

MARIALORI ZACCARIA
INTERVISTA ESTER DI RIENZO,
PSICOLOGA, PSICOTERAPEUTA
DEL CENTRO AIUTO
AL BAMBINO MALTRATTATO
E ALLA FAMIGLIA
DEL COMUNE DI ROMA

LA DICHIARAZIONE DI CONSENSO DEI MINORI

Si può fare prevenzione nei confronti dell'abuso sessuale all'infanzia? Si possono curare le ferite di un trauma subito e ripetuto? Nei procedimenti giudiziari che coinvolgono un minore, esistono principi che ne garantiscono la tutela e la cura? Come si riconosce un abuso nel bambino che lo denuncia? E il bambino sta dicendo la verità, è in grado di ricordare, di ricostruire il trauma vissuto, anche dopo molti mesi? Sono queste le domande più frequenti, le più legittime, che si pongono le persone comuni, quando, leggono e sentono di storie di abusi raccontate dai media, nelle quali troppe volte accade che la vittima - il minore abusato - divenga a sua volta imputato, all'interno di una procedura giudiziaria, subendo così ancora un abuso. Sono emblematiche le dispute intorno all'incidente probatorio sulle piccole vittime presunte degli abusi denunciati nella comunità di Rignano Flaminio. Ma esiste anche la preoccupazione dei professionisti, che si trovano a dover affrontare, in ambito giudiziario, il tema

complesso dell'abuso all'infanzia: la protezione fisica e psicologica del minore è una priorità, ma l'ascolto dei più piccoli pone molte difficoltà ed esige rispetto e metodi corretti, competenza e assunzione di responsabilità.

In questo contesto, l'Ordine ha ritenuto opportuno proseguire nel percorso di approfondimento della complessa e sempre più emergente tematica dell'abuso all'infanzia, presentando i contenuti e gli obiettivi della "Dichiarazione di Consenso in tema di abuso sessuale all'infanzia", con l'aiuto di Ester Di Rienzo, un'esperta qualificata per una lettura utile ed efficace di questo indispensabile strumento di lavoro. Ester Di Rienzo è anche referente, insieme a Fanny Marchese del Centro TIAMA di Milano con cui coordina i lavori della Commissione Scientifica, della Commissione Cismai "Percorsi giudiziari", oltre che consulente tecnico del Tribunale Civile, Penale e della Corte d'Appello di Roma.

Cos'è e come nasce la "Dichiarazione di Consenso in tema di abuso sessuale all'infanzia"?

La 'Dichiarazione di consenso in tema di abuso sessuale all'infanzia' è un documento redatto dal Coordinamento Italiano dei Servizi contro il Maltrattamento e l'Abuso all'Infanzia, che si occupa dal 1993 di prevenzione, diagnosi, terapia del maltrattamento ai bambini e che, attraverso le Commissioni Scientifiche, elabora e propone riflessioni e linee guida per gli operatori psico-socio-sanitari.

La Dichiarazione di consenso, frutto del lavoro di una apposita Commissione di Studio, è stata discussa e approvata nel 1998 e modificata nel 2001 dall'Assemblea dei soci Cismai. Ha come destinatari privilegiati gli operatori dell'area psico-socio-sanitaria che si occupano di protezione, diagnosi e cura dell'infanzia maltrattata, a cui offre una sintesi delle prin-

cipali basi di pensiero e intervento da adottare quando ci si occupa di bambini vittime di trauma sessuale.

L'esigenza di realizzare questo documento muove da molte e differenti ragioni: la crescente preoccupazione per la tutela dei bambini, che rappresentano i soggetti più deboli della nostra società; una allarmante crescita del fenomeno, la consapevolezza maturata che l'abuso "taciuto", se riesce ad emergere conferma la necessità di essere preparati a riconoscerlo e se possibile prevenirlo; l'esigenza, sentita da tutti gli operatori interessati, di acquisire conoscenze valide e adeguate da mettere in pratica nell'operatività e specificità di ogni specializzazione; il bisogno di poter disporre di indicazioni certe in una materia, come quella dell'abuso sessuale, che può provocare in chi vi entra in contatto spinte emozionali molto forti, sia nel senso di un coinvolgimento eccessivo che, diversamente,

nel senso di un atteggiamento troppo distaccato, difensivo rispetto all' 'impensabile'.

La Dichiarazione è articolata e puntuale: nelle sue linee-guida quali obiettivi vengono presi in considerazione?

