

Alma mater Studiorum – Università di Bologna

**DOTTORATO DI RICERCA IN
SCIENZE MEDICHE GENERALI E
SCIENZE DEI SERVIZI**

Ciclo XXIV

Settore Concorsuale di afferenza: 06 M2

Settore scientifico disciplinare: Medicina Legale

**CHILD ABUSE: IL RUOLO DEL MEDICO LEGALE
NELL'ASSISTENZA, NELLA PREVENZIONE E
NELLA PREPARAZIONE DI LINEE GUIDA**

Presentata da: Dott.ssa Maria Stella D'andrea

Coordinatore Dottorato

Prof.ssa Maria Pia Fantini

Relatore

Prof.ssa Susi Pelotti

Esame finale anno 2012

INDICE

INTRODUZIONE

6

CAPITOLO 1 L'ABUSO SUL MINORE: ASPETTI CLINICI

1.1	Cenni storici	9
1.2	Definizione di abuso sui minori	13
1.2.1	Maltrattamento fisico	17
1.2.1.1	Shaken baby Sindrome	19
1.3	Maltrattamento psicologico	23
1.4	Patologia delle cure	25
1.4.1	Incuria	25
1.4.2	Discuria	27
1.4.3	Ipercure	28
1.4.3.1	Medical Shopping	28
1.4.3.2	Chemical Abuse	29
1.4.3.3	Sindrome da indennizzo per procura	30
1.4.3.4	Sindrome di Munchausen per Procura	30
1.4.3.5	Help Seeker	33
1.5	Abuso sessuale	33
1.5.1	Le diverse tipologie di Abuso sessuale	41
1.5.2	Gli indicatori di Abuso sessuale	44
1.5.2.1	Indicatori fisici	45
1.5.2.2	Indicatori cognitivi	48
1.5.2.3	Indicatori emotivi e comportamentali	49

1.5.3	Conseguenze dell'abuso	50
-------	------------------------	----

CAPITOLO 2 ASPETTI GIURIDICI E INTERVENTI A

PROTEZIONE DEL MINORE VITTIMA DI REATO

2.1	Diritto Internazionale	56
2.2	Legislazione italiana	57
2.2.1	Codice penale, nuovo codice di procedura penale e tutela dei minori	64
2.2.3	La normativa prima della legge n. 66/96	68
2.2.4	La legge n. 66/96: “Norme contro la violenza sessuale”	70
2.2.4.1	La legge 269/98: “Norme contro lo sfruttamento della prostituzione, della pornografia, del turismo sessuale in danno dei minori, quali nuove forme di riduzione in schiavitù”	74
2.2.5	La violenza sessuale e gli atti sessuali con minorenni	76
2.2.6	Obbligatorietà della segnalazione nelle situazioni di pregiudizio a carico dei minori	82
2.2.6.1	Gli obblighi di denuncia da parte dei soggetti che rivestono funzioni o incarichi di natura pubblica	83
2.2.7	Il consenso informato dei genitori	86
2.2.8	Le disposizioni procedurali a tutela del minore	88
2.3	Provvedimenti urgenti a carico del minore: l'articolo 403 c.c.	90

CAPITOLO 3 FASE SPERIMENTALE: GRUPPO DI LAVORO ITALIANO PER L'ABUSO E IL MALTRATTAMENTO

DELL'INFANZIA	94
3.1 Il gruppo di lavoro	94
3.1.1 I componenti del gruppo di lavoro	95
3.2 Il metodo adottato per la stesura della guida	96
3.3 I risultati	97
3.3.1 Le definizioni	98
3.3.2 La rilevazione, la diagnosi, la presa in carico e il trattamento dell'abuso sessuale	98
3.3.3 Come effettuare l'accoglienza	101
3.3.4 Raccomandazioni generali	102
DISCUSSIONE	167
CONCLUSIONI	175
BIBLIOGRAFIA	179
RINGRAZIAMENTI	193

A mio fratello Pietro.

Presenza luminosa

nella mia vita.

Sempre.

INTRODUZIONE

Affrontare oggi una riflessione riguardante l'abuso sui minori, vuol dire porre attenzione ad un fenomeno che, presente da sempre, sta assumendo, in questi ultimi anni, aspetti sempre più allarmanti.

Non sono cambiate le forme di violenza contro i minori (familiare od extrafamiliare che essa sia) né, tantomeno, se ne è intensificata la frequenza: ciò che oggi concretamente è cambiato, è la maggior puntualità con cui, quasi ogni giorno, i mass media ci informano, con dovizia di particolari e di immagini, di una realtà così raccapricciante.

Valutare il fenomeno dell'abuso ai minori, le dinamiche che vi sottendono, le modalità con cui si realizza vuol dire conoscerne i protagonisti e soprattutto studiarne la personalità siano essi le vittime, gli spettatori o i carnefici. Tutto ciò comunque acquisisce valore solo ed esclusivamente se inserito in un più ampio studio dell'ambiente sociale all'interno del quale sono scomparsi il senso del limite, la percezione del dolore fisico e morale, la percezione della morte e della sofferenza, dove sembra essersi smarrito il rispetto e la solidarietà verso tutte quelle categorie di persone oggi viste come "deboli": i vecchi, i bambini, i diversi, gli extracomunitari.

Occorre interrogarsi sulle dinamiche sociali e sul perché principi di riferimento, ritenuti fondamentali, siano oggi sempre più offuscati.

Sempre più spesso siamo di fronte a casi in cui la "normalità" è compatibile con comportamenti estremi ed efferati: proprio questo, è il segnale che non possiamo più cercare la causa di questi comportamenti in una patologia psichiatrica del singolo, nella sua follia, ma che la violenza di questi stessi comportamenti diventa

inesorabilmente il sintomo di una grave patologia da ricercare nei gruppi sociali, nella famiglia, nelle istituzioni.

Diventa quindi fondamentale che il mondo scientifico, accanto a ricerche dirette a studiare ed approfondire le caratteristiche psicopatologiche degli adulti abusanti, (disturbi emotivi, impulsi aggressivi, basso livello di autostima, precedenti esperienze di abuso, etilismo, abuso di sostanze psicoattive), si impegni a realizzare nuovi studi secondo un approccio di tipo sociologico correlando le caratteristiche psicologiche degli adulti maltrattanti a fattori più propriamente sociali (disoccupazione, isolamento, classe sociale svantaggiata, basso livello di cultura, emarginazione razziale o religiosa).

Con questo mio lavoro di tesi ho voluto esplorare il fenomeno del maltrattamento e dell'abuso sui minori delineandone, sulla base della letteratura scientifica nazionale ed internazionale, gli aspetti clinici, epidemiologici ed i fattori di rischio.

Un breve excursus giuridico illustrerà, poi, gli articoli di legge relativi alla tutela dei minori; in particolare, ci si soffermerà ad illustrare quegli articoli che normano i doveri dei sanitari nei confronti dell'autorità giudiziaria nel caso si sospetti un abuso su minori.

La conoscenza della semeiotica dell'abuso, il suo riconoscimento all'interno di una diagnostica differenziale clinico-forense, la corretta repertazione e la consapevolezza che, un approccio autenticamente tutelante verso la vittima, deve sempre realizzarsi all'interno di una cornice giuridica fanno sì che, il ruolo della medicina legale, competente in tutti questi ambiti, diventi senza ombra di dubbio "primum inter pares" all'interno dei team multidisciplinari ed interistituzionali che si occupano di minori vittime di abuso.

Infine sarà presentato il mio contributo sperimentale all'interno del gruppo di lavoro per l'abuso e il maltrattamento all'infanzia. Dagli incontri del gruppo è scaturita la pubblicazione del volume "L'abuso sessuale nei bambini prepuberi. Requisiti e raccomandazioni per una valutazione appropriata" a cura di Maria Rosa Giolito e del Gruppo di lavoro per l'abuso e il maltrattamento all'infanzia, Edito da Il Pensiero Scientifico Editore con l'alto patrocinio del CCM e del Ministero della Salute, divenuto oggi manuale operativo, in ambito nazionale, per tutti i medici, territoriali ed ospedalieri, che si occupano di violenza sessuale sui minori.

CAPITOLO 1

L'ABUSO SUL MINORE: ASPETTI CLINICI

1.1 CENNI STORICI

La storia dell'abuso all'infanzia non può prescindere dalla constatazione che in tutti i tempi, senza distinzione di luoghi, si è realizzata la violenza nei confronti dei bambini

La storia dell'infanzia, infatti, è una storia di continue violenze e di continui abusi: il cammino dell'umanità evidenzia più volte il dispotico rapporto adulto-bambino, dove quest'ultimo era considerato sempre e comunque proprietà e non persona.

Le antiche tradizioni e la stessa mitologia greca fanno del bambino una vittima sacrificale: "Bia", la violenza era raffigurata come una donna intenta ad uccidere un bambino con una clava.

Il sacrificio dei primogeniti, gradito agli dei, poi, assicurava protezione dal pericolo e dai nemici per il re o il guerriero, fertilità dei campi e abbondanza delle messi per il contadino, inviolabilità della casa per il capomastro.

Secondo le regole egizie chi generava la vita era legittimato a toglierla in virtù di un principio di proprietà-appartenenza; nell'antica Grecia se ai genitori era permessa l'uccisione dei figli, agli anziani ed ai saggi, era concesso di decretare la morte dei neonati malformati, considerati solo un peso per la società. Platone, Aristotele, Cicerone, Seneca, Plutarco, figure illuminate della cultura greco-latina, approvavano e giustificavano la violenza nei confronti dei bambini, arrivando, talvolta, ad apprezzarne l'uccisione. Solo nel 374 d.C. la soppressione di un bambino era considerata legalmente omicidio.

Anche nei sacri libri della religione, ebraica prima e cristiana poi, sono narrati numerosi episodi di violenza sui minori (la strage dei neonati maschi ebrei -Esodo 1,15-22 e 2,1-10; la strage dei primogeniti egiziani -Esodo 12,29-30; la strage degli innocenti -Matteo 2,16-18).

Con il passare del tempo all'omicidio diretto si sostituisce la "soppressione in massa" per incuria, negligenza o sfruttamento: in parte consapevolmente si cercava la morte del bambino. Non più, quindi, eliminazione drastica e cruenta ma estromissione del bambino dalla famiglia per essere dato a balia con conseguente elevazione del tasso di mortalità infantile.

Se nell'ambito familiare la morte poteva rappresentare la giusta soluzione economica ai problemi della famiglia stessa, in quello scolastico legittimando la figura del "flagellante" (specialista in punizioni corporali), l'educazione del minore diventava il modo più naturale per sfogare l'aggressività e la violenza, proprie dell'adulto, su un soggetto non in grado di difendersi.

Nell'ambito lavorativo poi lo sfruttamento dei minori, esistito da sempre, acquisiva valore essenziale nella "costruzione" del capitalismo europeo: campi, fabbriche, miniere, industrie fondano la loro economia sul lavoro di questi bambini efficienti e di poco costo.

Per contro, alle origini della storia dell'uomo, nella Bibbia stessa leggiamo di un Dio che, mettendo alla prova la fedeltà di Abramo, rinuncia per sempre al sacrificio del primogenito maschio (Genesi 22, 1-19); se questo brano rappresenta una vera svolta epocale, un'inversione di rotta impensabile, la grande rivoluzione nei confronti dei bambini la ritroviamo nel Nuovo Testamento (Matteo 19,13-15 e Luca 18,15-17) quando Gesù indica i fanciulli come i prediletti di Dio, modelli da imitare per entrare nel Regno dei Cieli e se ne fa paladino invitando ad accoglierli ed a rispettarli.

La religione cristiana, poi, con la difesa strenua dei deboli e dei piccoli fa nascere nel mondo occidentale ferme idee di condanna per le uccisioni dei bambini; nonostante ciò la stessa Chiesa Cattolica permette ed incentiva l'aberrante pratica della castrazione di giovinetti al fine di ottenere "voci bianche" vietata, con editto papale, solo nel 1878.

Solo con la fine dell'800 e ai primi del '900 le scienze umane pongono attenzione all'itinerario di crescita del bambino: non più speranza di uomo o persona informe ma nuovo soggetto con cui intessere un dialogo.

Nel 1852, a Parigi, scoppiò il caso "Celestine Doudet", istitutrice francese che, seviziando e maltrattando cinque ragazze inglesi che le erano state affidate, provocò la morte di due di loro. La notizia fece così grande scalpore che l'ambiente scientifico pensò di affidare ad Ambroise Tardieu (1818-1879), francese, anatomo-patologo e docente di Medicina Legale all'Università di Parigi, uno studio su queste ed altre inspiegabili morti infantili.

Tardieu pubblicò, nel 1860, un lavoro scientifico in cui per la prima volta cercò di definire un nuovo quadro nosologico, quello del bambino battuto, delineandone le caratteristiche demografiche, sociali, psicopatologiche ma, soprattutto, mediche.

In un lavoro pubblicato nel 1868 "Etude medico-lègale des blessures" Tardieu pose una relazione (familiare, educativa, sociale) più o meno diretta tra l'abusante ed il minore abusato; egli infatti stabilì che gli artefici dei maltrattamenti fossero stati prevalentemente, coloro che più di altri ne esercitano la tutela: su 32 casi studiati il coinvolgimento diretto di uno dei due genitori o addirittura di entrambi viene accertato in ben 24 (!) casi.

Ma accanto a questi dati ne pose altri, sicuramente più drammatici, descrivendo nei dettagli le lesioni via via riscontrate (morsi, tagli, bruciature, ecchimosi) che, differenti tra loro, venivano spesso riscontrate nello stesso bambino (molteplicità

delle lesioni) e che, associate a "segni di privazioni" (incuria), a fratture e ad emorragie cerebrali di verosimile origine traumatica diventarono patognomoniche per la definizione di sindrome del bambino battuto.

A Bologna il medico Giuseppe Veratti divenne medico del Riformatorio per minorenni discoli "... Fu così che iniziò la sua missione concretizzatasi in un grande istituto, in cui il sistema educativo e famiglia, leverà dalla miseria fisica e morale la maggior parte di quei fanciulli che lui stesso soleva chiamare "figli di nessuno" o "figli della strada". La sua vita divenne quindi un intreccio sempre più stringente tra attività professionale, attività di studio e ricerca e di divulgazione sino alla creazione dell'innovativo istituto di accoglienza per fanciulli maltrattati e abbandonati.

Per la prima volta la medicina prende coscienza del fenomeno dei maltrattamenti all'infanzia e lo fa, ciò è sintomatico, delegando la medicina legale quasi a voler ristabilire i giusti confini tra liceità ed illiceità di un eventuale maltrattamento.

" ... nel 1874, a New York per la prima volta un ente, quello per la protezione degli animali, salvò una bambina dai maltrattamenti. Fu infatti un'infermiera, Etta Wheeler, che, preoccupata per i continui pianti di una bimba di nove anni, vicina di casa, riuscì a penetrare nell'abitazione della piccola trovandola incatenata al letto con ematomi, ferite ed abrasioni su tutto il corpo. Ma non poté fare nulla perché secondo le leggi USA i genitori avevano diritto assoluto sui figli e potevano allevarli come meglio credevano. Si rivolse allora alla Società per la protezione degli animali, già fiorente in America. L'ente esaminò il caso e riconoscendo che rientrava in quelli previsti dal proprio statuto intervenne: e così la bambina fu salva. In seguito a questo fatto nacque a New York la "New Society for the Reformation of Juvenile Delinquents" che organizzò un rifugio per

bambini difficili che in seguito accolse anche bambini trascurati e abusati: si trattò della prima Società a occuparsi di prevenzione dell'abuso all'infanzia".

Solo nel 1929, nell'ambiente scientifico, si tornerà a parlare di abusi e di maltrattamenti all'infanzia ad opera, anche questa volta, di due medici legali (Parisot e Caussade) ma l'ambiente medico si sta accorgendo dell'esistenza del fenomeno riconoscendolo anche in altri settori specialistici; Ingraham (1939), neurochirurgo americano pubblica un lavoro sull'origine traumatica della maggior parte degli ematomi subdurali nei neonati sottoposti a maltrattamenti; Caffey (1946), radiologo crea una correlazione tra emorragia cerebrale e fratture ossee disperate che i più interpretavano come una fragilità costituzionale dei bambini; Silvermann (1953) radiologo accanto al dato puramente semeiologico (molteplici fratture, cronologicamente differenziate, talvolta mal consolidate) pubblica una inchiesta realizzata mediante un minuzioso interrogatorio delle famiglie che porta all'ammissione ed al riconoscimento di maltrattamenti sempre taciuti. Wooley ed Evans (1955) pediatri pubblicano uno studio sistematico realizzato su minori ospedalizzati per ematoma subdurale o per fratture: dopo accurate indagini gli elementi in loro possesso depongono a favore di una grave forma di incuria oppure di una violenza fisica volontaria ed immotivata.

1.2 DEFINIZIONE DI ABUSO SUI MINORI

Nel 1962 Kempe, Silvermann e i suoi collaboratori pubblicarono un articolo "The battered child syndrome" in cui si cercarono, per la prima volta, di classificare secondo una serie di elementi anamnestici, clinici e radiologici quegli elementi necessari per poter porre una accurata diagnosi di "bambino battuto".

L'età del bambino, l'incongruenza delle versioni dichiarate dall'adulto in merito all'accaduto, il riconoscimento di pregresse e mal consolidate fratture del cranio,

delle coste o delle ossa lunghe, ematomi intracranici o endoaddominali, sintomi "strani" o quantomeno bizzarri, non ascrivibili a patologie classicamente conosciute, un aspetto trascurato od emaciato, un comportamento eccessivamente passivo ed impaurito, secondo gli autori dovevano sempre indurre il sanitario a prendere in considerazione l'ipotesi di un maltrattamento.

Nel volgere di breve il concetto di maltrattamento divenne comprensivo, non solo di abuso fisico, ma, anche di maltrattamento psicologico e di malnutrizione. Nel 1964 la dizione "Battered child syndrome" sarà così sostituita con la più completa "Maltreatment syndrome in children".

Si è quindi passati dalla definizione clinica della "sindrome del bambino maltrattato" (Kempe e Silverman, 1962) al concetto di "sindrome da maltrattamento nei bambini" (Fontana, 1964), fino alla definizione di "abuso all'infanzia", come derivazione dal termine inglese child abuse, che comprende ogni forma di violenza e di maltrattamento rivolto ai minori.

Spesso, infatti, la violenza che un bambino subisce non è unica ma contemporaneamente o in tempi successivi convergono su quel bambino varie forme di violenza.

Nel 1999 l'Organizzazione Mondiale della Sanità, dopo aver confrontato le definizioni di abuso presenti in 58 nazioni, fece sintesi degli elementi emersi affermando che: "l'abuso o maltrattamento infantile è costituito da tutte le forme di maltrattamento fisico ed emozionale, abuso sessuale, trattamento negligente o commerciale che si configurano come danno potenziale o attuale della salute del bambino, della sua sopravvivenza, del suo sviluppo o della sua dignità nel contesto di una relazione di responsabilità, fiducia o potere".

Questa definizione copre un ampio spettro di condotte abusive, che si possono concretizzare sia in atti commissivi che omissivi compiuti da genitori o da persone preposte alla cura del bambino.

Si classificano quattro tipi di maltrattamento infantile:

- abuso fisico, definito come l'insieme di quegli atti che causano un danno fisico;
- abuso sessuale, in cui il bambino è usato per la gratificazione sessuale dell'adulto;
- abuso emozionale, in cui il genitore o il caregiver, non garantisce un accudimento emotivo ed emozionale nei confronti minore, agendo con comportamenti di denigrazione, minaccia, intimidazione, rifiuto, ridicolizzazione. L'abuso emozionale o abuso psicologico può sussistere da solo oppure, ben più frequentemente, essere associato agli altri tipi di abuso (fisico, sessuale, patologia delle cure)
- neglect o patologia delle cure, si verifica qualora il genitore manifesti incapacità nel provvedere allo sviluppo del bambino in queste seguenti aree: salute, educazione, istruzione, sviluppo affettivo, nutrizione, protezione.

Negli ultimi 30 anni poi "occuparsi" in maniera specialistica di abuso all'infanzia ha voluto dire delimitarne di volta in volta l'ambito, definirne le caratteristiche arricchendo, con nuove specificazioni, il contesto.

Le forme di violenza, infatti, sono molteplici (violenza fisica, psicologica, sessuale, patologia delle cure) e per ciascuna molteplici e ben differenziate sono le caratteristiche con cui si esplica: per violenza fisica si intendono tutti i comportamenti violenti e volontari, con un'estensione concettuale che va dagli schiaffi ripetuti e immotivati alle bruciature, ai graffi sino alle lesioni personali gravissime e talvolta all'infanticidio e all'omicidio; nella violenza sessuale poi includiamo tutto ciò che dalla violenza sessuale assistita, agli atti di violenza

sessuale di tipo penetrativo coinvolge inconsapevolmente e "patologicamente" il minore in attività sessuali; ma altrettanto vasto è risultato il campo della violenza psicologica in quanto lesiva delle emozioni del bambino o quello della trascuratezza e dell'abbandono come mancata comprensione e realizzazione dei bisogni primari del bambino nei diversi livelli dello sviluppo.

Il Federal Child Abuse and Prevention Act nel 1973 definiva maltrattamento infantile il "...danneggiamento fisico o mentale, violenza sessuale, negligenza o maltrattamento di un minore di anni 18, da parte di una persona responsabile del benessere del minore, in circostanze che indichino che la salute ed il benessere del minore siano minacciati o danneggiati".

Nel 1974 sorgeva a New York la "Society for the Prevention of Cruelty to Children", divenuta nel volgere di breve modello anche per altre associazioni in diversi stati americani ed in Gran Bretagna.

Il National Center of Child Abuse and Neglect nel 1981 dichiarava abuso al minore (Child Abuse) "Una situazione di maltrattamento infantile ... in cui, attraverso atti intenzionali o disattenzione grave nei riguardi dei bisogni di base del bambino, il comportamento di un genitore o di un sostituto o di altro adulto che del bambino si occupi, abbia causato danni o menomazioni che potevano essere previsti ed evitati o abbia contribuito materialmente al prolungamento o al peggioramento di un danno o di una menomazione esistenti".

Nel 1978 il Consiglio d'Europa (IV Seminario Criminologico) stabiliva che il maltrattamento "si concretizza negli atti e nelle carenze che turbano gravemente i bambini e le bambine, attentano alla loro integrità corporea, al loro sviluppo fisico, affettivo, intellettuale e morale, le cui manifestazioni sono la trascuratezza e/o le lesioni di ordine fisico e/o psichico e/o sessuale da parte di un familiare (abuso intrafamiliare) o di un terzo (abuso extrafamiliare)".

Il Council of Europe nel 1981 definiva maltrattamento tutti "... gli atti e le carenze che turbano gravemente il bambino, attentano alla sua integrità corporea, al suo sviluppo fisico, affettivo, intellettuale e morale, le cui manifestazioni sono la trascuratezza e/o lesioni di ordine fisico e/o psichico e/o sessuale da parte di un familiare o di altri che hanno cura del bambino".

Nell'ambito di comportamenti commissivi od omissivi atti a determinare un abuso al minore riconosciamo varie forme di violenza:

1.2.1 MALTRATTAMENTO FISICO

Il maltrattamento fisico è l'espressione di tutte quelle aggressioni violente perpetrate dall'adulto nei confronti di un minore: prevede ogni tipo di azione fisicamente dannosa, ma soprattutto lesiva della sua incolumità fisica. Il maltrattamento può concretizzarsi in una condotta attiva (percosse, lesioni, atti sessuali, ipercura) o in una condotta omissiva (incuria, trascuratezza, abbandono). Azioni od omissioni agite in maniera nascosta o palese, occasionali o continuative realizzate in ambiente domestico o comunque istituzionale.

L'evidenza di un quadro clinico di lesività traumatica, su di un minore, dovrebbe sempre indurre l'operatore sanitario a "leggere" e "interpretare" i segni lesivi obiettivati nell'ottica di un pensiero traumatologico-forense centrando la propria riflessione diagnostica sulla tipologia delle lesioni, la loro morfologia, la loro cronologia e localizzazione, il numero delle stesse, in relazione all'età del minore stesso.

Gli atti violenti sono molteplici ed è praticamente impossibile proporre una classificazione precisa e completa. Può comunque essere ipotizzato un maltrattamento fisico qualora il minore presenti:

- 1) lesioni cutanee: cicatrici di vecchia data, ecchimosi, ematomi, escoriazioni, ferite lacero-contuse, ustioni, cronologicamente differenziate; a morfologia "sospetta" (unghiate, morsi, tagliuzzamento, afferramento manuale, fustigazione, bruciature), in regioni anatomiche suggestive (sopracciglio, occhio, orecchio, naso, bocca, dorso, unghie, genitali), non compatibili con eventi traumatici accidentali, nè inquadrabili con patologie anche rare dell'infanzia;
- 2) lesioni scheletriche: l'occasionale reperto di segni di pregresse fratture mal consolidate o di calcificazioni periostee, segni di frattura a carico delle ossa lunghe (omero, femore, coste) soprattutto in bambini molto piccoli, incapaci di muoversi autonomamente;
- 3) traumi cranici: la presenza di ematomi subdurali talvolta associati a frattura cranica, la presenza di una emorragia intraoculare, la comparsa di otorragia o di epistassi non riconducibili ad altra patologia;
- 4) altre manifestazioni cliniche: distacchi retinici, emorragie retiniche e preretiniche, perforazione della membrana timpanica, lesioni viscerali (fegato, milza, reni).

Lesioni traumatiche localizzate in sedi atipiche per traumatismi accidentali, a morfologia sospetta, la cui numerosità, che rimanda ad eventi multipli e spesso differenziati, viene spesso descritta a carta geografica.

Ed ancora la contemporanea presenza di lesioni a “cronologia differenziata”, obiettivabili in differenti stadi evolutivi e quindi non riconducibili ad un unico evento traumatico lesivo e l'età del minore devono sempre indurre nell'operatore sanitario il sospetto di violenza fisica sul minore.

Alla base delle diverse forme di maltrattamento ai minori vi è un adulto incapace di far fronte alle esigenze fisiche, affettive, intellettive e sociali del figlio; un adulto condizionato dai propri problemi siano essi di natura sociale, affettiva

economica, oppure legati a problematiche di tipo psichiatrico oppure alla mancanza di risorse emotive. Chi aggredisce il bambino è nella maggioranza dei casi un familiare e più spesso la responsabile è la madre, probabilmente perché è la figura per eccellenza depositaria delle cure dei figli ed è proprio il genitore che passa più tempo con loro. Spesso chi maltratta è stato a sua volta un bambino maltrattato. Queste sevizie sui bambini provocano danni sia fisici che psicologici, venendo ad instaurare stati depressivi che possono manifestarsi con passività, abulia, chiusura in se stessi. I ragazzi che hanno subito violenza nella maggior parte dei casi crescono isolati, regrediti, disinteressati alla propria vita e a quella sociale, con disturbi cognitivi e del comportamento, hanno problemi scolastici e possono manifestare aggressività, depressione o condotte autolesioniste fino a veri e propri disturbi psichiatrici.

1.2.1.1 SHAKEN BABY SINDROME

La Shaken Baby Sindrome è una grave forma di maltrattamento che spesso coinvolge i bambini di età inferiore ai 2 anni ma che può essere osservata nei bambini fino a 5 anni.

Si valuta che interessi tra 1.200 e 1.600 bambini ogni anno negli Stati Uniti.

Questa forma di abuso avviene quando l'abusante scuote violentemente un neonato o un bambino piccolo, creando un movimento tipo colpo di frusta che causa lesioni tramite movimenti di accelerazione-decelerazione della testa.

Il tipo di lesioni provocate dallo scuotimento sono differenti da quelle solitamente causate da cadute e urti durante un normale gioco, che sono dovute a forze per lo più lineari. Questa sindrome accade frequentemente, ma in molti casi potrebbe rimanere a lungo misconosciuta.

Le lesioni visibili ed obiettivabili sono spesso labili o addirittura assenti quindi, inizialmente, l'individuazione di un bambino scosso potrebbe essere particolarmente difficile.

Data la varietà e variabilità dei sintomi correlati gli operatori sanitari devono mostrarsi estremamente vigili qualora giunga alla loro attenzione un trauma cerebrale su neonati ponendo particolare attenzione ai risultati clinici e radiologici che supportano la diagnosi della sindrome stessa.

Il concetto di SBS è stato inizialmente descritto nei primi anni '70 dal Dr. John Caffey, radiologo, sulla base di una grande varietà di situazioni cliniche tra cui emorragie retiniche, emorragia subdurale e subaracnoidea e scarsa evidenza di trauma cranico esterno; questa sindrome fu anche descritta dal dottor Norman Guthkelch, un neurochirurgo.

La SBS è accompagnata da una varietà di segni che possono essere aspecifici oppure francamente evidenti e manifesti con un indice di gravità che varia da lieve a severa.

Tali atti sono spesso la conseguenza di tensione e di frustrazione o di irritabilità generati dal pianto di un bambino. Inoltre, i genitori sottoposti a stress per motivi familiari, lavorativi o economici, possono anche essere più inclini a comportamenti impulsivi e aggressivi. Chi è già incline ad atti di violenza domestica o dedito all'abuso di sostanze può essere anche a più alto rischio di provocare lesioni di tale tipo. Le caratteristiche lesioni del sistema nervoso centrale e delle altre sedi sono provocate dal violento scuotimento del bambino. Tale scuotimento determina una azione lesiva meccanica correlata alle brusche accelerazioni e decelerazioni cui viene sottoposto l'encefalo i vasi cerebrali e più in generale tutti i tessuti. Le forze generate dallo scuotimento possono provocare lo stramento degli assoni della sostanza bianca cerebrale e talvolta la loro rottura

completa. Alcune caratteristiche anatomiche peculiari del neonato e del lattante favoriscono il determinarsi dei danni biomeccanici già descritti: fondamentale è il notevole volume e peso del capo in rapporto al resto della massa corporea, l'ipotonia della muscolatura paraspinale cervicale (che causa il tipico "ciondolamento" della testa dei primi mesi di vita), l'elevato contenuto acquoso del sistema nervoso centrale immaturo, la non completa mielinizzazione delle fibre nervose e l'elevato volume degli spazi subaracnoidei paragonato all'ancora modesto volume cerebrale. Tipici e praticamente patognomonici sono i quadri fundoscopici in questa condizione: numerose emorragie intraretiniche e subialoidee, localizzati distacchi emorragici della coroide e sottili pieghe retiniche.

Il riconoscimento di una "sindrome del bambino scosso" pone all'oftalmologo gravi responsabilità medico-legali per le ovvie implicazioni penali. I segni della Sindrome del Bambino Scosso possono essere estremamente variabili: essere lievi e passare inosservati o talmente gravi da essere immediatamente riconosciuti.

Questa variabilità di conseguenze della Sindrome del Bambino Scosso, fa sì che i casi meno gravi possano essere misconosciuti dal personale medico e quindi non diagnosticati. Un bambino scosso può subire solo un danno oculare o un trauma cerebrale moderato. Tuttavia, a seconda della variabilità dei segni clinici, non sempre i bambini sono portati all'attenzione di un medico e comunque questi segni sono spesso aspecifici e possono essere minimizzati o attribuiti a malattie di tipo infettivo, a problemi legati all'alimentazione o a coliche.

Non esiste un singolo sintomo che possa definire la SBS ma un insieme di segni e sintomi indirizzano il clinico verso tale diagnosi.

Il medico potrà quindi sospettare lo SBS come causa delle lesioni qualora riscontri in un neonato o a carico di un bambino piccolo una emorragia retinica,

(presente in circa tre quarti dei casi diagnosticati), fratture multiple spesso bilaterali delle coste, lussazioni o sub-lussazione delle spalle, lesioni dei tessuti molli o ematoma subdurale che non possono essere spiegati da un trauma accidentale o da altre condizioni mediche.

Le vittime della SBS possono mostrare irritabilità, ritardo di crescita, alterazioni delle abitudini alimentari, letargia, vomito, convulsioni, rigonfiamento o tensione della fontanella, aumento delle dimensioni della testa, respirazione alterata e pupille dilatate, fratture delle vertebre, delle ossa lunghe e delle costole.

Nessun altro meccanismo alternativo riproduce esattamente tutti i sintomi della SBS, ma le patologie che devono essere escluse sono idrocefalo, morte improvvisa del neonato (SIDS), disturbi convulsivi e malattie infettive o congenite come la meningite e disturbi metabolici.

Tutti i bambini, in cui c'è il sospetto di Sindrome del Bambino Scosso, devono essere sottoposti ad un attento esame radiologico dello scheletro.

La TC e la Risonanza Magnetica sono di importante aiuto per la diagnosi di questa patologia, la TC ha il ruolo di prima linea nella valutazione per immagini di un bambino con lesioni cerebrali e nell'evidenziare le lesioni che necessitano di un intervento urgente. La TC spesso non riesce a rivelare alcuni aspetti del danno e si riscontrano alcuni risultati falsi-negativi, in particolare all'inizio della formazione di un edema cerebrale. L'esame TC deve essere eseguito senza mezzo di contrasto endovenoso e deve essere valutato sulla base di finestre ossee e dei tessuti molli che è in genere il metodo di scelta per dimostrare una emorragia subaracnoidea, effetto massa e grandi emorragie extra-assiali, La TC deve essere ripetuta dopo un intervallo di tempo o qualora il quadro neurologico cambi rapidamente.

La RM assume grande valore, in aggiunta alla TC, nella valutazione delle lesioni cerebrali nei neonati. La capacità di individuare e definire le lesioni intraparenchimali del cervello è notevolmente migliorata con l'uso della RM. Un'indagine scheletrica di mani, piedi, ossa lunghe, cranio, colonna vertebrale e costole dovrà essere effettuata precocemente compatibilmente con le condizioni di salute del bambino.

Poiché la diagnosi differenziale di trauma cranico è prevalentemente quella da lesioni accidentali, un'indagine rapida e precisa è essenziale per escludere l'ipotesi di abuso. Il sospetto di trauma cranico grave a causa di abuso deve essere immediatamente segnalato alle autorità competenti.

1.3 MALTRATTAMENTO PSICOLOGICO

Il maltrattamento psicologico è forse l'abuso, a tutt'oggi, più misconosciuto.

L'International Conference on Psychological Abuse of Children and Youth (1983) ha proposto come definizione: "Il maltrattamento psicologico di bambini o minori consiste in atti di omissione e in attività, giudicate secondo gli standards della comunità sociale e il giudizio degli operatori esperti, essere dannosi a livello psicologico. Tali atti sono commessi da individui, singolarmente o collettivamente, che per le loro caratteristiche (età, status, conoscenza, funzione) siano in una posizione di potere tale da rendere il bambino vulnerabile. Tali atti danneggiano immediatamente o a lungo termine le funzioni comportamentali, affettive, cognitive, o fisiche del bambino. Esempi di maltrattamento psicologico includono il rifiutare, terrorizzare, isolare, sfruttare e non fornire una socializzazione adeguata".

A queste azioni verbali e non verbali, si aggiungono l'isolamento, lo sfruttamento ed in generale azioni o comportamenti volti a danneggiare la percezione di sé.

La difficoltà della rilevazione di questo tipo di abuso sta nel fatto che non ci possiamo basare sui segni fisici evidenti ma solo su quanto è possibile dedurre dai comportamenti dei bambini.

Il contesto entro cui si può sviluppare questa forma di maltrattamento è quello di violenza assistita (in caso di conflitti coniugali), segregazioni e minacce, isolamento sociale o strumentalizzazione nel conflitto (triangolazione), in caso di separazione conflittuale.

Gli indicatori di tale maltrattamento sono per lo più comportamentali: il bambino presenta abitudini anomale per la sua età, come, ad esempio, succhiare il dito, difficoltà di socializzazione e disturbi del linguaggio. Il bambino, di fronte a un maltrattamento così subdolo, non riesce ad attivare nessun meccanismo di difesa e spesso manifesta all'improvviso un crollo psichico che si verifica quando le sue condizioni di crescita gli richiedono un particolare impegno come, ad esempio, all'inizio dell'adolescenza quando si può andare incontro a psicosi, depressione, isolamento, anoressia, suicidio o tentativo di suicidio nell'adolescenza, strutturazioni borderline della personalità o ad abuso di sostanze

Il maltrattamento psicologico quindi si determina mediante comportamenti omissivi o commissivi ogniqualvolta il minore percepisca di essere: ignorato, minacciato, denigrato, deriso, disorientato. In questi ultimi anni è emerso un nuovo tipo di maltrattamento psicologico che si realizza frequentemente nelle separazioni coniugali caratterizzate da conflittualità: viene richiesto al minore un ruolo di mediazione tra i genitori se non addirittura di franco schieramento dalla parte di uno dei due. Per le sue caratteristiche intrinseche, risulta compresente in ogni altra forma di abuso pur potendo sussistere indipendentemente da esse: il maltrattamento psicologico è quindi visto come il nodo centrale dell'abuso al minore.

1.4 PATOLOGIA DELLE CURE

Con tale espressione si intende la patologia nella somministrazione delle cure che i genitori o i tutori dovrebbero rivolgere al bambino. Le cure si dimostrano inadeguate ai bisogni fisici e psichici del minore stesso non adeguate alla sua età ed al suo sviluppo psicofisico. Di conseguenza, l'incapacità delle persone responsabili legalmente dei minori di rispondere ai bisogni di quest'ultimi, si rifletterà in maniera negativa sulla personalità del bambino e sulla sua qualità di vita.

E' generico parlare in termini di trascuratezza, perché in questo caso si designerebbe una forma di maltrattamento senza considerare elementi importanti legati all'età ed alle diverse fasi dello sviluppo evolutivo del bambino.

Per questo si punta l'attenzione sulla patologia ed in particolare la somministrazione delle cure, che comprende tre differenti categorie:

- Incuria: in caso di cure carenti nei confronti dei bambini;
- Discuria: in caso di cure "distorte";
- Ipercuria: in caso di cure patologiche ed "eccessive".

1.4.1 INCURIA

Può essere anch'essa fisica e/o psicologica. Il rifiuto, l'abbandono o la trascuratezza sono i tipici comportamenti riscontrabili nell'incuria. Generalmente sono comportamenti omissivi e poiché si tratta di una forma insidiosa di maltrattamento può rimanere a lungo misconosciuta oppure può essere occasionalmente individuata per il suo manifestarsi a livello fisico (assenza di cure mediche adeguate, ritardo della crescita, assenza o discontinuità delle vaccinazioni previste per legge, frequenti disturbi gastrointestinali, frequenti

patologie da raffreddamento, inadeguatezza degli abiti, scarsa igiene personale) o a livello emotivo.

Si parla di incuria quando le persone legalmente responsabili del bambino non provvedono adeguatamente ai suoi bisogni sia fisici che psicologici in rapporto all'età e al momento evolutivo. Rientrano quindi nella categoria dell'incuria anche quei casi in cui i genitori, pur occupandosi dei bisogni nutrizionali del figlio, non rispettano i suoi bisogni affettivi, emotivi e di socializzazione. Si possono avere, quindi, diversi gradi di questo tipo di abuso, che vanno dall'abbandono al disinteresse per i bisogni emotivi del bambino.

I "fattori o indicatori di rischio", che permettono una diagnosi precoce della patologia, impedendo così il cronicizzarsi della situazione di abuso possono essere rilevate durante il colloquio con i genitori, quando emerge una loro difficoltà a fornire notizie esatte e complete sulla nascita e sulle tappe evolutive del figlio: ciò fa sorgere il dubbio di essere di fronte ad un genitore che ha difficoltà a gestire e soddisfare correttamente i bisogni del figlio per mancanza di attenzione e sensibilità nei suoi confronti.

