

Maria Stella D'Andrea

CHILD ABUSE

Riconoscere e svelare
le violenze sui minori

Bononia
University Press



alphabet **10**

Maria Stella D'Andrea

CHILD ABUSE

Riconoscere e svelare
le violenze sui minori

Bononia
University Press

Il volume è tratto dalla tesi di dottorato *Child Abuse: il ruolo del medico legale nell'assistenza, nella prevenzione e nella preparazione di linee guida*. Alma Mater Studiorum - Università di Bologna, Dottorato di ricerca in Scienze mediche generali e scienze dei servizi, ciclo XXIV, depositata in AMSDottorato - Institutional Theses Repository (<http://amsdottorato.unibo.it/>)



ALMA MATER STUDIORUM
UNIVERSITÀ DI BOLOGNA

This work is licensed under a Creative Commons Attribution  BY-NC-SA 4.0
This license allows you to reproduce, share and adapt the work, in whole or in part, for non-commercial purposes only, providing attribution is made to the authors (but not in any way that suggests that they endorse you or your use of the work). Attribution should include the following information:

Maria Stella D'Andrea, *Child Abuse. Riconoscere e svelare le violenze sui minori*, Bologna: Bononia University Press, 2020

Quest'opera è pubblicata sotto licenza Creative Commons  BY-NC-SA 4.0
Questa licenza consente di riprodurre, condividere e adattare l'opera, in tutto o in parte, esclusivamente per scopi di tipo non commerciale, riconoscendo una menzione di paternità adeguata (non con modalità tali da suggerire che il licenziante avalli l'utilizzo dell'opera). La menzione dovrà includere le seguenti informazioni:
Maria Stella D'Andrea, *Child Abuse. Riconoscere e svelare le violenze sui minori*, Bologna: Bononia University Press, 2020

Bononia University Press
Via Ugo Foscolo 7
40124 Bologna
tel. (+39) 051 232882
fax (+39) 051 221019
www.buonline.com

ISSN 2724-0290
ISBN 978-8-6923-652-5
ISBN online 978-88-6923-653-2

Progetto grafico e impaginazione: Design People (Bologna)
Prima edizione: dicembre 2020

*A mio fratello Pietro.
Presenza luminosa
nella mia vita.
Sempre.*

INDICE

INTRODUZIONE	11
CAPITOLO 1	
L'ABUSO SUL MINORE: ASPETTI CLINICI	15
1.1 Cenni storici	15
1.2 Definizione di abuso sui minori	21
1.3 Maltrattamento fisico	24
1.3.1 Shaken Baby Sindrome	28
1.3.1.1 <i>Aspetti epidemiologici</i>	30
1.3.1.2 <i>Aspetti clinici e patologici</i>	32
1.3.1.3 <i>Quadro clinico</i>	35
1.3.1.4 <i>Diagnosi</i>	36
1.4 Maltrattamento psicologico	38
1.5 Patologia delle cure	39
1.5.1 Incuria	40
1.5.2 Discuria	40
1.5.3 Ipercura	41
1.5.3.1 <i>Medical Shopping per procura</i>	42
1.5.3.2 <i>Chemical abuse</i>	42
1.5.3.3 <i>Sindrome da indennizzo per procura</i>	43
1.5.3.4 <i>Sindrome di Münchhausen per procura</i>	43
1.5.3.5 <i>Help Seeker</i>	45
1.6 Violenza sessuale	45
1.6.1 Violenza sessuale in adolescenza	56
1.6.2 Gli indicatori di abuso sessuale	59
1.6.2.1 <i>Indicatori fisici</i>	60
1.6.2.2 <i>Indicatori cognitivi</i>	61
1.6.2.3 <i>Indicatori emotivi e comportamentali</i>	61
1.7 Conseguenze dell'abuso	62

CAPITOLO 2

**ASPETTI GIURIDICI E INTERVENTI A PROTEZIONE
DEL MINORE VITTIMA DI REATO**

	67
2.1 Diritto internazionale e comunitario	67
2.2 Diritto nazionale	69
2.3 Chiesa cattolica, Conferenza Episcopale Italiana e Conferenza Italiana dei Superiori Maggiori: “Linee guida per la tutela dei minori e delle persone vulnerabili”	73
2.4 Codice penale e tutela dei minori	83
2.4.1 Art. 571 del codice penale	84
2.4.2 Art. 572 del codice penale	85
2.4.3 Altri reati contro i minori	87
2.5 Violenza sessuale	88
2.5.1 La legge n. 66/1996: “Norme contro la violenza sessuale”	90
2.5.2 La violenza sessuale e gli atti sessuali con minorenni	91
2.5.3 Le disposizioni procedurali a tutela del minore	93
2.6 La legge n. 269/1998: “Norme contro lo sfruttamento della prostituzione, della pornografia, del turismo sessuale in danno dei minori, quali nuove forme di riduzione in schiavitù”	94
2.7 Legge n. 172 del 1° ottobre 2012	95
2.8 Gli obblighi di comunicare all’autorità la <i>notitia criminis</i> da parte dei soggetti che rivestono funzioni o incarichi di natura pubblica	97
2.8.1 Omessa denuncia di reato da parte del pubblico ufficiale 361 c.p. e dell’incaricato di un pubblico servizio art. 362 c.p.	97
2.8.2 Omissione di referto art. 365 c.p.	98
2.8.3 Differenze tra referto e denuncia	100
2.9 Le segnalazioni, provvedimento 403 c.c.	100
2.10 Il consenso informato dei genitori	102