La peculiarità del documento è essenzialmente quella di essere un agile strumento di **consultazione** per orientarsi e trovare risposte riguardo alle problematiche più rilevanti, nella prospettiva di raggiungere come finalità imprescindibile la protezione, la diagnosi e la cura dell'infanzia maltrattata.

A partire dalla definizione e la **valutazione clinica** dell'abuso, considerando poi la migliore tutela e partecipazione del bambino all'iter giudiziario; il **riconoscimento di falsi positivi e falsi negativi**; gli orientamenti per il professionista.

La Dichiarazione si occupa delle procedure giudiziarie che coinvolgono il minore, presunta o accertata vittima, secondo il principio prioritario della **centralità della tutela e cura del bambino**, anche in questo contesto.

Il principio guida che la anima è quindi l'interesse del minore di essere ascoltato, valutato e curato in un'ottica di attenzione, protezione e cura.

La Dichiarazione di consenso dà valore prioritario alla cura, anche per la consapevolezza delle gravi conseguenze psicologiche che l'abuso sessuale può provocare nel minore sia nell'immediato che nel lungo termine.

Nelle linee-guida vi sono le conoscenze di base in tema di abuso all'infanzia, ma anche le proposte più importanti affinché l'intervento del professionista, nelle differenti specializzazioni, rispecchi i criteri di tutela del minore, in presenza di una legislazione, che se bene applicata, prevede tale tutela.

Chi, a diverso titolo, si trova a dover effettuare l'ascolto di un bambino che denuncia di avere subito un abuso, può trovare nelle linee-guida un aiuto valido per non suggestionare il minore, né per trascurare o sottovalutare una rivelazione. **La priorità viene data alla salvaguardia "in ogni momento del percorso valutativo, della protezione fisica e psicologica del minore"**.

Credo che questo sia un aspetto particolarmente delicato, su cui forse è bene

insistere.

È bene insistere sulla sua importanza, perché ci si trova frequentemente ad ascoltare pareri incentrati quasi esclusivamente sulle garanzie dell'imputato, che trascurano a volte le garanzie di tutela del minore, garanzie che invece trovano nella Dichiarazione di consenso centralità e rispetto. Condivido naturalmente la legittimità della difesa dell'imputato, ma ho l'impressione che troppo spesso si levino voci, anche autorevoli, che invocano un garantismo, direi, "a senso unico". Ringrazio perciò l'Ordine per aver avuto la sensibilità di dare spazio a un documento che si occupa così accuratamente della tutela del minore, quando è "parte" - poco consapevole - in un procedimento giudiziario per lui complesso e faticoso, che lo rende nuovamente vittima (possiamo parlare di 'vittimizzazione secondaria'), se la procedura non ne garantisce un ascolto rispettoso e corretto, quando, ad esempio, avviene in condizioni logistiche non adeguate.

Pensi che linee guida espresse nella Dichiarazione possano aiutare gli operatori ad un ascolto che non sia né 'evitante', né 'suggestivo'

La Dichiarazione di consenso offre linee-guida che possono facilitare nel loro intervento gli specialisti del campo, ma sono utili anche a pediatri e insegnanti, che spesso individuano per primi i segnali di allarme e si trovano a dover valutare l'opportunità di una segnalazione.

L'abuso sessuale è un tema complesso e difficile da affrontare e richiede a chi deve occuparsene competen-

ze specifiche. Poter disporre di indicazioni valide in merito all'ascolto di una rivelazione di sospetto abuso può servire a prevenire eventualità come la suggestione negativa o la suggestione positiva.

Come ho già detto prima, meccanismi difensivi da parte degli operatori possono compromettere il momento dell'ascolto del minore, alterandolo.

In senso negativo, si può determinare una "distanza emotiva", con un'assenza di empatia, che si risolve di fatto in un'auto-tutela delle istituzioni, o, anche, la rimozione del problema, poiché la difficoltà ad affrontarlo può produrre vissuti di impotenza, ansia e dolore.

In senso positivo, può configurarsi un coinvolgimento eccessivo nella relazione con il minore, "*sovrapponendo idee, ipotesi e sentimenti dell'adulto alla narrazione del bambino*", come è scritto nella Dichiarazione, con una alterazione della necessaria obiettività nella raccolta dei dati.

Anche nei bambini, che se ne sentono spesso responsabili, l'abuso attiva meccanismi difensivi che possono rendere il loro racconto confuso e frammentato, sia perché il bambino prova vergogna e spesso paura, sia perché il trauma dell'abuso, in particolare quello di tipo due, che è ripetuto e prolungato nel tempo, causa disturbi post traumatici che ne influenzano il ricordo. La tematica del ricordo infantile richiederebbe un ampio spazio di trattazione e non è questa la sede per farlo.