È importante controllare se è stato rispettato il calendario delle vaccinazioni obbligatorie: questo dato permette di verificare le capacità di un genitore di prendersi cura del figlio fin dai primi mesi di vita. Inoltre, carie dentali non curate, disturbi visivi o uditivi non trattati sono altri elementi che possono indicare uno stato di incuria.

Il bambino trascurato spesso indossa vestiti inadeguati all'età, al sesso e alla stagione. Si possono, inoltre, riscontrare scarsa igiene e dermatiti recidivanti, soprattutto scabbia e pediculosi. Dal punto di vista clinico quasi tutti questi bambini presentano una distorsione delle abitudini alimentari con denutrizione o,

al contrario, anche se più raramente, obesità. Infine il loro sviluppo psico-motorio è spesso ritardato.

Inoltre, è possibile evidenziare problemi comportamentali; i bambini non curati appaiono pigri, demotivati, sempre stanchi, con scarso rendimento scolastico e con disturbi dell'alimentazione. Sono soggetti ad avere molti infortuni domestici, non essendo in grado di percepire il pericolo perché non hanno un'esperienza di contenimento e attenzione-protezione da parte dei genitori.

1.4.2 DISCURIA

E' una sindrome che fa riferimento alla inadeguatezza delle cure fisiche o psicologiche: seppur fornite al bambino risultano essere completamente distorte ed inadeguate soprattutto se rapportate alle varie fasi evolutive del bambino.

La discuria è la distorsione delle cure che vengono fornite al bambino in modo non adeguato al momento evolutivo. In queste situazioni, di solito, i genitori caricano il figlio di proprie aspettative, che sono quasi sempre quelle che un tempo erano i loro desideri. Tutto questo porta tali genitori ad ignorare i veri bisogni del bambino, appropriati alla fase evolutiva che sta attraversando.

Nelle forme di discuria molto spesso i genitori sono ignari della violenza che stanno esercitando, al contrario, spesso pensano di agire per il bene dei propri figli e inconsapevolmente possono causare danni maggiori.

I tipici atteggiamenti di discuria sono:

- anacronismo delle cure: indica un atteggiamento dei genitori non corretto rispetto allo stadio evolutivo del bambino (ad esempio bambini in età scolare a cui la madre somministra solo dieta latte o cibi frullati);
- imposizione di ritmi di acquisizione precoci: rappresenta il tentativo di adeguare i ritmi del bambino a quello degli adulti non riconoscendo le corrette e diverse

esigenze che questo ha, ad esempio il ritmo del sonno del bambino raramente coincide con le esigenze e i ritmi di vita dei genitori. Sono spesso presenti dei conflitti tra le richieste del bambino e gli impegni dei genitori, che pretendono da lui una precoce autonomia nel controllo sfinterico, nella motricità e nei ritmi alimentari;

- aspettative irrazionali: avviene quando i genitori richiedono ai propri figli delle prestazioni superiori alla norma o alle loro possibilità. Questi bambini sono sempre pieni di impegni (scuola, sport, inglese, pianoforte), hanno una grande competitività e non riescono a raggiungere una buona socializzazione con i coetanei. La situazione diventa ancora più grave quando il bambino presenta delle difficoltà fisiche o psichiche che rendono più profondo il distacco tra il bambino idealizzato dal genitore e il bambino reale.

1.4.3 IPERCURA

L'ipercura intesa come somministrazione eccessiva di cure sino alla somministrazione di "cure patologiche" si suddivide a sua volta in cinque differenti categorie. Tipicamente è agita dalla madre che vive spesso un rapporto di tipo simbiotico con il proprio

1.4.3.1 MEDICAL SHOPPING

Il Medical shopping per procura o doctor shopping per procura si caratterizza per la reiterata richiesta da parte di un genitore o di entrambi di sottoporre ad accertamenti clinici e/o strumentali il figlio nella convinzione che sia affetto da una patologia. La rassicurazione che questi goda di buona salute li induce a rivolgersi ad altri sanitari e ad avviare nuove richieste di accertamenti.

Si verifica in bambini che hanno sofferto nei primi anni di vita di una grave malattia e che da allora i genitori sottopongono a numerose visite mediche anche per disturbi di lieve entità. Consiste in una “esagerazione della malattia”: le madri, eccessivamente preoccupate per le condizioni fisiche del figlio, ricorrono continuamente all’aiuto medico, percependo lievi patologie come gravi minacce per la vita del bambino e chiedendo o facendo in modo che essi vengano ricoverati in ospedale o sottoposti a continui accertamenti.

Si differenzia dalla Sindrome di Munchausen per procura poiché il disturbo materno è di tipo nevrotico-ipocondriaco e, accogliendo le ansie e le preoccupazioni che la madre proietta sul figlio, è possibile rassicurarla sullo stato di salute del bambino

1.4.3.2 CHEMICAL ABUSE

Il Chemical abuse è la somministrazione da parte di un adulto (di regola la madre) di sostanze chimiche e/o farmacologiche che per quantità e/o qualità possono diventare tossiche per il bambino. Con tale termine si indica l’impropria somministrazione di sostanze farmacologiche o chimiche al bambino, tale da procurare una sintomatologia che necessiti il ricovero ospedaliero. Le sostanze somministrate possono essere suddivise in quattro gruppi:

sostanze qualitativamente prive di proprietà tossicologiche ma che possono tuttavia risultare nocive se somministrate in quantità o modalità eccessive (rientra in questo gruppo l’abnorme somministrazione di acqua);

- sostanze con scarsa tossicità e di comune impiego domestico (ad esempio il sale da cucina);
- sostanze ad azione farmacologica dotate di media tossicità e di facile reperibilità (lassativi, diuretici, glucosio, insulina).

- farmaci dotati di spiccata tossicità ad azione sedativa e di non usuale disponibilità. Si tratta di solito di sonniferi prescritti alla madre dal medico curante: la loro somministrazione a dosi inadeguate causa nel bambino una sindrome neurologica grave che talvolta causa coma e/o morte.

Questa sindrome va sospettata quando ci si trova di fronte a sintomi non spiegabili in base alle consuete indagini di laboratorio e strumentali, che insorgono ogni volta che la madre ha un contatto diretto con il bambino.

1.4.3.3 SINDROME DA INDENNIZZO PER PROCURA

Si tratta di quei casi in cui la necessità dei genitori di avere un indennizzo (ad esempio nel caso di un infortunio) porta il bambino ad assumere dei sintomi riferiti dai genitori stessi. Il meccanismo con cui si struttura è identico alla sindrome da indennizzo dell'adulto, solo che in questo caso la sintomatologia viene indotta nel bambino, che fedelmente si adegua.

La motivazione psicologica è quella del risarcimento e viene totalmente negata sia dai genitori che dal bambino; i sintomi variano a seconda delle conoscenze mediche della famiglia e la sindrome si risolve con totale e improvvisa guarigione del minore una volta ottenuto il risarcimento.

1.4.3.4 SINDROME DI MUNCHAUSEN PER PROCURA

- **Sindrome di Munchausen per procura** o "Disturbo fittizio con sintomi cronici 301.51" (DSM III) per procura: l'adulto (di regola la madre) produce una malattia fittizia nel bambino e ricorre frequentemente all'attenzione dei sanitari per sintomi che riferisce al minore: nell'impossibilità di procurargli la malattia ne altera, ove possibile, gli esami di laboratorio. La storia clinica di questi bambini evidenzia ospedalizzazioni ricorrenti.

Questa sindrome prende il nome dal Barone di Munchausen che era solito intrattenere i propri commensali raccontando bugie. Ad utilizzare per primo in ambito minorile questa terminologia fu, nel 1977, il pediatra inglese Roy Meadow, che descrisse una situazione in cui “uno o entrambi i genitori inventano sintomi e segni fittizi nei propri figli o addirittura loro stessi provocano sintomi e disturbi, come ad esempio la somministrazione di sostanze velenose che e poi li sottopongono a una serie di esami e interventi che raggiungono il risultato di farli diventare molto ammalati o addirittura ucciderli”. Una caratteristica di questa patologia è la cronicità e la ripetitività dei comportamenti.

Questa patologia è una forma di abuso in cui il bambino rischia gravi danni fisici e psicologici e, spesso, la vita. I genitori, in particolare la madre, non hanno l'intenzione di procurare danni o nuocere al proprio figlio; essi appaiono in buona fede e con il loro comportamento vogliono ricreare una situazione di cure e presa in carico del bambino da parte di altri e rimangono fortemente turbati nel caso in cui muoia.

Una madre affetta da SMP ha la convinzione maniacale che il figlio sia malato; appare, infatti, evidente che queste donne adottano uno stile affascinante e subdolo per sfruttare gli altri violando le norme sociali e morali, senza senso di colpa o rimorso alcuno. Sono frequentemente affette da personalità sociopatica o da un disturbo di personalità più o meno marcato (istrionico, borderline, passivoaggressivo, paranoide, narcisistico).

Le modalità con cui si manifesta la sindrome di Munchausen per procura sono le più varie.

Può essere attivata un'opera di suggestione per convincere il bambino di essere ammalato, o gli possono essere provocati sintomi somministrando sostanze nocive. Si può attuare la simulazione di una malattia inesistente o la sua induzione

volontaria. A questo proposito va osservata l'estrema varietà dei comportamenti, che vanno dall'omissione di cure (quando un bambino soffre di determinate patologie croniche, asma o allergie), alla somministrazione di sale, droghe o altre sostanze nocive, al soffocamento, arrivando addirittura all'iniezione di feci, urina, saliva, e in particolare, veleni di vari tipi.

Questo tipo di violenza è molto complessa da descrivere perché intervengono, oltre alla coppia genitoriale con le caratteristiche soggettive e le dinamiche interne, anche le caratteristiche del bambino legate all'età, alle capacità di verbalizzazione, alla sua forza interna, al tipo di relazione con i genitori, soprattutto con la madre. Perché si verifichi l'abuso, infatti, è necessaria la collaborazione di tutto il sistema familiare; tutti i membri della famiglia, anche di quella estesa, utilizzano la sindrome per mantenere la stabilità familiare e negare i conflitti.

Per la diagnosi è fondamentale studiare attentamente la storia clinica, verificare se vi è un'associazione temporale tra i sintomi del bambino e la presenza della madre, chiedere molti dettagli sulla storia personale, sociale e familiare e verificare se la madre inventa sintomi anche su se stessa, cercare di capire il significato di tale comportamento.

La diagnosi deve poi essere comunicata alla famiglia in modo chiaro, senza farsi condizionare dalle reazioni della madre che possono andare dalla completa ammissione dell'abuso, all'aggressività verso i medici con l'accusa di essere loro i responsabili per imperizia e incompetenza. I genitori vanno informati se il caso è stato segnalato al Tribunale per i minorenni o ai Servizi territoriali, non per accusarli ma per poter intervenire in difesa del minore. Contemporaneamente va offerto un sostegno psicologico alla madre, al bambino e a tutto il gruppo familiare

1.4.3.5 HELP SEEKER

In questo tipo di patologia il bambino presenta dei sintomi fittizi indotti dalla madre, ma si differenzia dalla sindrome di Munchausen per la frequenza con cui vengono indotti i sintomi e per la motivazione materne. Infatti, gli episodi di ricerca di cure sono limitati nel tempo e rappresentano un preciso bisogno della madre in particolari momenti.

Il confronto con il medico spesso la induce a comunicare i suoi problemi quali l'ansia e la depressione. Di solito, se viene offerto un sostegno psicoterapeutico o proposto l'affidamento temporaneo del bambino, la madre accetta e si mostra disposta a collaborare.

1.5 ABUSO SESSUALE

Nell'ambito delle varie forme di violenza ai minori assume particolare rilievo, in questi tempi, l'abuso sessuale (sia esso intra od extrafamiliare) che, con la pedofilia ed il turismo sessuale viene sempre più frequentemente posto alla nostra attenzione da parte dei mass media. Giornali e televisione, infatti, frequentemente e con dovizia di particolari narrano di bambini inconsapevoli vittime di "attenzioni sessuali" da parte di adulti.

Ma i rapporti sessuali con minori non celebrano alcun tipo di affettività o di sessualità; celebrano invece una forma, tutta particolare, di violenza dove un adulto si relaziona ad un bambino per godere della sua impotenza e della sua fragilità. Un gioco eccitante che vede il minore prigioniero delle perversioni dell'adulto stesso.

Da sempre sottostimato, raramente evento accidentale, mostra a tutt'oggi connotazioni di difficile interpretazione diagnostica.

Se alle difficoltà oggettive legate ad una diagnosi precisa si aggiungono le molteplici definizioni che il concetto di “abuso sessuale ai minori” raccoglie nell’ambito del mondo scientifico e del mondo giuridico si colgono appieno le incertezze incontrate dagli operatori del settore nel realizzare una classificazione operativa che non fosse nè generica ed onnicomprensiva da un lato nè schematica e risolutoria dall’altro.

Per abuso sessuale sui minori il mondo scientifico intende: *“il coinvolgimento di minori in attività sessuali da parte di soggetti adulti finalizzato al soddisfacimento di questi che approfittano della condizione di inferiorità fisica e psichica del minore stesso non in grado di comprendere il senso dell’atto”*.

Questa definizione comporta inevitabilmente una mediazione culturale ed operativa tra diversi ambiti che hanno, nel loro specifico, a che relazionarsi che le piccole vittime. L’interpretazione dell’abuso sessuale operata in campo .giuridico, .medico-legale, neuropsichiatrico, psicologico, sociale, .antropologico, politico, etico concorre inevitabilmente alla realizzazione dell’approccio multidisciplinare del problema stesso.

L’abuso sessuale su minori può verificarsi nell’ambito familiare o extrafamiliare e coinvolge un ampio spettro di attività sessuali che comprendono, da un lato, eventi in cui non è previsto alcun tipo di contatto fisico dall’altro situazioni che comportano un contatto sessuale diretto. Ne fanno parte l’esibizionismo, la manipolazione genitale, lo sfruttamento, la pornografia, il rapporto sessuale con penetrazione e l’incesto come azioni attive dirette sul minore; nel contempo è da ritenersi abuso sessuale anche la violenza sessuale assistita che si realizza quando un adulto costringe il minore ad assistere a filmati pornografici e/o a giochi erotici compiuti in sua presenza oppure quando il minore è obbligato, con la forza o con

la seduzione, ad assistere ad un rapporto sessuale o a vivere da spettatore atti sessuali che l'adulto compie in sua presenza su se stesso.

Ecco allora che abuso sessuale sui minori definisce chiaramente il coinvolgimento di bambini e adolescenti - soggetti quindi immaturi e dipendenti - in attività sessuali che essi non comprendono ancora completamente, alle quali non sono in grado di acconsentire con totale consapevolezza, o che sono tali da violare i tabù vigenti nella società circa i ruoli familiari.

A differenza della violenza fisica, la violenza sessuale offre spesso "segni" labili di dubbia interpretazione e talvolta neppure questi. Frequentemente il quadro lesivo generale può essere totalmente privo di caratteristiche peculiari ma trova, talvolta, nel suo complesso, una certa specificità di rilievi che non deve sfuggire all'operatore avveduto e che deve essere letta in una visione più ampia e globale del fenomeno stesso.

Nella maggior parte dei casi, infatti, la sintomatologia appare del tutto incongrua, il minore non è collaborativo, gli adulti che lo accompagnano sono spesso falsamente preoccupati e solleciti, pronti a rassicurare l'operatore con spiegazioni sempre pertinenti e plausibili.

L'idea poi che il minore, quel minore, sia stato sessualmente abusato suscita "... anche in persone professionalmente avvedute, inconsci moti di rimozione e di negazione della possibilità che un essere umano infierisca su un bambino, specie se ne è genitore o affidatario." Inoltre "... Chi svolge prestazioni assistenziali ospedaliere o territoriali, avendo una preparazione prettamente clinica e una consuetudine operativa elettivamente diagnostico terapeutica, per la quale non è indispensabile la precisa conoscenza del contesto entro il quale si sono verificate le condizioni meritevoli d'intervento, non è necessariamente interessato

all'approfondimento interpretativo dell'effettiva matrice causale di tali condizioni.”

Di fronte a tutto ciò la possibilità di individuare un abuso sessuale è frequentemente determinata dalla differente sensibilità e dall'attenzione che i diversi operatori pongono su sfumati indicatori fisici e/o comportamentali.

Diviene quindi intuitivo come la diagnosi medico legale di abuso sessuale sui minori presenti, inevitabilmente, molteplici difficoltà oggettive sia per la frequente assenza di segni patognomonicici dell'abuso stesso che per la difficile interpretazione dei reperti obiettivi alla luce della normale anatomia genitale in età infantile.

I tempi di latenza che troppo spesso, purtroppo, intercorrono tra l'evento abuso e l'accertamento clinico dello stesso, le molteplici e differenti spiegazioni che gli adulti forniscono in merito alle lesioni riscontrate e la strumentalizzazione dell'evento abuso ad opera degli adulti direttamente o indirettamente coinvolti fanno sì che la diagnosi multidisciplinare di abuso sessuale sui minori sia possibile solo in équipe di operatori esperti sensibilizzati e profondamente avveduti.

Malattie veneree contratte in giovane età, traumi anche modesti nell'area perineale, infezioni ricorrenti delle vie urinarie, una precoce disponibilità a giochi sessualizzati, continue fughe da casa e comportamenti "bizzarri" devono comunque far sorgere il sospetto di un possibile abuso sessuale. Talvolta è possibile riscontrare la presenza di suggestive soluzioni di continuo evocanti unghiate ai fianchi, sulle natiche, sui seni come possibili segni di afferramento.

Il rischio di subire un abuso sessuale durante l'infanzia e l'adolescenza è indipendente dalla razza, dalla cultura e dallo status socio-economico. Le statistiche indicano una maggiore prevalenza per il sesso femminile rispetto a

quello maschile. I fattori di rischio rappresentano quei segnali in grado di individuare le famiglie a rischio in modo tale da formulare una diagnosi presuntiva di sospetto abuso che deve essere verificata con l'aiuto di una équipe multidisciplinare.

Possiamo identificare cause sociali, cause relazionali da parte dei genitori, patologie genitoriali, cause relazionali da parte dei bambini o patologia dei minori.

Le cause sociali: vengono identificate in famiglie isolate dal contesto sociale, con difficoltà economiche e lavorative, caratterizzate da emarginazione sociale e si verificano frequentemente in un contesto di immigrazione. In questa categoria sono racchiuse cause religiose e razziali, isolamento dalle rispettive famiglie d'origine, condizioni abitative inadeguate per igiene e spazi, famiglie monoparentali (ragazze madri, separazione, divorzi, vedovanze) e disoccupazione.

Cause relazionali da parte dei genitori: possono essere rappresentate da una patologia genitoriale, da conflitti nella coppia o da genitori maltrattati a loro volta e con gravi carenze affettive.

Patologie genitoriali: queste possono essere psicosi, personalità miste (borderline), tossicodipendenze, alcolismo, ritardo mentale.

Cause relazionali da parte del bambino. patologia del bambino, gravidanza e nascita, ordine di genitura, sesso.

Patologia del bambino: patologie neonatali, malattie croniche, disabilità fisiche o psichiche, disturbi di apprendimento, disturbi del sonno (accompagnati da pianto notturno o diurno), disturbi delle condotte alimentari e/o sfinteriche, inibizione o ipercinesia.

Molteplici sono le definizioni di abuso sessuale infantile, ottenere una definizione unitaria è difficoltoso poiché dipende fortemente dall'ambito dal quale si affronta l'evento abuso che può essere differentemente medico, giuridico o psicologico poiché ciascun ambito valuterà l'abuso sessuale in relazione alle proprie competenze operative.

Per questo motivo è necessario prevedere l'impiego di una definizione che sia condivisa dalle diverse figure professionali per far sì che siano intrapresi, senza ritardo, provvedimenti di tutela a carico del minore oltre che l'apertura di un eventuale procedimento giudiziario nei confronti dell'aggressore. In realtà, non è affatto semplice delimitare i confini tra ciò che è lecito e ciò che non lo è, in una materia fortemente condizionata da inclinazioni soggettive, dove la linea di demarcazione è molto sfumata. Secondo l'American Academy of Pediatrics (1999) "si può parlare di abuso sessuale nei casi in cui un bambino venga coinvolto in attività sessuali che non è in grado di comprendere, per le quali non è pronto e alle quali non può prestare consenso e/o che violano la legge o i tabù sociali. Le attività sessuali possono includere le forme di contatti oro-genitali genitali o anali messe in atto sul bambino o dal bambino o le attività sessuali senza contatto come l'esibizionismo, il voyeurismo o l'utilizzazione del bambino nella produzione di materiale pornografico".

Il Consiglio d'Europa lo definisce come: "Gli atti e le carenze che turbano gravemente il bambino, attentando alla sua integrità corporea, al suo sviluppo fisico ed intellettuale".

Secondo Kempe (1978), rientrano nella definizione di abuso sessuale anche quegli atti sessuali che, pur compresi e accettati dal bambino, violano i tabù sociali relativi ai ruoli familiari: "l'abuso sessuale è definito come il coinvolgimento di bambini e adolescenti dipendenti e immaturi in termini

evolutivi, in attività sessuali che non riescono a comprendere completamente, alle quali non sono in grado di dare consenso informato o che violano i tabù sociali relativi ai ruoli familiari “.

Quindi ogni rapporto sessuale tra adulto e bambino deve essere considerato abusante:

- Se il minore è usato o sfruttato per la gratificazione sessuale di un adulto;
- Se il minore è esposto o coinvolto in attività sessuali inappropriate al suo sviluppo psico-fisico;
- Se il minore coinvolto sessualmente si trova nell'incapacità di essere consenziente, a causa della differenza di età e di molo dell'adulto;
- Se il minore è coinvolto nell'attività sessuale con persone che hanno un legame di parentela ascendente nell'ambiente familiare (incesto).

Secondo Roberts e Taylor, l'abuso sessuale sui bambini comprende diverse tipologie tutte fortemente traumatizzanti.

Ogni bambino sentirà di essere stato sessualmente abusato quando un adulto lo coinvolge in attività volte a soddisfare la propria eccitazione o a provocarne intensa gratificazione sessuale, indipendentemente dall'uso della forza e dal fatto che si sia verificato un contatto con i genitali.

Una definizione condivisa dagli operatori socio sanitari a livello nazionale è quella fornita da Montecchi (1994): “l'abuso sessuale è il coinvolgimento in attività sessuali di soggetti immaturi e psicologicamente dipendenti. Soggetti a cui manca la consapevolezza delle proprie azioni nonché la possibilità di scegliere. Rientrano nell'abuso anche le attività sessuali realizzate in violazione dei tabù sociali sui ruoli familiari, pur con l'accettazione del minore”.

In particolare, gli atti che si traducono in attività sessuali possono includere le forme di contatti oro-genitali, genitali o anali messe in atto sul bambino o dal

bambino o le attività sessuali senza contatto come l'esibizionismo, il voyeurismo o l'utilizzazione del bambino nella produzione di materiale pornografico. L'abuso sessuale include una vasta gamma di attività che varia dallo stupro a forme fisicamente meno invasive di abuso sessuale.

Rientrano nell'abuso anche le attività sessuali realizzate in violazione dei tabù sociali sull'incesto pur con l'accettazione del minore, poiché si presume che tale accettazione sia viziata dal rapporto di potere che si instaura tra il minore e l'abusante.

Gli atti di abuso possono essere distinti da quelli non abusivi per la presenza di tre fattori la differenza di potere, la differenza di conoscenze legate alla sessualità, la differenza nella gratificazione. Con differenza di potere s'intende l'atto compiuto da parte di una persona che in virtù del suo ruolo, delle sue capacità, o delle sue caratteristiche fisiche influenzi e controlli la vittima con o senza l'uso della forza. La differenza di conoscenze implica che la vittima abbia una minore comprensione del significato e delle implicazioni dell'atto sessuale rispetto all'abusante e che non possa valutare appieno le implicazioni legate all'atto stesso. Nella maggior parte dei casi di abuso sessuale l'atto risulta gratificante solo per l'abusante e assume tutt'altro significato per la vittima.

La Società Italiana di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza (SINPIA) divide l'abuso sessuale su minori in diverse categorie a seconda del rapporto esistente tra la vittima e l'abusante:

-intrafamiliare se l'abusante è una persona a lui legata da vincoli di parentela: questo può riguardare sia le femmine sia i maschi (anche se questi sono colpiti in misura minore) L'abuso può consistere in atti di masturbatori e/o eccitatori, nella penetrazione del bambino o della bambina o in pratiche igieniche inconsuete e

utilizzate dal genitore in modo erotizzato: in questo caso si parla di abuso mascherato.

Può essere attuato da membri della famiglia nucleare (genitori, compresi quelli adottivi e affidatari, patrigni, conviventi, fratelli) o da membri della famiglia allargata (nonni, zii, cugini, amici stretti della famiglia);

-extrafamiliare se invece si tratta di una persona estranea al nucleo familiare; questa tipologia di violenza coinvolge indifferentemente maschi e femmine; se ripetuto nel tempo riconosce sempre una condizione di trascuratezza intrafamiliare che porta il minore ad aderire alle attenzioni affettive che trova al di fuori della famiglia. E' attuato, di solito, da persone conosciute dal minore: vicini di casa o conoscenti.

Le conseguenze di questi atti sui bambini possono essere talmente intrusive da poter determinare un disturbo patologico.

1.5.1 LE DIVERSE TIPOLOGIE DI ABUSO SESSUALE

La Società Italiana di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza (SINPIA) divide l'abuso sessuale su minori in diverse categorie a seconda del rapporto esistente tra la vittima e l'abusante:

-intrafamiliare se l'abusante è un familiare: questo può riguardare sia le femmine sia i maschi (anche se questi sono colpiti in misura minore) L'abuso può consistere in atti di libidine, nella penetrazione del bambino o della bambina o in pratiche igieniche inconsuete e utilizzate dal genitore in modo erotizzato: in questo caso si parla di abuso mascherato.

Può essere attuato da membri della famiglia nucleare conviventi con il minore (genitori, compresi quelli adottivi e affidatari, patrigni, fratelli, nonni, zii ecc.) ed allora si tratterà di abuso sessuale intrafamiliare di ambito ristretto o da familiari

non conviventi con il minore ma da lui legittimati in virtù del legame di parentela e allora sarà definito abuso sessuale intrafamiliare di ambito allargato;

Si parlerà di abuso sessuale extrafamiliare se l'abusante è una persona esterna al nucleo familiare e sarà ulteriormente specificato in extrafamiliare ristretto (agito da persona conosciuta e di fiducia) o extrafamiliare allargato (agito da persona completamente sconosciuta).

La violenza sessuale extrafamiliare interessa indifferentemente maschi e femmine e, se di tipo continuativo riconosce sempre una condizione di trascuratezza intrafamiliare che porta il bambino ad aderire alle attenzioni affettive che trova al di fuori della famiglia, è una sorta di baratto tra vittima e abusante che vede lo scambio di affetto e sesso. E' attuato, di solito, da persone conosciute dal minore e depositarie della sua fiducia.

Le ricerche relative alla diffusione dell'abuso sessuale hanno messo in evidenza il fatto che la tipologia di abuso prevalente è quella intrafamiliare.

Montecchi distingue tre forme cliniche fondamentali in cui si può manifestare l'abuso sessuale sia esso intrafamiliare che extrafamiliare se agito da persona fidata e conosciuta:

1. abusi sessuali manifesti: comprendono diversi comportamenti con contatto, dalle forme più blande di seduzione (baci, carezze, nudità) a quelle più gravi (masturbazione reciproca, rapporti orali, rapporti completi ecc.);
2. abusi sessuali mascherati: si considerano tali le pratiche genitali inconsuete, quali i lavaggi dei genitali, le ispezioni ripetute (anali, vaginali), le applicazioni di creme, adozione di interventi medici per apparenti e spesso inesistenti problemi urinari e genitali. In questo gruppo sono compresi gli abusi sessuali assistiti, in cui i bambini vengono fatti assistere all'attività sessuale degli adulti (anche genitori), non come fatto occasionale ma su precisa richiesta dei stessi. In altre situazioni

più complesse e perverse, nell'ambito intrafamiliare, il bambino viene fatto assistere all'abuso sessuale che un genitore agisce su un fratello o una sorella.

3. pseudoabusi: si tratta di abusi che non sono stati realmente consumati, ma vengono dichiarati per convinzione errata di un genitore, a volte delirante, che il figlio/a sia stato abusato; per consapevole accusa all'ipotetico autore dell'abuso, allo scopo di screditarlo, aggredirlo o perseguirlo giudizialmente, solitamente ciò avviene nei casi di separazione coniugale e affidamento dei figli; per falsa dichiarazione del figlio/a al fine di sovvertire una situazione familiare insostenibile.

Il secondo gruppo di abusi sessuali sono quelli francamente extrafamiliari, essi riguardano indifferentemente maschi e femmine e se protratti nel tempo e non svelati, si radicano spesso in una condizione di trascuratezza affettiva che spinge il minore ad accettare le attenzioni affettive erotizzate di una figura estranea.

Gli abusi sessuali intrafamiliari possono essere ulteriormente distinti in:

- violenza sessuale tra padre e figlia: si tratta del caso più frequente e di cui la letteratura si è maggiormente occupata;
- violenza tra padre e figlio: è meno frequente; le sue dinamiche presentano delle analogie con l'incesto padre/figlia;
- violenza tra madre e figlio: è un evento molto raro, che provoca le conseguenze psicologiche peggiori per i soggetti coinvolti.

A questa classificazione si può aggiungere una distinzione ancora più ampia che comprende:

- gli abusi sessuali istituzionali: quando gli autori della violenza sono maestri, educatori, assistenti di comunità, allenatori, medici, infermieri, religiosi ecc., in pratica tutti coloro ai quali il minore viene affidato per ragioni di cura, custodia,

educazione, gestione del tempo libero, all'interno delle diverse istituzioni e organizzazioni.

- gli abusi sessuali di strada: che sono abusi commessi da parte di persone sconosciute.

- lo sfruttamento sessuale ai fini di lucro: abuso commesso da parte di singoli o gruppi criminali organizzati (quali le organizzazioni per la produzione di materiale pornografico, per lo sfruttamento della prostituzione, agenzie per il turismo sessuale).

- violenza sessuale da parte di gruppi organizzati (sette, gruppi di pedofili ecc.) esterni al nucleo familiare.

1.5.2 GLI INDICATORI DI ABUSO SESSUALE

L'accertamento di un abuso è un momento delicato e richiede una grande competenza e professionalità da parte degli operatori deputati a questo, è necessaria una collaborazione tra le varie aree di competenza in modo da agire mediante una visione globale che racchiuda e prenda in considerazione aspetti fisici, psicologici, individuali e relazionali.

Secondo Sgroi (1982), il riconoscimento dell'abuso sessuale sui bambini dipende totalmente dalla disponibilità interiore delle persone a prenderne in considerazione l'esistenza.

Non sempre la sintomatologia e i segni di un abuso sono chiari ed evidenti e spesso non è presente alcun segno fisico di violenza.

Nella maggioranza dei casi, l'abuso sessuale viene compiuto senza ricorrere a maltrattamenti fisici ma solo con l'uso del ricatto psicologico o della seduzione, avvalendosi del ruolo di superiorità di cui è investito il genitore. Per questo

motivo spesso è difficile rilevare la presenza di un abuso sessuale prima che il bambino o qualcun altro ne faccia aperta dichiarazione.

Devono quindi essere utilizzati una serie di criteri o indicatori finalizzati accertare l'effettivo verificarsi di un abuso sessuale

indicatori fisici

indicatori cognitivi

indicatori emotivi e comportamentali

1.5.2.1 INDICATORI FISICI

Anche in presenza di segni fisici non si ha la certezza che il bambino abbia subito un abuso, né è possibile in molti casi individuare con precisione l'abusante; va precisato che in molte forme di abuso sessuale non ci sono segni da rilevare o anche qualora possano essere riscontrati non si ha la certezza che siano correlabili ad un abuso. Atti sessuali compiuti in modo non violento, utilizzando ad esempio dei lubrificanti, o semplicemente mediante accarezzamento, non lasciano segni evidenti. Può comparire soltanto un leggero arrossamento che scompare rapidamente. Al contrario i segni di penetrazioni attuate con violenza portano segni più evidenti talora associati a sanguinamenti.

Nessun segnale considerato isolatamente consente la diagnosi, ma il complesso degli indicatori va contestualizzato.

Indicatori fisici di abuso sessuale possono essere:

- i graffi vicino alla zona genitale;
- i corpi estranei nella vagina o nel retto;
- le tracce di liquido seminale;
- lesioni emorragiche;
- le infezioni trasmissibili sessualmente;

- le gravidanze in adolescenza;
- la pubertà precoce.

Esistono criteri di classificazione standardizzati, come quelli proposti e codificati dalla Adams o dal Royal College, che fissano il grado di specificità degli indicatori fisici rilevati

Lesioni cutanee sono frequenti in caso di abuso sui minori, pertanto questi segni cutanei sono molto importanti nella diagnosi e nel riconoscimento di tale violenza. Anche se l'ecchimosi è il segno più comune di abuso fisico, è anche di frequente riscontro in qualsiasi bambino con una attività motoria adeguata. Bisogna quindi distinguere ferite relative a un abuso da altre avvenute accidentalmente.

I lividi comunemente si possono riscontrare sulle ginocchia, nella zona tibiale anteriore o su qualsiasi prominenza ossea, come la fronte, fianchi e la colonna vertebrale. Al contrario, lividi su zone relativamente protette e nascoste come la parte superiore delle braccia, la parte interna e posteriore delle cosce, le mani, il tronco, le guance, le orecchie, il collo, i genitali, i glutei dovrebbero sollevare il sospetto di abuso, soprattutto se i lividi sono ampi e di varia età. Anche lesioni multiple, lesioni in diversi stadi di guarigione o racconti discrepanti su come sono state procurate dovrebbero suscitare un sospetto di abuso.

Le contusioni sono estremamente rare nei bambini con età inferiore ai 6 mesi, in quanto non sono ancora dotati di mobilità autonoma. Ogni lesione dei tessuti molli in un bambino ha un'elevata correlazione con l'abuso. Un ulteriore fattore da considerare, è la forma della contusione, che può riflettere la forma dell'oggetto usato per infliggere il danno. Nella differenziazione tra lividi accidentali e non accidentali devono essere prese in considerazione patologie cutanee dermatologiche in grado di mimare ecchimosi, queste sono, mongolian spot, nevi blu, angioedema, disturbi emorragici, vasculite, ipersensibilità,

infezioni, disturbi del tessuto connettivo, eritema emangiomi, porpora fulminante da meningococco.

Tutti i segni di morsi dovrebbero sollevare il sospetto di abuso, questi sono importanti non solo per la loro correlazione con l'abuso ma anche a causa delle infezioni che possono provocare. E' importante documentare la forma, il colore e il diametro di un segno di morso per aiutare a identificare i possibili responsabili. Segni di morsi devono essere sospettati quando ecchimosi, abrasioni, lacerazioni mostrano un aspetto ellittico o ovoidale. Essi possono essere visualizzati più chiaramente dopo 2 o 3 giorni per la diminuzione dell'edema e dell'eritema circostante. Queste lesioni devono essere fotografate con attrezzatura adeguata. E' anche utile prelevare un campione di saliva del presunto autore per i test del DNA. Prima di ogni disinfezione, da tutti i segni di morsi dovrebbe essere prelevato un tampone sterile inumidito con soluzione salina, che viene poi essiccato, in busta chiusa, e inviato a un laboratorio per l'analisi forense. Un secondo tampone utilizzato come controllo deve essere ottenuto da una zona indenne della pelle del bambino.

L'abuso compiuto mediante bruciature rappresenta circa il 6% - 20% dei casi. Le lesioni termiche costituiscono circa il 10% delle lesioni dei bambini maltrattati fisicamente e il 5% di coloro che sono vittime di abusi sessuali, possono essere di difficile diagnosi, spesso non sono riconosciute e la loro incidenza è quindi sottostimata. Queste bruciature sembrano più comuni nei bambini sotto i 3 anni di età.

Le lesioni termiche includono, scottature, bruciature dovute al contatto con vari elettrodomestici, accendini, bruciature di sigarette, ustioni dovute a immersione in acqua bollente, quest'ultime tendono ad avere una lesione uniforme che di solito coinvolge i glutei, il perineo e gli arti inferiori.

Le bruciature di sigaretta rappresentano una forma comune di abuso, appaiono come ustioni rotonde e ben delimitate con diametro da 7 a 10 mm hanno un profondo cratere centrale e appaiono comunemente raggruppate su viso, mani e piedi.

Patologie in grado di simulare ustioni comprendono cellulite, eritema solare, eruzione fissa da farmaci, dermatite da contatto, dermatite erpetiforme, sindrome stafilococcica della cute ustionata, necrolisi epidermica tossica, epidermolisi bollosa, impetigine bollosa e insensibilità congenita al dolore.

Lesioni della cavità orale possono essere inflitte con strumenti come gli utensili da cucina o una bottiglia durante alimentazione forzata, o provocate da liquidi bollenti o da sostanze caustiche.

L'abuso può causare contusioni, ustioni o lacerazioni della lingua, delle labbra, della mucosa buccale, del palato, delle gengive; fratture di denti o delle ossa facciali e della mandibola.

Un eritema inspiegabile o petecchie del palato, soprattutto a livello della giunzione del palato duro e morbido, può essere indicativa di sesso orale forzato.

La rottura del frenulo labiale o linguale può essere un segno di un colpo alla bocca, di alimentazione forzata o sesso orale forzato.

1.5.2.2 INDICATORI COGNITIVI

Gli indicatori cognitivi, sono quelle conoscenze sessuali che risultano inadeguate per l'età del minore in esame, le modalità di rivelazione e i dettagli del riferito abuso da parte del bambino. Nel racconto del minore vittima può essere presente anche una certa confusione nel ricordo dei fatti e nella consequenzialità degli eventi, problemi nelle normali attività quotidiane, come, ad esempio, quelle scolastiche e nelle attività socio-relazionali.

Per scoprire gli indicatori di tipo cognitivo le aree da investigare sono: il livello di coerenza delle dichiarazioni, l'elaborazione fantastica, il giudizio morale, la chiarezza semantica.

Si ritiene di particolare importanza, soprattutto per la valutazione della testimonianza del bambino, la conoscenza dello sviluppo cognitivo.

1.5.2.3 INDICATORI EMOTIVI E COMPORTAMENTALI

Nei minori vittime di abuso si riscontra spesso una maggiore frequenza dei disturbi emotivi, rilevata dai test di personalità e dai tests psicologici proiettivi. Questi possono essere: depressione, passività, paura, sfiducia verso gli adulti, difficoltà a relazionarsi con i coetanei, atteggiamenti aggressivi, disinteresse verso le normali attività, calo del rendimento scolastico, difficoltà di linguaggio e dell'attenzione, reattività fisiologica ad eventi che simboleggiano o assomigliano a qualche aspetto dell'evento traumatico, crisi acute d'ansia, sentimenti di paura, disturbi del sonno e incubi, stati di ipervigilanza o "vigilanza di ghiaccio" (Kempe, 1978), cioè un'attenzione ansiosa e immobile rivolta all'ambiente circostante, come se il bambino scrutasse con angoscia tutto ciò che lo circonda per scoprirvi un pericolo potenziale.

Sono inoltre presenti disturbi comportamentali, quali maggiore aggressività e comportamenti sessuali inadeguati per l'età, in relazione a quest'ultimo indicatore, la questione che si pone, come vedremo, è molto delicata.

Va però sottolineato che questi sintomi non sono specifici per un abuso ma possono essere generati anche da altri fattori e circostanze. Per questo motivo tali sintomi vengono denominati aspecifici, non legati solo a una situazione d'abuso ma correlati ad un malessere generale del bambino; il professionista dovrà quindi sempre tener presenti tutte le eventuali ipotesi alternative che possono spiegare

questi indicatori ed in ogni caso considerarli con cautela all'interno di una valutazione diagnostica complessiva.