CAPITOLO 3

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

	105
3.1 Premessa alla fase sperimentale	105
3.1.1 Gruppo di lavoro italiano per l’abuso e il maltrattamento dell’infanzia	109
3.2 Il metodo adottato per la stesura della guida	110
3.3 I risultati	111
3.3.1 Le definizioni	111
3.3.2 La rilevazione, la diagnosi, la presa in carico e il trattamento dell’abuso sessuale	112
3.3.3 Come effettuare l’accoglienza	114
3.3.4 Conduzione della visita	114
3.3.5 Referto/denuncia all’Autorità giudiziaria	119

3.4 Implicazioni medico-legali, segnalazione e contenuti della relazione informativa	120
3.5 Nuove revisioni e studi casistici	128
3.6 Conclusioni	130
APPENDICE	
Analisi dei segni fisici e loro interpretazione	135
BIBLIOGRAFIA	163
RINGRAZIAMENTI	171

INTRODUZIONE

Affrontare oggi una riflessione relativa alla violenza e all'abuso sui minori, vuol dire porre attenzione a un fenomeno che, pur presente da sempre, sta assumendo, in questi ultimi anni, aspetti allarmanti.

Ma perché parlarne ancora? Forse la risposta è solo dentro di noi... La sofferenza di un bambino e di una bambina ci coinvolge in prima persona e agita il nostro mondo interiore, se poi il bambino che soffre è vittima di violenza, viviamo una miriade di sentimenti contrastanti. Ecco banalmente perché ne parliamo ancora. In particolare sappiamo che l'abuso sui minori è destinato a restare un drammatico fenomeno sommerso se nei professionisti interessati mancano la capacità di ascoltare parole e silenzi, la capacità di accogliere lacrime e dolore, se manca la comprensione delle varie forme di violenza agita verso i minori o se manca la capacità di fare rete o la disponibilità a condividere percorsi di formazione comuni, multiprofessionali e interistituzionali.

Possiamo vivere le storie di violenza e di abuso dominati dalla paura, dall'angoscia, dalla rassegnazione, dalla rabbia, dalla disperazione, dal giudizio, dalla frenesia di fare e di strafare oppure possiamo decidere di viverle dandoci la mano l'un l'altro, condividendo un progetto curante ma soprattutto sanante, nei confronti dei bambini che sono stati vittime di violenza e/o di abuso.

Non sono cambiate le forme di violenza contro i minori (familiare o extrafamiliare che essa sia) né, tantomeno, se ne è intensificata la frequenza: ciò che oggi concretamente è cambiata 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 sui 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, in cui sembra essersi smarrito il rispetto e la solidarietà verso tutte quelle categorie di persone oggi viste come “fragili, perdenti o diverse”: i vecchi, i bambini, gli emarginati, gli stranieri.

È certo assai positivo che nel mondo di oggi, al contrario di altre epoche storiche, la brutta violenza fisica contro l’infanzia sia universalmente deprecata e che i “violenti” contro i bambini siano additati alla pubblica esecrazione come dei “bruti” o dei “mostri”... L’allarme per questi casi va progressivamente aumentando e sta diventando un interrogativo inquietante per la nostra coscienza: se questa è la realtà che faticosamente va emergendo possiamo ritenere che la nostra sia una convivenza veramente civile? E quale futuro si apre per noi tutti se, malgrado le grandi affermazioni verbali, resta ancora spazio per tante sevizie verso chi è debole per antonomasia e si affida fiducioso alle nostre cure? E non è drammatico che una società che fortemente afferma di voler tutelare i diritti di tutti possa essere così violenta proprio nei confronti di chi non è in alcun modo in grado di difendersi? Non costituisce questo un sintomo sconvolgente di una realtà diffusa nel nostro tessuto sociale che credevamo caratteristica di altre epoche storiche assai più barbare e feroci? (Moro, 1989)

Occorre allora interrogarsi sulle dinamiche sociali e sul perché principi di riferimento fondamentali, religiosi, civili e giuridici, si siano sempre più offuscati, soprattutto per ciò che riguarda la tutela dei minori.

Inorriditi spettatori, assistiamo a raccapriccianti storie di bambini divenuti oggetto sessuale o vittime silenziose di violenze fisiche e/o psicologiche e ancora oggi non percepiamo la reale portata di quel sommerso mondo della patologia delle cure che per trascuratezza, incuria o ipercura coinvolge il minore in una dolorosa storia di violenze misconosciute.

Mentre va diffondendosi l’ideologia della non violenza e del pacifismo, non si fa alcuna attenzione al fatto che contemporaneamente vanno divenendo egemoni culture che sostanzialmente portano ad accettare che i rapporti tra gli uomini siano violenti... Esistono certo anche specifiche ragioni culturali che più direttamente alimentano, o quanto meno non contrastano, il fenomeno della violenza sull’infanzia. (Moro, 1989)

Chiedersi il perché di tutto ciò vuol dire comprendere che senza l’indicazione di un limite morale e sociale condiviso, non può esistere alcuna norma né civile né morale.