Per restare al nostro tema, vorrei tuttavia ribadire con chiarezza che l'attenzione che il Documento dedica alle caratteristiche della '**rivelazione**'

del minore costituisce in questo senso una guida preziosa, a cui deve riferirsi non solo il perito, ma anche un operatore - sia insegnante, educatore o assistente sociale - che si trovi ad accogliere la rivelazione di un abuso, per non correre il rischio di suggestionare il minore e/o di sottovalutare le sue dichiarazioni.

Secondo la tua esperienza nel campo della valutazione e protezione, quali sono nelle diverse fasi del percorso giudiziario le raccomandazioni più importanti che emergono dalla Dichiarazione di Consenso?

In primo luogo, la Dichiarazione dà una **definizione dell'abuso**, che fornisce al professionista gli strumenti conoscitivi per affrontarne la complessità, rendendolo consapevole della possibile configurazione seduttiva dell'abuso e delle sue conseguenze destabilizzanti, soprattutto in assenza di protezione.

Esplicita, infatti, che è *“il coinvolgimento di un minore ... in attività sessuali anche non caratterizzate da violenza esplicita”*. Inoltre, riprende quanto affermato dalla legge 66/96 nell'art. 609-bis, che recita *“chi con violenza o abuso di autorità costringe taluno a compiere o subire atti sessuali...”*, ed aggiunge *“... si configura come un attacco confusivo e destabilizzante alla personalità del minore...”*, creando effetti peggiori quando l'abuso resta nascosto o non viene elaborato, quando il minore non riceve protezione e permane in uno stato di dipendenza con chi agisce o nega l'abuso.

Nel **rapporto fra tutela e cura**, è del tutto condivisibile l'impostazione della Dichiarazione che considera la tutela della salute psichica del minore una priorità, definendo il concetto di *“protezione come imprescindibile dalla cura”*. Una tale impostazione non solo non pregiudica il regolare corso della Giustizia, ma, a mio avviso, può facilitarlo.

Penso alla 'verità processuale', finalità propria della Magistratura, il cui raggiungimento è sua competenza e prerogativa esclusiva, a cui lo psicologo che ha in cura il bambino, come l'assistente sociale che lo segue, possono contribuire in modo significativo, anche al di fuori dell'iter giudiziario.

Dal momento della rivelazione di un abuso, l'attivazione di *“congrui interventi di protezione e sostegno”* nei confronti del minore, non solo garantisce l'obbligatorietà della tutela nei suoi confronti, ma serve anche ad evitare che il minore sia sottoposto a pressioni psicologiche che potrebbero alterarne la testimonianza e a dare al bambino uno spazio di ascolto di cui ha bisogno.

Sono convinta infatti che un bambino protetto ed ascoltato tempestivamente da operatori attenti e competenti, già nella prima fase della sua rivelazione, offra maggiori garanzie di fornire al giudice una testimonianza chiara e serena.

Nello stesso tempo, gli aspetti giudiziari, se ben condotti, possono favorire la cura. La Dichiarazione di consenso precisa anche le caratteristiche di una corretta partecipazione all'iter giudiziario: una chiara informazione al minore, adeguata all'età, sul per-

corso che lo riguarda ed il suo significato; una preparazione fondata sul sostegno sia cognitivo che affettivo per affrontarlo consapevolmente. Propone inoltre che si tenga conto delle esigenze del bambino, anche rispetto alla scelta del momento più opportuno in cui ascoltarne la testimonianza.

Rispetto alla **valutazione clinica**, sono utili sia per la salute psichica del bambino, che per il rigore delle eventuali valutazioni richieste dal giudice, le indicazioni di integrare gli aspetti valutativi con quelli di sostegno psicologico al bambino e agli adulti che se ne prendono cura.

Per conoscere il mondo interno del bambino e delinearne un quadro psicologico, le linee guida evidenziano la necessità di estendere l'osservazione delle aree da analizzare, non limitandosi alla semplice rilevazione degli indicatori fisici e psicologici riportati in letteratura, ma raccogliendo e analizzando anche tutti quegli elementi che permettono di falsificare l'ipotesi di abuso, raccomandando l'acquisizione di informazioni da altre fonti, la ricostruzione della storia personale del bambino e della sua famiglia e l'uso di test proiettivi, disegni, giochi oltre alla comunicazione verbale.