Anche in relazione agli indicatori comportamentali non è possibile utilizzare la categoria della "compatibilità". L'art. 9 della carta di Noto fa obbligo all'esperto di avvisare che le attuali conoscenze in materia non consentono di individuare dei nessi di compatibilità o incompatibilità tra sintomi di disagio e supposti eventi traumatici. Inoltre l'esperto non deve esprimere sul punto della compatibilità né pareri né formulare alcuna conclusione.

Stessi sintomi possono avere origine da differenti cause, come invece stesse situazioni di abuso possono avere conseguenze psicologiche e comportamentali differenti.

L'articolo n. 8 della Carta di Noto segnala inoltre che "i sintomi di disagio che il minore manifesta non possono essere considerati di per sé come indicatori specifici di abuso sessuale, potendo derivare da conflittualità familiare o da altre cause, mentre la loro assenza non esclude di per sé l'abuso".

1.5.3 CONSEGUENZE DELL'ABUSO

L'esperienza negativa vissuta dal bambino maltrattato non si esaurisce con la fine materiale degli abusi ai quali è stato sottoposto: gli effetti dei maltrattamenti subiti possono incidere negativamente sui processi evolutivi della psiche con gravissime conseguenze per l'equilibrio della personalità. Talvolta le immediate implicazioni psicofisiche possono risultare inferiori rispetto a quelle che si sviluppano a livello psicologico-evolutivo (Colesanti, 1995).

L'abuso sessuale è situazione che inevitabilmente porta a un trauma per la vittima, in particolar modo se a subire il danno è una persona in crescita, come nel caso di un minore.

Le conseguenze di questo evento traumatico sono diverse, poiché dipendono da fattori variabili, quali l'età di vittima e aggressore, la relazione esistente fra i soggetti coinvolti, la durata dell'abuso, il livello di sviluppo fisico e cognitivo del minore.

Il danno cagionato è tanto maggiore quanto più:

- il maltrattamento resta sommerso e non viene individuato
 - il maltrattamento è ripetuto nel tempo ed effettuato con violenza e coercizione
 - la risposta di protezione alla vittima nel suo contesto familiare o sociale ritarda
 - il vissuto traumatico resta non espresso o non elaborato
 - la dipendenza fisica e/o psicologica e/o sessuale tra la vittima e il soggetto maltrattante è forte
 - il legame tra la vittima e il soggetto maltrattante è di tipo familiare
- chiara che le persone, che hanno subito un abuso nella loro infanzia o in una età successiva, si portano sicuramente dietro dei grossi problemi a causa di questo trauma. Questi problemi possono essere divisi in psicologici, sociali, sessuali e fisici. Sapere quali sono i comportamenti disturbati che si mettono in atto come conseguenza dell'abuso, può aiutare la persona a fare fronte e modificare il proprio comportamento che non è dipeso dal suo modo di essere, ma da un evento esterno traumatico.

Un altro aspetto che potrebbe influenzare le conseguenze riguarda il ricordo dell'abuso. Molti bambini maltrattati hanno dei ricordi molto vivi e particolareggiati degli episodi, altri bambini non ricordano nulla e negano di aver vissuto un'esperienza simile. E' comunque certo che l'evento, seppur rimosso, negato e scisso dalla propria esperienza di vita, alberga in un qualche angolo remoto della memoria, potendo riaffiorare in un qualsiasi momento della vita.

Le reazioni al trauma possono apparire subito dopo l'evento traumatico dopo giorni o addirittura a distanza di settimane. I sintomi possono essere molto individuali e dipendono dall'età del bambino.

I bambini molto piccoli hanno una forte paura di essere separati dai loro genitori. Possono mostrare comportamenti regressivi, come succhiare il pollice in maniera compulsiva, avere fenomeni di enuresi o encopresi, eccessiva masturbazione, insonnia, angoscia all'addormentamento o al risveglio in solitudine, paura del buio e angosce notturne.

Sono frequenti variazioni nel rendimento scolastico, scarsi rapporti con i coetanei, isolamento sociale, sentimenti di paura, fobie, sensi di colpa, crisi di pianto, modificazione dell'alimentazione con perdita dell'appetito e di peso. Gli adolescenti possono avere sintomi dissociativi o flashback, molti di loro sono soggetti ad abuso di alcool o droghe per compensare i disturbi emozionali più rilevanti.

Molti bambini o adolescenti hanno paura di parlare delle loro esperienze traumatiche, specialmente se sono coinvolti i parenti e possono addirittura sentirsi in colpa e vivere l'angoscia dell'autocolpevolizzazione.

Le persone che hanno subito abusi sessuali potrebbero manifestare disturbi della sfera emotiva con comportamenti di rifiuto e di allontanamento nei confronti degli adulti o dei genitori o nei confronti di chi riveste un ruolo di autorità, da cui si sono sentiti traditi.

Viceversa, può succedere, non di rado, che tali persone abbiano paura di essere rifiutate e ricercano l'approvazione continua da parte di adulti rilevanti, dei genitori o di persone che rivestono un ruolo di autorità.

Possono soffrire di attacchi di ansia. Spesso sono persone che vivono con i sensi molto allertati, mantenendo uno stato di ipervigilanza continuo che affatica e stessa producendo ansia.

La bassissima autostima che diventa parte della loro personalità, è all'origine di stati depressivi e dell'ansia; alcune persone abusate sentono di essere inadeguate in tutte le situazioni.

Può esserci la presenza di comportamenti autodistruttivi, come il suicidio o i tentativi di suicidio oppure il pensiero ricorrente di esso; anche i comportamenti distruttivi verso l'altro potrebbero essere presenti.

Sono molto frequenti i problemi del sonno con la presenza o meno di incubi notturni, anche in età adulta e nelle femmine possono insorgere il Disturbi Dissociativi o Disturbi Alimentari.

Difficilmente i bambini abusati fisicamente e/o sessualmente potranno godere da adulti di una vita sessuale soddisfacente.

La sessualità per essere vissuta in modo appagante richiede un buon rapporto con il proprio corpo e fiducia nell'altro, due cose ardue per una vittima d'abuso. Per questo motivo sono comuni disturbi come: l'anorgasmia, il vaginismo, inibizioni sessuali. Può essere presente però il comportamento opposto: la promiscuità sessuale in quanto molte vittime d'incesto tendono a confondere il sesso con l'affetto, poiché solo nel darsi sessualmente si sono sentite amate dal loro abusante.

Masturbazione compulsiva e fantasie sessuali ossessionanti sono altre conseguenze a lungo termine dell'abuso e sono sintomi attraverso i quali la mente cerca di padroneggiare il trauma subito.

Sono spesso presenti problemi durante i rapporti sessuali, il partner può essere confuso con chi ha commesso l'abuso per il modo che ha di osservare, di toccare o di comportarsi e che riporta alla mente l'esperienza passata.

A volte le persone non vogliono aver più rapporti sessuali o, al contrario, ricercano continuamente esperienze sessuali mettendo in pratica comportamenti promiscui.

Sono persone che non riescono a dire di no, passano da un partner all'altro e l'unico modo in cui riescono a sentirsi accettate è essere oggetto di attenzioni, spesso solo sessuali, di qualcuno.

Le persone abusate con violenza e comunque con la presenza di maltrattamenti fisici, presentano la convinzione che il sesso debba essere associato a violenza e potrebbero mettere in atto comportamenti violenti o comunque degradanti e umilianti.

Quasi la totalità delle relazioni sociali, amicali ed affettive è influenzata dalla profonda insicurezza che le persone abusate provano verso se stesse, hanno paura del rifiuto e quindi cercano di evitare tutte le situazioni da cui potrebbero riceverlo. Sono portate quindi a evitare molte situazioni sociali e anche per questo, ma non solo, le persone abusate, inoltre, hanno difficoltà a creare delle relazioni da cui trarre soddisfazione. Potrebbero inoltre essere relazioni unicamente basate sullo sfruttamento dell'altro per raggiungere scopi sia personali che professionali. Altre persone, per la grande paura del rifiuto o per la paura di non essere considerate, preferiscono essere odiate. Adottano patologicamente comportamenti violenti ed oppositivi tali da innescare, spesso, litigi e conflitti.

Inoltre, nel momento in cui le persone abusate sessualmente diventano a loro volta genitori possono incorrere in situazioni drammatiche a causa di fantasie

ossessive, di ricordi e analogie con loro stessi, di una voglia inconscia di vendicarsi, di non sapere come toccarli.

Si verificano inoltre conseguenze fisiche tra cui è importante ricordare i disturbi del comportamento alimentare, presenti nella maggior parte delle femmine abusate. L'anoressia produce la sensazione di dominare e controllare il proprio corpo, fa "assopire" il desiderio sessuale, si rendono meno "appetibili" sessualmente (come anche l'obesità).

Sono spesso presenti disturbi come: asma, emicranie, problemi dermatologici, disturbi gastrointestinali.

Inoltre, possono manifestarsi dolori addominali, dolori durante il rapporto sessuale, dolori mestruali, disturbi intestinali, allo stomaco, nausea, mal di testa, dolori alla schiena, alle spalle o dolori di tipo cronico.

Fondamentale diventa quindi il momento della rilevazione, poiché riconoscere prontamente una condizione di abuso e segnalarlo all'autorità giudiziaria è la modalità più sicura per ottenerne l'interruzione e per mettere in atto le prime misure di protezione del minore.

È quindi necessario un approccio integrato, nel quale si mescolino in ugual misura interventi di ordine giudiziario, medico, psicologico e assistenziale, tutti orientati alla protezione del minore.

Sono poi indispensabili l'accertamento, il trattamento giudiziario, la comprensione degli stati d'animo e delle emozioni che saranno necessarie per portare avanti una terapia per il minore.

CAPITOLO 2

ASPETTI GIURIDICI E INTERVENTI A PROTEZIONE DEL MINORE VITTIMA DI REATO

2.1. DIRITTO INTERNAZIONALE

Il primo pronunciamento internazionale a tutela dei diritti dei minori è la "Dichiarazione sui diritti del fanciullo" promulgata dalla Società delle Nazioni Unite a Ginevra nel 1924 ma è con la "Dichiarazione dei diritti del bambino", approvata dall'O.N.U. (New-York, 20/11/1959), che nasce il minore come soggetto di diritto a cui viene riconosciuto, a livello universale, il diritto ad essere tutelato.

Numerose dichiarazioni di principio si sono poi succedute nel tempo, tra le più importanti è opportuno segnalare la "Convenzione europea sull'adozione dei minori" (Strasburgo, 24/4/1979); la "Convenzione internazionale sulla sottrazione di un minore" (L'Aja, 25/10/1980); la "Dichiarazione dei principi sociali e giuridici relativi alla protezione ed al benessere dei minori, con particolare riferimento all'affidamento familiare e all'adozione nazionale ed internazionale" (New-York, novembre 1986).

Infine non possono essere trascurati due documenti fondamentali nell'affermazione dei diritti universali dell'infanzia: il primo è la "Risoluzione del Parlamento Europeo" (1985) che invita tutti gli Stati afferenti la Comunità a prevenire, proteggere, ed assistere i minori vittime di maltrattamenti e di abusi aiutando, secondo le modalità più idonee, le famiglie problematiche; è importante sottolineare come la risoluzione attribuisca allo Stato la possibilità di intervenire nei rapporti gravemente conflittuali tra genitori e figli.

Il secondo documento è la "Convenzione internazionale sui diritti dell'infanzia" stipulata dall'O.N.U. (New-York, 20 novembre 1989), entrata in vigore a livello internazionale il 2 settembre 1990 e ratificata dall'Italia con la L. n. 176/91, che sancisce il dovere di tutelare e proteggere i minori da tutte le violazioni dei diritti stabiliti e promulgati con la Dichiarazione del 1959. "La convenzione si propone di dare attuazione al <<superiore interesse del minore>>, che deve costituire oggetto di primaria considerazione in tutte le decisioni che vengono adottate da tribunali, autorità amministrative, organi legislativi o istituzioni di assistenza sociale, private o pubbliche. E' evidente la grande importanza di avere creato uno strumento internazionale che afferma l'inesistenza di circostanze, situazioni, interessi, per quanto legittimi e garantiti, rispetto ai quali non sia in se' superiore l'interesse del minore a dover essere preso in considerazione in maniera fondamentale."

2.2 LEGISLAZIONE ITALIANA

Al diritto e allo Stato spettano i compiti della tutela, della promozione e del controllo nella formazione delle nuove generazioni; alla società civile (famiglia, scuola, società intermedie, gruppi giovanili, associazionismo, volontariato) spetta il compito di elaborare, vivere e trasmettere il patrimonio dei valori.

Nel compiere un breve excursus legislativo, dalle origini del diritto minorile ad oggi, possiamo cogliere facilmente come, negli anni '30 e '40, il minore fosse considerato un soggetto debole, con capacità limitate addirittura pericoloso per la società (Legge istitutiva del Tribunale per i minorenni, 1934; Testo Unico di pubblica Sicurezza, 1940). Lo stesso Codice Civile emanato nel 1942 considerava i minori incapaci a provvedere a se stessi e quindi assoggettati ai poteri degli adulti; questi potevano disporre in virtù di una concezione di potestà illimitata

intesa come diritto supremo del genitore o del tutore e non come funzione educativa e formativa a tutela dell'interesse del minore stesso.

Con la promulgazione della Carta Costituzionale (1948), finalmente, anche nel nostro Paese, il bambino diviene un autentico soggetto di diritti da far valere e da rispettare nella società, nella scuola, nella famiglia.

I principi costituzionali, affermando come valori assoluti i diritti inviolabili della persona, assurgono il minore allo status di cittadino in quanto soggetto impegnato nella formazione di una personalità adulta e quindi verso la realizzazione, in modo libero e personale, della propria maturità.

L'articolo 2 della Costituzione italiana, afferma e garantisce i diritti inviolabili dell'uomo, ne tutela la personalità individuale sia come singolo sia nella espressione di formazioni sociali; siamo di fronte a posizioni soggettive, aperte a quei valori che, eventualmente figurano come emergenti nella coscienza sociale.

"... la libertà come valore non può essere circoscritta a previsioni determinate e specifiche delle esplicazioni e direzioni in cui esso si realizza. ... i diritti che risultano inviolabili ... sono riconosciuti e garantiti, come tali, come inviolabili, ossia indipendentemente dagli specifici riconoscimenti e garanzie che essi ricevono dalle altre disposizioni costituzionali. Essi ricevono dall'art. 2 un riconoscimento-garanzia globale, che consiste nella loro assunzione al rango di valori primari, di principi costituzionali supremi ... "

Riconoscimento-garanzia che, pronunciato dall'art. 2, viene confermato operativamente, secondo il principio fondamentale dell'uguaglianza, dall'art. 3.

E' proprio con l'art. 3, infatti, che la Repubblica afferma con forza che l'uguaglianza fra tutti i cittadini non può essere un mero esercizio formale, che non si può limitare ad una enunciazione di principi, ma, in quanto affermazione sostanziale, deve essere realizzata nella pratica.

Diviene compito del legislatore, secondo il potere conferitogli dallo Stato, rendere effettivo il principio costituzionale creando le condizioni per la realizzazione di un vero equilibrio economico e sociale che permetta a ciascun cittadino (adulto o bambino che sia) di realizzarsi compiutamente; solo così il cittadino, secondo un giusto equilibrio fra diritti e doveri, potrà sviluppare in modo completo ed armonico le proprie risorse fisiche, intellettuali e spirituali.

L'art. 3 pone le basi giuridiche, a livello normativo, per un concreto sviluppo della società e dei cittadini affermando che ciascuno ha il diritto-dovere di costruire il proprio futuro e quello del proprio Paese.

Implicitamente, questi due articoli, riconoscono "...il globale diritto del minore all'educazione che può articolarsi in un insieme di diritti riferibili ai bisogni del minore, come il diritto alla vita, all'autonomia, alla sicurezza, alla socializzazione, a non essere ritenuto diverso. Viene, inoltre, assunto come uno dei compiti fondamentali della società quello di strutturare condizioni e forme di aiuto che possano rimuovere gli ostacoli che si frappongono ad un armonioso sviluppo delle potenzialità umane."

Ma è con gli artt. 29, 30 e 31 che la Costituzione italiana enuncia una nuova tutela del minore che diviene, per la prima volta, autentico soggetto di diritti da affermare e da rivendicare sia nella società civile che nella famiglia; solo così, i suoi bisogni si costituiscono come autonomi diritti soggettivi ed è proprio la Costituzione che permette la chiave di volta giuridica: non più una concezione repressiva ed assistenzialistica, non più il minore oggetto del diritto, bensì una concezione globale che ne tutela non solo la sua evoluzione-integrità biologica e fisica, ma ne valorizza la personalità libera ed individuale mediante una funzione educativa.

Se l'art. 29 riconosce la famiglia come nucleo interpersonale che costituisce la società naturale, è con gli artt. 30 e 31 che la Costituzione italiana si occupa prioritariamente dei minori: ne riconosce il diritto al mantenimento, all'istruzione, all'educazione; prevede, che la legge stessa vicari i compiti genitoriali in caso di incapacità di questi ultimi; equipara infine i figli nati fuori dal matrimonio a quelli legittimi.

Sulla base del riconoscimento del diritto dei minori e dell'improrogabile necessità di tutelarli, prende avvio la riforma del Tribunale per i Minorenni (L. n. 888 del 25.7.1956) che, avvalendosi di componenti privati (Giudici onorari), esperti in discipline di ordine bio-psico-sociologico o dell'assistenza sociale, si qualifica per la prima volta alla luce di una mediazione culturale ed operativa tra la funzione giuridica e tutte le discipline attente alle problematiche dell'età evolutiva. Non più minori discoli travati e corrigendi dal comportamento "incontenibile" ma nuovi soggetti da garantire, sostenere e tutelare alla luce di ogni evoluzione scientifica e filosofica. E' proprio mediante questa nuova concezione della giustizia minorile che, il Tribunale stesso, così riformato, diviene garante del controllo sociale relativo agli ambiti in cui il minore vive per supportarli o, se necessario, sostituirli secondo una finalità di prevenzione e di terapia della devianza.

Sulla scia di queste innovazioni, la legge sull'adozione speciale (L. n. 341 del 1967) e ancor di più la "Disciplina dell'adozione e dell'affidamento dei minori" (L. n. 184 del 4.5.1983) realizzano in materia di tutela dei minori una vera e propria rivoluzione copernicana venendo ad infrangere l'arcaico diritto genitoriale all'intangibilità dei legami di sangue, affermando, invece, il diritto prioritario del minore di essere figlio di chi abbia la capacità di dargli amore, assistenza e comprensione indipendentemente dai vincoli parentali. In quest'ottica capovolta vengono ad essere prevalenti l'interesse del minore ed il suo diritto ad una

famiglia, sia essa quella d'origine (mediante interventi pubblici di sostegno) sia essa quella affidataria o adottiva.

Queste nuove competenze civili divengono prioritarie, la giustizia minorile si trova improvvisamente mobilitata a difendere l'interesse del minore e, in un'ottica di prevenzione della devianza, si utilizza questo nuovo strumento legislativo per creare al minore quell'ambiente familiare idoneo ad una valorizzazione della sua identità personale.

Nuovi compiti, sempre più impegnativi, fanno sì che il giudice minorile assuma rapidamente il ruolo di "giudice-operatore sociale", "giudice-non giudice" venendo a scomparire quelle importanti differenze tra giudice togato e giudice laico. Diviene, allora, indispensabile recuperare la giusta dimensione a ciascun ruolo, attraverso un adeguamento legislativo delle strutture giudiziarie mediante la realizzazione di organici stabili dei Tribunali per i minorenni autonomi, potenziati e specializzati (L. n. 35 del 1970).

La legge 898/70 "Disciplina dei casi di scioglimento del matrimonio" modificata dalla Legge 74/87 ribadisce l'interesse morale e materiale dei figli quale unico riferimento per i provvedimenti relativi agli stessi; sancisce inoltre l'obbligo dei genitori a provvedere alla loro educazione, istruzione ed al loro mantenimento.

La riforma del diritto di famiglia L. n. 151/75 stabilisce che le esigenze del minore ed i suoi diritti siano inderogabili criteri interpretativi nell'ambito della formulazione di provvedimenti giudiziari.

L'art. 147, capo IV, del Codice Civile, modificato dall'art. 29 della L.n. 151/75, ispirandosi all'art.30 della Costituzione, pone come criterio fondamentale nell'educazione dei figli il rispetto della loro personalità, delle loro capacità, inclinazioni ed aspirazioni. Il Titolo IX -Della potestà di genitori- inoltre, precisa delle norme di tutela degli interessi del minore al fine di ovviare una condotta

pregiudizievole dei genitori nei confronti dei figli con la possibilità da parte del giudice di intervenire nel rapporto genitori-figli potendo limitare o eliminare la potestà parentale (Titolo X; Titolo XI).

Con decreto della Presidenza del Consiglio dei Ministri nel gennaio 1985 viene istituito il Consiglio Nazionale sui problemi dei Minori costituito da rappresentanti istituzionali (nazionali e regionali) e da rappresentanti di associazioni private che operano in tale settore. Il Consiglio ha il compito di realizzare e promuovere studi e ricerche nel settore dei minori, favorendo i collegamenti tra realtà diverse operanti nel medesimo settore con lo scopo di elaborare poi una politica di interventi e di prevenzione univoca ed unitaria.

In ambito penale la riforma del processo minorile (L.n. 448 del 1988) afferma la funzione rieducativa e non punitiva della pena e ne prevede l'esclusione se da essa il minore ne traesse un ulteriore danno (sentenza di non luogo a procedere per irrilevanza del fatto, tenuità del reato, pregiudizio educativo del minore, art.27; sospensione del processo e messa in prova del minore, art.28).

Il 20 marzo 1995 la Presidenza del Consiglio dei Ministri -Dipartimento per gli affari sociali- decreta l'istituzione di un Osservatorio nazionale sui problemi dei minori che si compone di un Osservatorio per la programmazione delle politiche in favore dell'infanzia e di un Centro nazionale di documentazione e analisi. Presieduto dal Ministro per la famiglia e la solidarietà sociale ne fanno parte rappresentanti del Governo, rappresentanti di associazioni di rilievo nazionale operanti nel settore dell'infanzia ed esperti scelti dal Ministro per la famiglia e la solidarietà sociale tra personalità altamente qualificate nel settore dei minori. I compiti dell'Osservatorio, specificati nel decreto, sono:

" - analizzare - attraverso una raccolta dati e una loro integrazione - la reale situazione dell'infanzia e dell'adolescenza nel nostro paese, i problemi che esigono interventi di protezione e di promozione, le reali risorse di cui ci si può avvalere;

- valutare l'impatto della legislazione, anche non direttamente destinata al mondo dei minori, sulla condizione infantile ed adolescenziale;
- valutare l'attuazione delle leggi in materia minorile attraverso monitoraggio della loro effettività, evidenziando eventuali carenze attuative ed individuando gli strumenti indispensabili per renderle pienamente efficaci;
- elaborare e promuovere programmi operativi e progetti pilota per migliorare le condizioni di vita dei soggetti in età evolutiva;
- definire le priorità di intervento nel campo della tutela dei minori;
- coordinare gli interventi delle amministrazioni pubbliche interessate;
- redigere un rapporto annuale al Parlamento sulla condizione minorile e sui problemi di maggior rilievo da risolvere e predisporre uno schema per il periodico rapporto ONU sulla attuazione nel nostro paese della Convenzione sui diritti dei bambini del 1989."

In questo breve excursus legislativo emerge come i principi costituzionali, le leggi, i decreti che dal 1948 ad oggi si sono susseguiti hanno fatto sì che anche in Italia il minore sia stato riconosciuto soggetto di diritti autonomamente tutelati e hanno dato origine a regole nuove e nuovi strumenti affinché ciò concretamente possa avvenire. Se, tuttavia, questa nuova filosofia del minore è andata via via affermandosi come segnale di maturità e responsabilità verso l'infanzia, non si può negare che gli interventi legislativi, analizzati in un'ottica globale, appaiono settoriali e frammentati.

Si avverte la necessità di una riflessione interdisciplinare e globale, fondata su una visione unitaria del minore e capace di tutelarne i diritti negli ambiti che gli sono propri (familiare, scolastico, culturale, sanitario, lavorativo, assistenziale).

Molto resta ancora "da fare", perché la società civile non sempre riesce, o non vuole, adeguarsi ai dettati legislativi incapace di costruire, nella realtà di tutti i giorni, forme vere di tutela dei minori: ancora oggi in Italia assistiamo a fenomeni di sfruttamento e di disagio minorile: salute, scolarità, lavoro sono gli ambiti più significativi in cui si può valutare quanto, effettivamente, i diritti enunciati siano patrimonio non solo giuridico ma anche e soprattutto operativo.

2.2.1 CODICE PENALE, NUOVO CODICE DI PROCEDURA PENALE E TUTELA DEI MINORI

Il fenomeno dell'abuso sui minori sia esso violenza fisica, psicologica, abuso sessuale o patologia delle cure non trova adeguate risposte nell'attuale formulazione del Codice Penale; infatti, l'impianto normativo del nostro Codice Penale (Codice Rocco, 1930), è fondato su concezioni filosofiche ormai superate: le fattispecie criminose sono disciplinate non tanto, come ci si aspetterebbe, a tutela della persona e della personalità del minore, in sintonia con il dettato costituzionale e con i pronunciamenti internazionali, bensì a tutela di "altro" che può essere la moralità pubblica ed il buon costume, nel caso di violenza sessuale, oppure l'assistenza familiare nel caso di maltrattamenti compiuti nell'ambito familiare.

L'impianto normativo vigente risente pesantemente di concezioni filosofiche anacronistiche: se nel 1930 poteva essere accettabile collocare le violenze e gli abusi compiuti su di un minore in ambito familiare nell'ambito dei delitti contro

la famiglia oggi, alla luce del dettato costituzionale, sarebbe molto più corretto includerli tra i delitti contro la persona.

Proprio l'art. 571 c.p. nella sua attuale formulazione "Chiunque abusa dei mezzi di correzione ..." consente di fatto l'uso di mezzi di correzione e quindi di un comportamento violento all'interno del nucleo familiare se determinato da esigenze di carattere disciplinare o correttivo. I genitori e tutti coloro che sono legittimati dalla legge stessa (titolari di un esercizio di autorità derivante dall'affidamento del minore per ragioni di "... educazione, istruzione, cura, vigilanza o custodia, ovvero per l'esercizio di una professione o di un'arte ..."), possono in virtù della patria potestà, esercitare un giusto "jus corrigendi". Questa impostazione si rifà ad un modello pedagogico che eleva la violenza (punizione e castigo) a sistema educativo e che sottende una tacita tolleranza nei confronti di quegli abusi che pur perpetrati nel tempo non provocano "... il pericolo di una malattia nel corpo o nella mente ...".

La violenza fisica o morale, quindi, perpetrata nei confronti di minori in ambito intra o extrafamiliare, è allora punita, alla luce dell'art. 571 C.P., con pene meno severe se l'autore del reato dimostra di essersi servito della violenza stessa allo scopo di correggere o educare.

Se non esistesse l'art. 571 del c. p., sarebbe lecito applicare i vari articoli previsti dal Codice Penale stesso per i delitti di percosse, lesioni personali, ingiurie, omicidio; le pene sarebbero comunque certamente più severe, prevedendo anche l'applicazione di alcune aggravanti quali potrebbero essere l'aver agito per motivi abietti o futili, con crudeltà o sevizia nei confronti di persone incapaci di difendersi.

Non sarebbe più necessario valutare l'esistenza di una necessità di correggere o punire, nè indagare sull'idoneità dei mezzi correttivi: ancora oggi, infatti, si

distingue tra mezzi disciplinari che, per natura e potenzialità lesiva, sono dichiarati comunque illeciti (bastone, cinghia, frusta) e mezzi che diventano illeciti secondo una valutazione di circostanze, di tempo e di persone (lo scuotimento o lo schiaffo in bambini molto piccoli).

Affinché il reato sussista diviene necessario che ne derivi un pericolo probabile di malattia nel corpo e/o nella mente, ma ciò renderebbe lecito l'uso di mezzi di correzione e paradossalmente persino l'abuso qualora non se ne verificasse il pericolo.

Ma una violenza anche minima, e che non provochi un pericolo di malattia fisica o mentale, può comunque costituire un grande danno per una maturazione equilibrata del minore: "la presenza dell'art. 571 altera la logica e diminuisce l'equità di un sistema penale nel quale, le normali previsioni di delitti commessi con violenza fisica o morale contro la persona, e il delitto di maltrattamento in famiglia o verso i minori, costituiscono strumenti validi e sufficienti".

L'art. 572 del codice penale ("maltrattamento in famiglia o verso i fanciulli") prevede l'illeicità del maltrattamento nei confronti di persone di un nucleo familiare, siano essi minorenni o maggiorenni, nonché quello nei confronti di adulti o minorenni affidati ad altri per ragioni di educazione, istruzione, cura, vigilanza o custodia.

Tali maltrattamenti comprendono la molteplicità di atti reiterati nel tempo, numerosi o addirittura abituali, da cui origina una relazione interpersonale tra maltrattante e maltrattato particolarmente dolorosa: è quindi connaturale alla nozione di maltrattamento il carattere di abitudine, quasi ad assurgere a vero e proprio regime di vita.

Episodi isolati di violenza, come il provocare umiliazione, angoscia, svilimento, possono sì, costituire reati autonomi, ma nel contempo divenire giuridicamente irrilevanti.

"Rientreranno nel concetto di maltrattamento tutte quelle forme di comportamento che appaiono tali da provocare una vera e propria degradazione fisica o morale della persona offesa, mentre ne saranno escluse tutte quelle manifestazioni, sia pure scorrette e riprovevoli, alle quali però la coscienza sociale non attribuisce eccessiva importanza e che, in ogni caso, non considera tali da aggredire e menomare notevolmente gli interessi fondamentali della persona nei cui confronti hanno luogo".

Il comportamento comunque previsto dall'art. 572 c. p. può essere sia positivo che negativo comprendendo quindi azioni ed omissioni; in quest'ottica la patologia delle cure (ipercura, discuria ed incuria) diviene abuso all'infanzia al pari di un maltrattamento di tipo fisico e/o psicologico.

In tema poi di violenza sessuale sui minori la giurisprudenza è relativamente recente: infatti, solo il 15 febbraio 1996, viene varata una legge in Italia, la nuova legge sulla violenza sessuale, in cui è sancito che, il reato di violenza sessuale, è un reato contro la persona e non contro la moralità pubblica come precedentemente affermato dal dettato del codice Rocco. In questo modo viene meno la distinzione tra congiunzione carnale e atti di libidine. La violenza sessuale, quindi, è tale anche con atti sessuali non completi (intendendo per atti sessuali tutti quegli atti a connotazione sessuale comprensivi anche delle molestie) perpetrati con violenza, aggressività, minaccia oppure, "semplicemente", facendo leva sull'autorità.

Le disposizioni della Legge n°66 tentano di difendere ogni persona, a prescindere dal sesso e dall'età, da illecite invasioni nella propria sfera di libertà. Particolare

attenzione è riservata al minore per la sua incapacità di esprimere un consenso libero e cosciente, affinché vi sia un'efficiente tutela della privacy durante lo svolgimento del processo.

Grandi passi in avanti vengono effettuati anche con la legge n°269 del 3 agosto 1998. Essa, infatti, reca “norme contro lo sfruttamento della prostituzione, della pornografia, del turismo sessuale in danno di minori, quali nuove forme di riduzione in schiavitù “. Si è giunti, quindi, ad una sintesi legislativa importante che prende finalmente atto della gravità della situazione i cui contorni non si riescono a definire essendo tale la sua ampiezza.

2.2.3 LA NORMATIVA PRIMA DELLA LEGGE N. 66/96

Nel corso dei secoli la commissione dell'abuso sessuale è stata più o meno rilevata a seconda soprattutto dei cambiamenti nei valori etici e sociali dei rapporti umani.

Le evoluzioni della società, inoltre, comportarono anche vari cambiamenti legislativi e, nei codici penali pre-unitari (come in quello toscano del 1853 ed in quello sardo-italiano del 1859) e nel codice Zanardelli del 1889, il delitto di violenza carnale e quello di corruzione di minorenni furono inseriti nei delitti contro il buon costume e l'ordine delle famiglie. Ma questo non bastava: ad esempio la libertà sessuale non era neanche menzionata e risulterà espressamente richiamata come tale soltanto nel codice Rocco del 1930 (nel capo I del libro IX).

Quest'ultimo collocò la violenza sessuale nei reati contro la moralità pubblica e il buon costume. Con ciò fu espressa l'idea sostanziale, presente nella tradizione giuridica al momento della codificazione penale italiana: gli interessi connessi alla libertà sessuale erano considerati non interessi intrinsecamente meritevoli di tutela di per sé, in rapporto al valore e alla dignità del soggetto che ne è portatore, bensì

interessi necessariamente funzionali ad un altro sovrastante interesse dal quale traevano valore e validità: erano considerati il riverbero del superiore interesse alla pubblica moralità

Quindi l'introduzione dell'autonomo rilievo dato alla libertà sessuale fu una novità rispetto alla tradizione preesistente ma affievolita da questa visione pubblicistica dell'interesse tutelato.

Nei confronti dei minori, il riconoscimento del problema della violenza (seppur inizialmente nei suoi aspetti più eclatanti come l'abbandono, l'incuria e lo sfruttamento sul lavoro) si è però concretizzato veramente nella promulgazione di leggi, nel corso del tempo, volte a favorire un'attività di protezione sempre più articolata e intensa del minore da questi fenomeni. Ogni paese, infatti, dimostra il proprio grado di riconoscimento della violenza sui minori in base all'esistenza o meno di un insieme di norme dirette ad incrementare tali fenomeni ed in base alla loro accuratezza legislativa.

Inizialmente sono stati sanzionati i fenomeni più facilmente percepibili all'esterno quali il maltrattamento e l'incuria, seguiti poi dal riconoscimento di forme più "nascoste" quali la violenza psicologica e l'abuso sessuale. Con tale protezione l'ordinamento ha affermato che il valore da tutelare va ravvisato nell'integrità della persona di minore età, considerandola come soggetto che ha potenzialità da salvaguardare, ed ha inoltre realizzato una misura preventiva, impedendo indirettamente la commissione di ulteriori reati attraverso la minaccia della sanzione penale.

Purtroppo, ci sono ancora molte situazioni pregiudizievoli per i minori che non sono state riconosciute, o comunque dove essi non sono stati tutelati in modo tale da ottenere una "protezione reale". È importante, però, che anche il diritto - seppur con un notevole ritardo - abbia cominciato a riconoscere sia che gli adulti

hanno dei doveri nei confronti dei minori, sia che questi ultimi sono portatori di diritti che non solo devono essere rispettati, ma devono anche essere concretamente attuati.

2.2.4 LA LEGGE N. 66/96: “NORME CONTRO LA VIOLENZA SESSUALE”

Importante innovazione in materia di reati di violenza sessuale è stata apportata, negli ultimi anni, dalla legge n. 66/96, con la quale è stata realizzata la riforma del codice Rocco sull'argomento.

Primo punto cardine della riforma è stato lo spostamento di tale normativa dal capo relativo ai delitti contro la moralità pubblica e il buon costume a quello dei delitti contro la libertà personale, con ciò mettendo in evidenza come la tutela offerta da tali disposizioni è rivolta prevalentemente al diritto di autodeterminazione dell'individuo nella sfera dell'attività sessuale.

La legge n. 66/96 costituisce, da una parte, un riconoscimento della richiesta del movimento delle donne di giudicare la violenza sessuale come un reato contro la persona, ma sicuramente è anche un atto rilevante di adeguamento della legislazione italiana a quanto stabilito dalla Convenzione ONU sui diritti del fanciullo, in particolare agli articoli 19 e 39 riguardanti le misure e le azioni per provvedere alla tutela dei minori da ogni forma di abuso. L'introduzione nel codice penale di un richiamo esplicito e specifico alla protezione dei bambini fu sollecitata all'Italia anche da parte del Comitato ONU sui diritti del fanciullo - organismo di controllo e di monitoraggio sullo stato di attuazione della Convenzione (costituito in base a quanto disciplinato dall'art. 43) - il quale, a seguito della valutazione effettuata nel 1994 sul primo rapporto italiano riguardo alle misure adottate per dare applicazione alla Convenzione stessa, formulò

osservazioni e raccomandazioni nei confronti del governo italiano, ma soprattutto, incisivo fu il reclamo per l'assenza nel codice penale di un'adeguata protezione dei minori dall'abuso fisico, sessuale e dalla violenza all'interno della famiglia, per la carenza di misure appropriate di ascolto del bambino e per l'insufficiente numero di risorse e servizi appropriati per il recupero psico-fisico dei minori vittime di abusi.

Infatti, l'art. 19 della Convenzione incita gli Stati ad adottare provvedimenti legislativi, amministrativi, sociali ed educativi per difendere il minore da ogni forma di violenza, oltraggio fisico o mentale, di abbandono, di negligenza, di maltrattamento o di sfruttamento, compresa la violenza sessuale, ponendo l'attenzione sul fatto che l'applicazione di tali provvedimenti deve essere necessariamente correlata alla creazione di programmi sociali finalizzati a fornire l'appoggio necessario al fanciullo e alla sua famiglia (sia questa quella naturale, adottiva o affidataria) e alla predisposizione di strategie di prevenzione e di adeguata indagine sulle condizioni socio-familiari del minore. L'articolo, dunque, pone l'accento sull'importanza di attivare interventi polisettoriali per tutelare efficacemente il minore, poiché il maltrattamento, lo sfruttamento e l'abuso sessuale sono fenomeni complessi che richiedono un approccio multidisciplinare da parte di ogni operatore e settore operante nelle cinque funzioni fondamentali di tutela: la prevenzione, la rilevazione, la diagnosi, la protezione e la cura/trattamento degli effetti a breve e lungo termine del trauma.

L'articolo 39, inoltre, sancisce la necessità di assicurare interventi integrati di aiuto finalizzati a promuovere la cura e il reinserimento sociale dei minori vittime di qualsiasi forma di abuso che interferisca con il loro normale processo di crescita.

L'abuso sessuale può essere realizzato sia con comportamenti attivi, sia con

condotte definite commissive mediante omissione: dunque sia attraverso il compimento di atti sessuali direttamente sul corpo del bambino, sia costringendo quest'ultimo ad assistere a rapporti sessuali. Dunque sono di due tipi le condotte punite dall'ordinamento: quelle attuate con costrizione (violenza, minaccia o abuso d'autorità) e quelle attuate con induzione (inganno o abuso delle condizioni d'inferiorità fisica o psichica, nel senso di soggezione psicologica).

Le disposizioni della legge n. 66/96 tendono a tutelare qualsiasi persona da illecite e conturbanti invasioni nella propria sfera di libertà, sia essa maschio o femmina, adulto o minore. Una tutela particolare è riservata a quest'ultimo a ragione della sua immaturità psichica e fisica, della sua conseguente incapacità di esprimere un consenso automaticamente libero e cosciente, della sua inesperienza e delle conseguenze altamente dannose per un suo equilibrato ed armonico processo di crescita.

Un altro importante aspetto della riforma è stato quello dell'unificazione delle due precedenti figure di violenza carnale e degli atti di libidine violenta (atti sessuali violenti diversi dalla congiunzione carnale), valutati diversamente rispetto alle pene, nell'unica figura degli "atti sessuali" (art. 609 bis), con ciò volendosi eliminare la necessità d'indagini, umilianti per la vittima, volte ad identificare nel caso concreto, la specifica condotta compiuta dal colpevole.