Senza un limite morale e sociale condiviso emerge solo ed esclusivamente l'“etica della circostanza”, per cui si è legittimati a fare tutto, si può sempre fare tutto indipendentemente dalle circostanze. La percezione della morte, quindi, volge facilmente verso connotazioni di spettacolarità in cui si perdono inesorabilmente le caratteristiche essenziali e intrinseche del dolore, dell'agonia e del dramma. Spesso, troppo spesso, chi sodomizza un bambino, chi lo umilia, chi lo picchia o lo violenta, non sa percepire cosa realmente sia la morte né che cosa siano il dolore o la sofferenza perché, pur provocandoli, li scotomizza da sé.

Talvolta l'abusante utilizza come metro di valutazione “pedagogica” il suo personale vissuto di bambino maltrattato o abusato, ritenendo normalità il perpetuarsi della violenza.

Ecco allora che, sempre più, ci troviamo 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” della normalità da ricercare nei gruppi sociali, nella famiglia, nelle istituzioni.

Accanto a storie di persone che si muovono sull'onda dell'emotività, delle passioni brutali, incapaci di progettare e talvolta di desiderare, succubi di un gesto violento incontrollabile, esiste una colpa sociale che pone le istituzioni sul banco degli imputati accanto ai violentatori, perché quei comportamenti sono l'effetto di una società eticamente inesistente, dominata troppo spesso dalla rincorsa al denaro e al facile successo, troppo spesso pronta a premiare i furbi piuttosto che gli onesti.

La lettura dei numerosi casi di abuso all'infanzia che i mass-media oggi ci propongono va dunque riportata prevalentemente a una lettura della famiglia e dell'ambiente sociale in cui questi drammatici fatti di violenza si verificano; è necessario analizzare che cosa uno Stato, il nostro Stato, sa e può fare per i giovani, per le famiglie e per il vivere civile, nel rispetto di ogni cittadino, e in particolar modo di quello fragile, sia esso minore, anziano, donna, straniero.

Diventa quindi fondamentale che il mondo scientifico, accanto a ricerche dirette a indagare le caratteristiche psicopatologiche degli adulti abusanti e maltrattanti (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 e culturali (isolamento, classe sociale svantaggiata, livello di cultura, emarginazione razziale o religiosa). E che accanto a queste caratteristiche se ne

svelino altre che coinvolgono adulti di ogni livello socio-culturale e di ogni livello economico e sono caratterizzate da perversioni estreme, senso di potere, idea di possesso e dominio del corpo e della sessualità.

Conoscere e studiare gli abusi all'infanzia, che si dipanano silenziosamente prevalentemente tra le mura domestiche, vuol dire promuovere la consapevolezza del fatto che la violenza ai minori è un male che colpisce innanzitutto la famiglia – nucleo essenziale di affetto, educazione e aiuto – e, in un secondo momento, tutta la società e dunque ciascuno di noi.

Quando la violenza (sia essa sessuale, fisica, psicologica o della patologia delle cure) entra in una famiglia, prende avvio la narrazione di un dolore indicibile: i gesti, la violenza urlata con il corpo, con la voce ma spesso, molto spesso, con il silenzio, con le lacrime versate o negate, con la sofferenza che pervade il corpo e l'anima di un bambino devono rappresentare per ciascun professionista un potente grido di aiuto.

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, all'interno del quale quest'ultimo era considerato sempre e comunque proprietà e non persona.

Se anche la parola assume un significato importante, i termini per indicare la condizione infantile risultano tutti connotati da valenza negativa e talvolta dispregiativa: la parola bambino si rifà etimologicamente alla parola bambo, "sciocco", e ancora oggi usiamo dire a una persona "ti sei rimbambito?!", in modo un po' offensivo, con l'intento di fargli notare che ha perso la ragione e la saggezza ed è tornato sciocco come un bambino. Marmocchio deriva dal francese "marmot" che vuol dire scimmia, finché si è bambini non si appartiene appieno alla razza umana, "minore", parola tanto usata per indicare i bambini, sottolinea di per sé la situazione di mancanza, debolezza e fragilità vista nell'ottica di una minorità quindi incapacità e/o dipendenza. Per gli antichi Romani, poi, i fanciulli erano solo "tabula rasa" (Moro, 1989).

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

Nella Grecia antica le legislazioni di Licurgo e di Solone permettevano l'ab-

bandono dei minori e l'infanticidio. Le vittime sacrificali erano prevalentemente le figlie femmine, vissute dalla famiglia d'origine come peso cui dover fornire una dote per poterle maritare. Infatti, considerata un costo, e potendo scegliere, ne veniva fatta sopravvivere una sola. La condizione di zitella costituiva una vergogna sia per la futura ragazza che per la sua famiglia; perciò la legge permetteva al padre della neonata di potersene sbarazzare vendendola come schiava o uccidendola. Nulla veniva fatto per scoraggiare l'aborto, l'infanticidio e l'abbandono che erano considerati comportamenti comuni.