Ritengo che dall'analisi e dal confronto di questi elementi, riassumibili nella psicodiagnosi del bambino, si possa evidenziare o meno la presenza di eventuali vissuti tipici delle vittime di abuso, definiti da Browne nel 1985 e da FinKelhor nel 1990 e del disturbo di PTDS (Post Traumatico Da Stress). Inoltre una rigorosa analisi della validità delle dichiarazioni eseguita utilizzando strumenti rico-

nosciuti dalla letteratura internazionale, come la S.V.A. di Steller, Koehnen del 1989, permette di rispondere al quesito del giudice sull'attendibilità delle dichiarazioni rese dal minore in fase di testimonianza, o per lo meno è un valido aiuto.

Perciò gli spunti delle linee guida sono preziosi nel caso di una valutazione puramente clinica come per una valutazione peritale accurata e prudente che prevenga sia i falsi positivi sia i falsi negativi

Poiché questo è un argomento su cui vi è una informazione distorta, che attribuisce allo psicologo responsabilità e compiti che non lo riguardano, ribadisco **che non si tratta in nessun caso dell'accertamento dei fatti da parte dello psicologo**, ma di un'analisi compiuta attraverso strumenti psicologici condivisi dalla letteratura scientifica, che permette di delineare il profilo di personalità del bambino e l'eventuale presenza di indicatori traumatici, che sono stati definiti grazie a studi e ricerche a livello internazionale. La Dichiarazione di consenso si è richiamata a questi per

segnalarli all'attenzione del professionista.

In questo senso, nelle linee guida vi è un preciso richiamo alla formazione. Si raccomanda ai professionisti una formazione permanente e specialistica come premessa necessaria per fare diagnosi sull'abuso.

Ricordo infine, a tale proposito, che il testo di Malacrea e Lorenzini, 'Bambini Abusati' (2002), è un manuale, che sulla base di un'ampia e accurata ricerca e analisi della letteratura scientifica internazionale sull'argomento suffraga ciò che la Dichiarazione afferma. ■

CISMAI

Coordinamento dei servizi contro il maltrattamento e l'abuso all'infanzia

La Dichiarazione di Consenso in tema di abuso sessuale all'infanzia (2001)

Nell'Assemblea nazionale del CISMAI tenutasi a Cosenza il 28 settembre 2001 sono state discusse e approvate le modifiche al documento, già ratificato nel marzo 1998, proposte dalla Commissione di Studio che, nel frattempo, ha continuato a raccogliere sullo stesso pareri e riflessioni. Il testo così articolato meglio assolve al compito di fornire linee guida comuni per gli interventi degli operatori psico-socio-sanitari in relazione ai casi incontrati di abuso sessuale ai minori.

1. Definizioni e caratteristiche

1.1. Che cos'è l'abuso sessuale?

a) è il coinvolgimento di un minore, da parte di un partner preminente, in attività sessuali anche non caratterizzate da violenza esplicita;

- b) è un fenomeno diffuso;
- c) esso si configura sempre e comunque come un attacco confusivo e destabilizzante alla personalità del minore e al suo percorso evolutivo;
- d) l'intensità e la qualità degli esiti dannosi derivano dal bilancio tra le caratteristiche dell'evento (precocità, frequenza, durata, gravità degli atti sessuali, relazione con l'abusante) e i fattori di protezione (risorse individuali della vittima, del suo ambiente familiare, interventi attivi nell'ambito psico-sociale, sanitario, giudiziario).

1.2. Conseguentemente, il danno è tanto maggiore quanto più:

- a) il fenomeno resta nascosto, o non viene riconosciuto;
- b) non viene attivata protezione nel contesto primario e nel contesto sociale;
- c) l'esperienza resta non verbalizzata e non elaborata;
- d) viene mantenuta la relazione di dipendenza della vittima con chi nega l'abuso.

2. Valutazione clinica

2.1 Per progettare adeguati e tempestivi interventi riparativi, è necessario sviluppare sistemi validi e affidabili per riconoscere il fenomeno

2.1.1 Va considerato che:

- a) il presunto perpetratore quasi sempre nega;
- b) spesso mancano evidenze fattuali e testimonianze esterne;
- c) spesso la valutazione è centrata in modo principale o esclusivo sul bambino.