Tale unificazione è un chiaro sintomo di cambiamento culturale e di percezione sessuale sia rispetto alla sessualità che al ruolo di "persona". Infatti, prima della riforma si riteneva che la congiunzione carnale dovesse stimarsi, sul piano normativo, figura criminosa di maggiore gravità rispetto agli atti sessuali di natura diversa, non tenendo evidentemente in considerazione né il grado di compromissione della libertà sessuale derivante da atti in cui non si ha la "congiunzione degli organi genitali", né le conseguenze dannose che ne derivano.

Alla nuova legge, per l'unificazione delle due figure criminose, sono state fatte subito, dalla dottrina, numerose critiche che hanno evidenziato come, per cercare di risparmiare alla persona offesa indagini umilianti e mortificanti (risultato che si voleva perseguire con tale unificazione), occorreva eliminare dal dettato normativo i requisiti della violenza e della minaccia (modalità costitutive delle condotte incriminate) e sostituirli con altri, quali ad esempio l'assenza di consenso o il dissenso, maggiormente rispettosi della persona e più rispondenti alla realtà dei fatti.

È stato, infatti, rilevato che con tale unificazione non si può esonerare la vittima dal sottoporsi a tutte le visite medico-legali ed ai colloqui, che seppur frustranti e dolorosi, sono comunque attività necessarie per l'attività giudiziaria, in quanto volte a valutare l'esistenza, la consistenza e le modalità esecutive dell'atto.

Infatti, abolire ogni riscontro sulla vittima del reato porterebbe a riconoscerle il potere di qualificare direttamente i fatti, da lei denunciati, come verificatisi, ma questo è contrario ad ogni logica giuridica. L'unica funzione che può essere riconosciuta all'unificazione delle condotte illecite è quella di far sì che gli inquirenti, di fronte ad un caso sospetto o accertato di abuso sessuale, non debbano ricercare la specifica norma da applicare al caso concreto, ma possano utilizzare quella che prevede la generica azione di compiere "atti sessuali".

La critica si è rivolta anche alla scelta di tale terminologia generica, la quale sembra non permettere l'individuazione esatta dei confini del fatto illecito. Le motivazioni del legislatore di volere, in questo modo, salvaguardare la riservatezza della persona offesa dalle indagini volte all'accertamento della verità non riescono a giustificare la conseguente violazione del principio di tassatività (contenuto implicitamente nell'art. 25 Cost.), che impone al legislatore di delineare in maniera precisa l'azione delittuosa, per far sì che ognuno sappia

distinguere ciò che è lecito da ciò che non lo è. Tutto ciò ha portato alcuni giuristi a prospettare l'illegittimità costituzionale dell'art. 609 bis.

La legge n. 66/96 individua quattro figure criminose di violenza sessuale in senso ampio: la violenza sessuale propriamente detta, gli atti sessuali con minorenne, la corruzione di minorenne e la violenza sessuale di gruppo.

2.2.4.1 LA LEGGE 269/98: “NORME CONTRO LO SFRUTTAMENTO DELLA PROSTITUZIONE, DELLA PORNOGRAFIA, DEL TURISMO SESSUALE IN DANNO DEI MINORI, QUALI NUOVE FORME DI RIDUZIONE IN SCHIAVITÀ”

Con la legge n. 269/98 sono state previste tutte le incriminazioni corrispondenti ai nuovi sviluppi dell'attività criminale riguardo allo sfruttamento sessuale dei minori e, in specie, il fenomeno dilagante della pedofilia. La legge è stata redatta in adesione alla Convenzione sui diritti del fanciullo (ratificata ai sensi della legge n. 176/91) e alla dichiarazione finale della Conferenza mondiale di Stoccolma del 1996, la quale si concluse con l'approvazione del Progetto delle dichiarazioni di intenti e del programma operativo, in cui si poneva come obiettivo la cooperazione a livello locale, regionale nazionale ed internazionale dei paesi aderenti per combattere il fenomeno.

Sono dunque perseguibili condotte quali l'induzione e lo sfruttamento della prostituzione del minore di 18 anni, anche quando il fine è quello di realizzare esibizioni pornografiche o di produrre materiale pornografico, la distribuzione o la divulgazione (anche per via telematica) di tale materiale o di informazioni finalizzate all'adescamento o allo sfruttamento di minori ed inoltre la prostituzione minorile a scopo di turismo sessuale.

L'aspetto più interessante di questa normativa, non solo dal punto di vista giuridico e criminologico, ma anche etico e sociale, è costituito dall'aver inserito tali condotte in una definizione più ampia di "riduzione in schiavitù di minori", coinvolti in attività sessuali e, dunque, la loro collocazione sistematica tra i "reati contro la personalità individuale", in quanto considerate condotte criminali che compromettono la libera determinazione della "personalità individuale" del minore in crescita. La legge così mostra di considerare, come bene giuridico leso dalle nuove fattispecie di reato, lo sviluppo della personalità del minore sotto il profilo però della sua libera autodeterminazione piuttosto che della cosciente esplicazione della libertà personale (come invece ha fatto la legge n. 66/96). Le nuove figure di reato, infatti, non incriminano gli atti sessuali compiuti con violenza o minaccia (e dunque in assenza del libero consenso della vittima), ma lo sfruttamento della prostituzione e della pornografia minorile, che oltre ad essere di per sé atti caratterizzati da profondo disvalore sociale e morale, costituiscono anche una grave lesione alla personalità individuale di soggetti che, a causa dell'età, non sono completamente in grado di autodeterminare la propria condotta. L'elemento discriminante dalla legge n. 66/96 è costituito sia dalla finalità di lucro che il coinvolgimento del minore in tali attività comporta, sia dalla differenziazione di queste tipologie di comportamento da altre forme di abuso sessuale su minore di tipo familiare o extrafamiliare ove non sia presente però la finalità economica. Il legislatore, dunque, ha inteso colpire la cosiddetta "mercificazione professionalmente organizzata del sesso minorile", con riguardo sia alle prestazioni sessuali vere e proprie, sia alla creazione o riproduzione di suoni o immagini a contenuto erotico.

In Italia la prostituzione minorile coinvolge indifferentemente sia minori italiani che stranieri, questi ultimi spesso vittime della tratta, un crimine che si fonda sulla

compravendita e lo sfruttamento di esseri umani sottratti con violenza o inganno dai luoghi di origine, portati nei Paesi occidentali e venduti come schiavi. Numerose vittime sono state rapite da organizzazioni criminali internazionali, altre sono state vendute dalle proprie famiglie o attratte con false promesse di lavoro.

Non è facile quantificare il numero di minori che sono costretti a prostituirsi in Italia perché esistono, specialmente nel caso di minori italiani, numerose situazioni di prostituzione familiare o amicale che è difficile portare alla luce.

La lotta contro la prostituzione minorile richiede, dunque, uno sforzo di coordinamento sia a livello locale che nazionale ed internazionale perché l'organizzazione del crimine è complessa e articolata. Per perseguire tale reato è necessario anche un efficace coordinamento con i paesi destinatari dei flussi di turisti interessati a questo tipo di mercato: le polizie locali, infatti, sono autorizzate a segnalare agli organismi internazionali la nazionalità di coloro che sono considerati sospetti autori di violenze sessuali sui minori nei paesi di destinazione "turistica".

2.2.5 LA VIOLENZA SESSUALE E GLI ATTI SESSUALI CON MINORENNE

Per i minori, la nuova normativa ha predisposto una rete di particolare protezione: infatti ha previsto, in primo luogo, la minore età fra le aggravanti specifiche della violenza sessuale.

La riforma ha disciplinato sia le condotte di violenza sessuale propria (art. 609 bis), nelle quali la minore età della persona offesa costituisce una mera circostanza aggravante dell'aggressione, sia gli atti sessuali consensuali compiuti con un minorenne (la cosiddetta violenza sessuale presunta o impropria), quegli

atti, cioè, che il minorenne compie volontariamente, senza che sia utilizzata violenza o minaccia.

Fino a quattordici anni, di regola, il minorenne non può validamente consentire al compimento di atti sessuali (art. 609 quater n.1 c.p.): infatti il compimento, senza violenza né minaccia, di tali atti nei confronti di un soggetto che non abbia raggiunto tale limite di età è equiparato a tutti gli effetti alla violenza sessuale (art. 609 bis c.p.).

Tale limite di età viene elevato a sedici quando l'autore rivesta una particolare qualifica che comporti un contatto più diretto e frequente con il minore (come ad esempio il genitore), o un'autorità su di lui, oppure un particolare carisma nei suoi confronti (art. 609 quater n. 2 c.p.).

Il significato del limite minimo di quattordici fissato dal legislatore risiede nella presunzione che prima di tale età il minore non abbia alcuna possibilità di avvertire in maniera limpida e non traumatica i mutamenti fisiologici, inerenti allo sviluppo, che si sono appena verificati o che si stanno verificando in lui. Si è voluto così tutelare l'inviolabilità sessuale del minore, in quanto si tratta di un soggetto considerato dall'ordinamento incapace di manifestare un valido consenso all'atto sessuale. E l'esigenza di proteggere assolutamente il minore in tale fase ha portato all'emanazione dell'art. 609 sexies c.p.

La seconda presunzione, enunciata nel n. 2 dell'art. 609 quater c.p., è relativa ai minori di età compresa tra i quattordici e i sedici anni: essi, in linea di principio, sono ritenuti capaci di esprimere un valido consenso ai fini del compimento di atti di natura sessuale, ma non nei confronti di persone cui il minore sia legato da rapporti qualificati.

Tale norma, infatti, opera solo nei confronti di alcuni particolari soggetti agenti: commette reato chi compie atti sessuali consensuali con una persona che (pur

avendo compiuto quattordici anni) non abbia ancora compiuto i sedici, quando ne è l'ascendente o il tutore o abbia con lui un rapporto di convivenza, o comunque rivesta una particolare funzione di supremazia nei suoi confronti.

Il rapporto di convivenza, in quanto circostanza aggravante, tiene conto di fattori che non solo fanno riferimento alla relazione tra abusato e abusante, e pertanto alla frattura di qualsiasi fiducia e senso di sicurezza che possa esistere tra adulto e minore, ma anche alla continuità dell'abuso nel tempo, che caratterizza quegli abusi compiuti ove esista un rapporto di convivenza che, è dimostrato, contiene contenuti di invasività e traumaticità maggiori rispetto ad episodi isolati.

Infatti, quando l'abuso diviene una relazione protratta nel tempo contribuisce ad una vera strutturazione progressiva della personalità del minore, caratterizzata da insicurezza e paura degli altri, che condiziona la qualità delle relazioni future familiari ed extrafamiliari.

L'importanza della relazione abusato-abusante è pertanto ribadita anche dalla normativa, oltre che dagli esperti in chiave di valutazione clinica e psicodiagnostica.

In queste ipotesi, il bene giuridico tutelato è l'intangibilità sessuale relativa. Il legislatore ritiene che il minore non sia in grado di esprimere un consenso libero ed inoltre che il tipo di rapporto con il soggetto agente non è compatibile con il compimento di atti sessuali, essendovi il rischio di una strumentalizzazione della fiducia del minore stesso.

Il fondamento logico della presunzione di invalidità del consenso prestato al minore dei sedici anni risiede nella convinzione che l'agente può avere - e spesso ha - un notevole ascendente sui minori affidatigli. La sua posizione, infatti, può spesso determinare nel minore un sentimento che non si sviluppa e non si manifesta in maniera consapevole e libera da condizionamenti, ma risente il più

delle volte del concorso di fattori inerenti alla situazione concreta, i quali possono indurre il minore (che a quell'età può sicuramente essere ancora confuso sia sotto il profilo esistenziale, che sotto i profili fisiologico e psicologico) a delle scelte compiute con poca riflessione (ad esempio il caso dell'allieva dei primi anni delle scuole superiori che si invaghisce dell'aitante e giovanile insegnante). L'instabilità emotiva e passionale sono caratteristiche peculiari del periodo adolescenziale e da questo si comprende l'opportunità della tutela apprestata dall'ordinamento contro possibili strumentalizzazioni da parte di adulti.

In considerazione di tali situazioni, il legislatore si è quindi preoccupato di proteggere gli infrasedicenni colpendo con la sanzione penale quei soggetti i quali, pur senza violenza o minaccia, comunque approfittino di essi.

La norma, però, pare gravemente discriminatoria per tutte quelle vittime di abuso sessuale intrafamiliare che hanno più di 16 anni e che si trovano nell'imbarazzante situazione di dimostrare di essere state costrette al rapporto incestuoso con violenze e minacce.

Poiché gli abusi, solitamente, avvengono in assenza di testimoni e la violenza psicologica a cui sono sottoposti i minori è impossibile da dimostrare in sede processuale, le vittime rischiano di veder cadere tutte le loro accuse.

Inoltre, l'incesto non si limita quasi mai ad un solo episodio: in generale si tratta di una relazione che dura per anni e che quasi sempre inizia durante l'infanzia della vittima; non si può dunque pensare che un minore, che comincia a subire abusi da piccolissimo, sia in uno stato di soggezione verso il proprio violentatore fino a 16 anni, mentre, da allora in poi, il rapporto di subalternità psicologica fino a quel momento subito improvvisamente si rompa.

Il legislatore, invece, dà per scontato che debba subentrare il coraggio di ribellarsi: se non c'è stata ribellione, si ritiene che la vittima sia consenziente.

Questa seconda presunzione, però, non è completata da alcuna norma analoga all'art. 609-sexies c.p., quindi l'autore del fatto può sempre provare l'errore sull'età del soggetto passivo, purché la falsa rappresentazione della realtà consista in un errore di fatto (ad esempio nel caso di un documento contenente dati anagrafici inesatti), e non di diritto (quale sarebbe, ad esempio, quello sul computo dei termini e dell'età secondo il diritto civile vigente). Ciò, in linea teorica, vale anche quando autore del fatto sia l'ascendente, o il genitore adottivo, o il tutore o l'abituale convivente: non sembra possibile, però, ipotizzare un solo caso concreto nel quale questi soggetti possano ragionevolmente sostenere l'ignoranza dell'età del minore.

Sul problema rappresentato dagli atti sessuali consensuali compiuti fra minorenni, la previgente normativa non prevedeva disposizioni in merito e ciò era considerato come uno dei profili di maggiore inadeguatezza di essa. Una volta confermato che il limite, al di sotto del quale il consenso prestato dal minore al rapporto sessuale deve ritenersi invalido, era 14 anni (e dunque rifiutata la proposta dei fautori della libertà, anche sessuale, dei minori di abbassare il limite a 12 anni), è emerso il problema di trovare una giusta soluzione per evitare di compiere una compressione troppo forte della personalità dei minori.

Dopo un lungo dibattito, la soluzione di compromesso tra la tutela del minore e il riconoscimento, nell'ambito giuridico, della sua capacità di autodeterminazione è stata raggiunta con la previsione di una particolare causa di non punibilità dei rapporti sessuali tra minorenni, inserita nella legge n. 66/96 all'art. 609 quater, comma 2, c.p.

Secondo tale articolo, le effusioni compiute fra adolescenti, purché siano consensuali, sono consentite alla duplice condizione che il più piccolo dei due

abbia compiuto almeno i tredici anni e che non vi sia fra di loro una differenza di età superiore a tre anni.

Riguardo all'elemento necessario del consenso del minore che ha compiuto almeno tredici anni, sarebbe più corretto parlare di "mancanza di costrizione" all'atto sessuale. In realtà, secondo alcuni autori, essendo l'intera normativa indirizzata verso una tutela rafforzata nei confronti del minore, sarebbe stato più opportuno non limitarsi ad un richiamo alla mancanza di costrizione e richiedere, viceversa, un espresso consenso. In tal modo si sarebbe dovuto anche accertare, caso per caso, se il minore avesse realmente avuto quella capacità (naturalistica) che permette di vedere quell'atto come espressione della sua libertà.

Tale norma consente di contemperare il dato sociale esistente e non discutibile degli atti sessuali compiuti fra teenager con le esigenze di tutela dell'armonia di crescita del minore. Si è cercato, cioè, di porre una distinzione tra le condotte che costituiscono un'interferenza degli adulti nello sviluppo del minore e quelle che, viceversa, costituiscono esperienze spontanee tra adolescenti.

Con questa disposizione è stata prevista una causa personale di non punibilità, che consegue ad una valutazione di mera opportunità politica-criminale. Il bene giuridico tutelato dall'ordinamento nel caso di atti sessuali con minorenni (cioè la sua intangibilità sessuale) viene meno, in questa ipotesi, perché il minore si trova in una fascia di età in cui il legislatore ritiene non debba sussistere una tutela particolare nei suoi confronti, purché, si tratti di rapporti consensuali tra coetanei.

Infine, i fatti di violenza sessuale, siano essi consensuali o meno, sono puniti in maniera particolarmente grave (reclusione da 7 a 14 anni) ove il soggetto passivo abbia un'età inferiore a 10 anni. Con tale disposizione il legislatore ha voluto dare una risposta forte ad un fenomeno grave che ormai sta emergendo anche nei paesi industrializzati: la pedofilia.

2.2.6 OBBLIGATORIETÀ DELLA SEGNALAZIONE NELLE SITUAZIONI DI PREGIUDIZIO A CARICO DEI MINORI

La segnalazione all'Autorità Giudiziaria può essere effettuata da qualsiasi persona o Istituzione che sia pervenuta a conoscenza di una situazione lesiva o pericolosa per la salute fisica o psichica di un minore.

Si distinguono:

- segnalazioni in ambito civile (situazioni di pregiudizio della salute psicofisica di un minore)
- segnalazioni in ambito penale (notizie di reato)

La segnalazione assume un carattere di obbligatorietà in caso di notizia di reato qualora tale persona si trovi ad esercitare una finzione di Pubblico Ufficiale o di Incaricato di Pubblico Servizio, così come avviene per insegnanti ed operatori socio-sanitari del Servizio pubblico (medici, psicologi, assistenti sociali).

Ciò comporta che in tali casi la notizia di reato deve essere da loro trasmessa per iscritto e senza ritardo all'Autorità competente, anche quando non sia individuata la persona cui il reato è attribuito.

La segnalazione del sospetto abuso rappresenta un atto obbligatorio e la mancata segnalazione costituisce infatti omissione di atti d'ufficio (art. 328 c.p.)

Le normative che guidano tale obbligo sono:

- L.698/1975, L.616/1977, L.833/1978: tutti gli operatori socio- sanitari nell'esercizio delle loro finzioni devono vigilare ed assumere iniziative a tutela del minore attivando all'occorrenza l'Autorità Giudiziaria;
- L.184/1983, L.149/2001: tutti i pubblici ufficiali e gli operatori incaricati di pubblico servizio sono tenuti a segnalare all'Autorità Giudiziaria le situazioni di abbandono morale o materiale a carico di minori;

- L. 216/1991 per le situazioni di grave rischio l'istituzione scolastica è tenuta alla segnalazione delle medesime.

L'operatore sociale e sanitario segnala il minore che a suo parere e in base alle informazioni che sono in suo possesso si trova in una situazione di "pregiudizio" ovvero in una situazione, derivante dal contesto familiare o extrafamiliare, che lo ponga in uno stato di sofferenza, disagio o carenza che può incidere negativamente sulle sue potenzialità di crescita e di sviluppo.

Nella segnalazione occorre esporre in forma chiara e sintetica gli elementi osservativi che hanno condotto al sospetto; non dovrebbero essere contenuti approfondimenti o giudizi circa la presunta veridicità delle eventuali affermazioni rese dal bambino, o circa la colpevolezza dell'adulto o degli adulti in gioco; tali valutazioni vanno lasciate alla competenza dell'Autorità Giudiziaria.

2.2.6.1 GLI OBBLIGHI DI DENUNCIA DA PARTE DEI SOGGETTI CHE RIVESTONO FUNZIONI O INCARICHI DI NATURA PUBBLICA

Il rapporto (art .361 e 362 c.p.) è l'atto con il quale il pubblico ufficiale o l'incaricato di pubblico servizio denuncia all'autorità giudiziaria un reato (delitto o contravvenzione) perseguibile d'ufficio di cui abbia avuto notizia nell'esercizio o a causa delle sue funzioni o del servizio.

L'obbligo di denuncia riguarda coloro che rivestono la qualifica di Pubblici Ufficiali o Incaricati di Pubblico Servizio i quali, nell'esercizio delle loro funzioni, sono venuti a conoscenza di un reato perseguibile d'ufficio: ciò comporta che in tali casi la notizia di reato deve essere da loro trasmessa per iscritto e senza ritardo all'Autorità competente, anche quando non sia individuata la persona cui il reato è attribuito. La violazione dell'obbligo di denuncia è penalmente sanzionata.

Si definisce pubblico ufficiale colui che esercita una funzione pubblica in ambito legislativo, giurisdizionale o amministrativo che sia disciplinato da norme di diritto pubblico. In pratica chiunque svolga un pubblico servizio come dipendente di una Pubblica Amministrazione.

Nell'ambito scolastico sono Pubblici Ufficiali i Dirigenti Scolastici delle scuole di ogni ordine e grado, gli Insegnanti, gli Psicopedagogisti.

Nell'ambito sanitario sono Pubblici Ufficiali tutti gli operatori del settore pediatrico che siano dipendenti della Pubblica Amministrazione.

Si definisce Operatore Incaricato di Pubblico Servizio colui che, a qualunque titolo, presta un pubblico servizio fatta esclusione per le prestazioni d'opera meramente materiali.

Nell'ambito scolastico, sono Operatori Incaricati di Pubblico Servizio tutti gli operatori dei servizi scolastici privati (insegnanti, educatori, dirigenti, coordinatori) nonché tutto il personale educativo assistenziale che opera nella scuola pubblica pur essendo assunto in convenzione o dipendente da enti privati.

Nell'ambito sanitario e dei servizi sociali complessivamente intesi, sono Operatori Incaricati di Pubblico Servizio tutti i liberi professionisti che operano privatamente o che operano nell'ambito delle strutture pubbliche ma con contratti libero-professionali o in convenzione.

La legge impone al denunciante di fornire all'Autorità Giudiziaria elementi idonei a corroborare l'ipotesi prospettata, in modo da consentire l'espletamento di indagini mirate, pur nel rispetto dell'obbligo di provvedere "senza ritardo", cioè nei primi giorni successivi all'emersione della notizia di reato. Il denunciante non deve svolgere indagini, né effettuare valutazioni sull'attendibilità del fatto, ma deve agire in modo da evitare ogni rischio di inquinamento della prova.

Il referto è l'atto con il quale l'esercente una professione sanitaria riferisce all'autorità giudiziaria di avere prestato la propria assistenza od opera in casi che possono presentare i caratteri di un delitto perseguibile d'ufficio.

L'obbligo di referto, penalmente sanzionato dall'art. 365 c.p., riguarda coloro che esercitano una professione sanitaria e che vengono a conoscenza, prestando la loro opera o assistenza, di casi che possono avere i caratteri di reato procedibile d'ufficio. L'obbligo non sussiste

L'esercente la professione sanitaria, che agendo in un contesto pubblico (es. Servizio Sanitario Nazionale) assume la qualifica di Pubblico Ufficiale o Incaricato di Pubblico Servizio, è tenuto pertanto a presentare denuncia. A tali soggetti non si applica l'esimente dell'art. 365 c.p. di cui sopra.

A giustificazione della mancata osservanza dell'obbligo di referto o di denuncia non vale neppure opporre il segreto professionale, riconosciuto dall'art. 200 c.p.p. soltanto entro limiti bene definiti.

Parallelamente al procedimento penale che si instaura laddove sussista un presunto sospetto dell'esistenza di un'ipotesi di reato penale, volto all'individuazione e alla punizione del reo, si apre, davanti al Tribunale per i Minorenni, un procedimento civile finalizzato a definire misure di protezione e di tutela del minore.

Le caratteristiche che differenziano il referto e il rapporto sono così riassumibili:

- Il referto riguarda il medico libero professionista mentre al rapporto sono obbligati tutti i sanitari con qualifica di pubblico ufficiale o incaricati di pubblico servizio.
- Oggetto del referto sono gli interventi professionali relativi a delitti perseguibili d'ufficio mentre il rapporto è obbligatorio per tutti i reati (delitti o contravvenzioni).

- Il referto prevede l'esimente speciale dell'esposizione a procedimento penale della persona assistita, esimente che non è contemplata per il rapporto.
- il referto è un atto puramente informativo mentre il rapporto è un atto che fa fede fino a prova contraria.

2.2.7 IL CONSENSO INFORMATO DEI GENITORI

Il rapporto di collaborazione che si costruisce tra scuola e servizi non può prescindere dal consenso informato dei genitori del bambino o del ragazzo e/o di chi esercita la potestà genitoriale sul minore. Nel momento in cui gli insegnanti intercettano situazioni di disagio, sono assolutamente liberi di chiedere consulenza ai servizi sociali e/o sociosanitari del territorio e di avviare con loro un percorso di confronto e approfondimento dei segnali raccolti a patto però di non rivelare il nome del minore di cui si sta esponendo la situazione. Una volta avviato, il percorso potrà svilupparsi secondo differenti indirizzi:

- Nella gran parte dei casi, scuola e servizi concorderanno una strategia di azione della scuola mirante a coinvolgere la famiglia, per es. sostenendola nel rivolgersi direttamente ai servizi, allo scopo di fornire al bambino in difficoltà un sostegno psicologico, o per avviare i genitori ad un percorso di aiuto, oppure, nei casi dispersione/evasione scolastica, per aiutare la famiglia a garantire ai figli la frequenza a scuola. In questi casi i genitori saranno i primi destinatari delle azioni intraprese dalla scuola, quindi saranno pienamente informati delle preoccupazioni che la scuola ha rispetto al figlio. Saranno i genitori quindi a richiedere eventualmente il coinvolgimento dei servizi esponendo loro la situazione che riguarda la loro famiglia.
- Nel caso in cui, grazie anche alla consulenza dei servizi sociali e/o sociosanitari e al percorso condiviso di analisi dei segnali di disagio, gli insegnanti avvertano

l'esistenza di una situazione di pregiudizio per il minore tale da doversi procedere al più presto ad una segnalazione alla rete dei servizi di protezione (per es. dinanzi a segnali di preciso e prolungato maltrattamento e/o abuso), la scuola, nell'interesse preminente del minore, è legittimata a far conoscere la situazione ai servizi senza il consenso informato dei genitori (ciò anche per evitare che la richiesta del consenso possa aggravare il rischio in cui il minore si trova, ad es. perché il pregiudizio è causato da membri della famiglia). In questa ipotesi prevale il principio di beneficiabilità e il preminente interesse del minore.

- Un caso relativamente frequente è quello in cui la famiglia, pur ripetutamente sollecitata, si rifiuta di collaborare al progetto proposto dalla scuola d'intesa con i servizi, per es. non presentandosi a colloqui o incontri organizzati ad hoc. La scuola segnalerà la situazione specifica ai servizi, affinché questi intervengano per impedire il pregiudizio che il minore sta vivendo, convocando a loro volta la famiglia e, se del caso, adottando le misure di protezione del minore previste dalla legge.

- Non si richiede il consenso informato dei genitori per operare la denuncia all'autorità giudiziaria di un reato di cui sia vittima il minore se l'insegnante raccoglie direttamente la notizia del reato, egli è tenuto alla denuncia in forza del principio di legalità. Com'è specificato nel testo, sarà bene che l'insegnante sia accompagnato in questa azione — che dovrà compiere personalmente nella misura in cui è lui ad aver raccolto la prova di un possibile reato — non solo dal dirigente scolastico, ma anche dai servizi sociali e sociosanitari. Ciò avverrà più facilmente se la collaborazione scuola-servizi sarà stata già avviata.

In conclusione, se la scuola, in collaborazione con i servizi come sopra descritto, riesce a cogliere i segnali di difficoltà degli alunni e studenti in una logica di prevenzione, è ampiamente possibile coinvolgere i genitori nel progetto di lavoro

diretto a sostenere la crescita del figlio, e quindi fare in modo che siano i genitori ad accedere direttamente alla rete dei servizi sociali e sociosanitari specifici, oppure usufruire dei servizi con l'accordo dei genitori stessi. In certi casi ciò è impossibile: quando c'è un espresso rifiuto dei genitori a collaborare o vi sia da parte loro una manifesta impossibilità/incapacità di provvedere a quanto necessario al minore, quando le condizioni di rischio per il minore sono dovute proprio all'agire dei genitori, e quindi la richiesta del loro consenso aggraverebbe il pregiudizio. In queste situazioni è possibile per la scuola, nell'interesse preminente del minore, avvalersi del principio di beneficiabilità e fare intervenire i servizi senza il consenso informato dei genitori. Spetterà ai servizi analizzare le circostanze.

2.2.8 LE DISPOSIZIONI PROCEDURALI A TUTELA DEL MINORE

La legge n. 66 del 1996 introduce accanto alle disposizioni incriminatorie anche una disciplina sulle modalità del processo per reati di violenza sessuale, in particolare quando la parte offesa è un minore.

L'art. 609 decies, comma 2 c.p. assicura al minore l'assistenza affettiva e psicologica in ogni stato e grado del procedimento attraverso la presenza dei genitori o di altre persone idonee indicate dal minore e ammesse dall'autorità giudiziaria che procede. Il terzo comma dello stesso articolo, inoltre, assicura in ogni caso al minore l'assistenza dei servizi minorili dell'Amministrazione della giustizia e dei servizi istituiti dagli enti locali.

A tutela del diritto alla riservatezza del minore, come diritto della persona a non subire interferenze nella propria intimità, immagine, cultura, domicilio, in generale nella sfera della vita personale in tutte le sue manifestazioni, è previsto prima dalla legge 66/96, poi dalla legge 296/98 il divieto di divulgazione dei dati

personali (art 734 bis). Inoltre sempre a tutela della riservatezza l'art. 15 della legge 66/96 (modificato dal 5 comma dell'art.14 della legge 296/98 e dal 9 comma dell'art. 15 della legge 228/2003) inserisce il comma 3 bis all'art. 472 c.p.p. stabilendo che “il dibattimento relativo ai delitti previsti dagli articoli 600, 600-bis, 600-ter, 600-quinquies, 601, 602, 609-bis, 609-ter e 609-octies del codice penale si svolge a porte aperte; tuttavia, la persona offesa può chiedere che si proceda a porte chiuse anche solo per una parte di esso. Si procede sempre a porte chiuse quando la parte offesa è minorenni. In tali procedimenti non sono ammesse domande sulla vita privata o sulla sessualità della persona offesa se non sono necessarie alla ricostruzione del fatto”.

Antecedentemente a tale disposizione la riservatezza della persona offesa nel corso del processo trovava una tutela nel comma 2 dell'art. 472, disponendo che “su richiesta dell'interessato, il giudice dispone che si proceda porte chiuse all'assunzione di prove che possano causare pregiudizio alla riservatezza dei testimoni ovvero delle parti private in ordine a fatti che non costituiscono oggetto dell'imputazione. Quando l'interessato è assente o estraneo al processo, il giudice provvede d'ufficio”, in collegamento con l'art 114 c.p.p., comma 2 che vieta la pubblicazione, anche parziali degli atti non più coperti dal segreto fino a che non siano concluse le indagini preliminari ovvero fino al termine dell'udienza preliminare e con il comma 6 (modificato poi dal comma 8 dell'art. 10 della legge 112/2004 “Norme di principio in materia di assetto del sistema radiotelevisivo e della RAI” c.d. legge Gasparri) che vieta “la pubblicazione delle generalità e delle immagine dei minorenni testimoni, persone offese o danneggiati dal reato fino a quando non sono divenuti maggiorenni” e vieta altresì “la pubblicazione di elementi che anche indirettamente possano comunque portare alla identificazione dei suddetti minori. Il tribunale per i minorenni nell'interesse esclusivo del

minorenne, o il minorenne che ha compiuto i sedici anni, può consentire la pubblicazione”.

La protezione dei dati personali dei minori rileva anche in relazione al dovere deontologico dei giornalisti.

2.3 PROVVEDIMENTI URGENTI A CARICO DEL MINORE: ARTICOLO 403 C.C.

Quando il minore si trova in una condizione di grave pericolo per la propria integrità fisica e psichica, la pubblica autorità, a mezzo degli organi di protezione dell'infanzia, lo colloca in luogo sicuro sino a quando si possa provvedere in modo definitivo alla sua protezione (art. 403 c.c.).

Si attua qualora vi sia un grave pericolo per l'integrità fisica e psichica del minore. Infatti solo l'urgenza e la necessità di porre riparo ad una situazione di grave rischio dello stesso lo giustifica.

Non è un atto di giurisdizione, neanche volontaria; è un atto di amministrazione, sia per l'oggetto, essendo un atto di volontà, sia per la qualità dei soggetti da cui promana. Avendo una natura essenzialmente operativa e di protezione, non richiede l'esplicitazione dettagliata dei motivi; deve tuttavia essere indicata la presenza di una situazione attuale di sofferenza e pregiudizio del minore. E' però necessario, quando si contrappone alla volontà dei genitori, che questi siano in ogni caso tempestivamente informati che il minore è sotto la protezione della pubblica autorità e che l'intervento è stato segnalato all'autorità giudiziaria minorile competente per la risoluzione del conflitto. Non è necessario che venga indicato il luogo in cui il minore si trova se ciò serve a proteggerlo.

Ad operare è la Pubblica Autorità. In tale nozione rientrano sicuramente gli organi di polizia e quelli deputati all'assistenza dei minori e alla protezione dell'infanzia.

I primi devono comunque sempre avvalersi dei secondi (a mezzo degli organi di protezione dell'infanzia). Non è invece vero il contrario. Pertanto, se l'iniziativa di protezione proviene dai servizi sociali, essi dovranno farsi carico della collocazione in luogo sicuro e potranno richiedere l'intervento della forza pubblica soltanto se ciò è strettamente necessario per vincere la resistenza dei genitori. Il legislatore infatti considera i servizi sociali quali referenti privilegiati del minore.

La situazione di necessità che vi è sottesa, oltre a costituirne il presupposto imprescindibile, ne chiarisce i limiti. La collocazione in ambiente protetto può essere mantenuta, se tale intervento collide con il contrario volere dei genitori, soltanto per tempi brevissimi: il tempo cioè strettamente necessario per devolvere la risoluzione del conflitto all'Autorità Giudiziaria minorile. Ove questa non condivida la scelta operativa, e provveda con altro disposto, il 403 c.c. cessa di avere effetto. L'intervento di collocazione in ambiente protetto, se non collide con il volere dei genitori o di altri aventi titolo educativo, resta sul piano assistenziale.

I servizi sociali territoriali devono compiere l'intervento di sistemazione del minore in ambiente protetto, ex art 403 c.c., attuarlo immediatamente e segnalarlo con urgenza al Pubblico Ministero per i minorenni per la decisione da parte del Tribunale per i Minorenni.

Per quanto riguarda l'art. 403 c.c., l'intervento di protezione deve essere il più possibile limitato a quelle situazioni di effettivo pericolo per l'integrità fisico-psichica del minore, tipiche dello stato di necessità. La sistemazione in ambiente protetto, d'iniziativa del servizio, quindi non appare consentita, a meno che non si siano verificati eventi ulteriori che abbiano evidenziato l'effettività del pericolo; diversamente, si attribuirebbe al servizio un potere di decidere in via d'urgenza che non gli appartiene. Pertanto, alla presenza di siffatte situazioni, a parte il

dovere d'informativa che spetta al servizio, ai fini dell'indagine civile e penale, è obbligo degli operatori sociali riferire immediatamente del provvedimento per consentire al giudice minorile di dirimere il conflitto con i genitori. Il contatto immediato con l'autorità giudiziaria consente inoltre una maggiore progettualità e l'avvio di interventi coordinati tra le diverse autorità coinvolte a sostegno del minore.

Da quanto detto, non c'è un limite temporale oltre il quale, nel silenzio dell'Autorità giudiziaria, il potere del 403 c.c. decade. Lo stato di necessità perdura infatti fino alla pronuncia/ratifica del Tribunale per i Minorenni o comunque fino a quando il servizio non lo ritiene più attuale.

In quanto il provvedimento è volto a collocare semplicemente "il minore in luogo sicuro, sino a quando si possa provvedere in modo definitivo alla sua protezione", ogni altro intervento a tutela del minore, ad esempio TSO (trattamento sanitario obbligatorio), dovrà essere ritenuto fuori dai poteri attribuiti dalla legge nel contesto dell'art. 403 c.c. ed attuato, se necessario, con le ordinarie procedure (autorizzazione del Giudice Tutelare).

Concludendo, l'art. 403 c.c. prescrive una deroga al sistema della tutela dei minori, basato sulla accettazione dell'intervento sociale sul minore da parte dei genitori o sul necessario intervento del tribunale volto a superare la volontà degli esercenti la potestà genitoriale.

Qui siamo infatti fuori da entrambe le ipotesi precedenti:

l'allontanamento dalla residenza familiare e, più in generale, l'intervento socio assistenziale a questo allontanamento correlato avviene ad opera del servizio sociale che, caso unico, si trova allo stesso livello potestativo dell'Autorità Giudiziaria. L'eccezionalità dello strumento e il possibile abuso dello stesso ha indotto il legislatore a prevederlo solo nei casi urgenti proprio quando i servizi

sono i primi a venire a conoscenza di una situazione di pregiudizio per il minore per cui non si può attendere il provvedimento (e il necessario filtro garantistico per la collettività) del giudice.

La sua eccezionalità lo rende temporaneo, pur senza limiti prestabiliti ma, sicuramente, non oltre il vaglio del Tribunale per i Minorenni. Fino a quel momento il servizio, e per esso il suo responsabile e l'operatore del caso, può ritenere (in piena autonomia) di mantenere in essere l'allontanamento o di sospenderlo facendo rientrare il minore in famiglia. La responsabilità del provvedimento stesso e la conseguenza di eventuali abusi, sino al decreto di convalida emanato dal TdM ricade interamente sul servizio in quanto scelta autonoma tecnico-professionale.

CAPITOLO 3

FASE SPERIMENTALE: GRUPPO DI LAVORO ITALIANO PER L'ABUSO E IL MALTRATTAMENTO DELL'INFANZIA

Il gruppo scientifico in cui sono stata inserita e con cui si è proceduto alla redazione del manuale è il Gruppo di lavoro per l'abuso e il maltrattamento dell'infanzia coordinato dalla dott.ssa Maria Rosa Giolito.

Il testo elaborato è stato immaginato come un aiuto ai professionisti medici che si trovano a valutare un soggetto prepubere con sospetto di abuso sessuale. Non costituisce una linea-guida per la diagnosi di abuso sessuale, ma definisce alcuni requisiti essenziali e diffonde alcune conoscenze per evitare errori che possano ripercuotersi negativamente sulla valutazione clinica e sull'eventuale conseguente iter giudiziario.

Infatti troppo spesso il professionista che si trova ad effettuare la prima valutazione non dispone delle competenze sufficienti ed è quindi necessario acquisisca le conoscenze che gli permettano di minimizzare il rischio di errori in un settore di particolare complessità.

Inoltre, la complessità del fenomeno vede sempre più coinvolte differenti istituzioni e differenti discipline mediche troppo spesso legate a letture interpretative molto differenziate. Segni e sintomi psicologici, comportamentali e fisici devono essere quindi valutati da operatori con adeguata formazione e competenza tecnica.

3.1 IL GRUPPO DI LAVORO

Il "Gruppo di lavoro per l'abuso e il maltrattamento dell'infanzia" ha coinvolto professionisti italiani afferenti a tre differenti aree sanitarie: quella ginecologica, quella medico-legale e quella pediatrica.

Ha elaborato un primo documento in tema di semeiotica medica dell'abuso sessuale nel prepubere già nel 2003. Successivamente alla pubblicazione del documento il gruppo di lavoro ha mantenuto contatti informali ma arricchenti.