Il genitore non era padrone di allevare il figlio, ma doveva prenderlo e portarlo in un luogo chiamato "lesche". Là erano in seduta i più anziani della tribù che esaminavano il piccolo: se era ben conformato e robusto ordinavano di allevarlo e gli assegnavano uno dei novemila lotti di terra. Se invece era malato e deforme lo inviavano ai cosiddetti "depositi", una voragine nelle pendici del Taigeto. (Manfredini, Piccirilli, 1980)

Che si fosse in epoca classica o ellenica, l'infanticidio era così facilmente praticato da non suscitare alcun disvalore: il figlio era considerato una *res* di proprietà del padre e, da questo punto di vista, la legislazione gli riconosceva il diritto di scegliere se accettare il bambino oppure sopprimerlo entro il quinto giorno di vita.

Nell'antica Grecia se ai genitori era permessa l'uccisione dei figli, agli anziani e ai saggi era concesso di decretare la morte dei neonati malformati, considerati solo un peso per la società. Platone approvò l'infanticidio in caso di evidenti e gravi malformazioni del neonato e non ammise che i figli illegittimi potessero entrare a far parte della sua Repubblica ideale (Becchi, Julia, 1996).

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.

A Tebe, invece, era formalmente vietato l'infanticidio, anche se tale divieto veniva in realtà regolarmente disatteso.

In caso di indigenza e povertà i genitori potevano vendere il bambino con l'aiuto e l'assistenza di un magistrato a tale scopo preposto.

Nell'antica Roma, poi, il fenomeno dell'abbandono e dell'infanticidio si conformava sostanzialmente alle motivazioni dell'antica Grecia. Anche nell'antica Roma, infatti, il bambino era considerato una *res* il cui destino era totalmente dipendente dal padre (*pater familias*). La sua nascita era scandita da alcuni rituali che decretavano il suo destino, o meglio, la sua sopravvivenza. Il bimbo appena nato

veniva sottoposto all'insindacabile volontà della figura paterna che poteva decidere della sua vita e della morte. Alla madre non era permesso alcun tipo di intervento.

Con la nascita (*levatio*) l'ostetrica deponeva il neonato a terra, gesto che simboleggiava la venerazione per la madre Terra. Se il padre decideva di tenere il figlio nella sua famiglia, se maschio, lo prendeva e lo sollevava in alto fra le sue braccia (*elevatio*) oppure, se femmina, lo consegnava alla madre, perché la allattasse. Se invece ne aveva deciso la morte (*expositio*) il padre ordinava all'ostetrica di tagliare il cordone ombelicale oltre il dovuto, provocando un'emorragia letale, oppure ordinava che venisse annegato.

Nonostante ciò, nell'antica Roma, Romolo cercò di arginare la pratica dell'infanticidio, consentendo l'esposizione dei bambini deformati o delle figlie non primogenite solo quando avessero compiuto i tre anni di età, nella speranza che, trascorso questo tempo, i genitori, per affezione, vi rinunciassero.

Il neonato, oltre che ucciso o abbandonato, poteva essere venduto a veri e propri trafficanti, che lo avrebbero educato e avviato alla carriera di gladiatore nei circhi, mentre le femmine potevano essere vendute per essere poi utilizzate nei lavori domestici, come schiave o avviate alla prostituzione.

Ovviamente i bambini avevano un notevole valore commerciale, mangiavano poco e producevano molto soprattutto se allevati come schiavi o per altre mansioni redditizie, proprio per questo motivo spesso diventavano oggetto di rapimenti. È importante sottolineare che la legge puniva con la pena capitale i rapimenti dei bambini, non tanto a tutela dei bambini rapiti ma a tutela della proprietà del *pater familias*, unico soggetto a poter decidere della sorte della propria prole intesa appunto come sua proprietà.

Emerge, quindi, un quadro, per molti aspetti, non dissimile a quello del mondo greco.

La legge pompeiana poi considerava l'infanticidio penalmente punibile solo se commesso dalla madre, mentre non era affatto punibile se commesso dal padre.

Tale condizione, tuttavia, rimase fino all'introduzione dell'estensione della pena anche all'altro genitore, cosa che avvenne solo con l'avvento del diritto giustiniano (Carloni, Nobili, 1975).

Con l'avvento del Cristianesimo *pietas* e *caritas* si diffondono tra le popolazioni, nasce così una nuova concezione di paternità che sgretola lentamente l'idea di possesso dei padri sui figli ora visti come figli di Dio e dono di Dio. Benché la legislazione romana registrasse la discrezionalità del *pater familias* con riferimento all'infanticidio diretto e indiretto, e ciò fosse via via sempre più malvisto, una legge che espressamente lo vietasse e lo punisse non viene ancora

promulgata; bisognerà aspettare, infatti, il IV secolo d.C., epoca in cui nasce una nuova concezione “morale ed economica” relativa alla vita infantile.

Solo nel 315 d.C., Costantino, imperatore cattolico, emana una legge che prescrive di assistere a spese pubbliche i bambini abbandonati; lo stesso Costantino, nel 318 d.C., dichiara ufficialmente l'infanticidio un crimine. Nel 374 d.C., poi, l'infanticidio diviene delitto capitale nella legislazione dell'Impero e il reato di infanticidio viene considerato un omicidio volontario vero e proprio, senza attenuanti. La pratica dell'esposizione sarà ufficialmente soppressa per sempre nel 374 d.C., quando gli imperatori Valentiniano, Valente e Graziano ordinano a tutti i cittadini di allevare e nutrire i propri figli, pronunciando contro la loro esposizione e uccisione pene severe che, per l'infanticidio in particolare, potevano arrivare fino alla condanna a morte. In quello stesso anno Valentiniano I dispone di educare e allevare tutti i figli, anche le femmine: infatti all'epoca era ancora in uso la pratica dell'assideramento, usata in particolar modo per le nate femmine. Il Concilio di Costantinopoli parifica l'infanticidio all'omicidio e con il III Concilio di Toledo, in Spagna (589 d.C.), vengono adottate misure contro l'usanza ispanica di uccidere i propri figli.