2.1.2 Conseguentemente:

- a) in ogni caso la valutazione va effettuata in modo esteso e complesso, analizzando almeno tre aree: indicatori e segni fisici, indicatori e segni psicologici, racconti e affermazioni della presunta vittima;
- b) opportuno salvaguardare, in ogni momento del percorso valutativo, la protezione fisica e psicologica del minore garantendo, se necessario, percorsi paralleli di intervento per lui e per i suoi familiari;
- c) la valutazione dovrà essere effettuata con modalità che ne riducano al minimo il possibile costo psicologico.

2.2 Indicatori e segni fisici

2.2.1 Va considerato che:

- a) l'ipotesi di abuso sessuale va sempre presa in esame in presenza di lesioni, pur di carattere aspecifico, dell'area anogenitale, e di altri segni rilevabili con esame obiettivo compatibili con l'ipotesi di abuso;
- b) i segni specifici (gravidanza, presenza di spermatozoi, malattie sessualmente trasmesse) sono rarissimi;
- c) l'assenza di lesioni non può mai portare il medico a escludere l'ipotesi di abuso, in quanto numerosi atti di abuso non lasciano segni fisici.

2.2.2 Conseguentemente:

- a) la visita medica va effettuata esclusivamente da medici specificamente competenti;
- b) le lesioni vanno valutate correttamente e completamente onde evitare la ripetizione delle indagini.

2.3 Indicatori e segni Psicologici:

2.3.1 Va considerato che:

- a) l'ipotesi di abuso sessuale va tenuta presente di fronte a una vasta gamma di sintomi cognitivi, emotivi e comportamentali anche se aspecifici e anche in assenza di rivelazioni;
- b) le conoscenze sessuali improprie e i comportamenti sessualizzati sono riconosciuti come indicatori con maggior grado di specificità, ed esigono approfondimento.

2.3.2 Conseguentemente è opportuno:

- a) approfondire la conoscenza del mondo interno del bambino per dare significato alle espressioni sintomatiche
- b) approfondire la conoscenza del contesto relazionale, per completare la comprensione del quadro individuale situandolo sia rispetto alla storia familiare del minore sia rispetto ai più ampi parametri di riferimento socio-culturali in cui il minore è inserito;
- c) adottare la procedura di ampliare il più possibile la raccolta anamnestica, attivando tutte le risorse utili in tal senso.

2.4 Rivelazioni del minore

2.4.1 Va considerato che:

- a) la rivelazione è la conseguenza della presa di contatto con la propria esperienza traumatica;
- b) per quanto si tratti di un passaggio positivo, esso comporta il rischio di una temporanea riaccutizzazione della sofferenza: l'entità di tale ri-

schio dipende dal grado di riconoscimento, nell'ambito delle relazioni familiari o comunque protettive, dei bisogni psicologici e fisici del bambino;

- c) quanto più il bambino è stato danneggiato dall'abuso, tanto più può essere compromessa la sua capacità di ricordare e raccontare;
- d) la rivelazione è un processo e passa per fasi che possono non risultare lineari e logiche.

2.4.2 Conseguentemente:

- a) la rivelazione va sempre raccolta e approfondita, anche se si presenta frammentaria, confusa, bizzarra;
- b) essa va accompagnata, mettendo in atto congrui interventi di protezione e sostegno;
- c) essendo l'abuso sessuale un fenomeno fortemente improntato dall'ingiunzione (esplicita o allusiva) del segreto e del silenzio, e dall'attivazione di sentimenti che inibiscono la narrazione (quali colpa, vergogna, tradimento...), la raccolta delle rivelazioni dovrà accompagnarsi a una grande attenzione nell'evitare elementi di "suggestione negativa" (squalifiche, ripetizione di domande, confronto con dubbi e perplessità dell'adulto, ricatto morale).
- d) sarà necessario porre grande cura anche nell'evitare elementi di "suggestione positiva" nel dialogo, sovrapponendo idee, ipotesi e sentimenti dell'adulto alla narrazione del bambino, anticipando situazioni o particolari che possano condizionare il minore e alterare l'acquisizione dei dati.

3. Il minore nel percorso giudiziario.

3.1 Per quanto riguarda l'eventuale ruolo del minore durante l'iter giudiziario, è utile considerare che:

- a) il minore somma interiormente tutte le occasioni in cui ha reso dichiarazioni circa l'esperienza traumatica è stato sottoposto a procedure di va-

lidazione medica e/o psicologica, ravvisando nella richiesta di ripetizione delle prime e/o delle seconde un basso indice del credito ottenuto;

- b) la sua capacità di rendere testimonianza dipende dal grado di elaborazione del trauma.