Ecco che allora già dopo pochi anni nasceva la necessità di condividere le nuove esperienze professionali di ciascuno attraverso il confronto tra i medici del Gruppo, con la letteratura internazionale e con i colleghi di molte società mediche che si occupano della tematica.

Questo grande lavoro ci ha portato alla condivisione ed alla realizzazione di una guida multidisciplinare capace di armonizzare i diversi saperi della pediatria, della ginecologia e della medicina legale.

Questa guida costituisce un sintetico compendio di tutti gli elementi necessari per una corretta semeiotica medica nell'ambito di un confronto tra differenti saperi e di un supporto diagnostico reciproco.

3.1.1 COMPONENTI DEL GRUPPO DI LAVORO

Anna Aprile, Roberta Balboni, Gianpiero Baldini, Maria Grazia Bellora,

Dante Baronciani, Flavia Borrelli, Maria Antonietta Bova, Maurizio Bruni,

Cristina Cattaneo, Maria Rosaria Certosino, Mariangela Cisternino,

Maria Stella D'Andrea, Metella Dei, Mariarosaria Di Tommaso,

Nicoletta Fadda, Andrea Gentilomo, Sarah Gino, Maria Rosa Giolito,

Leonardo Laroni, Attilio Mazzei, Tiziano Motta, Giulia Mortara,

Fulvia Negro, Luciana Nicoli, Susi Pelotti, Paola Perotti, Paola Pistamiglio,

Ferdinando Ragazzon, Cristina Ranzato, Melissa Rosa Rizzotto,

Marina Ruspa, Valentina Vasino, Ida Gloria Vero

3.2 IL METODO ADOTTATO PER LA STESURA DELLA GUIDA

Per tracciare un percorso diagnostico corretto, abbiamo consultato i documenti di sintesi sistematica e aggiornata delle informazioni disponibili, ne abbiamo presentato sinotticamente le indicazioni, abbiamo condiviso i termini con i quali definire univocamente i segni e le condizioni che possono essere presenti in caso di sospetto di abuso sessuale, infine abbiamo segnalato con puntualità gli elementi di diagnosi differenziale da considerare, fornendo nostre indicazioni, frutto dell'integrazione di queste conoscenze con la nostra esperienza clinica e forense.

Si è quindi proceduto quindi

- alla rilettura del documento “Semeiotica clinica dell’abuso sessuale nel prepubere”, elaborato nel 2002 da un gruppo di medici italiani con specifica competenza nella semeiotica fisica dell’abuso sessuale dei soggetti prepuberi;
- all’analisi e il confronto delle osservazioni e raccomandazioni della letteratura internazionale più validata: la classificazione proposta da JA Adams e collaboratori,

(Adams JA, Kaplan RA, Starling SP et al. Guidelines for medical care of children who may have been sexually abused. J Pediatr Adolesc Gynecol 2007; 20(3):163-72. -Adams JA. Guidelines for medical care of children evaluated for suspected sexual abuse: an update for 2008. Current Opinion in Obstetrics and Gynecology 2008; 20:435-41).

- alla revisione di letteratura effettuata dal Royal College of Paediatrics and Child Health, le raccomandazioni del Committee on Child Abuse and Neglect dell’American Academy of Pediatrics, la linea-guida del National Collaborative Centre for Women’s and Children’s Health;

(-Royal College of Paediatrics and Child Health. Physical signs of child sexual abuse: An evidence-based review and guidance for best practice. London: RCPCH, 2008.

- Kellogg N and the Committee on Child Abuse and Neglect. The evaluation of sexual abuse in children. Pediatrics 2005; 116:506-12. -National Collaborative Centre for Women's and Children's Health. When to suspect child maltreatment. Clinical Guideline. London: RCOG Press, 2009.)

- all'integrazione della letteratura analizzata con le esperienze dei medici coinvolti;
- all'elaborazione del documento finale.

3.3 RISULTATI

Il primo obiettivo della guida, quello di fornire ai medici elementi di valutazione clinica multidisciplinare da utilizzare nei casi di sospetto abuso, è stato perseguito attraverso la messa a punto di:

definizioni, rilevazione, diagnosi, presa in carico e trattamento dell'abuso sessuale nei minori prepuberi. La stesura della guida, condivisa in ogni sua sezione, tra professionisti adeguatamente formati e di specialità differenti ha evidenziato la necessità di affrontare gli aspetti sanitari relativi al minore vittima di abuso sessuale in equipe capaci di realizzare una valutazione nella quale confluiscono competenze diverse, multidisciplinari e multi professionali (pediatra, ginecologo, medico legale).

3.3.1 LE DEFINIZIONI

“Si parla di abuso sessuale quando un bambino/a è coinvolto in attività sessuali che non può comprendere, per le quali è psicologicamente impreparato e per le quali non può dare il proprio consenso e/o che violano le leggi o i tabù sociali.

Le attività sessuali possono includere tutte le forme di contatto oro-genitale, genitale o anale con il minore, o abusi senza contatto diretto quali l'esibizionismo, il voyeurismo o il coinvolgimento del bambino/a nella produzione di materiale pornografico. L'abuso sessuale include uno spettro di attività che va dallo stupro all'abuso sessuale meno intrusivo”. 1 American Academy of Pediatrics. Guidelines for the evaluation of sexual abuse of children: subject review. Pediatrics 1999; 103:186-91.

3.3.2 LA RILEVAZIONE, LA DIAGNOSI, LA PRESA IN CARICO E IL TRATTAMENTO DELL'ABUSO SESSUALE

La valutazione medica di un bambino/a vittima di un sospetto abuso sessuale rappresenta solo un aspetto, molto spesso non dirimente, di un'approfondita valutazione che ne comprende altri, psicologici e sociali. Ne consegue che la diagnosi di abuso sessuale deve essere sempre una diagnosi multidisciplinare.

Una diagnosi basata unicamente sui segni fisici o sui reperti laboratoristici è raramente possibile: nella letteratura internazionale è riportato che più del 90% dei minori vittime di abuso sessuale accertato presenta reperti genitali e/o anali normali o non specifici.

I segni anali e/o genitali devono essere interpretati alla luce della storia, dell'età del bambino/a e della diagnosi differenziale. Sono pochi, peraltro, i segni diagnostici per trauma o contatto sessuale.

In presenza di un racconto che orienta per l'esistenza di abuso sessuale, il mancato rilievo di segni anali e/o genitali non esclude la possibilità che il bambino/a sia vittima di abuso sessuale. In questi casi è sempre necessario effettuare una segnalazione al Servizio Sociale competente (rete dei servizi).

La possibilità di una valutazione medica dovrebbe essere presa in considerazione nelle seguenti circostanze:

- quando un bambino/a o un adulto raccontano una storia di abuso sessuale;
- quando si riscontrano lesioni che possano essere correlate con un sospetto abuso sessuale;
- quando si diagnostica una malattia sessualmente trasmissibile in un soggetto prepubere;
- quando si effettua una diagnosi di maltrattamento fisico, maltrattamento psicologico o trascuratezza grave;
- quando si rileva un disturbo comportamentale in presenza di una storia di sospetto abuso sessuale;
- quando il soggetto è fratello o sorella di una vittima di abuso sessuale.

In tutti i casi è necessario che il professionista adotti una metodologia in due fasi:

- effettui un'attenta osservazione delle eventuali lesioni e le descriva dettagliatamente;
- consideri le ipotesi diagnostiche relative alle lesioni osservate (diagnosi differenziale).

La specificità del segno rilevato (vedi sezioni 2 e 3) va definita in base alla coerenza con gli elementi anamnestici raccolti (valore predittivo).

Si ricorda che il coinvolgimento di minori in attività sessuale configura ipotesi di reato che, nella maggioranza dei casi, è perseguibile d'ufficio.

La visita medica - la valutazione dei segni di abuso può avvenire in diversi contesti:

- una visita medica effettuata per altri motivi in cui emergano segni fisici sospetti;
- una visita medica effettuata sulla base di un sospetto di abuso sessuale da parte di un genitore;
- una visita medica richiesta dai Servizi;
- una visita medica richiesta dall'autorità giudiziaria.

Nei primi due casi la visita medica deve essere seguita dall'attivazione dei Servizi e/o dalla segnalazione alla Procura della Repubblica e/o alla Procura presso il Tribunale per i Minorenni.

Gli obiettivi della valutazione clinica sono:

- individuare quadri clinici e/o lesioni genitali ed extragenitali di natura traumatica o infettiva che necessitino o no di trattamento;
- assicurare, quando possibile, il bambino/a sul suo stato di salute fisica. Tale aspetto, insieme ad un'adeguata valutazione dei bisogni psicologici e sociali, è importante al fine di contribuire al percorso di recupero della vittima;
- raccogliere i reperti di interesse medico legale (vedi sezione 5, "Repertazione e conservazione del materiale").

Entro quali tempi va condotto l'esame

Nella maggioranza dei casi le lesioni anali e genitali non sono più evidenziabili a breve distanza di tempo da quando sono state provocate.

In due circostanze la visita va effettuata nell'immediato:

- nelle situazioni di urgenza/emergenza clinica che necessitino di interventi sanitari non differibili;
- nei casi in cui i dati anamnestici indichino la possibilità di poter rilevare lesioni e/o recuperare tracce biologiche.

Negli altri casi la visita può essere programmata nei tempi e con le modalità più congrue per il bambino/a, ma comunque il prima possibile e da personale esperto.

Competenze del professionista che effettua la visita

È improbabile che tutti i professionisti coinvolti nelle cure del bambino/a possiedano le competenze professionali ed emotive necessarie a garantire un adeguato percorso diagnostico assistenziale per le vittime di abuso sessuale.

I rischi derivanti da un'errata diagnosi di abuso sessuale (falsi negativi e falsi positivi) fanno sì che si debba garantire che la valutazione sia condotta da professionisti con specifiche competenze e inseriti in un'organizzazione che possa prevedere un secondo parere.

I professionisti che effettuano la valutazione dei casi di sospetto abuso sessuale devono possedere le seguenti competenze:

- abilità comunicative per relazionarsi con il bambino/a sospetta vittima di abuso sessuale e con gli adulti che si occupano di lui/lei;
- abilità tecniche: saper effettuare un esame obiettivo generale e dell'apparato ano-genitale e saperlo documentare; conoscere le diagnosi differenziali dei segni fisici associati all'abuso; saper redigere una relazione contenente la descrizione e l'interpretazione dei reperti clinici;
- attitudine al lavoro interdisciplinare: saper lavorare in modo integrato con professionisti di altre aree.

3.3.3 COME EFFETTUARE L'ACCOGLIENZA

È frequente che la prima valutazione di un sospetto abuso sessuale non sia programmabile e che quindi avvenga in un contesto non ottimale. La cura del

contesto è fondamentale per evitare di determinare un ulteriore trauma nel bambino/a, aumentandone l'ansia e rendendo più difficile la sua collaborazione.

Un particolare aspetto è quello relativo alla presenza di una persona adulta accanto al bambino/a. Si tratta di comprendere se tale presenza sia desiderata dal bambino/a e lo/la tranquillizzi rispetto alla visita o quanto essa possa viceversa limitarne la possibilità di racconto spontaneo.

3.3.4 RACCOMANDAZIONI GENERALI

La conduzione della visita comporta un importante coinvolgimento emotivo dei professionisti; la mancata acquisizione di abilità tali da evitare che queste emozioni si riflettano nella relazione con il bambino/a e gli adulti che lo/la accompagnano può determinare significative ripercussioni negative sulla conduzione della visita stessa.

SI RACCOMANDA DI:

- assicurare un ambiente adatto (quiete e riservatezza);
- limitare il numero dei professionisti, delle procedure e degli spostamenti a quelli strettamente necessari. È opportuno garantire la presenza di un secondo professionista (medico o non medico) per un supporto sia a chi effettua la visita che al bambino/a;
- avere adeguato tempo a disposizione: può essere necessario più di un incontro per ottenere l'adesione e la fiducia del bambino/a e/o valutare l'evoluzione dei segni;
- effettuare la visita in presenza di un adulto, di cui il bambino/a ha fiducia, se non diversamente desiderato dal bambino/a;

- offrire spiegazioni sulla modalità della visita ed ottenere il consenso del minore;
- non utilizzare mai forza, coercizione e/o inganno, riprogrammando eventualmente la visita.

COME RACCOGLIERE L'ANAMNESI

La raccolta anamnestica deve costituire la guida per il successivo esame clinico. In ogni caso, è necessario correlare sempre i dati clinici con quelli anamnestici per valutarne la congruenza e, in caso di incongruenza, programmare approfondimenti ulteriori. Va ricordato che, nella quasi totalità dei casi, la valutazione medica è solo una parte di un più articolato percorso diagnostico che implica interventi multidisciplinari.

SI RACCOMANDA DI:

- non porre domande dirette sul fatto, ma raccogliere l'eventuale racconto spontaneo del bambino/a riportando fedelmente le sue parole (anche nel caso sia l'adulto a riportare il racconto del bambino/a, è opportuno farsi ripetere la terminologia utilizzata dal minore);
- evitare, se possibile, che il racconto dell'accompagnatore avvenga in presenza del bambino/a;
- ridurre quanto più possibile la necessità che il bambino/a ripeta il racconto (e i suoi dettagli);
- valutare la congruenza tra dinamica, tempi riportati e lesioni osservate;
- porre attenzione, nella raccolta dell'anamnesi, alle alterazioni/regressioni dello sviluppo neurocomportamentale, alla comparsa di sintomi comportamentali e alla documentazione di precedenti ricoveri.

COME CONDURRE L'ESAME OBIETTIVO GENERALE

La visita medica deve interessare tutto il corpo del bambino/a. I bambini vittime di abuso sessuale possono essere anche vittime di altre forme di maltrattamento e/o presentare segni indiretti degli stessi (ad esempio: ritardo di accrescimento). È importante, inoltre, considerare la necessità di restituire al bambino/a il concetto di interezza/integrità corporea che una visita circoscritta alla sola regione genito-anale potrebbe precludere.

Si raccomanda di:

- effettuare un esame obiettivo generale all'interno del quale si procederà all'esame dell'area genito-anale;
- esaminare tutto il corpo del bambino/a prestando molta attenzione a ricoprire le parti del corpo già sottoposte a controllo man mano che si procede nella visita;
- descrivere eventuali lesioni o esiti (su tutto il corpo) specificando: sede, dimensioni e caratteri generali (morfologia, colore, aspetto dei margini, presenza di fenomeni riparativi...);
- esaminare attentamente l'orofaringe alla ricerca di eventuali lesioni (sono frequenti tra gli atti abusanti i contatti oro-genitali);
- valutare la presenza di segni di trascuratezza (capelli, denti, igiene);
- disegnare la lesione su uno schema corporeo e valutare l'opportunità di documentare fotograficamente le lesioni o i loro esiti;
- registrare peso, altezza (centili di crescita) e stadiazione di Tanner;
- osservare l'atteggiamento del bambino/a (stato emotivo, livello di cooperazione e risposte comportamentali) durante la visita anche al fine di adattare la conduzione della stessa. Nella relazione devono essere descritti i comportamenti del bambino/a (piange, si rifiuta, è molto tranquillo/a...) evitando

ogni forma di interpretazione o giudizio soggettivo. L'utilizzo di tecniche anestesiolgiche è raramente indicato e deve essere applicato esclusivamente quando i benefici clinici superino chiaramente i rischi potenziali (ad esempio: necessità di ricorso a esame intravaginale o anale per presenza di corpi estranei, lesioni intravaginali o intraanali che necessitino di riparazione chirurgica, o in presenza di sanguinamento senza evidenziazione della sede d'origine).

Raccomandazioni generali

Come condurre l'esame obiettivo dell'area genito-anale

La conoscenza della tecnica di visita adeguata consente di evidenziare e documentare con maggiore chiarezza la presenza di eventuali segni fisici (vedi sezioni 2 e 3).

Posizione del bambino/a

L'ispezione anale deve precedere quella genitale al fine di valutare la comparsa di segni anali.

La posizione del bambino/a durante l'ispezione genito-anale può essere:

- *decubito laterale (sinistro, per convenzione) per l'ispezione della regione anale;*
- *supina (a "rana");*
- *genupettorale.*

Quest'ultima, considerata attualmente la posizione di prima scelta perché consente la visualizzazione ottimale del bordo posteriore dell'imene, talvolta non è gradita dalla bambina. Per questo motivo è spesso consigliabile proporla come ultima posizione per la visita.

Nei bambini molto piccoli può talora essere utilizzata la posizione prona con rialzo del bacino (ad esempio con un cuscino) oppure in braccio ad un adulto che mantenga le gambe del bambino/a in posizione flessa ed abdotta.

TECNICA D'ESAME

Nel caso dell'ispezione anale, si raccomanda di:

- *separare i glutei utilizzando i palmi delle mani;*
- *non prolungare la separazione oltre i 30 secondi per la valutazione del tono dello sfintere e indicare, nella relazione, la durata della manovra;*
- *evitare l'esplorazione rettale perché non fornisce elementi utili alla definizione della diagnosi a meno che i benefici clinici superino chiaramente i rischi potenziali (ad esempio: presenza di corpi estranei, lesioni ano-rettali che necessitano di riparazione chirurgica o sanguinamento di natura da determinare).*

Nel caso dell'ispezione dei genitali femminili, al fine di permettere una migliore visualizzazione della morfologia dell'imene (e dei suoi margini), dell'uretra e del vestibolo *in toto* si raccomanda di:

- *separare delicatamente le grandi labbra (separazione labiale);*
- *effettuare la trazione labiale tenendo le grandi labbra tra il pollice e l'indice e delicatamente tirarle esternamente e leggermente in avanti (trazione labiale).*

Nell'esame delle bambine, anche se prossime alla pubertà, si raccomanda di:

- *evitare l'utilizzo di speculum per l'ispezione della vagina, a meno che i benefici clinici superino chiaramente i rischi potenziali (ad esempio: presenza di corpi estranei, lesioni intravaginali che necessitano di riparazione chirurgica o sanguinamento di natura da determinare);*
- *evitare l'uso indiscriminato di tamponi e cateteri di Foley per meglio visualizzare l'imene (si ricorda infatti che l'imene è molto sensibile e si può facilmente provocare dolore).*

Strumentazione

Per l'effettuazione della visita medica non è necessario disporre di particolari attrezzature. È tuttavia opportuno:

- *disporre di una fonte luminosa adeguata (lampada scialitica, colposcopio, pila...);*
- *utilizzare una macchina fotografica. Affinché la documentazione fotografica possa essere di reale supporto all'esame clinico è necessario che le immagini siano di adeguata qualità, tali da rendere evidenti i segni clinici che si vogliono documentare (se ciò non è possibile è necessario evidenziare la discrepanza nella relazione). Per ottenere una buona documentazione fotografica utilizzare apparecchi fotografici analogici o digitali.*

Per quanto riguarda l'uso del colposcopio con macchina fotografica, questo strumento permette l'ingrandimento dell'immagine e la registrazione della stessa. Nella decisione di avvalersi di tale strumento è necessario tuttavia considerare che il suo utilizzo può comportare il rischio di sovrastimare i segni fisici. A fronte di tali considerazioni non si ritiene che il colposcopio debba essere considerato strumento indispensabile.

La valutazione dei segni ano-genitali

Il professionista che effettua la visita deve conoscere l'anatomia del prepubere (genitali femminili e maschili e regione anale) e le possibili varianti fisiologiche.

Quanto detto precedentemente sul contributo limitato della semeiotica fisica alla diagnosi di abuso sessuale non può essere conseguentemente assunto come una sottovalutazione dell'importanza di comprendere se i segni rilevati siano congruenti o suggestivi per una storia di abuso sessuale. Negli studi di popolazione la frequenza dei segni rilevati nei soggetti abusati viene confrontata con quella evidenziata nei bambini

non abusati per comprendere quanto i segni siano specifici; tanto maggiore è la differenza tra le due frequenze tanto più si può ipotizzare un'associazione causale.

La revisione dei dati di letteratura permette di classificare i segni secondo la diversa frequenza osservata nei soggetti abusati e non.

Nelle tabelle a pagina 13-14 è riportata una sintesi classificativa dei segni di abuso, ma per una piena comprensione della rilevanza del singolo segno è necessario consultare la relativa scheda, riportata nelle sezioni 2 e 3, in cui sono evidenziate le osservazioni dei documenti consultati. È necessario sottolineare che in nessun caso la rilevazione di un segno che si riscontra più frequentemente negli abusati deve essere assunta come

“prova di per sé sufficiente” di un abuso, con esclusione del riscontro di gravidanza o della presenza di spermatozoi.

Varianti anatomiche normali

Puntiforme, anulare, cribato, semilunare, fimbriato, settato, a tasca, a risvolto di manica.

Vulva (genitali esterni femminili) • Comprende grandi e piccole labbra, vestibolo, clitoride, meato uretrale, imene, fossa navicolare.

Grandi labbra • Pliche cutanee che delimitano lateralmente la vulva e, ravvicinate, chiudono la rima vulvare.

Piccole labbra • Pieghe cutanee longitudinali poste all'interno delle grandi labbra.

Nella bambina prepubere originano dal prepuzio del clitoride e raggiungono circa la metà del limite anteriore della parete laterale del vestibolo. In epoca puberale si allungano fino ad unirsi a formare la commissura posteriore.

Clitoride • Situato al di sotto dell'unione superiore delle grandi labbra. È simile ad un piccolo glande ed è erettile; è ricoperto dal prepuzio dal quale originano le piccole labbra.

Vestibolo vaginale • Area delimitata posteriormente dall'imene, lateralmente dalle

labbra, superiormente dal clitoride e inferiormente dalla forchetta; contiene l'orifizio uretrale e la fossa navicolare.

Imene • Membrana sottile posta alla giunzione tra il vestibolo ed il canale vaginale.

Commissura posteriore • Unione posteriore (o inferiore) delle piccole labbra (denominata forchetta posteriore dagli autori di lingua inglese).

Fossa navicolare • Concavità inferiore del vestibolo delimitata posteriormente dalla parte inferiore dell'imene e anteriormente dalla forchetta posteriore (o inferiore).

Segni anali

Segni rilevati con maggiore frequenza nella popolazione dei soggetti vittime di abuso sessuale rispetto a quella dei soggetti non abusati

- Cicatrici perianali ed anali
- Ecchimosi perianali ed anali
- Lacerazioni perianali ed anali

Segni rilevati con analoga frequenza nella popolazione dei soggetti vittime di abuso sessuale e in quella dei soggetti non abusati

- Appendici cutanee
- Congestione venosa
- Ragadi perianali

Carenza di dati per stabilire se vi sia diversa frequenza nella popolazione dei soggetti vittime o no di abuso sessuale

- Riflesso di dilatazione anale

Segni genitali esterni

Segni rilevati con maggiore frequenza nella popolazione dei soggetti vittime di abuso sessuale rispetto a quella dei soggetti non abusati

- Assenza completa o perdita di tessuto dell'imene posteriore
- Ecchimosi dei genitali esterni
- Lacerazioni imenali
- Transezioni imenali
- Cicatrici della forchetta

Segni rilevati con analoga frequenza nella popolazione dei soggetti vittime di abuso sessuale e in quella dei soggetti non abusati

- Convessità del bordo imenale (bumps/mounds)
- Edema dei genitali esterni
- Eritema dei genitali esterni
- Friabilità della commissura/forchetta
- Fusione labiale
- Incisure imenali (clefts/notches)

Carenza di dati per stabilire se vi sia diversa frequenza nella popolazione dei soggetti vittime o no di abuso sessuale

- Abrasioni/escoriazioni dei genitali esterni
- Perdite vaginali ricorrenti
- Corpi estranei vaginali

È necessario interpretare il segno rilevato alla luce della storia che caratterizza il sospetto di abuso sessuale. Un segno di scarsa specificità, ad esempio l'eritema in area genitale, può assumere un maggior valore predittivo se la storia raccontata è coerente con la presenza di eritema e si sono escluse le possibili altre cause. Viceversa un segno caratterizzato da maggiore specificità (ad esempio ecchimosi) può assumere un minor valore predittivo se la storia raccontata è congrua con il racconto di un evento traumatico accidentale.

Malattie sessualmente trasmesse

Le modalità che caratterizzano la maggior parte degli abusi sessuali in bambini prepuberi sono tali da rendere poco frequente la trasmissione di malattie sessualmente trasmissibili (MST). Per questo motivo non è proponibile l'effettuazione di uno screening di MST in tutti i casi di sospetto abuso.

I professionisti devono avere sufficienti competenze per decidere, nei casi di sospetto abuso sessuale, quando vi sia necessità di procedere ad approfondimenti diagnostici relativi alle MST.

Si raccomanda di considerare:

- il tipo di contatto sessuale (penetrazione, eiaculazione...);
- il tempo trascorso dal contatto sessuale (attenzione al periodo finestra);

Infezioni sessualmente trasmesse

Infezioni rilevate con maggiore frequenza nella popolazione dei soggetti vittime di abuso sessuale rispetto a quella dei soggetti non abusati

- Neisseria gonorrhoeae
- Chlamydia trachomatis
- Trichomonas vaginalis
- Treponema pallidum
- HIV

Infezioni rilevate con analoga frequenza nella popolazione dei soggetti vittime di abuso sessuale e in quella dei soggetti non abusati

- Vaginosi batterica

Carenza di dati per stabilire se vi sia diversa frequenza nella popolazione dei soggetti vittime o no di abuso sessuale

- HPV (condilomi)
- Herpes simplex
- Micoplasmi

- Epatite B e C
- segni o sintomi suggestivi di MST (secrezioni vaginali o peniene, ulcere genitali, vulviti, lesioni anali e vulvari inclusi condilomi...);
- la presenza di familiari o sospetti abusanti affetti da MST.

Analogamente a quanto osservato per i segni ano-genitali, anche nel caso delle MST la revisione dei dati di letteratura permette di classificarle secondo la diversa frequenza osservata nei soggetti vittime o no di abuso sessuale.

In presenza di sintomi o di sospetta presenza di MST, concordando il protocollo con il laboratorio di riferimento, e nei tempi adeguati:

- È necessario eseguire prelievi finalizzati alla coltura per *Neisseria gonorrhoeae*, *Chlamydia trachomatis*, *Trichomonas vaginalis*, HSV I e II e prelievo ematico per test sierologico per HIV, HCV, HBV, HSV I e II, *Chlamydia trachomatis* e sifilide. I prelievi per le MST nelle bambine prepuberi possono essere effettuati a livello vaginale, utilizzando tamponi uretrali di dimensione inferiore rispetto ai tamponi tradizionali. Se l'orifizio imenale non permette il passaggio del cotton-fioc senza provocare dolore, si possono effettuare prelievi a livello vulvare, utilizzando cotton-fioc all'interno delle piccole labbra.
- È possibile effettuare test per la *Chlamydia* e la gonorrea sulle urine, con metodica PCR, e questo metodo è da preferirsi in quanto non invasivo.
- Se l'anamnesi è suggestiva deve essere effettuata la ricerca di spermatozoi.
- Nel caso della possibilità di raccolta di materiale per la tipizzazione del DNA (permanenza di materiale biologico del sospetto abusante) si deve garantire la raccolta di questo eventuale materiale utile all'autorità giudiziaria, con modalità adeguata e la conservazione in busta sigillata ed etichettata (vedi sezione 5, "Repertazione e conservazione del materiale").

RELAZIONE MEDICA E DOCUMENTAZIONE

Il documento dattiloscritto, oltre a riportare sempre i dati anagrafici del minore, deve esplicitare:

- da chi è stata richiesta la visita medica e per quale motivo;
- da chi è accompagnato il minore e chi è presente alla visita;
- la durata della visita;
- l'anamnesi;
- l'esame obiettivo generale ed il comportamento del bambino durante la visita specificando sia la presenza che l'assenza di segni riferibili a lesioni recenti o pregresse;
- la descrizione dell'area genitale, anale e perineale (riportare le posizioni in cui è stato visitato il bambino/a e l'eventuale uso del colposcopio);

L'abuso sessuale nei bambini prepuberi

- gli accertamenti eseguiti o richiesti;
- l'eventuale racconto spontaneo del minore;
- l'inquadramento diagnostico;
- la data e la firma.

Va inoltre specificato se è disponibile una documentazione fotografica e se sono stati effettuati prelievi o raccolta di materiale. Per facilitare la redazione della relazione scritta può essere opportuno registrare nella cartella clinica tutti i dati necessari.

Analisi dei segni fisici e loro interpretazione

Segni genitali esterni

Eritema

Definizione Eritema: arrossamento più o meno intenso della cute e delle

mucose dovuto ad un'iperemia attiva dei vasi cutanei e che scompare alla pressione.

Classificazione Adams JA: L'eritema (arrossamento) della vulva, del vestibolo, del pene, dello scroto o dei tessuti perianali è un reperto che può essere causato da diverse condizioni mediche (può infatti essere in rapporto a fattori irritanti, infezioni o traumi).

Royal College of Paediatrics and Child Health: Non ci sono sufficienti evidenze nelle bambine prepuberli per determinare il significato dell'eritema dei genitali.

Note di pratica clinica:

- Se la visita medica viene effettuata tempestivamente è più probabile trovare l'eritema.
- In caso di sospetto abuso sessuale, in presenza di eritema, il bambino va riesaminato e va formulata un'ipotesi diagnostica.
- Ci sono molte altre possibili cause di eritema che devono essere considerate nella diagnosi differenziale: traumi acuti, infezioni, patologie dermatologiche, allergie, fattori irritanti, scarsa igiene.
- L'eritema può essere più difficile da individuare sulla pelle pigmentata.

Indicazioni del Gruppo di lavoro: Il riscontro di eritema ha un'analoga frequenza nella popolazione dei soggetti vittime di abuso sessuale che in quella dei soggetti non abusati.

Note: L'eritema può essere più difficile da individuare sulla pelle pigmentata.

Diagnosi differenziale: Le possibili cause di eritema comprendono: traumi acuti, infezioni, condizioni dermatologiche, allergie, reazioni ad irritanti o scarsa igiene.

Edema

Definizione Edema: infiltrazione di liquido trasudato o essudato nei tessuti. Si determina se vi è un aumento del contenuto idrico dell'interstizio e a livello della cute si rivela con una tumefazione.

Classificazione Adams JA: Non riportato.

Royal College of Paediatrics and Child Health: Non ci sono sufficienti evidenze nelle bambine prepuberi per determinare il significato dell'eritema dei genitali.

Note di pratica clinica:

- Se la visita medica viene effettuata tempestivamente è più probabile trovare l'edema.
- In caso di sospetto abuso sessuale in presenza di edema il bambino va riesaminato e va formulata un'ipotesi diagnostica.
- Ci sono molte altre possibili cause di edema, che devono essere considerate nella diagnosi differenziale.

Indicazioni del Gruppo di lavoro: Il riscontro di edema ha un'analoga frequenza nella popolazione dei soggetti vittime di abuso sessuale che in quella dei soggetti non abusati.

Diagnosi differenziale: L'edema localizzato è solitamente segno di: infiammazione, infezione, trauma.

Ecchimosi

Definizione Ecchimosi: lesione determinata dalla rottura dei vasi sanguigni del derma o dei piani sottostanti ad opera di un'azione traumatizzante con fuoriuscita del sangue che, se non può riversarsi all'esterno, infiltra i tessuti circostanti e si raccoglie in spazi preesistenti o in spazi che si creano per scollamento.

Le ecchimosi possono essere superficiali o profonde. Le prime si presentano sotto forma di macchie dapprima rossoviolacee, di diversa estensione, a margini sfumati, non rilevate sulla cute. Le ecchimosi superficiali in base alla forma e alle

dimensioni si suddividono in ematomi (voluminosa raccolta di sangue che si può formare in cavità preesistenti o in cavità neoformate per scollamento di sistemi di fasce), petecchie (piccole raccolte di sangue delle dimensioni di una lenticchia), soffusioni o suggellazioni (per confluenza di tante piccole ecchimosi).

Le ecchimosi profonde si formano in genere a causa di grandi traumatismi contusivi che interessano i muscoli o i visceri. Le ecchimosi hanno la proprietà di cambiare colore: detta caratteristica non può essere utilizzata per datare orientativamente la lesione stessa, perché la variazione cromatica dipende da numerose variabili.

Di solito la sede di comparsa delle ecchimosi corrisponde a quella dove è stata esercitata la violenza traumatica; talvolta, però, stravasi profondi si rendono superficiali solo qualche tempo dopo e lontano dalla sede in cui è stata applicata la forza. In alcuni casi l'ecchimosi può ripetere la forma dell'oggetto che l'ha determinata o del tipo di trauma (ad esempio: morso).

Classificazione Adams JA: Reperto diagnostico di trauma e/o contatto sessuale. Il riscontro di ecchimosi può supportare un racconto di abuso sessuale; in assenza di tale racconto la rilevazione è comunque altamente suggestiva di un abuso, a meno che il bambino e/o chi ne ha la cura siano in grado di dare una descrizione chiara, pertinente e plausibile di un trauma accidentale. Le ecchimosi localizzate all'imene (in assenza di un processo infettivo noto o di una coagulopatia) sono indicative di trauma penetrante (o di esiti di compressione addomino-pelvica qualora fosse fornito tale racconto).

Royal College of Paediatrics and Child Health: Le ecchimosi genitali sono state riportate in bambine prepuberi che riferiscono una penetrazione vaginale e che sono state esaminate subito dopo l'episodio di abuso.

Note di pratica clinica:

- In caso di sospetto abuso sessuale in presenza di ecchimosi il bambino va riesaminato e va formulata un'ipotesi diagnostica.
- In presenza di un'ecchimosi ai genitali bisogna sempre considerare la possibilità di un abuso sessuale.

Indicazioni del Gruppo di lavoro: Il riscontro di ecchimosi ano-genitali è più frequente nella popolazione dei soggetti vittime di abuso sessuale rispetto a quella dei soggetti non abusati.

Note:

- Le ecchimosi, se si escludono le patologie ematologiche, sono sempre esito di trauma.
- Possono essere difficilmente rilevabili in caso di cute fortemente pigmentata.

Diagnosi differenziale: Ecchimosi spontanee dovute a patologie ematologiche o a farmaci. Condizioni che possono essere scambiate per ecchimosi includono: eritema, lichen scleroso, emangiomi o lesioni pigmentate.

Abrasioni/escoriazioni genitali

Definizione Abrasione/escoriazione: perdita di sostanza che coinvolge gli strati più superficiali della cute o della membrana mucosa e che non si estende al pieno spessore dell'epidermide. Occasionalmente possono essere coinvolti anche gli strati più profondi. Le abrasioni/escoriazioni sono per lo più causate da movimenti di sfregamento contro una superficie ruvida (o viceversa).

Classificazione Adams JA: Nelle bambine prepuberi, reperti di abrasioni imenali (e anche di petecchie, "lievi" emorragie sottomuose ed ematomi) apparsi al primo esame in fase acuta sembrano essere guariti completamente in 2-3 giorni nella maggior parte dei casi. N.B.: Quando le emorragie sottomuose sono "moderate" o "marcate", possono essere rilevate alle visite di follow-up sino a 15 giorni dopo l'evento.

Royal College of Paediatrics and Child Health: Non ci sono sufficienti evidenze, nelle bambine prepuberi, per determinare il significato delle abrasioni dei genitali.

Note di pratica clinica:

- Se la visita medica viene effettuata tempestivamente è più probabile trovare le abrasioni.
- In caso di sospetto abuso sessuale in presenza di abrasioni, il bambino va riesaminato e va formulata un'ipotesi diagnostica.
- In presenza di abrasioni ai genitali bisogna sempre considerare la possibilità di un abuso sessuale.

Indicazioni del Gruppo di lavoro: Non vi sono sufficienti dati per stabilire se la frequenza di abrasioni/escoriazioni genitali sia diversa nella popolazione dei soggetti vittime di abuso sessuale rispetto a quella dei soggetti non abusati. Attenzione ai quadri che possono provocare lesioni da grattamento.

Note:

- Il riscontro di abrasioni nell'area genitale deve far considerare la possibilità dell'abuso sessuale.

Diagnosi differenziale: Nessuna.

Lacerazioni genitali

Definizione Lacerazione: il termine si riferisce ad una lesione recente determinata da "strappo" della cute, della mucosa o anche di strutture più profonde; nel caso dell'imene, la lacerazione può essere parziale o completa fino alla base di impianto. La lacerazione può essere associata a sanguinamento e/o ecchimosi dei margini. Le lacerazioni sono causate da un trauma contundente attraverso un meccanismo di compressione e strappo. I margini delle lacerazioni sono irregolari e residuano lembi di cute. In alcuni casi le ferite prodotte con azione contusiva

presentano margini piuttosto regolari, scarsamente infiltrati di sangue, il cui meccanismo di produzione è riferibile ad un'azione di stiramento senza contusione.

Classificazione Adams JA: Segni diagnostici di trauma e/o contatto sessuale:

- Lacerazioni acute di labbra, pene, scroto, tessuti perianali o perineo.
- Lacerazioni recenti della forchetta che non coinvolgono l'imene.
- Lacerazioni acute (ferita parziale o completa transezione dell'imene) sono indicative di trauma penetrante (o di esiti di compressione addomino-pelvica qualora fosse fornito tale racconto).

Royal College of Paediatrics and Child Health:

- Lacerazioni/ferite imenali: studi limitati evidenziano lacerazioni/ferite imenali in bambine prepuberi sessualmente abusate. Non sono state rilevate in bambine selezionate per non abuso.
- Altre lacerazioni/ferite: non ci sono sufficienti evidenze nelle bambine prepuberi per determinare il significato delle lacerazioni dei genitali. Non sono state ritrovate in bambine selezionate per non abuso.

Note di pratica clinica:

- Tutte le bambine che presentano un sanguinamento acuto dai genitali necessitano di valutazione precoce (preferibilmente entro 24 ore).
- In presenza di lacerazione dei genitali, in assenza di una convincente storia di penetrazione accidentale, un abuso sessuale deve essere fortemente sospettato.
- È importante utilizzare una precisa terminologia quando si descrivono lesioni dell'area genitale; i termini per descrivere le lesioni imenali sono riportati nella tabella seguente:

Profondità delle incisive imenali: Parziale – Completa alla base dell'imene

Fase acuta: Lacerazione - Lacerazione

Esiti di guarigione: Transezione - Notch

Indicazioni del Gruppo di lavoro: Il riscontro di lacerazioni imenali è più frequente nella popolazione dei soggetti vittime di abuso sessuale che in quella dei soggetti non abusati.

Note:

- Il riscontro di lacerazioni nell'area genitale (anche se non interessanti l'imene) deve far considerare la possibilità dell'abuso sessuale.

Diagnosi differenziale: Trauma accidentale. Lacerazioni della forchetta non coinvolgenti l'imene devono essere differenziate da: deiscenza delle labbra o mancata fusione della linea mediana.

Lesioni genitali in via di guarigione/guarite

Definizione Terminologia da utilizzare per le lesioni imenali:

- Discontinuazione incompleta in fase acuta: lacerazione.
- Discontinuazione incompleta non acuta: notch.
- Discontinuazione sino alla base di impianto, in fase acuta: lacerazione.
- Discontinuazione sino alla base di impianto, in fase non acuta: transezione.
- Il termine "transezione" dovrebbe essere riservato alle lesioni non acute dell'imene che si presentano come una discontinuità del bordo imenale che si estende fino alla base di impianto, tanto che sembra non esserci tessuto imenale residuo in tale punto. Questo reperto dovrebbe essere confermato esaminando la bambina nelle diverse posizioni di visita con diverse tecniche.