Con il passare del tempo all'omicidio diretto si sostituisce la “soppressione in massa” per incuria, negligenza o sfruttamento: gli adulti (genitori o affidatari che fossero) in maniera più o meno consapevole favorivano la morte del bambino. Non più, quindi, eliminazione drastica e cruenta ma estromissione del bambino dalla famiglia per essere dato a balia o a servizio 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 si autorizza l'uso delle punizioni corporali.

Sappiamo che nella scuola e non solo in famiglia, le pesantissime punizioni corporali costituivano lo strumento pedagogico di elezione: nelle scuole inglesi era stato istituito uno specialista delle punizioni corporali, il “flagellante”. E de Mause, nella sua storia dell'infanzia, ci riferisce di un insegnante tedesco che si vantava di aver somministrato, nella sua laboriosa carriera, 911.527 bastonate, 124.000 frustate, 136.715 ceffoni e 1.115 scapaccioni. (Moro, 1989)

L'educazione del fanciullo 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 bambini, 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.

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).

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 di amore 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 e 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 e incentiva l'aberrante pratica della castrazione di giovinetti al fine di ottenere "voci bianche", pratica vietata poi, con editto papale, nel 1878.

Nel Seicento il cardinale de Berulle affermava che la condizione infantile sembrava la più vile e la più abietta, al pari di Bossuet che dichiarava che l'infanzia è la vita di una bestia (Moro, 1989).

Solo con la fine dell'Ottocento e con i primi del Novecento le scienze umane pongono attenzione all'itinerario di crescita del bambino: non più speranza di uomo o persona informe ma nuovo soggetto con cui interessare 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 e 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 médico-légale sur les blessures*, Tardieu pose una relazione (familiare, educativa, sociale) più o meno diretta tra l'abusante e il minore abusato. Stabili infatti 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 veniva 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 a emorragie cerebrali di verosimile origine traumatica, diventarono patognomiche per la definizione di “sindrome del bambino battuto”.

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

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 familiare, 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. (Ravaglia, 1892)

Nel 1874 a New York, per la prima volta un ente per la protezione degli animali salvò una bambina dai maltrattamenti agiti dai genitori su denuncia dell’infermiera Etta Wheeler.

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. Secondo le leggi statunitensi, in cui era molto forte il senso della privacy familiare, i genitori avevano diritti assoluti sui figli, potendoli allevare come meglio credevano. Non potendo fare nulla Etta Wheeler si rivolse allora alla Società per la protezione degli animali, già fiorente in America, che, esaminato il caso, riconoscendo che rientrava nei compiti previsti dal proprio statuto, poté intervenire salvando la bambina. (Montecchi, 1998)

In seguito a questo episodio nacque a New York la New Society for the Reformation of Juvenile Delinquents che organizzò un rifugio per bambini difficili e accolse anche bambini trascurati e abusati. In pratica prese forma per la prima volta nella storia, una società capace di occuparsi di prevenzione e di 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 stava 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; Silverman (1953), radiologo, accanto al dato puramente semeiologico (molteplici fratture, cronologicamente differenziate, talvolta mal consolidate) pubblica un'inchiesta realizzata mediante un minuzioso interrogatorio delle famiglie che porta all'ammissione e 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 e immotivata.

1.2 Definizione di abuso sui minori

Nel 1962 Kempe, Silverman e collaboratori pubblicano un articolo, *The battered-child syndrome*, in cui cercano 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 o emaciato, un comportamento eccessivamente passivo e 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 maltrattamento fisico, ma anche di maltrattamento psicologico e di mal-

nutrizione. 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 maltrattanti/abusive, che si possono concretizzare sia in atti commissivi che omissivi, compiuti da genitori o da persone poste alla cura del bambino.

Si classificano quattro tipi di maltrattamento infantile: il maltrattamento fisico che è definito come l’insieme di quegli atti o quelle omissioni che causano un danno fisico; la violenza sessuale in cui un bambino viene usato per la gratificazione sessuale di un adulto; la violenza psicologica o abuso emozionale in cui il genitore o il *caregiver* non garantiscono un corretto accudimento psicologico, emotivo ed emozionale nei confronti del minore; la relazione con il bambino è connotata da comportamenti denigratori, da minaccia, intimidazione, rifiuto, ridicolizzazione. La violenza emozionale o violenza psicologica può sussistere da sola oppure, ben più frequentemente, essere associata agli altri tipi di violenza che sia indifferentemente quella fisica, sessuale, o legata alla patologia delle cure. Da ultimo troviamo la patologia delle cure che si verifica qualora il genitore manifesti incapacità nel provvedere allo sviluppo del bambino. Investe disparati ambiti da quello della salute, a quello dell’educazione, dell’istruzione, dello sviluppo affettivo del minore, della sua nutrizione e della sua protezione.