3.2 Conseguentemente:

- a) è opportuno non moltiplicare tali procedure;
- b) è imprescindibile garantire al minore effettive condizioni di protezione nei momenti in cui viene richiesto di rendere dichiarazioni circa l'abuso o è sottoposto ad indagini mediche e/o psicologiche;
- c) è auspicabile che tali richieste vengano subordinate, nella scelta di tempi e modi, al rispetto del grado di elaborazione del trauma raggiunto dal minore;
- d) è necessario tenere conto, nella valutazione della validità delle dichiarazioni, della loro contestualizzazione (tempi, modi, luoghi, interlocutori, aspetti emotivi).

4. Falsi positivi e falsi negativi

4.1 Non si hanno dati certi sulla quantità di falsi positivi. È utile considerare che:

- a) le difficoltà valutative in campo clinico e giudiziario e l'esistenza frequente di ritrattazioni si sommano e ampliano probabilmente l'area dei sospetti non comprovabili;
- b) ritenere vero un sospetto infondato espone il bambino, i suoi familiari e chi è falsamente accusato a gravi conseguenze dannose; d'altra parte anche l'errore opposto provoca conseguenze altrettanto dannose;
- c) la ritrattazione da parte di chi ha rivelato l'abuso non è di per sé indice certo né probabile di dichiarazioni non veritiere;
- d) è stato individuato un numero limitato di dinamiche personali e relazionali che possono dare

origine a falsi positivi;

- e) le separazioni coniugali altamente conflittuali sono indicate come una condizione di particolare rischio per l'insorgenza di dichiarazioni non veritiere, ma possono essere anche occasioni che favoriscono rivelazioni autentiche.

4.2 Conseguentemente:

- a) i professionisti dovranno adottare rigorose procedure diagnostiche, per evitare che i bambini vadano incontro a un'esperienza doppiamente traumatica (essere abusati e non trovare protezione) oppure a strumentalizzazione fortemente pregiudizievole;
- b) il rischio di trovarsi di fronte a falsi positivi deve essere sempre preso in considerazione da chi si occupa di questa materia;
- c) di fronte a tale rischio sarà necessario evitare un generico atteggiamento di dubbio, ma vagliare precise alternative diagnostiche
- d) è auspicabile un confronto puntuale e permanente tra esperti circa caratteristiche e frequenza di falsi positivi;

5. Orientamenti del professionista

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

- a) è auspicabile che tutti i professionisti di area medica e psicosociale che operano nel campo della cura e della tutela del minore, come pure quelli che svolgono funzione di consulenti giudiziari, abbiano acquisito competenze culturali e tecniche specifiche nel campo dell'età evolutiva, delle dinamiche individuali e familiari e delle peculiarità dell'abuso sessuale;
- b) per tutte le professioni sanitarie o equiparate, l'obiettivo della protezione e della cura del minore, o comunque della salvaguardia delle esi-

genze cliniche dello stesso, è prioritario rispetto a qualsiasi altro obiettivo richiesto dalle circostanze, in accordo con le norme deontologiche;

- c) va tuttavia tenuto conto del frequente incrocio tra esigenze cliniche ed esigenze giudiziarie

5.2 Conseguentemente:

- a) anche se l'intervento sul minore nasce in un quadro giudiziario, esso dovrà rispettare i criteri comunemente riconosciuti in ambito clinico;
- b) in particolare, poiché la cura è il naturale sbocco della diagnosi, non può esistere controindicazione intrinseca a che lo stesso professionista svolga ambedue gli interventi, in qualsiasi quadro istituzionale siano stati richiesti;
- c) è altresì necessario che il professionista, oltre a osservare con rigorosa consapevolezza le disposizioni giuridiche e deontologiche, si renda disponibile a portare il proprio contributo in ambito giudiziario, così come è opportuno che apprenda regole e linguaggio di tale ambito;
- d) il professionista che opera con obiettivi clinici sceglierà responsabilmente gli strumenti e la documentazione del proprio operato che ritiene più opportuni, dando ovviamente conto dei criteri che utilizza a tal fine;
- e) quando l'obiettivo è di natura giudiziaria, strumenti e documentazione verranno concordati con l'autorità competente, purché non in contrasto con le esigenze cliniche del minore;
- f) va presa in considerazione l'eventualità che, in casi particolarmente complessi sul piano della prova giudiziaria, sia opportuno ricorrere a una pluralità di professionisti che si dividano gli interventi di tipo probatorio e di tipo clinico. È in ogni caso necessario che l'integrazione tra i professionisti renda minimo il disagio che tale organizzazione degli interventi può arrecare al minore. ■