Classificazione Adams JA: Sono reperti diagnostici di trauma o contatto sessuale:

- La transezione imenale (guarita). Area compresa tra le ore 4 e le ore 8 sulla rima imenale che risulta essere stata lacerata fino alla base di impianto o quasi, a tal punto che non si rileva esserci più tessuto imenale residuo.

- Il segmento mancante di tessuto imenale. Area nella metà dorsale (o inferiore, o posteriore) più ampia di una transezione, con una perdita (di tessuto imenale) che si estende fino alla base dell'imene, che deve essere confermata utilizzando diverse posizioni di visita o con altre tecniche di esame.
- Cicatrici della forchetta o della fossa posteriore (aree pallide sulla linea mediana) possono pure essere dovute alla linea vestibularis o a sinechie delle labbra.

Royal College of Paediatrics and Child Health:

- La transezione imenale è stata riscontrata in una percentuale limitata di bambine prepuberi con una storia di abuso sessuale con penetrazione. Non è stata rilevata in bambine selezionate per non abuso.
- Evidenze limitate suggeriscono che le cicatrici nell'area genitale non sono osservate nelle bambine prepuberi selezionate per non abuso, sebbene manchino studi di buona qualità di bambine prepuberi abusate sessualmente.

Note di pratica clinica:

- Le lesioni imenali sono caratterizzate da tempi brevi di guarigione e, ad eccezione di lesioni particolarmente estese, possono non lasciare esiti.
- Le cicatrici dell'imene o della forchetta sono segni di un pregresso trauma genitale acuto e la possibilità che si tratti di abuso sessuale deve essere considerata.
- Il timing di un evento di abuso non può essere desunto dalla presenza di una cicatrice.
- In presenza di transezioni imenali va fortemente considerata l'ipotesi di un trauma penetrativo.

Indicazioni del Gruppo di lavoro Il riscontro di:

- cicatrici imenali che arrivano vicino alla base dell'impianto nella parte dorsale e/o

- perdita di tessuto imenale nella parte dorsale è più frequente nella popolazione dei soggetti vittime di abuso sessuale che in quella dei soggetti non abusati.

Il riscontro di cicatrici dell'imene o della forchetta è probabilmente più frequente nella popolazione dei soggetti vittime di abuso sessuale che in quella dei soggetti non abusati.

Note:

- Non è chiaro cosa si intende per cicatrici dell'imene, a meno che non si tratti dell'esito stabilizzato di una soluzione di continuo. Per evitare equivoci, utilizzare il termine transezione (secondo il Royal College of Paediatrics) oppure soluzione di continuo senza segni di lesione recente (infiltrazione ematica presente).

- Non sempre le soluzioni di continuo esitano in una cicatrice.

- Le lesioni imenali sono caratterizzate da tempi brevi di guarigione e, ad eccezione di lesioni particolarmente estese, possono non lasciare esiti.

- Il timing di un evento di abuso non può essere desunto dalla presenza di una cicatrice.

Diagnosi differenziale

- Pregressi traumi genitali.

- Sebbene non riportato negli studi, la linea vestibularis può essere scambiata per tessuto cicatriziale.

- Cicatrici della forchetta o della fossa navicolare (aree pallide sulla linea mediana) possono pure essere dovute alla linea vestibularis o a sinechie delle labbra.

Incisure imenali (clefts/notches)

Definizione Incisure imenali: termine utilizzato per descrivere avvallamenti del bordo imenale; le incisure imenali variano in base alla forma, alla profondità ed alla posizione rispetto al bordo dell'imene. La conformazione imenale individuale e la posizione durante la visita medica sono fattori da prendere in considerazione per la valutazione del segno.

N.B.: A tutt'oggi in letteratura non è stata data da parte degli autori precisa definizione riguardo ai termini clefts e notches e di conseguenza tali termini vengono spesso usati in modo interscambiabile.

Classificazione Adams JA: Elementi documentati in neonati o comunemente visti in bambini non abusati:

- Clefts e notches nella metà anteriore (superiore, ventrale) del bordo imenale tra le ore 9 e le ore 3, a paziente supino.
- Clefts e notches poco profonde o superficiali nella metà inferiore (posteriore, dorsale) del bordo imenale tra le ore 3 e le ore 9.

Segni di significato non univoco (dati di letteratura insufficienti o conflittuali) e che richiedono ulteriori studi/valutazioni per determinarne il significato:

- Clefts e notches profonde sul margine inferiore (posteriore) dell'imene, tra le ore 4 e le ore 8.

Royal College of Paediatrics and Child Health

- Clefts e notches nell'imene anteriore (superiore, ventrale) sono state descritte in neonate, bambine in età prepubere non abusate e bambine prepuberi abusate.
- Clefts e notches superficiali sul bordo imenale posteriore (inferiore, dorsale) sono state riportate sia in bambine prepuberi con storia di penetrazione vaginale, sia in bambine prepuberi selezionate per non abuso.
- Clefts e notches profonde nella metà posteriore di un imene non fimbriato sono state ritrovate solo in bambine prepuberi con storia di penetrazione vaginale.

Note di pratica clinica:

- I termini clefts e notches dovrebbero essere usati solo per descrivere incisure nell'imene che non si estendano alla sua base di impianto.
- Sono stati fatti dei tentativi per definire se clefts e notches siano superficiali o profonde (rispettivamente, inferiori o maggiori del 50% dell'imene). In pratica, è impossibile essere precisi nella misura dell'altezza dell'imene.
- In un imene fimbriato la tecnica di separazione delle fimbrie facilita la visualizzazione di clefts e notches.
- In presenza di clefts e notches dorsali va considerata l'ipotesi di un trauma penetrativo.

Indicazioni del Gruppo di lavoro: Il riscontro di incisure imenali che non si estendono fino alla base ha un'analogia frequenza nella popolazione dei soggetti vittime di abuso sessuale che in quella dei soggetti non abusati: si tratta, comunque, di questione ancora controversa.

Note:

- I termini clefts e notches dovrebbero essere usati solo per descrivere incisure nell'imene che non si estendono alla sua base di impianto (senza la necessità di misurare). Notches/clefts profonde, in cui vi è un residuo di tessuto ma di breve estensione, ovviamente da valutare anche in posizione genupettorale, non sono molto rassicuranti.
- In presenza di clefts e notches dorsali va considerata l'ipotesi di un trauma penetrativo.

Diagnosi differenziale

- Clefts e notches possono essere parte della morfologia imenale normale, così come la naturale frastagliatura in un imene fimbriato, e può essere difficile, in alcuni casi, la loro valutazione.

- Può essere difficile differenziare clefts e notches complete anteriori da un imene di forma semilunare.

Convessità del bordo imenale (hymenal bumps/mounds)

Definizione Bump o mound: area localizzata, compatta, arrotondata ed ispessita di tessuto sul margine dell'imene (convessità), non allungata rispetto al tag (appendice). Più comunemente è evidenziata sull'imene anulare o semilunare, mentre è difficile da riscontrare sull'imene ridondante o fimbriato. La posizione e la tecnica della visita possono condizionare la capacità di rilevare bumps o mounds sul margine imenale.

Classificazione Adams JA: La convessità del bordo imenale è un reperto riscontrato in neonate e comunemente osservato in bambine non abusate.

Royal College of Paediatrics and Child Health: Si riscontrano bumps/mounds in neonate, bambine prepuberi con una storia di penetrazione vaginale e bambine prepuberi selezionate per non abuso. Anche se riscontrati, non è possibile notare alcuna differenza nella loro conformazione in bambine sessualmente abusate ed in bambine non abusate.

Note di pratica clinica:

- La posizione della bambina e la tecnica della visita possono condizionare la visibilità di un bump/mound.
- Quando si rilevano dei bumps/mounds la bambina deve essere visitata sia in posizione supina che prona.

Indicazioni del Gruppo di lavoro: Il riscontro di convessità del bordo imenale (bumps/mounds) ha un'analogia frequenza nella popolazione dei soggetti vittime di abuso sessuale che in quella dei soggetti non abusati.

Note:

- La posizione della bambina e la tecnica della visita possono condizionare la visibilità di un bump/mound.
- Quando si rilevano dei bumps/mounds la bambina deve essere visitata sia in posizione supina che prona.

Diagnosi differenziale: Varianti anatomiche.

Dimensione dell'orifizio imenale

Definizione: In letteratura viene di norma considerata come dimensione dell'apertura imenale la misura del diametro trasverso tra le ore 3 e le ore 9 (misurato con bambina in posizione supina e con trazione delle labbra).

N.B.: L'associazione tra la dimensione dell'orifizio imenale e gli abusi sessuali da penetrazione è stata oggetto di molti dibattiti relativamente alla possibile associazione tra grandi aperture imenali e certezza di penetrazione. Alcuni studi hanno tentato di misurare l'apertura imenale utilizzando una varietà di tecniche e/o utilizzando un colposcopio con una scala calibrata, ma l'imene è costituito da tessuto elastico che si può modificare con una leggera trazione e questo rende impossibile l'effettuazione di misurazioni accurate.

Classificazione Adams JA: Non riportata.

Royal College of Paediatrics and Child Health: Vi è una sostanziale sovrapposizione nella gamma dei diametri medi imenali tra bambine prepuberi abusate sessualmente e bambine selezionate per non abuso. Uno studio misto tra bambine prepuberi e puberi ha evidenziato un diametro medio imenale maggiore nelle bambine che dichiaravano una penetrazione rispetto alle bambine che denunciavano toccamenti.

Note di pratica clinica:

- La misurazione dell'orifizio imenale è di scarso valore nel diagnosticare una penetrazione a causa della difficoltà di ottenere una misurazione accurata, che

infatti varia con la posizione assunta durante la visita, la tecnica, lo stato di rilassamento, l'età della bambina e l'abilità dell'esaminatore.

- La misurazione dell'orifizio imenale non è quindi raccomandata.

Indicazioni del gruppo di lavoro: La misurazione del diametro dell'orifizio imenale non è raccomandata.

Diagnosi differenziale: Varianti anatomiche.

Altezza imenale

Definizione Altezza imenale: è il segmento visibile della membrana dal suo margine libero alla sua base di impianto e non può essere misurata accuratamente.

Il termine "attenuazione" ("rubbing/wearing away") non è utilizzabile quando si descrive l'altezza della membrana posteriore (inferiore) dell'imene e non è consigliato. È preferibile il termine "ridotto" (potrebbe essere usato in confronto ad altre precedenti visite o in confronto ad altre aree dell'imene).

Classificazione Adams JA:

- Segno diagnostico di trauma e/o di contatto sessuale: segmenti mancanti di tessuto imenale. Area nella metà posteriore (inferiore) dell'imene più ampia di una transezione, con assenza di tessuto imenale che si estende alla base dell'imene.

Questo reperto dovrebbe essere confermato esaminando la bambina nelle diverse posizioni con diverse tecniche.

- Segno che richiede ulteriori studi/valutazioni per determinarne il significato: imene con margine liscio, non interrotto tra le ore 4 e le ore 8, che appare essere inferiore ad un millimetro di altezza quando si esamina nella posizione genupettorale o usando un palloncino ripieno d'acqua per sollevare il bordo dell'imene quando la bambina è in posizione supina.

Royal College of Paediatrics and Child Health: L'altezza dell'imene posteriore (inferiore, dorsale) non può essere misurata accuratamente. Una completa assenza di tessuto dell'imene posteriore non è stata osservata nelle neonate o nelle bambine prepuberi selezionate come non abusate.

Note di pratica clinica:

- La misurazione dell'altezza dell'imene non è raccomandata a causa delle difficoltà nell'ottenere misurazioni accurate.
- L'assenza o la riduzione dell'imene posteriore (inferiore) dovrebbero essere confermate in posizione genupettorale o usando altre tecniche.
- In una bambina prepubere, quando si rilevi una completa o quasi completa assenza del tessuto imenale posteriore (in confronto a precedenti visite o in rapporto ad altre aree imenali), deve essere escluso un abuso con penetrazione.

Indicazioni del Gruppo di lavoro: Il reperto di una completa assenza di tessuto dell'imene posteriore è stato rilevato nella popolazione dei soggetti vittime di abuso sessuale.

Note:

- La misurazione dell'altezza dell'imene non è raccomandata a causa delle difficoltà nell'ottenere misurazioni accurate.
- L'assenza o la riduzione dell'imene posteriore (inferiore) dovrebbero essere confermate in posizione genupettorale o usando altre tecniche.

Friabilità

Definizione Friabilità: fragilità superficiale della cute o delle mucose con conseguente leggero sanguinamento apprezzabile spontaneamente o all'applicazione di una trazione lieve.

Classificazione Adams JA: Segno frequentemente causato da altre condizioni mediche (irritazioni, infezioni, trazione dell'esaminatore).

Royal College of Paediatrics and Child Health: La friabilità dei tessuti genitali si riscontra sia in bambine prepuberi con storia di penetrazione vaginale sia in bambine selezionate con anamnesi negativa per abuso sessuale. Non ci sono sufficienti evidenze nelle bambine prepuberi per determinare il significato della friabilità dei genitali.

Note di pratica clinica:

- I clinici dovrebbero notare ogni condizione predisponente alla friabilità della cute.
- Va inoltre annotato ogni caso di friabilità cutanea durante l'esame clinico.

Indicazioni del Gruppo di lavoro: Il riscontro di friabilità dei tessuti genitali ha un'analogia frequenza nella popolazione dei soggetti vittime di abuso sessuale che in quella dei soggetti non abusati.

Diagnosi differenziale: Infiammazione, irritazione, infezione, patologie dermatologiche (ad esempio: lichen), uso cronico di steroidi topici o da trazione durante l'esame.

Fusione labiale

Definizione Fusione labiale: anche definita sinechia o agglutinazione labiale, è l'adesione delle superfici mucose adiacenti delle piccole labbra. È descritta nelle neonate e nelle bambine che usano pannolini, ma è insolita la sua prima comparsa dopo i 6-7 anni d'età, quando può essere messa in relazione a stati irritativi cronici. Può essere quasi completa o parziale. Per la maggior parte, le bimbe con fusione labiale sono asintomatiche. La fusione può risolversi spontaneamente entro l'anno o con lo sviluppo puberale per l'azione degli estrogeni.

Classificazione Adams JA: Segno comunemente causato da altre condizioni mediche (irritazione, sfregamento dei genitali).

Royal College of Paediatrics and Child Health: La fusione labiale estesa o parziale può essere osservata sia in bambine prepuberi con racconto di penetrazione vaginale sia in bambine selezionate con anamnesi negativa per abuso.

È stato riportato che lacerazioni della forchetta esitano in fusione labiale.

Note di pratica clinica:

- In presenza di fusione labiale la bambina va rivisitata.
- Fusioni estese sono meno frequenti e necessitano di ulteriori valutazioni dal momento che potrebbero essere l'esito di un trauma all'area genitale.
- In caso di sospetto abuso sessuale potrebbe essere necessario trattare la fusione labiale per poter visualizzare completamente l'imene.

Indicazioni del Gruppo di lavoro: Il riscontro di fusione labiale ha un'analogia frequenza nella popolazione dei soggetti vittime di abuso sessuale che in quella dei soggetti non abusati.

Note:

- Fusioni estese sono meno frequenti e necessitano di ulteriori valutazioni dal momento che potrebbero essere l'esito di un trauma all'area genitale.
- In caso di sospetto abuso sessuale potrebbe essere necessario trattare la fusione labiale per poter visualizzare completamente l'imene.

Diagnosi differenziale: Patogenesi non traumatica (fattori associati alla fusione labiale includono l'infiammazione locale da utilizzo di pannolini, scarsa igiene).

Perdite vaginali

Definizione Perdite vaginali: sono secrezioni del tratto genitale non costituite da sangue o urine. Le perdite vaginali possono essere fisiologiche o patologiche, come nel caso di vulvo-vaginiti caratterizzate da sensazione di fastidio, arrossamento e prurito che sono evento comune nelle bambine.

Classificazione Adams JA: Le perdite vaginali possono essere la conseguenza di molteplici cause infettive e non infettive. È necessario allestire colture per escludere o determinarne l'eziologia infettiva e, in quest'ultimo caso, se essa sia sostenuta da microrganismi responsabili di infezioni sessualmente trasmissibili.

Royal College of Paediatrics and Child Health: Il rilievo di perdite vaginali alla visita è più frequente nelle bambine prepuberi abusate piuttosto che in una popolazione di pari età selezionata per non abuso. È più frequente in bambine che abbiano subito penetrazioni peniene in vagina rispetto ad altre tipologie d'abuso.

Note di pratica clinica:

- Pur molto frequenti nelle bambine, le perdite vaginali hanno nella maggioranza dei casi colture negative o prive di significatività.
- Le perdite vaginali riconoscono molteplici cause.
- Se una bambina presenta episodi ripetuti di perdite vaginali è necessario raccogliere un'accurata anamnesi per escludere la possibilità di abuso sessuale.
- La presenza di perdite vaginali persistenti dovrebbe costituire un'indicazione ad eseguire colture per diagnosticare eventuali infezioni sessualmente trasmissibili (peraltro possibili anche in assenza di perdite vaginali).

Indicazioni del Gruppo di lavoro: Il riscontro di perdite vaginali ricorrenti è più frequente nella popolazione dei soggetti vittime di abuso sessuale che in quella dei soggetti non abusati.

Note:

- Ne vanno accertate sempre le cause (colture) anche per escludere eventuali infezioni sessualmente trasmissibili (peraltro possibili anche in assenza di perdite vaginali). Si raccomanda l'uso di tecniche non invasive.
- Se una bambina presenta episodi ripetuti di perdite vaginali è necessario raccogliere un'accurata anamnesi per escludere la possibilità di abuso sessuale.

Diagnosi differenziale:

- Cause infettive (ad esempio: stafilococco, streptococco...).
- Cause non infettive quali la presenza di corpi estranei, la scarsa igiene personale, i traumi (incluso l'abuso sessuale).
- Perdite vaginali legate all'effetto degli estrogeni materni nelle neonate.

Segni genitali esterni

Corpi estranei vaginali

Definizione Corpi estranei vaginali: sono oggetti solidi, privi di finalità medicamentose e/o terapeutiche, che possono essere inseriti accidentalmente o volontariamente in un orifizio corporeo. Si tratta di elementi esogeni che per loro natura chimico-fisica non possono essere distrutti dai macrofagi. La presenza di corpo estraneo si manifesta con leucorrea, talvolta siero-ematica, non responsiva ai trattamenti. Possono richiedere rimozione tramite vaginoscopia.

Classificazione Adams JA: Non riportati.

Royal College of Paediatrics and Child Health: Non ci sono evidenze sufficienti a determinare il significato della presenza di un corpo estraneo vaginale in bambine prepuberi in relazione all'abuso sessuale.

Note di pratica clinica:

- Nelle bambine prepuberi, la presenza di corpo estraneo vaginale è inusuale.
- In presenza di corpo estraneo nella vagina bisogna sempre considerare la possibilità di un abuso sessuale.

Indicazioni del Gruppo di lavoro: Non vi sono sufficienti prove per stabilire se la frequenza di corpi estranei nella vagina sia diversa nella popolazione dei soggetti vittime di abuso sessuale rispetto a quella dei soggetti non abusati.

Note:

- Nelle bambine prepuberi, la presenza di corpo estraneo vaginale è inusuale. In presenza di corpo estraneo nella vagina bisogna sempre considerare la possibilità di un abuso sessuale.

Diagnosi differenziale: I corpi estranei endovaginali possono dipendere da manovre di inserimento da parte di terzi o da parte della stessa bambina. Anche in quest'ultimo caso sono opportuni approfondimenti potendosi trattare di un atteggiamento da interpretare come indicatore di una sessualizzazione precoce.

Segni genitali nei maschi

Definizione Riferirsi a definizioni come nelle pagine precedenti (eritema, lacerazioni, ecchimosi).

Classificazione Adams JA: Eritema di pene e scroto: reperti comunemente riscontrati in varie condizioni mediche. Lacerazioni acute o ecchimosi estese di pene e/o scroto sono reperti diagnostici di trauma e/o contatto sessuale (possono essere causate da trauma accidentale o da abuso fisico o sessuale).

Royal College of Paediatrics and Child Health: Anche se non ben documentate, in un piccolo numero di bambini vittime di abuso sessuale ci sono lesioni genitali, principalmente al pene. Non ci sono evidenze sufficienti per determinare il significato delle lesioni genitali nei maschi in relazione all'abuso sessuale.

Note di pratica clinica:

- Se la visita medica viene effettuata tempestivamente è più probabile trovare segni genitali nei maschi.
- Quando un bambino presenta una lesione genitale e non c'è una storia consistente di trauma accidentale va considerata la possibilità di un abuso sessuale.

Indicazioni del Gruppo di lavoro: Non vi sono sufficienti prove per stabilire se la frequenza di lesioni genitali nei maschi sia diversa nella popolazione dei soggetti vittime di abuso sessuale rispetto a quella dei soggetti non abusati.

Note:

- Quando un bambino presenta una lesione genitale e non c'è una storia consistente di trauma accidentale va considerata la possibilità di un abuso sessuale.

Diagnosi differenziale

- Le possibili cause di eritema dei genitali maschili comprendono traumi acuti, infezioni, condizioni dermatologiche, allergie, reazioni ad irritanti o scarsa igiene.
- Ecchimosi spontanee dovute a patologie ematologiche o a farmaci.
- Condizioni che possono essere scambiate per ecchimosi includono macchie localizzate di arrossamento (eritema), lichen scleroso, emangiomi o lesioni pigmentate. L'ecchimosi può essere difficile da distinguere su cute fortemente pigmentata. Può derivare da un trauma accidentale o da maltrattamento fisico.
- Le lacerazioni acute possono essere causate da traumi accidentali o maltrattamento fisico.

Segni anali

Congestione venosa

Definizione Congestione venosa: accumulo di sangue venoso da vasodilatazione capillare in un determinato distretto corporeo o in un organo. La congestione venosa o iperemia passiva è determinata da un ostacolo deflusso di sangue dal distretto corporeo interessato e comporta un sovrariempimento dei capillari e delle vene presenti. Col termine di "congestione venosa perianale" si intende la raccolta di sangue all'interno del plesso venoso dei tessuti perianali, che determina una

colorazione color porpora (blu scuro/violetto) piana o in rilievo; può essere localizzata o diffusa.

N.B.: Il riscontro può presentarsi come aree di colorazione piane o con l'aspetto di dilatazione "a grappolo" di vene e il grado di congestione può variare durante l'esame. Vene congeste o dilatate non sono osservabili di norma attorno all'ano dei bambini, ma una trazione eccessiva o un periodo di osservazione che si prolunghi oltre il termine dei 30 secondi possono provocare il fenomeno.

Classificazione Adams JA: La congestione venosa è un reperto che può essere causato da diverse condizioni mediche (può anche essere in rapporto alla posizione del bambino e alla presenza di stipsi).

Royal College of Paediatrics and Child Health: La congestione venosa è presente in bambini che riferiscono abuso anale ma sono necessari ulteriori studi/valutazioni per determinarne il significato.

Note di pratica clinica:

- Se la congestione anale viene riscontrata, va descritta accuratamente.

Indicazioni del Gruppo di lavoro: Il riscontro di congestione venosa ha un'analogia frequenza nella popolazione dei soggetti vittime di abuso sessuale e in quella dei soggetti non abusati.

Note:

- Tale reperto è raro nei bambini, ma può comparire se l'esame si prolunga oltre i 30 secondi.

Ecchimosi anali/perianali

Definizione Ecchimosi: lesione determinata dalla rottura dei vasi sanguigni del derma o dei piani sottostanti ad opera di un'azione traumatizzante con fuoriuscita del sangue che, se non può riversarsi all'esterno, infiltra i tessuti circostanti o si raccoglie in spazi preesistenti o in spazi che si creano per scollamento. Le

ecchimosi possono essere superficiali o profonde. Le prime si presentano sotto forma di macchie dapprima rossoviolacee, di diversa estensione, a margini sfumati, non rilevate sulla cute. Le ecchimosi superficiali in base alla forma e alle dimensioni si suddividono in ematomi (voluminose raccolte di sangue che si possono formare in cavità preesistenti o in cavità neoformate per scollamento di sistemi di fasce), petecchie (piccole raccolte di sangue delle dimensioni di una lenticchia), soffusioni o suggellazioni (per confluenza di tante piccole ecchimosi). Le ecchimosi profonde si formano in genere come conseguenza di grandi traumatismi contusivi che interessano i muscoli o i visceri. Le ecchimosi hanno la proprietà di cambiare colore: detta caratteristica non può essere utilizzata per datare orientativamente la lesione stessa, perché la variazione cromatica dipende da numerose variabili.

Di solito la sede di comparsa delle ecchimosi corrisponde a quella dove è stata esercitata la violenza traumatica; talvolta, però, stravasi profondi si rendono superficiali solo qualche tempo dopo e lontano dalla sede in cui è stata applicata la forza. In alcuni casi l'ecchimosi può ripetere la forma dell'oggetto che l'ha determinata o del tipo di trauma (ad esempio: un morso).

Classificazione Adams JA: Il rilievo di ecchimosi costituisce un reperto diagnostico di trauma e/o contatto sessuale. Esso può supportare un racconto di abuso sessuale o essere altamente suggestivo di un abuso anche in assenza di un racconto, a meno che il bambino e/o chi ne ha la cura siano in grado di dare una descrizione chiara, pertinente e plausibile di un trauma accidentale.

Royal College of Paediatrics and Child Health: Ecchimosi anali/perianali sono state riportate in un piccolo numero di bambini che hanno dichiarato di aver subito abuso sessuale (con penetrazione anale). Non sono state riportate in bambini selezionati per non aver subito abuso.

Note di pratica clinica:

- Se la visita medica viene effettuata tempestivamente, è più probabile trovare ecchimosi anali/perianali.
- In caso di sospetto abuso sessuale in presenza di ecchimosi anali/perianali, il bambino va riesaminato e va formulata una ipotesi diagnostica.
- Ci sono molte altre possibili cause di ecchimosi, che devono essere considerate nella diagnosi differenziale.

Indicazioni del Gruppo di lavoro: Il riscontro di ecchimosi perianali ed anali è più frequente nella popolazione dei soggetti vittime di abuso sessuale rispetto a quella dei soggetti non abusati.

Note:

- L'ecchimosi può essere difficile da distinguere su cute fortemente pigmentata.
- Le ecchimosi, escluse le patologie ematologiche, sono sempre esito di traumi.

Diagnosi differenziale: Ecchimosi spontanee dovute a patologie ematologiche o a farmaci. Condizioni che possono essere scambiate per ecchimosi includono macchie localizzate di arrossamento (eritema), lichen scleroso, emangiomi o lesioni pigmentate, congestione venosa. Possono derivare da un trauma accidentale o da maltrattamento.

Ragadi (fissurazioni) anali, lacerazioni, cicatrici ed appendici cutanee (tags)

Definizione Ragade anale: con tale termine si intende una fissurazione longitudinale del margine anale, che inizia generalmente all'interno e può estendersi appena oltre il margine stesso; è un fenomeno acuto che può cronicizzare. Da superficiale, interessante solo l'epitelio anale, può approfondirsi nella tunica propria; è dovuta alla distensione della regione oltre le sue capacità elastiche. La guarigione di una ragade può avvenire: senza lasciare traccia, con cicatrice o con formazione di un tag (sentinel distal tag). La ragade da stipsi è

tipica dei primi anni di vita del minore (0–36 mesi): la sua sede consueta è quella mediana (area meno distendibile dell'ano per la presenza del rafe di fissazione).

Le ragadi da abuso sono descritte in ogni quadrante dell'orologio.

Lacerazione: una fissurazione più profonda della ragade che si estende o che giace interamente ben oltre il margine anale. La guarigione avviene con le stesse modalità della ragade (senza lasciare traccia, con cicatrice, con tag); va prestata attenzione alla possibile presenza di cicatrice sul fondo di una plica perianale. È un segno che non è stato mai riscontrato in bambini non abusati.

Cicatrice: tessuto neoformato che ripara una soluzione di continuo la quale abbia interessato i piani sottostanti la mucosa o l'epitelio. L'aspetto finale è di colore biancastro mentre in fase intermedia la cicatrice può apparire rossastra per la presenza di capillari neoformati. Può assumere aspetto ipertrofico o evolvere in cheloide (più tipico nella pelle di individui neri): la differenza consiste nel fatto che il cheloide si estende oltre i margini della lesione primitiva. La possibilità di retrazione in fase di rimaneggiamento della cicatrice può dar luogo a cicatrici irregolari.

Appendice cutanea: prende il nome di "tag" una prominenza la cui altezza è maggiore della base di impianto e che può essere localizzata sia nella linea mediana, sia nelle strie radiate. La presenza di tag del margine anale o della regione delle strie radiate è descritta come possibile esito riparativo ipertrofico di lesioni, generalmente fissurazioni, sia nel minore che nell'adulto.

Classificazione Adams JA:

- Ragadi anali: reperti causati comunemente da altre condizioni mediche (passaggio di feci dure o eccezionalmente grandi, stipsi e irritazione perineale).
- Lacerazioni acute: dei tessuti perianali o del perineo.

- Cicatrici perianali: si estendono in profondità fino allo sfintere anale esterno (da non confondere con un difetto parziale della fusione della linea mediana); sono reperti diagnostici di trauma e/o di contatto sessuale.

- Appendice (tag) della cute perianale: varianti della norma.

Royal College of Paediatrics and Child Health:

- Uno studio suggerisce che le ragadi anali acute e croniche siano un rilievo frequente nei bambini abusati analmente. Sono state riportate anche in una piccola proporzione di bambini sessualmente abusati non selezionati specificamente per abuso anale. Sono reperti inusuali in bambini selezionati per non abuso.

- Le lacerazioni, soluzioni di continuo anali, sono correlate con aggressioni sessuali acute e non sono state riportate in bambini selezionati per non abuso.

- Una buona evidenza indica che le cicatrici anali sono associate con l'abuso anale. Questa evidenza emerge da bambini che sono stati abusati analmente e da bambini in cui il tipo di abuso sessuale non era specificato. Non sono state rilevate in bambini selezionati per non abuso.

- Le appendici cutanee sono state ritrovate in bambini che erano stati abusati analmente sia in corrispondenza della linea mediana che distanti da essa. Solo se presenti sulla linea mediana, sono state riportate in una piccola proporzione di bambini selezionati per non abuso.

Note di pratica clinica:

- La presenza di ragadi anali, se vista nel contesto di una riferita violenza anale, necessita di essere corroborata dalla presenza di altri segni. Tuttavia quando si rileva una ragade anale in assenza di una rivelazione di abuso, dovrebbero essere escluse le altre possibili cause, come il passaggio di feci dure, di grandi dimensioni o la stipsi ricorrente, prima di considerare la possibilità di un abuso sessuale.

- In bambini che si presentano con lacerazioni/soluzioni di continuo anali deve sempre essere considerata la possibilità di un abuso sessuale.
- In bambini che si presentano con cicatrici anali o con appendici (tag) della cute dell'ano al di fuori della linea mediana dovrebbe essere considerato l'abuso sessuale, sebbene sia indispensabile escludere altre possibili cause.

Indicazioni del Gruppo di lavoro: Il riscontro di:

- lacerazioni perianali ed anali
- cicatrici perianali

è più frequente nella popolazione dei soggetti vittime di abuso sessuale che in quella dei soggetti non abusati.

Il riscontro di:

- ragadi perianali
- appendici cutanee

ha un'analogia frequenza nella popolazione dei soggetti vittime di abuso sessuale che in quella dei soggetti non abusati.

Note:

- Quando si rileva una ragade anale in assenza di un racconto di abuso sessuale, dovrebbero essere escluse le altre possibili cause come il passaggio di feci dure, di grandi dimensioni o la stipsi ricorrente, prima di considerare la possibilità di un abuso sessuale.

Diagnosi differenziale:

- Si ritiene che le ragadi anali siano correlate in particolare con il passaggio di feci dure o eccezionalmente grosse sebbene manchi una ricerca formale su questa evidenza. Le ragadi anali sono solitamente causate dalla stipsi e dall'irritazione perianale.

- È stato suggerito che il difetto congenito di fusione del rafe mediano conosciuto anche come “difetto di fusione della linea mediana” potrebbe essere confuso con una lacerazione, ma in questo caso mancherebbero i segni di una lesione recente sopra descritti.
- Le lacerazioni acute dei tessuti perianali o del perineo possono essere causate da eventi accidentali. Le lacerazioni perianali che si estendono in profondità fino allo sfintere anale esterno non devono essere confuse con difetti parziali di fusione della linea mediana.
- Le cicatrici perianali sono rare e possono essere causate da altre condizioni mediche come ad esempio la malattia di Crohn, lesioni accidentali o precedenti procedure mediche.
- Le appendici cutanee carnose sono tipiche della malattia di Crohn. Derivano più spesso da ragadi che sono guarite o da una reazione infiammatoria con edema, all'estremo più basso di una ragade, che può essere acuta o evolvere in fibrosi e diventare permanente.

Definizione Riflesso di dilatazione anale (RAD): è quel riflesso costituito dall'apertura degli sfinteri interno ed esterno del canale anale, che compare a seguito di separazione manuale dei glutei, in decubito laterale o genupettorale, entro 30 secondi. La dilatazione anale immediata, fino ad un diametro anteroposteriore di 2 cm o più, in assenza di altri fattori predisponenti, va considerata con molta attenzione quale possibile segno di abuso.

Classificazione Adams JA Una marcata, immediata dilatazione anale (diametro anteroposteriore di 2 o più cm), in assenza di altri fattori predisponenti, rientra nei segni che richiedono ulteriori studi/valutazioni per determinarne il significato. Una parziale o completa dilatazione anale (diametro antero-posteriore inferiore a

2 cm), con o senza feci visibili, rientra nei segni comunemente causati da altre condizioni mediche.

Royal College of Paediatrics and Child Health: Le evidenze indicano che il riflesso di dilatazione anale è associato a rivelazione di abuso anale ed è stato riportato nei bambini abusati sessualmente. Di solito il segno non è stato riportato in bambini selezionati per non abuso. N.B.: L'uso del termine "ano beante" può riflettere quello che altri descrivono come RAD o lassità anale. C'è un'insufficiente evidenza per determinare il significato di lassità o riduzione del tono anale in relazione ad abuso sessuale. Non ci sono studi sulla lassità anale in bambini selezionati per non abuso.

Note di pratica clinica:

- Se il riflesso è osservato, l'abuso sessuale deve sempre essere considerato nel contesto della storia, della valutazione medica e di altri segni ano-genitali.
- La misurazione precisa del diametro della dilatazione dello sfintere anale non è possibile, tale pratica non è quindi raccomandata.
- Un RAD dovrebbe essere comunque documentato in dettaglio con un'approssimativa valutazione del diametro trasverso massimo (possibilmente in relazione alla larghezza del dito dell'esaminatore più vicino all'ano durante la trazione delicata), specificando se nel retto è stata osservata la presenza o no di feci, la posizione e la durata dell'esame.
- Non c'è evidenza che indichi che la presenza o l'assenza di feci visibili nel retto attraverso la dilatazione anale influisca sul significato del segno.

Indicazioni del Gruppo di lavoro: Il riscontro del riflesso di dilatazione anale è più frequente nella popolazione dei soggetti vittime di abuso sessuale che in quella dei soggetti non abusati.

Note:

- È opportuno documentare in dettaglio: il diametro trasverso massimo (possibilmente in relazione alla larghezza del dito dell'esaminatore più vicino all'ano durante trazione delicata), la presenza o meno di feci nel retto, la posizione e la durata dell'esame.

Diagnosi differenziale: Stipsi cronica, sedazione, anestesia, patologie neuromuscolari.

Infezioni sessualmente trasmesse

Neisseria gonorrhoeae

Definizione: La gonorrea è un'infezione causata dal batterio *Neisseria gonorrhoeae* e può essere genitale, rettale o faringea. La maggior parte dei bambini con gonorrea genitale presenta sintomi, nonostante siano stati descritti bambini asintomatici. I sintomi più comuni sono una secrezione vaginale nelle femmine e una secrezione uretrale nei maschi. Nelle infezioni rettali uno studio ha riportato sintomi (dolore rettale e secrezione in 3 casi su 4); mentre in un altro studio tutti e 7 i bambini erano asintomatici. I bambini con infezione faringea erano sempre asintomatici. Il periodo di incubazione negli uomini è fino a 2 settimane, mentre nelle donne e nei bambini il periodo di incubazione non è ancora definito.

Classificazione Adams JA: La presenza dell'infezione (coltura positiva per gonorrea della zona genitale, anale e faringea) in un bambino, al di fuori del periodo neonatale, conferma il contatto della mucosa con secrezioni infette. Tale contatto, molto probabilmente, è di natura sessuale.

Royal College of Paediatrics and Child Health: L'abuso sessuale è la più probabile modalità di trasmissione in bambini affetti da gonorrea. In letteratura

non è stabilita l'età a cui possa essere esclusa la possibilità di trasmissione verticale dell'infezione.

Note di pratica clinica:

- In un bambino affetto da gonorrea non oftalmica confermata, la possibilità di un precedente contatto sessuale dovrebbe sempre essere considerata, a meno che non ci sia una chiara evidenza di trasmissione perinatale (per esempio infezione materna confermata al momento del parto).
- Quando un bimbo presenta un'infezione da gonorrea, in assenza di un'infezione materna accertata, è probabile che abbia subito un abuso sessuale.
- Una diagnosi positiva nella madre non esclude un abuso sessuale nel bambino.
- La diagnosi di gonorrea necessita di un'attivazione urgente dei servizi di protezione del bambino.

Indicazioni del Gruppo di lavoro: Il riscontro di un'infezione da *Neisseria gonorrhoeae*, se si esclude la trasmissione verticale, è più frequente nella popolazione dei soggetti vittime di abuso sessuale che in quella dei soggetti non abusati.

Note:

- Una diagnosi positiva nella madre non esclude un abuso sessuale nel bambino.
- In letteratura non è stabilita l'età a cui possa essere esclusa la possibilità di trasmissione verticale dell'infezione.

Diagnosi differenziale: Trasmissione verticale (infezione materna al momento del parto).

Definizione: La *Chlamydia trachomatis* è un organismo batterico sessualmente trasmesso molto comune. L'infezione è asintomatica approssimativamente nel 70% delle femmine adulte infette e nel 50% dei maschi adulti. Tale peculiarità

rende difficile stabilire quale sia il periodo di incubazione, sebbene sia stato riportato essere compreso tra i 7 ed i 21 giorni negli uomini. Nei bambini, l'infezione può interessare le congiuntive, il nasofaringe, il retto, la vagina e può essere asintomatica. Anche se il periodo di incubazione non è ben definito, la congiuntivite da *Chlamydia trachomatis* è stata riscontrata nel neonato a distanza di 5-14 giorni dal parto.

Classificazione Adams JA: La presenza dell'infezione in un bambino con coltura positiva da tessuti genitali o anali per *Chlamydia trachomatis*, qualora il bambino superi i 3 anni di età al momento della diagnosi e il campione sia stato testato utilizzando colture cellulari, conferma il contatto della mucosa con secrezioni infette. Tale contatto, molto probabilmente, è di natura sessuale.

Royal College of Paediatrics and Child Health: La modalità di trasmissione più probabile in bambini con infezione da *Chlamydia trachomatis* è il contatto sessuale con penetrazione.

In letteratura non è stabilita l'età a cui possa essere esclusa la possibilità di trasmissione verticale dell'infezione.

Note di pratica clinica:

- In un bambino affetto da *Chlamydia* confermata, la possibilità di un precedente contatto sessuale dovrebbe sempre essere considerata, a meno che non ci sia una chiara evidenza di trasmissione perinatale (per esempio infezione materna confermata al momento del parto).
- Quando un bimbo presenta un'infezione da *Chlamydia*, in assenza di un'infezione materna accertata, è probabile che il bambino abbia subito un abuso sessuale.
- Una diagnosi positiva nella madre non esclude un abuso sessuale nel bambino.