Nonostante ciò, la mera definizione della violenza sul minore, da subito, non è stata sufficiente a definirne un contesto preciso e puntuale perché “occuparsi” in maniera specialistica di violenza all’infanzia ha voluto dire delimitarne di volta in volta l’ambito, definirne le caratteristiche arricchendo, con nuove specificazioni, il contesto.

Infatti, se le forme di violenza sono molteplici (violenza fisica, psicologica, sessuale, patologia delle cure), per ciascuna di queste 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 dai comportamenti omissivi agli schiaffi ripetuti e immotivati, alle bruciate, ai calci, ai pugni, ai morsi, alle cinghiate, alle bastonate, sino alle lesioni personali gravissime e, purtroppo, anche sino all’infanticidio e all’omicidio. Nella violenza sessuale poi includiamo tutto ciò che «a connotazione sessuale intercorre tra un bambino/a ed un adulto»: si va dalla violenza sessuale senza alcun contatto fisico tra loro (per esempio quando il minore è costretto a masturbarsi davanti a un adulto che si eccita di fronte al suo imbarazzo oppure, viceversa, un bambino viene costretto a osservare un adulto che si masturba, oppure quando un adulto costringe il bambino ad assistere a rapporti sessuali, ecc.) sino agli atti di violenza sessuale di tipo penetrativo dove si realizza un vero e proprio contatto fisico tra adulto e minore. Ma altrettanto ampio risulta l’ambito della violenza psicologica, in quanto lesiva delle emozioni del bambino, o quello della patologia delle cure intesa come mancata comprensione e realizzazione dei bisogni essenziali primari del bambino nei diversi livelli del suo sviluppo.

Il Federal Child Abuse and Prevention Act nel 1974 definisce 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 nasce 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 e in Gran Bretagna.

Il National Center of Child Abuse and Neglect nel 1981 dichiara 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 occupa, 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) stabilisce che il maltrattamento ai minori «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 definisce 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, quindi, varie forme di violenza.

1.3 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 o in una condotta omissiva. Azioni od omissioni agite in maniera nascosta o palese, occasionali o continuative possono essere realizzate in ambiente domestico o istituzionale. È importante comunque ricordare che l'assenza di lesioni traumatiche obiettivamente non è mai indicativa di assenza di maltrattamento fisico e non ne può, di conseguenza, escludere la sussistenza.

È rilevante quindi che se, nell'ambito di una visita pediatrica, vengono obiettivati segni riconducibili a traumatismi sia immediatamente adottata una metodologia operativa in due fasi che possono essere così descritte: un'attenta osservazione delle eventuali lesioni associata a una loro descrizione dettagliata e una corretta valutazione delle ipotesi diagnostiche relative alle lesioni osservate (diagnosi differenziale).

Infatti accanto alle esigenze cliniche e a quelle relazionali ed empatiche sussistono, oggi più che mai, esigenze giuridiche, essenziali per una piena tutela del piccolo paziente. Ed è proprio alla luce di questa consapevolezza che l'evi-

denza di un quadro clinico di lesività traumatica a carico di un minore dovrebbe sempre indurre il sanitario a “leggere” i segni lesivi obiettivati nell’ottica di un pensiero traumatologico forense, applicando una rigorosa criteriologia medico-legale.

La descrizione poi di eventuali lesioni o esiti (su tutto il corpo), dovrà essere precisa e puntuale specificando sempre la sede, le dimensioni e i caratteri generali. Di ogni lesione, dovranno essere descritte attentamente una serie di caratteristiche che saranno qui analizzate tra cui **la tipologia** (cicatrici, ecchimosi, abrasioni, escoriazioni, ematomi, soluzioni di continuo, ferite lacero-contuse, ustioni), **la morfologia sospetta** (valutare attendibilità del mezzo di produzione, tipo da unghiate, morsi, tagliuzzamento, afferramento manuale, costrizione, fustigazione, bruciature/ustioni, ad esempio da sigaretta, da immersione forzata in liquido bollente). Grande importanza assume **la loro localizzazione**: infatti risulta particolarmente suggestivo il riscontro di lesioni tegumentarie in sedi abitualmente coperte dagli indumenti (periodo invernale) o normalmente considerate atipiche per il riscontro di traumi accidentali: capo e volto (occhio, orecchio e/o zona retroauricolare, naso, bocca, pianta dei piedi, dorso), dorso e palmo delle mani, unghie, torace, dorso, area genitale o perianale, caviglie, pianta dei piedi. Ancora il riscontro di segni attuali o pregressi di morsi non di animali in zone corporee non autoaggregabili dal bambino stesso. Altro elemento da valutare e descrivere attentamente è **la loro numerosità** perché spesso si assiste al riscontro (talvolta anche in maniera occasionale) di numerose lesioni e/o di esiti cicatriziali delle stesse; la coesistenza di più lesioni su differenti distretti corporei, nonché la presenza di lesioni a tipologia differenziata, diversamente inquadrabili tra loro e quindi non riconducibili a un unico evento lesivo (le lesioni sono talvolta così numerose da essere identificate come “lesività a carta geografica”), rimanda a eventi lesivi multipli e differenziati. La valutazione di una **cronologia** degli eventi traumatici permetterà di obiettivare eventuali contemporanee presenze di lesioni a “cronologia differenziata”, obiettivabili in differenti stadi evolutivi (lesione sanguinante/lesione sotto crosta/cicatrice, frattura recente/frattura consolidata con callo osseo evidente, ecc.); il sanitario potrà quindi ricondurre le lesioni obiettivate a plurimi eventi traumatici e non, come spesso vengono narrate, a un unico evento lesivo.

