelle maturate negli altri Paesi, sia per tradurle in una declinazione adatta alla realtà nazionale; ma anche per assumere un ruolo attivo di produzione e sistematizzazione di sapere in un campo ancora fluido, dando dignità e rigore a spunti preziosi tratti dall'esperienza sul campo.