- La diagnosi di Chlamydia necessita di un'attivazione urgente dei servizi di protezione del bambino.

Indicazioni del Gruppo di lavoro: Il riscontro di un'infezione da Chlamydia trachomatis, se si esclude la trasmissione verticale, è più frequente nella popolazione dei soggetti vittime di abuso sessuale che in quella dei soggetti non abusati.

Note:

- Una diagnosi positiva nella madre non esclude un abuso sessuale nel bambino.
- In letteratura non è stabilita l'età a cui possa essere esclusa la possibilità di trasmissione verticale dell'infezione.

Diagnosi differenziale: Trasmissione verticale (infezione materna al momento del parto.

i

Trichomonas vaginalis

Definizione La tricomoniasi è un'infezione vaginale causata dal protozoo Trichomonas vaginalis. La persistenza di Trichomonas vaginalis richiede l'estrogenizzazione della mucosa, pertanto è solitamente un'infezione transitoria in maschi adulti e quindi difficile da diagnosticare. Studi effettuati su adulti mostrano che i sintomi più frequenti sono: perdite vaginali, prurito vulvare, disuria, cattivo odore nelle femmine, e perdite uretrali e/o disuria nei maschi; tuttavia molti soggetti sono asintomatici. Nella popolazione adulta, il Trichomonas vaginalis è acquisito quasi esclusivamente tramite contatto sessuale. La trasmissione perinatale ha luogo in circa il 5% dei bambini nati da madri infette. Il periodo di incubazione del Trichomonas vaginalis non è noto, sia negli adulti che nei bambini.

Classificazione Adams JA: La presenza dell'infezione in una bambina di età superiore ad un anno, diagnosticata con coltura o con esame a fresco su secrezione vaginale, conferma il contatto della mucosa con secrezioni infette. Tale contatto, molto probabilmente, è di natura sessuale.

Royal College of Paediatrics and Child Health: Gli studi pubblicati suggeriscono che l'abuso sessuale sia una fonte probabile di infezione da *Trichomonas vaginalis* nelle bambine. In letteratura non è stabilita l'età a cui possa essere esclusa la possibilità di trasmissione verticale dell'infezione.

Note di pratica clinica:

- In bambine con infezione confermata da *Trichomonas vaginalis* l'abuso sessuale è probabile.
- Sebbene non esistano evidenze per stabilire l'età fino alla quale non sia possibile escludere che si sia trattato di trasmissione verticale, il *Trichomonas vaginalis* in bambine di età inferiore a 2 mesi può dipendere da un'infezione perinatale mantenuta dall'estrogenizzazione materna, sebbene in questi casi l'abuso sessuale debba essere comunque considerato.

Indicazioni del Gruppo di lavoro: Il riscontro di un'infezione da *Trichomonas vaginalis*, se si esclude la trasmissione verticale, è più frequente nella popolazione dei soggetti vittime di abuso sessuale che in quella dei soggetti non abusati.

Note:

- In letteratura non è stabilita l'età a cui possa essere esclusa la possibilità di trasmissione verticale dell'infezione.

Diagnosi differenziale: Trasmissione verticale (infezione materna al momento del parto).

Sifilide

Definizione La sifilide è un'infezione causata dal batterio *Treponema pallidum*.

Classificazione Adams JA: La diagnosi accertata di sifilide in un bambino, esclusa la trasmissione verticale, conferma il contatto della mucosa con secrezioni infette. Tale contatto, molto probabilmente, è di natura sessuale.

Royal College of Paediatrics and Child Health: Ci sono pochi studi pubblicati su bambini abusati sessualmente con sifilide. Di conseguenza, la letteratura non può aiutare a stabilire se il contatto sessuale è una via probabile di trasmissione nei bambini con sifilide.

Note di pratica clinica:

- In un bambino affetto da sifilide, la storia, l'esame e la sierologia per la sifilide nel bambino e nella madre sono necessari per determinare se si tratta di un'infezione congenita o acquisita.
- Nonostante la mancanza di evidenza e tenuto conto del fatto che la sifilide è quasi esclusivamente una malattia a trasmissione sessuale negli adulti, l'abuso sessuale dovrebbe sempre essere preso in considerazione se sono state escluse la trasmissione verticale o il sangue infetto.
- Una diagnosi positiva nella madre non esclude un abuso sessuale.

Indicazioni del Gruppo di lavoro: Il riscontro di *Treponema pallidum*, se si esclude la trasmissione verticale, è più frequente nella popolazione dei soggetti vittime di abuso sessuale rispetto a quella dei soggetti non abusati.

Note:

- Una diagnosi positiva nella madre non esclude un abuso sessuale.

Diagnosi differenziale: Trasmissione verticale (infezione materna al momento del parto) o contatto con sangue infetto.

Condilomi ano-genitali

Definizione I condilomi ano-genitali (o Condylomata acuminata) sono causati da papillomavirus umano (HPV) e rappresentano la presentazione clinica più frequente dell'infezione, che nella maggioranza dei casi è latente o subclinica.

Classificazione Adams JA: Lesioni di tipo condilomatoso nell'area genitale o anale, la cui biopsia e tipizzazione virale possono essere indicate in alcuni casi, costituiscono segni che richiedono ulteriori studi/valutazioni per determinarne il significato.

Condilomi ano-genitali con eziologia confermata in un bambino, in assenza di altri indicatori di abuso, richiedono ulteriori studi/valutazioni sulla trasmissione per contatto sessuale.

Royal College of Paediatrics and Child Health: Una quota significativa di bambini con condilomi ano-genitali è stata vittima di abuso. È più probabile che l'abuso sessuale sia confermato nei bambini prepuberi più grandi. In letteratura non è stabilita l'età a cui possa essere esclusa la possibilità di trasmissione verticale dell'infezione.

Note di pratica clinica:

- Una diagnosi positiva nella madre non esclude un abuso sessuale.

Indicazioni del Gruppo di lavoro: Il riscontro di condilomi, se si esclude la trasmissione verticale, è più frequente nella popolazione dei soggetti vittime di abuso sessuale rispetto a quella dei soggetti non abusati.

Note:

- Una diagnosi positiva nella madre non esclude un abuso sessuale nel bambino.
- In letteratura non è stabilita l'età a cui possa essere esclusa la possibilità di trasmissione verticale dell'infezione.

Diagnosi differenziale: Trasmissione verticale (infezione materna al momento del parto).

Condilomi orali

Definizione Vedi condilomi ano-genitali.

Classificazione Adams JA: Non riportati.

Royal College of Paediatrics and Child Health: Non ci sono sufficienti evidenze allo stato attuale per determinare il significato dei condilomi orali in relazione all'abuso sessuale.

Indicazioni del Gruppo di lavoro: Non ci sono dati che supportino un'associazione tra condilomi orali e abuso sessuale.

Diagnosi differenziale: Trasmissione verticale (infezione materna al momento del parto).

Herpes simplex virus genitale

Definizione L'Herpes genitale è causato da un'infezione del virus Herpes simplex (HSV) sottotipo 1 o 2. Negli adulti l'infezione genitale è quasi esclusivamente associata con il tipo 2, ma è anche in aumento l'associazione con il tipo 1 che causa Herpes orale.

Classificazione Adams JA: Lesioni di tipo vescicolare o ulcere nell'area genitale o anale che possono riconoscere cause infettive e non infettive necessitano di colture, sierologia e/o test di amplificazione degli acidi nucleici per una diagnosi corretta e costituiscono segni che richiedono ulteriori studi/valutazioni per determinarne il significato. Lesioni da Herpes tipo 1 o 2 con eziologia confermata in un bambino, in assenza di altri indicatori di abuso, richiedono ulteriori studi/valutazioni sulla trasmissione per contatto sessuale.

Royal College of Paediatrics and Child Health: Ci sono pochissimi studi pubblicati per stabilire se l'abuso sessuale sia verosimilmente la modalità di trasmissione dell'Herpes genitale nei bambini. Comunque, quando sono stati

valutati bambini con l'infezione, in 1 caso su 2 e in 6 casi su 8 i bambini erano stati sessualmente abusati.

Note di pratica clinica:

- Nei bambini con Herpes genitale l'abuso sessuale va sempre preso in considerazione.

Indicazioni del Gruppo di lavoro: Non vi sono sufficienti dati per stabilire se la frequenza di infezione da Herpes sia diversa nella popolazione dei soggetti vittime di abuso sessuale rispetto a quella dei soggetti non abusati.

Note:

- Nei bambini con Herpes genitale l'abuso sessuale va sempre preso in considerazione.

Diagnosi differenziale: Trasmissione verticale (infezione materna al momento del parto).

H i v

Definizione Il virus dell'immunodeficienza umana (HIV) è il virus responsabile della sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS).

Classificazione Adams JA: La sierologia positiva per HIV in un bambino, esclusa la trasmissione verticale, la trasmissione da emoderivati e la trasmissione da aghi infetti, conferma il contatto della mucosa con secrezioni infette. Tale contatto, molto probabilmente, è di natura sessuale.

Royal College of Paediatrics and Child Health: Gli studi pubblicati suggeriscono che l'abuso sessuale sia una probabile fonte di infezione nei bambini con HIV quando la possibilità di trasmissione madre-bambino o la contaminazione attraverso sangue sono state escluse.

Note di pratica clinica:

- In un bambino HIV positivo, con una madre non infetta, la possibilità di abuso sessuale è altamente probabile.

- L'infezione da HIV nella madre di un bambino HIV positivo non esclude la possibilità di trasmissione sessuale.

Indicazioni del Gruppo di lavoro: Il riscontro di un'infezione da HIV, se si esclude la trasmissione verticale, da emoderivati o da aghi infetti, è più frequente nella popolazione dei soggetti vittime di abuso sessuale che in quella dei soggetti non abusati.

Note:

- L'infezione da HIV nella madre di un bambino con HIV non esclude la possibilità di trasmissione sessuale.

Diagnosi differenziale: Trasmissione verticale (infezione materna al momento del parto), trasmissione da emoderivati e trasmissione con aghi infetti.

Vaginosi batterica

Definizione La vaginosi batterica è un dismicrobismo dell'ambiente vaginale ed è la più comune causa di perdite vaginali nelle femmine adulte.

Classificazione Adams JA: Non riportata.

Royal College of Paediatrics and Child Health: La prevalenza di vaginosi batterica in bambine prepuberi asintomatiche abusate sessualmente è estremamente bassa. La vaginosi batterica è osservata un po' più spesso nelle bambine sessualmente abusate con perdite vaginali. Non ci sono sufficienti dati nelle bambine per stabilire il significato della vaginosi batterica in relazione all'abuso sessuale.

Note di pratica clinica:

- Il reperto di vaginosi batterica è attualmente non utile nell'indicare se si è verificato un abuso sessuale.

Indicazioni del Gruppo di lavoro: Il riscontro di vaginosi batterica presenta un'analogia frequenza nella popolazione dei soggetti vittime di abuso sessuale e in quella dei soggetti non abusati.

Micoplasmi genitali

Definizione I micoplasmi genitali sono un gruppo di batteri gram-negativi ritrovabili nell'orofaringe, in vagina e nel retto. Il *Mycoplasma hominis* e l'*Ureaplasma urealyticum* sono le forme isolate più comunemente nel tratto genitale e sono stati trovati in oltre il 40% degli adulti asintomatici. Il *M. genitalium* è stato implicato nelle infezioni del tratto genitale nelle donne ed è stato ritenuto responsabile di uretriti non specifiche in maschi adulti. Le forme isolate meno frequentemente comprendono il *M. fermentans*, il *M. spermatophilum* e il *M. penetrans*.

Classificazione Adams JA: Non riportati.

Royal College of Paediatrics and Child Health: Gli studi pubblicati non forniscono alcuna evidenza sull'eventuale trasmissione per via sessuale dei micoplasmi genitali nei bambini.

Note di pratica clinica:

- È necessario condurre ulteriori ricerche sulla prevalenza e la significatività della presenza di *Mycoplasma genitalium* nei bambini.

Indicazioni del Gruppo di lavoro: Non ci sono dati che supportino un'associazione tra infezioni da micoplasma e abuso sessuale.

Epatite B e C

Definizione L'epatite B è una delle forme di epatite virale determinata dall'hepatitis B virus (HBV); l'epatite C è una forma di epatite causata dall'hepatitis C virus (HCV).

Classificazione Adams JA: Non riportata.

Royal College of Paediatrics and Child Health: Non ci sono sufficienti evidenze per determinare il significato dell'epatite B e C in relazione all'abuso sessuale.

Note di pratica clinica:

- Nonostante l'assenza di evidenze, in considerazione del fatto che l'epatite B e l'epatite C possono essere trasmesse sessualmente negli adulti, l'abuso sessuale andrebbe preso in considerazione in un bambino con epatite B o C, dopo aver escluso la trasmissione verticale e la contaminazione con sangue.

- Una diagnosi positiva nella madre non esclude l'abuso sessuale.

Indicazioni del Gruppo di lavoro: Non ci sono dati che supportino un'associazione tra infezioni da epatite B e C e abuso sessuale.

Note:

- L'abuso sessuale andrebbe preso in considerazione in un bambino con epatite B o C, dopo aver escluso la trasmissione verticale e la contaminazione con sangue.

- Una diagnosi positiva nella madre non esclude l'abuso sessuale.

Cartella clinica e repertazione

Esame clinico per sospetto abuso sessuale dati Essenziali per la Cartella Clinica

Per le condizioni di emergenza/urgenza è utile predisporre un elenco dei seguenti numeri telefonici:

Magistrato di turno presso la Procura Minorile; numero fax Procura Minorile;

magistrato di turno presso Tribunale ordinario; numero fax Tribunale ordinario;

Ufficio Polizia Minorile; Servizi Sociali/Assistenti Sociali c/o Ospedale;

Medicina Legale; Neuropsichiatria Infantile

Sezione A – Informazioni anagrafiche indispensabili

A1. Dati del bambino/a

- Nome; cognome; data e luogo di nascita; codice fiscale; nazionalità; indirizzo; ora di arrivo

- Nome/cognome/tel di padre/madre/tutore

- Nome/cognome/tel di PdLS; MMG; generalità dei Servizi territoriali di riferimento

(ASL; scuola)

A2. Da chi viene inviato

- Procura Tribunale per i Minorenni; Procura Tribunale Ordinario; Forze dell'Ordine; altra Istituzione; Servizi territoriali; genitore/tutore

A3. Specificare la motivazione della richiesta (se disponibile, allegare richiesta scritta)

A4. Conduzione dell'esame – specificare:

- Nome/cognome degli operatori presenti (Ginecologo; Pediatra; Medico Legale; Infermiere/Ostetrica; Psicologa; Assistente sociale) e di altre persone presenti (specificare il rapporto con l'assistito)

Sezione B – Il racconto

B1. Descrizione del fatto secondo quanto riferito dall'accompagnatore, da raccogliere senza la presenza del bambino/a

B2. Descrizione del fatto secondo quanto riferito dal bambino/a riportando tra virgolette le parole precise del minore

B3. Raccolta del racconto – specificare:

- Nome/cognome delle persone presenti al racconto e il rapporto che hanno con l'assistito

Sezione C - Storia clinica

C1. Anamnesi familiare

- Per ciascuno dei membri della famiglia (madre, padre, sorelle/fratelli, altri

parenti/conviventi) specificare età/se convive con il bambino/stato civile/scolarità/
professione/patologie pregresse/in atto

C2. Anamnesi fisiologica

- Particolare attenzione ad abitudini alimentari/ritmo sonno-veglia/alvo e diuresi

C3. Anamnesi patologica remota

- Particolare attenzione a precedenti osservazioni ed assistenze nei Pronto

Soccorsi; precedenti ricoveri

C4. Anamnesi patologica prossima

- Particolare attenzione a traumi, vomito, stipsi, enuresi primaria o secondaria, incontinenza

- Per il sospetto di abuso sessuale specificare se: *episodio isolato di abuso/episodi ripetuti (se ripetuti, epoca presunta di inizio dell'abuso); tempo intercorso dall'ultimo episodio; modalità di abuso riferite (indicare se: manipolazioni digitali; inserimento di oggetti, specificando l'oggetto; penetrazione peniena; richieste di pratiche masturbatorie. Per tutte le modalità di abuso, indicare la sede: vulvare; anale; vulvare/anale; altro; imprecisati. Precisare la sede dell'eventuale eiaculazione).*

Sezione D - Esame obiettivo generale

D1. E O ispettivo generale

- Specificare i parametri auxologici (peso; altezza; circonferenza cranica)
- Indicare nello schema corporeo tutte le eventuali lesioni

D2. E O della cavità orale

Sezione E - Esame obiettivo genito-anale

E1. Specificare in quale/i posizione/i viene condotto l'esame

- Indicare se supina; decubito laterale sx; genupettorale

E2. Specificare nel referto se nel corso dell'esame ispettivo viene acquisita

documentazione fotografica

E3. Descrizione dell'obiettività genito-ale

• Descrivere: *regione vulvare, imene, forchetta/perineo cute scrotale, testicoli, pene, regione anale*

1. Segni genitali esterni, indicare se presenti

Specificare sede (quadrante dell'orologio) ed estensione

1.1 eritema (arrossamento) del vestibolo, del pene, dello scroto o dei tessuti perianali (iperemia attiva dei vasi cutanei e che scompare alla pressione)

1.2 edema

1.3 ecchimosi (specificare sede e dimensione)

1.4 abrasioni/ escoriazioni genitali (specificare sede e dimensione)

1.5 lacerazioni genitali (specificare sede e dimensione)

1.6 lesioni imenali in via di guarigione/guarite (specificare sede e dimensione)

a. transezione imenale; segmento mancante di tessuto imenale *discontinuaione incompleta in fase acuta: lacerazione discontinuaione incompleta non acuta: notch discontinuaione sino alla base di impianto, in fase acuta: lacerazione discontinuaione sino alla base di impianto, in fase non acuta: transezione*

b. incisure imenali (clefts/notches)

1.7 convessità del bordo imenale (hymenal bumps/mounds - non allungata rispetto al tag)

1.8 dimensione dell'orifizio imenale

1.9 altezza imenale

1.10 friabilità della forchetta

1.11 cicatrice della forchetta o della fossa posteriore

1.12 fusione labiale

1.13 perdite vaginali (specificare frequenza e aspetto)

1.14 corpi estranei vaginali

2. Segni anali, indicare se presenti

Specificare sede (quadrante dell'orologio) ed estensione

2.1 congestione venosa

2.2 ecchimosi perianali/anali (specificare sede e dimensione)

2.3 ragadi (fissurazioni) anali, lacerazioni, cicatrici ed appendici cutanee (tags)

(specificare sede e dimensione)

2.4 riflesso di dilatazione anale

3. Descrivere lo stato igienico generale

E4. Annotare il comportamento del bambino durante l'esame

E5. Indicare se sono state condotte altre consulenze

Sezione F – Indagini strumentali

F1. Indicare se sono state condotte indagini endoscopiche e se sì quali

- Vaginoscopia/rettoscopia, indicare l'eventuale presenza di corpi estranei

F2. Indicare se sono stati eseguiti prelievi per indagini di laboratorio

- Prelievo per:

1. *Chlamydia, VDRL / TPHA, HSV 1 e 2, HIV, HbSAg, HCVAb*

2. *Esame microscopico o colturale (specificare la/e sede/i): indicare l'eventuale riscontro di Chlamydia trachomatis, Gardnerella, Gonococco, Micoplasmi)*

3. *Per ricerca di spermatozoi e per tipizzazione genica (specificare la sede: vulva-perineo; vagina; canale cervicale; canale anale; cavo orale; cute)*

Sezione G – Interventi

G1. Terapia e profilassi

- Indicare se si è prescritta: terapia topica; terapia antibiotica sistemica per

MST; profilassi antitetanica; profilassi antiepatite; profilassi post-esposizione

ad HIV. Specificare il programma di follow-up

G2. Contatti con i Servizi e con l'autorità giudiziaria

- Indicare se si è inviata relazione/segnalazione ai servizi territoriali (NPI, Consultorio Familiare, Servizi di Tutela Minori, Assistente sociale) e se è stata inviata segnalazione d'ufficio all'autorità giudiziaria

Repertazione di tracce biologiche e conservazione del materiale

Per la raccolta di materiale biologico in bambini/e prepuberi, per i quali vi sia un sospetto di abuso sessuale, grande importanza rivestono il tempo trascorso dal fatto e le modalità con cui l'aggressione si è verificata. Diversi studi hanno infatti dimostrato come sia più probabile rinvenire materiale biologico estraneo se sono trascorse meno di 72 ore. Per quanto riguarda i prelievi di materiale biologico, nei bambini/e prepuberi, in assenza di segni di recente ed evidente penetrazione, può essere sufficiente effettuare dei tamponi a livello dei genitali esterni o su altre superfici corporee. Grande importanza, infine, deve essere data agli indumenti indossati, in quanto è stato sottolineato da più autori che nei bambini/e prepuberi la maggior parte delle tracce di interesse forense è rinvenuta proprio su indumenti e su tessuti venuti a contatto con la vittima al momento dell'aggressione.

Come repertare e come conservare eventuali reperti raccolti nel corso della visita medica

Indumenti (se la vittima non si è cambiata) e materiale estraneo

- Far spogliare la vittima su due lenzuola pulite
- Conservare gli indumenti esterni
- Conservare gli indumenti intimi (vanno repertati anche se si fosse cambiata)

- Far asciugare gli indumenti bagnati
- Inserire ciascun indumento in un sacchetto di carta diverso
- Sigillare ciascun sacchetto ed etichettarlo
- Piegare il lenzuolo ed inserirlo in un sacchetto a parte (materiale estraneo)
- Conservare il tutto a temperatura ambiente in un luogo asciutto
- Nel caso in cui la vittima si fosse cambiata, informare l'accompagnatore della necessità di recuperare gli indumenti indossati al momento del fatto
- Fotografare gli indumenti

Tampone genitali esterni e vaginale

- genitali esterni: eseguire due tamponi a livello delle grandi e piccole labbra.

Asciugare il tutto per circa 1 ora a temperatura ambiente. Inserire i tamponi e i vetrini negli appositi contenitori ed etichettare. Conservare a 4 °C per brevi periodi o a -20/-80 °C per periodi maggiori. Segnalare se la bambina è stata lavata.

- tampone vaginale (entro 7-10 giorni): prelevare il materiale dalla vagina con due tamponi. Strisciare parte del materiale raccolto con i tamponi su vetrini. Asciugare il tutto per circa 1 ora a temperatura ambiente. Inserire i tamponi e i vetrini negli appositi contenitori ed etichettare. Conservare a 4 °C per brevi periodi o a -20/-80 °C per periodi maggiori.

Tampone ano-rettale

- In caso di penetrazione anale (da effettuare entro 5 giorni). Passare due tamponi inumiditi con soluzione fisiologica sulla cute anale e prelevare con altri due tamponi il materiale presente nel canale rettale. Strisciare parte del materiale raccolto su vetrini. Asciugare il tutto per circa 1 ora a temperatura ambiente. Inserire i tamponi e i vetrini negli appositi contenitori ed etichettare. Conservare a 4 °C per brevi periodi o a -20/-80 °C per periodi maggiori.

Tampone orale

- In caso di contatto oro-genitale (da effettuare entro 24 ore). Prelevare mediante l'utilizzo di due tamponi l'eventuale materiale presente avendo cura di spazzolare gli spazi interdentali. Strisciare parte del materiale raccolto su vetrini. Asciugare il tutto per circa 1 ora a temperatura ambiente. Inserire i tamponi e i vetrini negli appositi contenitori ed etichettare. Conservare a 4 °C per brevi periodi o a -20/-80 °C per periodi maggiori.

Tampone cutaneo

- Se vi è positività anamnestica e se la vittima non si è lavata. Inumidire un tampone con soluzione fisiologica e strisciarlo sulla cute delle regioni indicate. Asciugare il tutto per circa 1 ora a temperatura ambiente. Inserire il tampone nell'apposito contenitore ed etichettare. Conservare a 4 °C per brevi periodi o a -20/-80 °C per periodi maggiori.

Unghie

- Se vi è indicazione anamnestica effettuare uno "scraping" (evitare se possibile l'utilizzo di bisturi). Inserire il materiale raccolto dall'unghia in una singola provetta (ad esempio: 1,5 ml). Etichettare. Conservare a 4 °C per brevi periodi o a -20/-80 °C per periodi maggiori.

Peli pubici

- Far stendere la vittima su della carta pulita. In presenza di peli pubici, con un pettine pulito (meglio se sterile) pettinare più volte verso il basso, avendo cura di far cadere i peli sulla carta. Ripiegare la carta con il materiale biologico ed il pettine. Inserire il tutto in una busta di carta. Etichettare. Conservare a temperatura ambiente.

Peli/capelli

- Prelevare con pinzette pulite (possibilmente sterili) eventuali peli/capelli presenti

sul corpo della vittima o sugli indumenti della stessa. Inserire ciascuna formazione pilifera in singole bustine di carta. Etichettare. Conservare a temperatura ambiente.

Pannolini

- Pesare ed asciugare all'aria. Conservare a temperatura ambiente in buste di carta.

Garze e tamponi

- Reperire garze e tamponi utilizzati per detergere o tamponare eventuali emorragie. Asciugare e conservare a temperatura ambiente in buste di carta o a -20/-80 °C.

Referto/denuncia all'autorità giudiziaria

Il professionista sanitario ha l'obbligo di informare l'autorità giudiziaria penale (alias la Procura della Repubblica territorialmente competente) quando si trovi a prestare assistenza in casi che possano presentare i caratteri di un reato per il quale si debba procedere d'ufficio. La segnalazione va inoltrata da chi abbia avuto la personale consapevolezza di trovarsi di fronte a situazione che può indurre il sospetto di reato e non può essere delegata ad altri. Tuttavia, nel caso in cui l'ipotesi di reato sorga da situazioni in cui l'assistenza è stata prestata da più professionisti, la segnalazione è da inoltrarsi congiuntamente.

La segnalazione va fatta tempestivamente e, se vi è urgenza, può essere anticipata telefonicamente alla stessa Procura della Repubblica e/o alla Polizia giudiziaria (Polizia di Stato e Carabinieri, come riferimenti prioritari).

Gli strumenti previsti ex lege per la segnalazione delle ipotesi di reato sono rappresentati dal Referto (art. 365 codice penale, art. 334 codice di procedura penale) e dalla Denuncia (artt. 361 e 362 codice penale, artt. 331 e 332 codice di procedura penale). La relazione informativa alla Procura della Repubblica deve indicare il giorno e l'ora in cui è avvenuta la prestazione professionale ed esporre gli elementi essenziali del fatto di cui si è venuti a conoscenza.

Quando il sospetto dell'abuso sessuale derivi dalle risultanze della visita medica la relazione, preferibilmente dattiloscritta, dovrà riportare:

- dati anagrafici del minore;
- da chi è stata richiesta la visita medica e per quale motivo;
- da chi è accompagnato il minore e chi è presente alla visita;
- la durata della visita;
- l'anamnesi;
- l'esame obiettivo generale ed il comportamento del bambino/a durante la visita specificando sia la presenza che l'assenza di segni riferibili a lesioni recenti o pregresse;
- la descrizione dell'area genitale, anale e perineale (riportare le posizioni in cui è stato visitato il bambino/a e l'eventuale uso del colposcopio);
- gli accertamenti eseguiti o richiesti;

La distinzione tra il referto e la denuncia, che – in quanto a forma e contenuto – sono sostanzialmente sovrapponibili, consiste nel fatto che il primo compete al professionista sanitario che operi in veste libero professionale mentre la seconda a chi operi in qualità di pubblico ufficiale o di incaricato di pubblico servizio. Altra distinzione è rappresentata dal fatto che il referto, a differenza della denuncia, può

essere omesso quando la segnalazione possa esporre a procedimento penale la persona assistita. Nei casi di sospetto abuso sessuale su minore, peraltro, la persona assistita è solo vittima e non anche possibile autore di reato e questa distinzione è quindi, in tale contesto, sostanzialmente priva di rilievo.

- l'eventuale racconto spontaneo del minore;
- la data e la firma;
- va specificato se è disponibile documentazione fotografica.

Il dovere di segnalazione sussiste anche nei confronti dell'autorità giudiziaria civile.

La tutela del sistema civile-amministrativo nei confronti dei minori vittime di abusi è regolamentata dagli articoli 330 (Decadenza della potestà sui figli) e 333 (Condotta del genitore pregiudizievole ai figli) del codice civile e dalla Legge n. 184/83 (Disciplina dell'affido familiare e dell'adozione) e successive modificazioni.

Essa prende avvio dalla segnalazione dello stato di abbandono del minore, che può essere avanzata da chiunque e indirizzata genericamente a qualunque autorità pubblica. Per chi abbia una veste pubblica - come si verifica per tutti i medici che operino alle dipendenze o in convenzione del Servizio Sanitario Nazionale - la segnalazione è obbligatoria, così come per gli esercenti un servizio di pubblica necessità (tra cui rientrano i medici) e va indirizzata al Procuratore della Repubblica presso il Tribunale per i Minorenni.

La condizione di abbandono si realizza quando i minori siano privi di assistenza morale e materiale da parte dei genitori o di chi ne abbia la tutela.

Essa va interpretata in senso lato, potendo attenersi a tutte quelle fattispecie nelle quali il bambino versi in situazioni che comportino rischi per la sua vita e/o la sua salute ai quali i genitori non risultino in grado di far fronte.

Il Tribunale per i Minorenni, costituito, oltre che da magistrati, da giudici onorari rappresentanti di diverse professionalità attinenti alle problematiche minorili, ha funzioni di tutela del minore e può disporre indagini per chiarire i contenuti della segnalazione, dettare prescrizioni alla famiglia, con possibilità, nei casi più gravi, di decidere l'allontanamento del minore dal nucleo familiare.

La relazione informativa al Tribunale per i Minorenni dovrà riportare gli stessi elementi già indicati per la relazione informativa all'Autorità giudiziaria penale.

Quando sussista il dubbio diagnostico sulla possibile rilevanza giuridica del fatto e sui doveri di segnalazione, può essere opportuno avvalersi della consulenza dei centri di riferimento per la valutazione delle situazioni di abuso e maltrattamento ai minori operanti nell'area di appartenenza.

L'approfondimento della conoscenza del caso, l'acquisizione di una professionalità sempre più attenta e capace di discriminare quadri che devono suscitare allarme, la condivisione del dubbio ed il confronto con altri possibili osservatori potranno orientare la scelta se segnalare o no.

L'orientamento operativo che ci sembra di poter suggerire, in definitiva, è quello di informare tempestivamente l'autorità giudiziaria ogni qualvolta il sospetto di trovarsi di fronte ad un bambino abusato sessualmente sia ragionevolmente fondato.

Negli altri casi - quando gli elementi a disposizione siano troppo vaghi e/o contraddittori - è comunque necessario farsi carico dell'approfondimento diagnostico con attenzione e costante disponibilità a cercare, di volta in volta, la soluzione più congrua confrontando le proprie osservazioni in un contesto pluridisciplinare.

In ogni caso, è necessario ricordare che la segnalazione all'autorità giudiziaria deve integrarsi in un percorso a carattere assistenziale, le cui esigenze non

possono considerarsi assolte dalla semplice denuncia di reato, in considerazione delle specificità dell'indagine giudiziaria, per modalità di attuazione e finalità dell'intervento. In altri termini, deve essere ben chiaro che la denuncia di reato non è un adempimento formale, dal momento che questo atto da un lato innesca una serie di eventi sui quali il sanitario non avrà alcuna possibilità di controllo, dall'altro non esaurisce le esigenze assistenziali del minore.

Riferimenti normativi

DISCUSSIONE

La definizione concettuale di “maltrattamento”, l’inquadramento giuridico dell’abuso all’infanzia ed in particolare di violenza sessuale sulla base dei reati previsti dal Codice Penale, l’accertamento della lesività (traumatica dolosa o accidentale), la valutazione della compatibilità evento-lesione, gli aspetti più prettamente deontologici (referto-rapporto) sono solo alcuni, tra gli aspetti emersi, di chiara competenza medico - legale.

A differenza di ciò che avviene in altri stati (USA, Canada, Germania, Inghilterra, Svizzera), la giurisprudenza italiana considera il maltrattamento un comportamento patologico che si protrae nel tempo configurandolo nella fattispecie di un reato a condotta plurima in cui, le azioni od omissioni, vengono a realizzare un unum comportamentale; secondo numerosi autori anglosassoni la “Batter Child Syndrome” comprenderebbe quadri patologici conseguenti a singole o ripetute azioni lesive: in Italia, quindi, non tutti i casi, clinicamente diagnosticati in ambito medico come B.C.S. sono classificabili come maltrattamento ai minori nel senso giuridico.

In ambito operativo diventa fondamentale, poi, per ciascun medico ed in particolare per il medico legale accertare se dal fatto siano derivate lesioni personali e se queste sono fortemente riconducibili ad un concetto giuridico di maltrattamento ai minori.

L’articolo 571 C.P. prevede paradossalmente che “se dal fatto deriva una lesione personale, si applicano le pene stabilite negli articoli 582 e 583, ridotte ad un terzo; se ne deriva la morte, si applica la reclusione da tre a otto anni”. la presenza di una giustificazione educativa intesa in modo quanto mai estensivo (se educativo può ancora oggi essere considerato un comportamento così violento da

determinare delle lesioni personali), rende riducibile addirittura ad un terzo le pene previste per il reato di lesioni personali.

Malmenare, maltrattare, picchiare violentemente un minore con finalità pedagogiche, comporta sanzioni attenuate anche se causa di lesioni personali o addirittura di morte. Paradossalmente il reato di abuso dei mezzi di correzione anziché rappresentare un'aggravante nei casi di lesione o di morte, ne costituisce una forte diminvente della responsabilità.

Qualora il medico sia chiamato in veste di perito ad accertare le eventuali lesioni personali sulla vittima, dovrà individuare, mediante un accertamento diagnostico e valutando le lesioni stesse, le cause ed i mezzi che le hanno prodotte nonché la loro successione temporale.

Le decisioni del perito, pur valutando la difficoltà e la complessità di un accertamento di abuso, vengono ad assumere connotazioni di estrema importanza, in relazione all'abusato, in primis, ed alle conseguenze morali e giudiziarie che ne derivano per i sospetti abusanti.

Implicazioni ancora più gravi si configurano poi nel caso si ipotizzi un abuso intrafamiliare per le intuitive conseguenze che vengono a ricadere sull'intero nucleo stesso.

Stabilire mediante una diagnosi differenziale l'origine accidentale o dolosa delle lesioni riscontrate e valutare la compatibilità tra l'evento traumatico descritto e la lesione stessa, diviene nodo gordiano della valutazione propria del medico legale.

E' necessario innanzitutto escludere la possibilità di forme patologiche non traumatiche ma ugualmente suggestive (evento accidentale, malattia organica) valutando, secondo competenze specialistiche, l'origine patogenetica della lesione che si presenta con segni clinici simili (ecchimosi da emopatie, alterazioni scheletriche o fratture da osteogenesi imperfetta, encefaliti emorragiche ecc.)

Di chiara pertinenza traumatologico forense sono infatti: l'identificazione della natura e dell'entità del danno, secondo una analisi clinica e talvolta anatomo-patologica delle lesioni riscontrate; la valutazione della natura del trauma in relazione allo strumento o al mezzo lesivo, l'idoneità lesiva dello stesso e le modalità di azione; la repertazione e l'analisi dei campioni biologici raccolti ai fini genetico forensi; lo studio delle circostanze del fatto; la valutazione di eventuali postumi in relazione a norme giuridiche. Queste sono tutte valutazioni di estrema importanza nei casi di sospetto abuso fisico, sessuale o della patologia delle cure.

Occorre, allora, valutare attentamente se le ipotesi giustificative narrate dai genitori sono compatibili per cronologia e lesività obiettivata, mediante uno studio accurato di tutte le lesioni riscontrate sul bambino, realizzando ove è possibile, l'identificazione del mezzo lesivo; tutto ciò presuppone accurate indagini cliniche e strumentali e, nel caso di lesioni cutanee, adeguata documentazione fotografica.

Ciò risulta particolarmente complesso nel caso di manifestazioni policrome e quindi riferibili a molteplici episodi, temporalmente differenziati e realizzate con modalità differenti.

Ben più complicati sono l'accertamento clinico e la rilevazione di un abuso sessuale poiché il più delle volte rappresentano un'operazione estremamente delicata e complessa.

Infatti numerosi studi americani evidenziano che i minori e tra questi in particolar modo gli adolescenti sono il target di popolazione a più elevato tasso di abuso sessuale rispetto alla popolazione di qualsiasi altra età.

Gli studi scientifici in materia hanno evidenziato che sia in età pediatrica che in epoca adolescenziale nel 65-75% dei casi le violenze sessuali sono praticate da un

parente o da un conoscente del minore stesso (Peipert JF, Domagalski LR. 1994).

L'utilizzo volontario o accidentale, consapevole o inconsapevole, di sostanze alcoliche oppure di farmaci o droghe da parte delle vittime e/o degli abusanti viene segnalato in letteratura come un ulteriore fattore di incremento del rischio (Rennison CM. 1999), l'uso di sostanze psicotrope viene registrato nel 40% circa delle violenze (Seifert SA . 1999).

Dell'abuso sessuale su minori non esiste a tutt'oggi, nel mondo scientifico, una definizione univoca e condivisa.

Infatti la complessità del fenomeno che inevitabilmente coinvolge più ambiti (medico, medico legale, sociale, psicologico, forense) induce spesso a letture interpretative molto differenti, talvolta addirittura collidenti tra di loro.

Negli ultimi anni, consapevoli dell'importanza clinica, legale ed umanizzante che la visita per sospetta violenza sessuale assume nei confronti della vittima, sono state proposte, da gruppi scientifici, Centri nazionali ed internazionali che si occupano di violenza sessuale, numerose linee guida utilizzabili dal medico a diverso titolo coinvolto.

Nei casi di violenza sessuale le lesioni coinvolgono più frequentemente il capo, il collo e le estremità (tipiche ad esempio le ecchimosi sulla superficie interna delle cosce, dovute alla forzata divaricazione degli arti inferiori).

Possono riscontrarsi segni di morsicature, sottoforma di ecchimosi o di escoriazioni in base agli elementi dentari rappresentati e alla forza esercitata, o di franche lacerazioni. Nei casi di morsi è possibile, attraverso tamponi, prelevare materiale genetico dell'aggressore o rilevare forma e dimensioni dell'arcata dentaria dell'aggressore.

Nei casi di sospette fratture, anche pregresse è naturalmente necessario ricorrere a radiografie.” (Linee Guida SVS 2006)

La necessità, la rapidità e le modalità della visita medica, che consiste in un esame generale e successivamente in un esame genitale, sono determinate dal genere di abuso sessuale, dalle circostanze e dall'intervallo trascorso dall'atto di abuso, unico o ripetuto, sospetto o chiaramente subito.

L'interpretazione di segni sui genitali delle minori che possano ricondursi ad abuso sessuale sono da anni oggetto di studio, in particolar modo nei Paesi anglosassoni.

I dati della letteratura unanimemente affermano che una piccola parte delle adolescenti vittime di violenza sessuale presenta lesioni genitali (7-40%) (Adams JA, Girardin B, Faugno D 2001, Kellogg ND, Menard SW, Santos A. 2004) e solo circa l'1% di esse ha lesioni così gravi, da richiedere ulteriori interventi sanitari.

Purtroppo, la valutazione medico legale di queste lesioni è resa particolarmente difficoltosa da una scarsa conoscenza delle variazioni anatomiche indotte da un atto sessuale consenziente sui genitali, esaminati con procedure analoghe a quelle utilizzate nei casi di violenza sessuale (Cattaneo C, Gentilomo A, Motta T, Ruspa M. 2006).