Da ultimo, ma non per importanza, tutti questi elementi dovranno essere sempre valutati in relazione **all’età del minore e alla tempistica di accesso alle cure**.

Infatti più il bambino è piccolo, più è depositario di cure e attenzioni da parte degli adulti di riferimento e meno verosimili risulteranno le giustificazioni

date dagli adulti su traumatismi accidentali dal bimbo stesso provocati; non da ultimo, dovrà essere posta particolare attenzione al tempo intercorso tra l'evento traumatico e il ricorso all'intervento sanitario: più il lasso di tempo tra l'evento e il ricorso alle cure mediche è ampio, più si potrebbe essere di fronte a un comportamento trascurante o negante.

Gli atti violenti e aggressivi nei confronti dei bambini sono molteplici e variabili ed è praticamente impossibile stilare una classificazione completa ed esaustiva della semeiotica correlata al maltrattamento fisico.

Ecco allora che un pensiero traumatologico forense applicato a una rigorosa criteriologia medico-legale, unirà i differenti elementi obiettivati sempre alla luce di quanto dichiarato dai genitori. È quindi possibile schematizzare in maniera didattica le lesioni in *lesioni cutanee*, che comprendono le cicatrici di vecchia data, le ecchimosi (fare sempre attenzione alla presenza di eventuali macchie mongoliche che sono localizzate a livello del sacro e talvolta lateralmente alla colonna vertebrale), gli ematomi, le escoriazioni, le ferite lacero-contuse, le ustioni e le soluzioni di continuo.

Queste lesioni potranno essere valutate in base al rilievo di una eventuale *morfologia sospetta* che evoca i segni di unghiate, di morsi, di calci, di schiaffi, di pugni o di lesioni da corpi contundenti (l'aspetto della contusione potrebbe rimandare alla forma dell'oggetto usato per maltrattare; infatti alcune contusioni hanno la caratteristica di riprodurre "a stampo" la morfologia del corpo contundente che le ha provocate - mano, corda, cinghia, scarpa, bastone); ancora possiamo avere una lesività che rimanda al tagliuzzamento, alle lesioni da afferramento manuale, alle lesioni da difesa, alle lesioni da costrizione o a quelle da fustigazione. Infine riscontriamo le bruciature: in particolare le bruciature da sigaretta sono obiettivate nel 6-20% dei casi di maltrattamento, le lesioni termiche nel 10% delle lesioni da maltrattamento fisico e circa nel 5% dei bambini vittime di abusi sessuali. Le bruciature poi possono essere classificate in scottature, bruciature dovute al contatto con il calore di apparecchi elettrici, o con la fiamma degli accendini, ustioni dovute a immersione in acqua bollente. In questo caso si riscontrerà una tipica ustione uniforme che può interessare i glutei, il perineo, se interessa gli arti inferiori sono chiamate "lesioni a calzino", se interessa gli arti superiori invece sono definite "lesioni a guanto". Infine le bruciature di sigaretta rappresentano una delle forme di maltrattamento più praticate: sono ustioni rotondeggianti e ben delimitate con un diametro variabile da 7 a 10 mm, sono caratterizzate da un profondo cratere centrale e appaiono comunemente su viso, mani e piedi.

Un accurato esame della sede in cui saranno obiettivate le lesioni, ci permetterà di individuare quelle *in regioni anatomiche suggestive* che potranno essere sul sopracciglio, sull'occhio, sull'orecchio, sul naso, sulla bocca, sul palmo delle mani e sulla pianta dei piedi, sulle unghie di mani e piedi, sui genitali oppure in aree corporee protette da indumenti.

Si dovrà valutare sempre, con attenzione, la loro incompatibilità con eventi traumatici accidentali e l'impossibilità che siano inquadrabili con patologie anche rare dell'infanzia, frequentemente associate tra loro, e quanto le spiegazioni fornite dal genitore spesso non coincidano con l'obiettività evidenziata.

Tra queste abbiamo le *lesioni orali*: infatti le lesioni della cavità orale possono essere inflitte con strumenti come gli utensili da cucina o con il biberon con cucchiaino durante episodi di alimentazione forzata, oppure potrebbero essere provocate da liquidi bollenti o da sostanze caustiche volontariamente somministrate e quindi ingerite dal bambino in maniera non accidentale. I danni conseguenti a tali comportamenti sono contusioni, ustioni o lacerazioni della lingua, delle labbra, della mucosa buccale, del palato, delle gengive; fratture o avulsione completa di denti, fratture delle ossa facciali e della mandibola. La rottura dei frenuli labiale e/o linguale possono essere indicativi di un trauma contusivo alla bocca, di alimentazione forzata o di sesso orale agito con violenza.

