

DICHIARAZIONE DI CONSENSO
IN TEMA DI ABUSO SESSUALE ALL'INFANZIA
OTTOBRE 2014

GUIDA ALLA LETTURA

Relazione presentata al Congresso Soci CISMAI tenuto a Rimini dal 24 al 26 ottobre 2014

Una nuova versione della Dichiarazione di consenso in tema di abuso sessuale all'infanzia viene proposta a quasi 15 anni dalla precedente.

Rassicura constatare che il Documento continua a mantenere una sostanziale validità. Ciò è in linea certamente con il fatto che la gran parte del sapere e del dibattito intorno all'abuso sessuale si sviluppano negli Stati Uniti tra la fine degli anni '70 e il 2000, e che anche l'attenzione al tema in Europa segue a distanza di non molti anni. Il flusso delle conoscenze sul tema è continuato anche successivamente, lasciandone pressoché invariato il *corpus* centrale e dedicandosi a replicare applicazioni confermate dello stesso o sviluppando aspetti particolari. Ciò determina l'orientamento a mantenere il documento sostanzialmente invariato nella sua impostazione e nelle sue affermazioni, introducendo in esso soltanto alcune modifiche.

Tuttavia riteniamo che tali modifiche siano un importante valore aggiunto. Proviamo a identificarle.

Un primo tipo di modifiche riguarda la struttura del documento.

La più sostanziale è l'introduzione di un 9° paragrafo, che complessifica ulteriormente la parte dedicata alla valutazione, distinguendo tra valutazione in ambito clinico, il cui obiettivo è orientare il trattamento successivo della vittima, e valutazione in ambito forense, il cui obiettivo è fornire elementi di giudizio agli attori delle istituzioni giudiziarie. Per quanto le competenze dei professionisti nell'una e nell'altra funzione siano sovrapponibili, e debbano tener conto anche delle esigenze dell'altra area, vale la pena distinguere i ruoli e mantenersi ad essi coerenti.

Struttura generale

- 9 paragrafi (in precedenza 8)
- Aggiunta di Valutazione forense, per distinguere gli obiettivi dalla Valutazione clinica e ‘liberarla’ da utilizzi equivoci

- Distinzione più precisa tra quanto deve stare nelle affermazioni di base e quanto nei suggerimenti ai professionisti
- Questi suggerimenti sono stati inseriti come **RACCOMANDAZIONI**, adottando lo stile – opportuno – della American Academy of Child and Adolescent Psychiatry

La recente pubblicazione del DSM5, che tanta importanza dà alle esperienze traumatiche nella eziopatogenesi di molte psicopatologie e dedica un apposito capitolo ai Disturbi Correlati a Eventi Traumatici e Stressanti, introduce molte interessanti considerazioni sulla dinamica attraverso cui eventi traumatici possono produrre disturbi. E' sembrato opportuno valorizzare al massimo tali osservazioni laddove significative richiamandole nel Documento con la terminologia utilizzata dal DSM per ridurre al minimo il rischio di autoreferenzialità. Di seguito una scelta di tali affermazioni.

Allineamento alle definizioni internazionali

1.1.a: abuso sessuale è il coinvolgimento, intenzionale e interpersonale, di un minore in esperienze sessuali forzate o comunque inappropriate dal punto di vista dello stadio di sviluppo

1.1.b: tali esperienze possono non comportare violenza esplicita o lesioni; possono avvenire senza contatto fisico e/o essere vissute come osservatori

1.1.d: si configura sempre e comunque come un attacco confusivo e destabilizzante alla personalità del minore e al suo percorso evolutivo e può produrre DSPT (Disturbo da Stress Post Traumatico), acuto e/o cronico, anche con espressione ritardata e persistente in età adulta

1.1.e: l'intensità e la qualità degli esiti dannosi derivano dal bilancio tra i fattori di rischio (condizioni personali e ambientali precedenti l'evento; caratteristiche dell'evento come frequenza, precocità, durata, gravità degli atti sessuali, relazione con l'abusante; coping inefficace, riattivazioni traumatiche successivi all'evento)

1.2.c: va attivata la protezione nel contesto primario, nel contesto sociale, nel contesto istituzionale (secondo il modello ecologico dell'intervento raccomandato dall'OMS)