La probabilità di rilevare lesioni imenali o, comunque, genitali è strettamente correlata alla tempestività dell'intervento medico ed è relativamente più frequente negli episodi in cui sono riferiti una perdita ematica e/o dolore conseguente alla penetrazione, pur non essendo in alcun modo significativa una eventuale loro assenza.

Le lesioni più frequentemente riscontrabili sono extragenitali, nella maggioranza di lieve entità (piccole ecchimosi, escoriazioni, soluzioni di continuo superficiali) e solo in pochi casi si tratta di lesioni gravi.

Non tutte le vittime violentate sono in grado di reagire e di conseguenza di dimostrare i segni incontrovertibili che le aiutino a provare l'avvenuta violenza.

Sulla base della sola visita ginecologica o dell'esame ispettivo non è possibile confermare o smentire il racconto della violenza sessuale.

E' importante però una descrizione precisa delle lesioni eventualmente presenti, in quanto l'accurata documentazione, anche dello stato psicologico, nella scheda clinica e le prove biologiche raccolte possono costituire un valido aiuto per le vittime da un punto di vista giudiziario se decidono di presentare querela per la violenza subita." (Linee Guida SVS 2006)

E' ampiamente riconosciuta e ribadita l'importanza di una corretta e adeguata documentazione fotografica ai fini medico legali quando ci si trova in situazioni di riferito abuso sessuale.

Si può affermare che la mancanza di lesioni genitali o la scarsità di lesioni non esclude una violenza sessuale (Bowyer L e Dalton M 1997, McGregor MJ 2002, Gray Eurom K e coll 2002, Du Mont J e White D 2007, Heger A e coll 2002, Jewkes R e coll 2009, McLain 2011)

Né la presenza né l'assenza di lesioni genitali può stabilire prova di per sé di uno abuso sessuale, tuttavia, rapporti non consensuali hanno più probabilità di essere causa di lesioni rispetto a quelli consenzienti.

Le lesioni genitali possono dipendere da molte variabili, quali lo stato ormonale, la lubrificazione vaginale, la posizione ecc.

Al momento non esistono modelli di riferimento per stabilire se un rapporto è stato consenziente o meno solo sulla base di lesioni genitali.

Nelle aggressioni sessuali spesso si evidenziano lesioni non genitali associate talvolta a quelle ano genitali.

Lesioni alla faccia, al capo e al collo sono caratteristiche degli stupri, ma occorre controllare anche la bocca, gli arti, il tronco (Sommers MS e coll 2001).

Frequentemente sono lesioni di lieve entità come ecchimosi, escoriazioni, soluzioni di continuo ed in pochi casi si tratta di lesioni gravi.

Nella lunga disamina viene più volte affermato che a carico dei minori, rispetto alla popolazione adulta, viene segnalata una minor frequenza di lesioni extragenitali associata ad una frequenza maggiore di lesioni ano genitali sempre in relazione a quelle riscontrate nelle donne adulte (fossa navicolare, imene, forchetta, piccole labbra ecc) (Jones JS, Rossman L, Wynn BN et al. 2003).

Infatti è risaputo e segnalato in letteratura che la maggioranza dei minori vittime di abuso sessuale non oppone resistenza, alcune per timore di essere uccise quindi solo raramente l'esame ispettivo permette di rilevare segni di certezza di avvenuta violenza.

Nella letteratura nazionale ed internazionale l'assenza o l'esiguità di segni traumatici a carico delle vittime di violenza sessuale non rappresenta mai una "conditio sine qua non" nella valutazione della sussistenza della violenza, ma viene inserito l'elemento clinico in una più ampia valutazioni multidisciplinare.

L'esame medico di un minore sospetta vittima di abuso sessuale assume valore fondamentale seppur non dirimente.

Di fondamentale importanza è il ruolo medico-legale che dalla valutazione diagnostica (realizzata congiuntamente ai colleghi pediatri e/o ginecologi) espande la sua azione nell'ambito investigativo e giudiziario, in cui la valutazione circa la natura di un certo quadro patologico e la sua riconducibilità a determinate azioni od omissioni diviene centrale.

Proprio perchè un'ipotesi di matrattamento o d'abuso sessuale ha in sé inevitabilmente, l'eventualità di una ricaduta giudiziaria, la fase diagnostica e terapeutica potranno essere efficaci se e solo se tutti gli operatori saranno consapevoli di questo fatto. In altri termini, aver coscienza del versante

giudiziario significa ponderare le esigenze di denuncia ed anche pianificare l'intervento medico in modo tale da soddisfare alcune esigenze e in particolare, le seguenti:

- accuratezza nell'esame clinico
- adeguatezza della documentazione iconografica
- razionale pianificazione delle indagini di laboratorio
- sicurezza nella conservazione dei reperti eventualmente acquisiti

E tutto è finalizzato, in primo luogo, ad acquisire in maniera scientificamente corretta elementi labili nel tempo (escoriazioni, ecchimosi, tracce biologiche) ma soprattutto può evitare (salvo esigenze processuali particolari) la reiterazione delle visite cliniche.

CONCLUSIONI

Nel caso di un sospetto abuso sessuale su minore i segni e i sintomi fisici, psicologici e comportamentali dovrebbero essere sempre valutati da operatori adeguatamente formati, capaci di esprimere competenze tecniche specialistiche nella materia specifica e dotati di buone capacità relazionali ed empatiche (Giolito M.R. et al. 2010).

A fronte di una frequente assenza di segni specifici di violenza sessuale è assolutamente indispensabile che il professionista chiamato ad ascoltare e visitare un minore per una sospetta violenza sessuale sia in grado di mettere in campo, da subito, un approccio adeguato e conoscenze specialistiche autenticamente tutelanti per la vittima sia a livello clinico che a livello legale. Infatti il mondo scientifico internazionale ha condiviso in maniera forte la raccomandazione dell'OMS che indica come elemento prioritario dell'assistenza alle vittime di violenza sessuale la possibilità che ad operare con la vittima sia solo personale sanitario competente "... chi ha subito violenza dovrebbe poter trovare assistenza in un luogo il più possibile vicino a dove il fatto si è verificato...., in grado di affrontare correttamente la visita e la raccolta delle prove...." WHO 2003

L'OMS, infatti, dichiara che il benessere della vittima è assolutamente prioritario e che, in un'ottica davvero tutelante, l'organizzazione sanitaria ideale, deve saper accogliere e prendersi cura della vittima, questa tipologia di "care" è quella in cui cura ed indagine forense sono attuate nel medesimo momento secondo un modello integrato medico clinico e forense ed in cui la relazione con gli altri servizi è assicurata attraverso la continuità nell'assistenza alla vittima (Guidelines for medico-legal care for victims of sexual violence, WHO).

Nel caso di sospetta violenza sessuale a carico di un minore (bambino o adolescente che sia) la valutazione medica multidisciplinare (pediatra e/o

ginecologo e/o medico legale) rappresenta solo ed esclusivamente una piccola parte, molto spesso non dirimente, di una valutazione ben più ampia ed approfondita di tipo interdisciplinare che comprende sempre altre figure quali lo psicologo e l'assistente sociale.

Alla luce di questa affermazione ne consegue che la valutazione di un sospetto abuso sessuale su minore ed in particolare la diagnosi che ne deriverà devono sempre essere poste in ambito multidisciplinare. Una diagnosi medica che confermi o neghi la sussistenza di un abuso sessuale formulata unicamente sulla presenza o assenza di segni fisici obiettivabili o su indagini strumentali e/o di laboratorio è evento che accade raramente. Infatti, proprio la letteratura internazionale segnala che più del 90% dei minori vittime di abuso sessuale accertato presenta reperti genitali e/o anali normali o aspecifici (Giolito M.R. et al. 2010).

Ecco quindi che il professionista chiamato a valutare clinicamente un sospetto caso di abuso sessuale deve sempre contestualizzare ogni segno obiettivato ed ogni assenza di lesione, nell'ambito di una diagnostica differenziale clinica ben più ampia, alla luce della storia personale della vittima, del suo racconto dei fatti ed in particolare di una valutazione psicologica agita da operatori esperti, poiché i segni diagnostici diretti per trauma o contatto sessuale spesso sono esigui, aspecifici se non addirittura assenti.

Proprio alla luce di tutto ciò il mondo scientifico ha più volte affermato che, il mancato rilievo di segni fisici obiettivabili nell'ambito di una visita medica generale o l'assenza di segni anali e/o genitali obiettivabili nell'ambito di una visita ginecologica e/o chirurgica non possono mai escludere la reale possibilità che la violenza sessuale sia stata consumata.

Se possibile, tutto ciò si complica ulteriormente alla luce di una sospetta violenza sessuale a danno di un adolescente, poiché rispetto ad un minore prepubere l'adolescente è molto probabile che abbia già iniziato le sue prime esperienze sessuali mentre rispetto ad una persona adulta ha meno strumenti fisici e psicologici di difesa e di autodeterminazione.

Il medico coinvolto nella gestione di minori vittime di violenza sessuale dovrebbe poi essere sufficientemente preparato nel gestire situazioni cliniche ed emotive così complesse e devastanti, mantenendo alta l'attenzione a tutte le procedure forensi richieste per documentare e raccogliere reperti biologici, materiale iconografico utile ai fini delle successive indagini giudiziarie.

“La violenza sessuale causa una ferita invisibile, ma profonda, nel mondo interno di chi la subisce. Mentre il corpo della vittima ha processi di riparazione rapidi, il “segno” che permane nel tempo è evidenziabile solo da un punto di vista psicologico. La violenza può arrivare a causare anche un disturbo post-traumatico da stress (PTSD).

Si tratta di un trauma che non è facilmente assimilabile ad altri eventi traumatici, in quanto coinvolge tutte le parti che nella vita di un individuo sono messe in gioco nella quotidianità:

- il proprio corpo, in particolare la sessualità
- la fiducia in se stessi e negli altri
- la vita affettiva ed i conseguenti progetti di vita
- la vita di relazione”. (SVS linee guida 2006)

Il ruolo medico-legale acquisisce competenza specifica, soprattutto in due ordini di problemi.

Il primo attiene all'individuazione dei requisiti per la segnalazione agli uffici giudiziari; il secondo, riguarda la conduzione di visite ed accertamenti in relazione all'eventualità di una ricaduta giudiziaria.

Ecco allora che la guida, elaborata dal Gruppo di lavoro per l'abuso e il maltrattamento all'infanzia, alla cui stesura ho partecipato, offre agli operatori sanitari un percorso diagnostico finalizzato a ridurre la possibilità di errori tracciando un percorso clinico e medico legale congiunto.

Attraverso la definizione di alcuni requisiti essenziali diffonde alcune conoscenze per evitare errori che possano ripercuotersi negativamente sulla valutazione clinica del minore e sull'eventuale conseguente iter giudiziario.

La guida è stata realizzata con l'intento di fornire un sintetico compendio di tutti gli elementi necessari per una corretta semeiotica medica nell'ambito di un confronto tra differenti saperi e di un supporto diagnostico reciproco.

Questa guida è nata dalla sintesi di saperi differenti ed è stata improntata ad un costante confronto tra i professionisti coinvolti (medici legali, pediatri, ginecologi) che ha originato la condivisione dei termini con i quali definire univocamente i segni e le condizioni che possono essere presenti in caso di sospetto di abuso sessuale, infine abbiamo segnalato con puntualità gli elementi di diagnosi differenziale da considerare, fornendo indicazioni autonome, frutto dell'integrazione di queste conoscenze con l'esperienza clinica e forense.

BIBLIOGRAFIA

1. Adams J.A. (2001) *proposta di revisione/aggiornamento sul Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*, vol. 17, June 2004
2. Adams J.A. (2001): *Evolution of a classification scale: medical evaluation of suspected child sexual abuse*. Child Maltreatment, voi 6, n°1.
3. Adams J.A., Harper K., Knudson et al. *Examinations findings in legally confirmed child sexual abuse: it's normal to be normal*. Pediatrics, 1994; 94, 310-317
4. Adams J.A., Wells R. *Normal versus abnormal genital findings in children: how well do examiners agree?* Child abuse & neglect sept-oct. 1993
5. Adams JA, Girardin B, Faugno D. *“Adolescent sexual assault: documentation of acute injuries using photocolposcopy”*. J Pediatr Adolesc Gynecol.2001; 14: 175-180.
6. Adams JA, Knudson S. *“Genital findings in adolescent girls referred for suspect sexual abuse”*. Arch Pediatr Adolesc Med.1996; 150: 850-857.
7. Alexander R, Sato Y, Smith W, Bennett T. *Incidence of trauma with cranial injuries ascribed to shaking*. Am J Dis Child 1990; 144:724-726
8. Alexander R.C., Schor DP, Smith WL Jr. *Magnetic resonance imaging of intracranial injuries from child abuse*. J Pediatr 1986; 109:975-979
9. American Academy of Pediatric, Committee on Child abuse and Neglect (1999): *Guidelines for the Evaluation of Sexual Abuse of Children: Subject Review*. Pediatrics 103:186-191.
10. American Academy Of Pediatrics Clinical Report: *Guidance for the Clinician in Rendering Pediatric Care*.
11. American Academy of Pediatrics, *Committee on Adolescence*. *Care of the adolescent sexual assault victim*. Pediatrics. 2001; 107: 1476—1479

12. American Academy of Pediatrics, *Committee on Child Abuse and Neglect. Shaken baby syndrome: rotational cranial injuries— technical report.* Pediatrics. 2001; 108(1):206—210
13. American Academy of Pediatrics, Section on Child Abuse and Neglect. *A Guide to References and Resources in Child Abuse and Neglect.* 2nd ed. Elk Grove Village, IL: American Academy of Pediatrics; 1997
14. American Academy of Pediatrics, Section on Radiology Diagnostic imaging of child abuse. Pediatrics 2000; 105:1345-1348
15. American Academy of Pediatrics. *Sexually transmitted diseases.* In: Pickering LK, ed. *Red Book: 2003 Report of the Committee on Infectious Diseases.* 26th ed. Elk Grove Village, IL: American Academy of Pediatrics; 2003:157—167
16. American College Obstetricians and Gynecologists. “*Adolescent victims of sexual assault*”. ACOG Educ Bull, 252: 1-5, 1998
17. American College of Radiology. *ACR practice guideline for skeletal surveys in children* (Res. 47, 17, 35). In: American College of Radiology. *ACR Standards.* Reston, VA: American College of Radiology; 2006:203—207.
18. Anderson S., McClain N., Riviello RJ. “*Genital finding of women after consensual and non-consensual intercourse*”. J Foren Nurs. 2006;2(2):59-65.
19. Baker R. e Sommers M. “*Relationship of genital injuries and age in adolescent and young adult rape survivors*”. JOGNN .2008;37:282-289.
20. Bays J, Jenny C. *Genital and anal conditions confused with child sexual abuse trauma* Am J Dis Child 1990; 144:1319—1322
21. Bownes IT e O’Gorman EC. “*Assailants’ sexual dysfunction during rape reported by their victims*”. Med Sci Law.1991;31:322-8.

22. Bowyer L., Dalton M. "*Famale victims of rape and their genital injuries*". Br J Obstet Gynecol.1997;104:617-620.
23. Bruce DA, Zimmerman RA, *Shaken impact syndrome*. Pediatr. Ann. 1989;13:104-107
24. Caffey J. *Multiple fractures in the long bones of infants suffering from chronic subdural hematoma*. AJR Am J Roentgenol. 1 946;56(2): 163-173
25. Caffey J. *On the theory and practice of shaking infants: its potential residual effect of permanent brain damage and mental retardation* AJDC 1972;124:161-164
26. Caffo E. (a cura di), (1982), *Abusi e violenze all'infanzia*, Milano, Unicopli.
27. Caffo E. (a cura di), (1994), *L'ascolto del bambino*, Milano, Guerini & Associati.
28. Calzone C., D'Andrea M. S. *La scelta di un secondo figlio nella famiglia di un bambino con handicap* Psichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza – vol 63 – n. 5 – settembre – ottobre 1996 ed. Borla
29. Cattaneo C, Gentilomo A, Motta T, Ruspa M. "Abuso e violenza sessuale". Edi-Ermes, Milano, 2006.
30. CCM – Ministero della Salute "L'abuso sessuale nei bambini prepuberi. Requisiti e raccomandazioni per una valutazione appropriata" a cura di Maria Rosa Giolito e del Gruppo di lavoro per l'abuso e il maltrattamento dell'infanzia. Il Pensiero Scientifico Editore. Roma, Settembre 2010.
31. Centers for Disease Control and Prevention. *Sexually transmitted diseases treatment guidelines 2002*. MMWR Recomm Rep. 2002;51(RR-6)
32. Child abuse and neglect. *World Report on Violence and health 2002* WHO

33. Clemetson CA (Spring 2006). *“Caffey Revisited: A Commentwy on the Origin of “Shaken Baby Syndrome”*
34. Colesanti C. (1995): *Il maltrattamento del minore*. Giuffrè, Milano.
35. Colesanti C., L. Lunardi, *Il maltrattamento del minore*, Giuffrè, Milano, 1995, pag. 116)
36. Coordinamento italiano dei servizi contro il maltrattamento e l’abuso all’infanzia (CISMAI) (dati 1998/1999) *Rilevazione del maltrattamento infantile in alcuni centri/servizi CISMAI*
37. Crowley SR. *“Sexual assault: the medical examination”*.New York: McGraw Hill; 1999.
38. D’Andrea M. S., *“La diagnosi medico legale del maltrattamento e degli abusi sessuali”* in I maltrattamenti e gli abusi sui bambini. Prevenzione e individuazione precoce a cura di F. Montecchi, Franco Angeli, Milano 1998:
39. D’Andrea M. S., *Abuso ai minori: problematiche medico-legali* In *“Collaborazione con la magistratura ordinaria e Minorile: la valutazione della genitorialità”* a cura di M. P. Conti – C. Pandolfi – A. Tinti, Regione Marche, Urbino 2001.
40. D’Andrea M. S., *Il bambino nella storia: una storia di violenze”* 1 parte giugno 2007 – 2 parte luglio 2007 in *“Regione Basilicata”* a cura del Dipartimento Interaziendale di Neuropsichiatria infantile “
41. D’Andrea M. S., *L. G. Segni e sintomi di abuso e maltrattamento fisico*, *“Linee guida in medicina d’urgenza”* a cura di M. Gregori e C. Pasquali, Centro stampa USL Roma C, Giugno 1998
42. D’Andrea M. S., *Problemi medico legali degli abusi ai minori in I maltrattamenti e gli abusi sui bambini. Prevenzione e individuazione precoce”* a cura di F. Montecchi, Franco Angeli Editore, Milano 1998

43. D'Andrea M. S., *Accertamento peritale in caso di abuso: il paradosso della prova* In "L'intervento coatto: un paradosso terapeutico. Maltrattamento, trascuratezza e abuso all'infanzia" Pescara, 2005
44. D'Andrea M.S., "*Abuso ai minori. Problematiche medico-legali*", n "Il consultorio familiare" a cura di J. Baldaro Verde, L. Cersosimo, A.R. Genazzani; CIC Edizioni Internazionali Roma Settembre 1997,
45. D'Andrea M.S., "Implicazioni medico-legali e contenuti della relazione informativa" in "Atti del 3° Congresso Nazionale SIMEUP" Pescara, 2005,
46. D'Andrea M.S., "*L. G. sulle modalità di rapporto con l'Autorità giudiziaria*" fisico "Linee guida in medicina d'urgenza" a cura di M. Gregori e C. Pasquali, Centro stampa USL Roma C, Giugno 1998
47. Danielson CM, Holmes MM. "*Adolescent sexual assault: an update of the literature*". *Curr Opin Obstet Gynecol*.2004; 16: 383-388.
48. David TJ (November 1999). "*Shaken baby (shaken impact) syndrome: non-accidental head injury in infancy*". *Journal of the Royal Society of Medicine* 92(11): 556—61. PMID 10703491.
49. Del Vecchio S. (1997): *L'indagine medico-legale nel delitto di violenza sessuale sui minori*, in: Giommi R., Pcirrotta M. (a cura di) *Pedofilia. Gli abusi, gli abusati gli abusanti*. Edizione del Ceno, Firenze.
50. Du Mont J., With D., McGregor MJ. "*Investigating the medical forensic examination from the perspectives of sexually assaulted women*". *Social Science and Medicine*.2009;68:774-780.
51. Du Mont J.,White D. "*The uses and impacts of medico-legal evidence in sexual assault cases: a global review*". Geneva, Switzerland: Sexual Violence Research Initiative, World Health Organisation, 2007.

52. Duhaime AC, Christian CW, Rorke LB, Zimmerman R." *A non accidental head injury in infants the "shaken baby syndrome."* N Engl J Med 1998; 338:1822-1829
53. Elam AL. e Ray VG ." *Sexually related trauma: a review*". Annals Emerg Med.1986;15.576-584.
54. Evard JR. e Gold EM. "*Epidemiology and management of sexual assault victims*". Obstet Gynecol 1979;53:381-7.
55. Field H. e Bienen L. "*Jurors and Rape: A Study in Psychology and Law*"; Lexington books, Lexington Massachusetts, 1980.
56. Finkel MA. *Anogenital trauma in sexually abused children. Pediatrics.* I 989;84:3 17—322
57. Finkelhor D. (1994): *The international epidemiology of child sexual abuse.* Child Abuse & Neglect, 18:409—417.
58. Geist R. "*Sexually related trauma*". Emerg Med North Am.1988;6(3):439-466.
59. Goodwin J., *Abuso sessuale sui minori. Le vittime dell'incesto e le loro famiglie*, 1982
60. Goodyear-Smith FA." *Medical evaluation of sexual assault findings in the Auckland region*". New Zealand Med J.1989;102 (876):493-495.
61. Gray-Eurom K., Seaberg DC., Wears RL. "*The prosecution of sexual assault cases: correlation with forensic evidence*". Annals Emerg Med.2002;39 (1):39-46.
62. Groth AN. E Burgess AW. "*Sexual dysfunction during rape*". N Engl J Med.1977;297:764-6.

63. Gruppo di lavoro associato al Cismai: *Requisiti e raccomandazioni per la valutazione dell'abuso sui minori. Semeiotica medica dell'abuso sessuale nei bambini prepuberi* Medico e Bambino 23 (4), 243-48; 2004
64. Gruppo di lavoro S.I.N.P.I.A. sugli abusi in età evolutiva: *Linee guida in tema di abuso sui minori*
65. Gullotta G, Cutica I., *Guida alla perizia in tema di abuso sessuale e la sua critica*, Milano, 2004, pp. 36-37.
66. Gullotta G., De Cataldo Neuburger E., Pino S., Magri P., *Il bambino come prova negli abusi sessuali*, in CABRAS C., *Psicologia della prova*, Milano, 1996, pp. 159-161
67. Guthkelch AN. *Infantile subdural haematoma and its relationship to whiplash injury*. BL Med. J. 1971
68. Hammerschlang M.R., Doraiswamy B., Cox P., Cummings M., McCormack W.M. "Colonization of sexually abused children with genital mycoplasmas". *Sex Transm Dis.* 1987;14(1):23-5.
69. Heger A, Emans SJ, Muram D, et al. *Evaluation of the Sexually Abused Child: A Medical Textbook and Photographic Atlas*. 2nd ed. New York, NY:Oxford University Press; 2000
70. Heger A, Tieson E, Velasquez O, Bernier R. *Children referred for possible sexual abuse: medical findings in 2384 children*. *Child Abuse Negl.* 2002;26:645—659
71. Heger A., Ticson L., Velasquez O., Bernier R. "Children referred for possible sexual abuse: medical findings in 2384 children". *Child Abuse Negl.* 2002.26(6-7):645-59.
72. Heger A.H., S.J.Bmans, D.Muram. *Evaluation of sexually abused child*. II edition Oxford press, New York U.S.A. 2000

73. Hobbs C. J., G. I. Hanks and i. M. Wymie. *Child abuse and neglect: a clinician's handbook* . Churchill Livingstone, London, 1999, reprinted 2000, 465pp.
74. Hobbs C.J. and Wynne J.M.: *Sexual abuse of english boys and girls: the importance of anal examination*. Child abuse and neglect 13: 195-210, 1989
75. Jewkes R., Christofides N., Vetten L., Jina R., Sigsworth R., Loots L. "Medico-legal findings, legal case progression and outcomes in South African Rape cases: retrospective Review". Rape, Law and Medical Evidence. 2009;6(10):1-8.
76. Jones JS., Dunnuck C., Rossman L., Wynn BN., Nelson-Horan C. "Significance of toluidine blue findings after speculum examination for sexual assault". Am J Emerg Med. 2004;22 (3):201-203.
77. Jones JS., Rossman L., Hartman M., Alexander CC. "Anogenitals injuries in adolescents after consensual sexual intercourse". Acad Emerg Med. 2003;10:1378-83.
78. Jones JS., Rossman L., Wynn BN., Dunnuck C., Schwartz N. "Comparative analysis of adult versus adolescent sexual assault: Epidemiology and patterns of anogenital injury". Accademic Emerg Med: Official Journal of the Society for Accademic Emergency Medicine. 2003;10(8):872-877.
79. Jones JS., Rossman L., Wynn BN., Ostovar H. "Assailants' sexual dysfunction during rape: prevalence and relationship to genital trauma in female victims". J Emerg Med. 2010;38(4):529-535.
80. Jones JS., Wynn BN., Kroeze B., Dunnuck C., Rossman L. "Comparison of sexual assaults by strangers versus Known assailants in a community-based population". Am J Emerg Med. 2004;22(6):454-459.

81. Kellogg ND and the Committee on Child Abuse and Neglect. *The Evaluation of sexual Abuse in Children*. Pediatrics 2005; 116:506-12
82. Kellogg ND, Menard SW, Santos A. "Genital anatomy in pregnant adolescents: "normal" does not mean "nothing happened". Pediatrics. 2004; 113: 67-69.
83. Kellogg ND, Menard SW, Santos A. *Genital anatomy in pregnant adolescents: "normal" does not mean "nothing happened."* Pediatrics. 2004;
84. Kellogg ND, Parra JM, Menard S. *Children with anogenital symptoms and signs referred for sexual abuse evaluations*. Arch Pediatr Adolesc Med. 1998;152:634—641
85. Kempe CH *Sexual abuse, another hidden pediatric problem*. 1977 C. Andersen Aldrich lecture. Pediatrics 1978 sep;62(3):382.
86. Kempe CH, Silverman FN, Steele BF, Droegemueller W, Silver HK. *The battered-child syndrome*. JAMA. 1962; 181 (Jul 7): 17—24
87. Kempe R.S., C.H. Kempe (1989): *Le violenze sul bambino*. Sovera Multimedia, Roma Tivoli.
88. Kleinman PK. (1990): *Diagnostic Imaging in infant abuse*. American Journal of Radiology 155:703-712.
89. Kleinman PL, Kleinman PK, Savageau JA. *Suspected infant abuse: radiographic skeletal survey practices in pediatric health care facilities*. Radiology. 2004;233(2):477—485
90. Kuhn TP, Slovis TL, Haller JO. *Caffey 's Pediatric Diagnostic Imaging*. Philadelphia, PA: Mosby; 2004
91. Lincoln C. "Genital injury: is it significant? A review of the literature". Medicine, Science and Law.2001;41 (3):206-216.

92. Luberti R. (2001): *Il maltrattamento e l'abuso sessuale in danno dei minori e gli effetti a lungo termine, Corso di formazione per volontarie*. Associazione Artemisia, Firenze
93. Maguire W., Goodall E., Moore T. "Injury in adult female sexual assault complainants and related factors". Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.2009;142(2):149-53.
94. Malacrea M., Vassalli A., *Segreti di famiglia. L' intervento nei casi di incesto*, 1990
95. Mancino P.,Parlavecchio E.,Melluso J.,Monti M.,Russo P. "Introducing colposcopy and vulvovaginoscopy as routine examinations for victims of sexual assault". Clin Exp Obstet Gynecol.2003;30 (1):40-2.
96. Marcelli D., Guareschi Cazzullo A. (a cura di), Quarello M. (traduzione di), *Psicopatologia del bambino*, Milano, 1999
97. Massey JB.,Garcia CR., Emich JP."Management of sexually assaulted females". Obstet Gynecol.1971,38 (1):29-36.
98. McCann J., Miyamoto S., Boyle C., Rogers K. "Healing of nonhymenal genital injuries in prepuberal and adolescent girls: a descriptive study". Pediatrics. 2007 Nov;120 (5):1000-11.
99. McGregor MJ., Du Mont J., Myhr TL. "Sexual assault forensic medical examination: is evidence related to successful prosecution?" Ann Emerg Med.2002;39:639-647.
100. McLean I., Roberts S., White C., Paul S. "Female genital injuries resulting from consensual and non-consensual vaginal intercourse". Forensic Science International. 2011;204:27-33.
101. Meadow R. (1985): *Management of Munchausen syndrome by proxy*. Arch. Dis. Childhood, 60: 392.

102. Montecchi F. (1994): *Gli abusi all'infanzia: dalla ricerca all'intervento clinico*. La Nuova Italia Scientifica, Roma.
103. Montecchi F. (1999): *I maltrattamenti e gli abusi sui bambini*. Prevenzione e individuazione precoce. Ed. Franco Angeli, Milano.
104. Montecchi F., *Prevenzione, rilevamento e trattamento dell'abuso all'infanzia*, Borla, Roma, 1991
105. Muram D. *Child sexual abuse: relationship between sexual acts and genital findings*. Child Abuse Negl. 1989;13:21 1—216
106. Muram D., Miller K., Cutler A. "Sexual assault of the elderly victim". J Interpersonal Violence.1992;7:70-75.
107. Nancy Kellogg, MD and the Committee on Child Abuse and Neglect: *The Evaluation of Sexual Abuse in Children*
108. National Center for Injury Prevention and Control (7 September 2006). "Child Maltreatment: Fact Sheet". Centers for Disease Control and Prevention (CDC).. via archive.org, archived 19 September 2006
109. Norvell MK., Benrubi GI., Thompson RJ . "Investigation of microtrauma after sexual intercourse". J Reprod Med. 1984;29(4):269-271.
110. Panseri C., Gentilomo A., *Testimonianza e accertamenti tecnici tra indagini preliminari e dibattimento nei casi di sospetto abuso sessuale infantile. Note in margine ad una sentenza di merito*, in Rivista Italiana di Medicina Legale, 1997, pp. 1082-1100
111. Peipert JF, Domagalski LR. "Epidemiology of adolescent sexual assault". Obstet Gynecol.1994; 84: 867-871.
112. Pentilla A e Karhunen PJ. "Medicolegal findings among rape victims". Med Law.1990;9:725-737.

113. Rennison CM. *“Criminal Victimization 1998: Changes 1997-1998 With Trends 1993-1998”*. Washington, DC: Bureau of Justice Statistics; 1999.
114. *Report of Consultation on child abuse and prevention, 29-31 March 1999*, Geneva, WHO
115. Riggs N., Houry D., Long G., Markovchick V., Feldhaus KM. *“Analysis of 1076 cases of sexual assault”*. *Annals Emerg Med.*2000;35 (4):358-362.
116. Roberts J., Taylor C., *“Sexually abused children and young people speak out’* Child abuse and child abusers, J. Kingsley Publ., London, 1993, pp.13-36.
117. Roodman AA, Clum GA. *“Revictimization rates and method variance: A meta-analysis”*. *Clin Psychol Rev.*2001; 21: 183-204.
118. Rossman L., Jones JS., Dunnuck C., Wynn BN., Bermingham M. *“Genital trauma associated with forced digital penetration”*. *Am J Emerg Med.* 2004;22:101-4.
119. Royal College of Paediatrics and Child Health. *The Physical Signs of Child Sexual Abuse: An evidence-based review and guidance for best practice.*
120. Sachs CJ e Chu LD. *“Predictors of genitorectal injury in female victims of suspected sexual assault”*. *Academic Emerg Med: Official Journal of the Society for Academic Emergency Medicine.*2002; 9 (2):146-151.
121. Scapicchio M.A., *Linee-guida per operatori psico-sanitari, Corso di formazione sulla prevenzione e strategie di contrasto del fenomeno dell’abuso e del maltrattamento dei minori*, Firenze, 2001
122. Seifert SA. *“Substance abuse and sexual assault”*. *Subst Use Misuse.*1999; 34: 935-945.
123. Sgroi, S.M.: *“Handbook of clinical intervention in child sexual abuse”* Lexington Book, Lexington, 1982.

124. Silverman F. *The roentgen manifestations of unrecognized skeletal trauma in infants*. Am J Roentgenol. 1953;69(3):413—427
125. Silverman F., Steele B.F, Silver M.K. *The battered child syndrome*. Journal of the American association
126. Slaughter L., Brown CR., Crowley S., Peck R. "Patterns of genital injury in female sexual assault victims". Am J Obstet Gynecol.1997;176 (3): 609-616.
127. Sommers M., Zink T., Fargo J., Baker R., Buschur C., Shambley-Ebron D., Fisher B. "Forensic sexual assault examination and genital injury: is skin color a source of health disparity?" Am J Emerg Med.2008;26 (8):857-866.
128. Sommers M.,Zink T., Baker J.,Fargo J., Porter J.,Weybright D., Schafer J. "The effects of age and ethnicity on physical injury from rape". J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.2006;35(2):199-207.
129. Sommers MS., Fisher BS., Karjane HM. "Using Colposcopy in the rape exam: health care, forensic and criminal justice issues". J Forensic Nurs.2005;1 (1): 28-34.
130. Sommers MS., Schafer JC., Zink T., Hutson L., Hillard P."Injury patterns in women resulting from sexual assault". Trauma,Violence e Abuse: A Review Journal.2001;2 (3): 240-258.
131. *Standards for Radiological Investigation of Suspected Nonaccidental Injury: intercollegiate Report from The Royal College of Radiologist and Royal College of Paediatrics and Child Health*
132. Tintinalli JE., Hoelzer M. "Clinical findings and legal resolution in sexual assault". Ann Emerg Med. 1985;14:447-453.
133. Tjaden P, Thoennes N. "Full Report of the Prevalence, Incidence, and Consequences of Violence against Women". Findings from the National Violence against Women Survey. November 2000, NCJ 183781.

134. White C e McLean I. "*Adolescent complainants of sexual assault; injury patterns in virgin and non-virgin groups*" J Clin Forensic Med. 2006; 13(4):160-1.
135. WHO Global Consultation on Violence and Health. *Violence: a public health priority*. Geneva, World Health Organization, (1996) (document WHO/EHAISPI.POA.2).
136. Wilkinson WS, Han DP, Rappley MD, Owings CL. *Retinal hemorrhage predicts neurologic injury in the shaken baby syndrome*. Arch Ophthalmol 1989; 107:1472-1474
137. World Health Organization 2003; *Guidelines for medico-legal care for victims of sexual violence*.
138. World Health Organization 2006, *Preventing child maltreatment: a guide to taking action and generating evidence*.
139. World health statistics annual, 1996. Geneva, World Health Organization, 1998.
140. Wu ZH, Berenson AB, Wiemann CM. "*A profile of adolescent females with a history of sexual assault in Texas: familial environment, risk behaviours, and health status*". J Pediatr Adolesc Gynecol. 2003; 16: 207-216.

RINGRAZIAMENTI

«La miseria che c'è qui è veramente terribile.

Eppure alla sera tardi,

quando il giorno si è inabissato dietro di noi,

mi capita spesso di camminare

di buon passo lungo il filo spinato,

e allora dal mio cuore s'innalza sempre una voce

– non ci posso far niente, è così,

è di una forza elementare –,

e questa voce dice:

la vita è una cosa splendida e grande,

più' tardi dovremo costruire

un mondo completamente nuovo.

A ogni nuovo crimine o orrore dovremo opporre

un nuovo pezzetto di amore e di bontà'

che avremo conquistato in noi stessi.

Possiamo soffrire ma non dobbiamo soccombere.

E se sopravviveremo intatti a questo tempo,

corpo e anima ma soprattutto anima,

senza amarezza, senza odio,

allora avremo anche il diritto

di dire la nostra parola a guerra finita».

Etty Hillesum

Raggiunto un traguardo, arrivati alla meta, è bello fermarsi in un luogo tranquillo e silenzioso per riprendere fiato e recuperare le forze.

E allora diventa più facile volgere lo sguardo verso l'essenziale invisibile agli occhi, quello che si vede solo col cuore, così, all'improvviso, quasi per magia, ci scopriamo circondati da meravigliosi campi di grano dorati che ci regalano i colori del cuore.

Consapevole che tutto ciò che oggi sono è il frutto di un lento addomesticamento, vorrei provare a ringraziare le persone speciali che mi hanno accompagnato in quest'avventura.

Vorrei ringraziare per primi i miei genitori persone straordinarie che mi hanno fatto sperimentare la bellezza e la forza della famiglia. Sono stati roccia su cui appoggiarsi nei momenti di sconforto e clown con cui rallegrarsi e gioire.

Mi hanno insegnato che si può mitigare la fatica del cammino con un sorso d'acqua condiviso, che il passo di chi è più allenato rallenterà per far riposare la stanchezza dell'altro, che l'arrivo della notte non metterà più tristezza perché non si sarà mai soli, che il buio non farà più paura perché qualcuno accanto a te ti mostrerà un cielo illuminato di stelle, che il freddo ed il caldo non spaventeranno più perché si sarà coperta e brezza l'uno per l'altro, che il cibo non sarà un problema perché la vicinanza e la condivisione sono già nutrimento.

Mi hanno insegnato che l'assenza più dolorosa diventerà presenza amorevole e luminosa perché l'amore vince la morte.

Vorrei ringraziare Enzo Bianchi, i fratelli e le sorelle del Monastero di Bose, persone speciali con cui ho sperimentato un nuovo modo di "fare famiglia" e con cui ho condiviso ogni momento della mia vita. Grazie a loro e con loro "quaerere Deum, quaerere hominem" è diventato il senso della mia vita.

Vorrei ringraziare mio nipote, Francesco Maria, bimbo meraviglioso intensamente amato, capace di emozionarsi davanti alle piccole cose invisibili e di addomesticare gli altri costruendo profondi legami d'amore. Grazie a lui e nei

suoi occhioni azzurri riscopro ogni giorno il senso del mio lavoro con i bambini abusati e maltrattati.

Vorrei ringraziare Mons. Luciano Monari che, con tanta pazienza e delicatezza ma soprattutto con amore, mi ha guidata nel cammino della vita e della fede. Il suo esempio, il suo sorriso, le sue parole sono la traccia su cui porre ogni giorno i miei passi.

Rosy, Tiziana, Giovanna, Ivana, Daria, Betty, Rita, Elsa, Crimarcopippo, Lucia, Bà ed Anna amiche preziose che meritano mille grazie “colorati e profumati”. Ciascuna di loro sa il perché.

Don Giordano, persona di straordinaria umanità e fede la cui presenza è travolgente, coinvolgente e sconvolgente. Con lui ho ragionato, pensato, progettato, discusso; in quest’ultimo periodo non c’è stata scelta importante della mia vita che non gli sia passata tra le mani e nel cuore. A volte sorridendo tra me e me penso “ma come facevo quando DG non c’era?”

Infine, da ultimo, ma non per ordine d’importanza, vorrei ringraziare la Prof.ssa Susi Pelotti mia tutor in questo dottorato.

Con il suo entusiasmo e la sua passione mi ha accompagnato in questa straordinaria avventura. Mi è stata vicina nei momenti difficili e ha condiviso con me ogni momento felice, mi ha ascoltata, spronata e aiutata..

E’ stata, ed ancora oggi, è guida, sostegno e amica. L’onore di aver lavorato accanto a lei ha rappresentato per me autentica ricchezza umana e professionale.