Nella sua stesura del 2001 inevitabilmente la Dichiarazione risentiva del clima di quegli anni, in cui era vivace l'interesse all'emergere di situazioni di abuso in atto, che necessitavano di protezione e giustizia con forte e conflittuale impegno delle istituzioni giudiziarie. Quindi l'attenzione nel

documento alla valutazione e agli elementi di ‘prova’ dell’abuso, alla polarizzazione degli interessi dell’accusa e della difesa degli imputati, al rischio di vittimizzazione secondaria del minore nell’arena giudiziaria erano logicamente primarie: del resto in linea con quanto presente e maggioritario nella letteratura internazionale sul tema.

Successivamente sono continuati adeguamenti legislativi in protezione della vittima (dalla ratifica nel 2003 della Convenzione Europea di Strasburgo sull’esercizio dei diritti dei minori, fino alla recente Convenzione di Lanzarote del 2012), allargando il fronte di chi sostiene il diritto alla protezione e alla giustizia delle vittime. Per quanto nel campo la battaglia non sia affatto spenta e molto ci sia ancora da fare, tutto un altro fronte è apparso progressivamente bisognoso di attenzione da parte delle professioni di aiuto. Non solo anche nella migliore delle ipotesi, la riparazione in campo giudiziario non è sufficiente a sanare le ferite provocate dalla esperienza traumatica, ma soprattutto è risultato evidente che anche in Italia (e facciamo riferimento alla ricerca retrospettiva sulla prevalenza nella popolazione italiana delle esperienze di abuso sessuale e maltrattamento pubblicata nel 2006 come *Vite in bilico*, a cura di Bianchi e Moretti, nonché ad analoghe ricerche ISTAT) le dimensioni del sommerso superano infinitamente le dimensioni di quanto viene scoperto mentre in atto: sommerso che continua spesso ad affiorare attraverso patologie bisognose di cura a grande distanza dagli eventi originari. Anche in questo caso tenendosi allineati alla letteratura internazionale, è sembrato opportuno inserire nel documento maggiori richiami ai compiti terapeutici.

Maggiore attenzione ai compiti terapeutici

- 1.2.d: va perseguita attivamente e tempestivamente la riduzione del danno, favorendo l’attribuzione di corretto significato all’esperienza ed elaborandola a livello cognitivo, emotivo, sensoriale
- 2.2.c: va prevista l’eventualità di intensi movimenti difensivi nel minore, che possono richiedere non raramente un percorso a più fasi di approfondimento
- 3.2.e: la visita medica deve tener conto dell’esigenza di informare/rassicurare il/la bambino/a sul suo stato di salute fisica
- 6.2.e: anche nella valutazione forense le esigenze di cura del minore vanno attentamente considerate e rese oggetto di richieste e raccomandazioni agli interlocutori giudiziari
- 8.2.a: vanno precocemente attivati percorsi di “accompagnamento giudiziario” per il minore e per le figure adulte di riferimento, così come disposto dalla normativa vigente
- 9.1.a: confermando quanto già sopra richiamato in relazione alla fase di valutazione sia clinica sia forense e alla fase di ascolto giudiziario, resta prioritario dovere delle professioni di aiuto la formulazione di un piano terapeutico efficace
- 9.2.b: è necessario il costante aggiornamento sugli interventi terapeutici specificamente mirati alla risoluzione della patologia post traumatica riconosciuti dalla comunità scientifica

Da ultimo, mancavano nel documento del 2001 richiami alla necessità della prevenzione, che è parso opportuno integrare. Analogamente mancava una apertura doverosa dello sguardo a tutta un’altra area sintomatica, quella degli scarichi somatici come indicatori di patologia post traumatica, apertura che porterebbe una vera rivoluzione nella integrazione tra campo medico e campo psicologico.

Integrazioni

1.2.a : va perseguita attivamente la prevenzione, attraverso attività di monitoraggio di situazioni rischio ambientali (violenza domestica, incuria, carenza di supporto sociale, relazioni prevaricanti tra pari) e interventi di informazione diffusa e mirata ai minori, in particolare quando soggetti a rischio

4.1.a: all'abuso sessuale può conseguire una vasta gamma di sintomi somatici aspecifici