Inoltre possiamo obiettivare *lesioni di tipo scheletrico*; infatti l'occasionale reperto di segni di fratture mal consolidate o di calcificazioni periostee negate o sottaciute dai genitori, oppure le fratture spiroidi delle ossa lunghe se non giustificate o se giustificate erroneamente dai genitori come conseguenza di traumi fratturativi di tipo compressivo o per flessione, sono suggestive per una ipotesi di maltrattamento. Anche le fratture multiple in diverso stadio di evoluzione, le pregresse fratture mal consolidate, le fratture a carico delle ossa lunghe in bambini molto piccoli, le fratture metafisarie, quelle fratture costali multiple secondarie a manovre di afferramento e/o di costrizione, devono sempre indurre il professionista a ipotizzare un evento lesivo traumatico non accidentale. Il rilievo più o meno occasionale di fratture o di processi riparativi di fratture sottaciute soprattutto se obiettivate in bambini molto piccoli, incapaci di grandi autonomie negli spostamenti e nello spazio, devono far ipotizzare una lesione o un esito di lesione di tipo fratturativo traumatico non accidentale. In questo caso sarà necessario procedere a un attento studio dei radiogrammi, verificare con precisione l'eventuale grado di inclinazione dei frammenti ossei e avanzare l'ipotesi di insorgenza della frattura nell'ottica di un'attenta diagnostica differenziale, che tenga sempre ben presente la sussistenza di fratture patologiche (malattia di Lobstein o osteogenesi imperfetta, tumori neuroendocrini, ecc.).

Anche la presenza di **traumi cranici** deve costituire per il sanitario avveduto un elemento di valutazione che inserisca il quadro clinico all'interno di una diagnostica differenziale più ampia, inclusiva di un sospetto maltrattamento. Gli ematomi subdurali, associati o meno a frattura cranica, le emorragie intraoculari, l'otorragia e l'epistassi non riconducibili ad altra patologia organica o a traumi accidentali, soprattutto se obiettivati in bambini molto piccoli, devono sempre indurre, anche nell'operatore più esperto, il sospetto di un probabile maltrattamento fisico.

Infine ci sono **altre manifestazioni cliniche** che devono sempre essere tenute in debita considerazione e tra queste ritroviamo i distacchi retinici, le emorragie retiniche e/o preretiniche, le lesioni viscerali. La possibilità di evidenziare lesioni viscerali nei casi di maltrattamento fisico è spesso caratterizzata dal riscontro di lesioni traumatiche a carico degli organi addominali, causate da violente azioni contusive (calci, pugni, bastonate, ecc.), oppure in seguito a proiezione con violenza del bambino verso una struttura rigida. Evento più raro sono le lesioni viscerali traumatiche endotoraciche, per la naturale protezione meccanica fornita dalla gabbia toracica agli organi in essa contenuti. In caso di fratture costali potrebbero essere obiettivate contusioni polmonari secondarie e violenti traumatismi toracici e/o emotorace.

Di grande importanza è la valutazione attenta e puntuale di tutte le **manifestazioni cliniche preesistenti**; devono, infatti, sempre essere prese in considerazione eventuali manifestazioni cliniche preesistenti che possono essere ricercate attraverso un'accurata anamnesi raccolta dai familiari, dal pediatra di base oppure attraverso dati clinici informatizzati. Tali manifestazioni cliniche preesistenti potrebbero avere un ruolo causale o concausale rispetto alla manifestazione di quanto obiettivato; questo comportamento risulta fondamentale sempre, nell'ottica di una corretta diagnostica differenziale.

La valutazione diagnostica, quindi, seguirà una sequenza ben precisa: partendo dal rilievo e dalla identificazione dei segni e delle **manifestazioni cliniche obiettivabili**, sarà necessario porre una diagnosi differenziale tra lesione traumatica **accidentale e non accidentale**, per poi formulare una diagnosi differenziale tra lesione patologica **naturale e indotta**, e infine realizzare una valutazione in merito alla sussistenza dell'**ipotesi di reato** e della eventuale perseguibilità d'ufficio nel caso specifico.

1.3.1 Shaken Baby Syndrome

La Shaken Baby Syndrome, normalmente agita nei confronti del lattante o del bambino piccolo (generalmente al di sotto del 1° anno di vita) riconosce una

modalità di scuotimento idonea a determinare un “innaturale” movimento del cervello all’interno del cranio; movimento così violento e innaturale da provocare lo stiramento e la rottura delle vene superficiali del cervello, mediante forze rotazionali di accelerazione e decelerazione del tipo “colpo di frusta” (“whiplash”). Scuotimento che, per specificità e caratteristiche, in assenza di altri gravi traumatismi diretti al capo e/o al volto, rimanda all’ipotesi di bruschi e violenti movimenti di accelerazione e decelerazione del capo sul collo.

La rottura delle vene superficiali del cervello successiva allo stiramento risulta essere la determinante dell’emorragia a livello subdurale e del conseguente danno del tessuto cerebrale (lesione da stiramento – “shearing” – della sostanza bianca con danno assonale diffuso, contusione/concussione). In poche parole le lesioni riportate riconoscono la loro origine nella rapida e ripetitiva flessione, estensione e rotazione della testa e del collo con o senza successivo impatto del capo su una superficie dura. Secondo Deputy (2003), l’autore dello scuotimento generalmente tiene il bimbo per il torace, le braccia, le spalle, o le gambe e lo scuote vigorosamente a una frequenza approssimativa di 2-4 volte al secondo, per una durata che può variare, dai 5 ai 20 secondi. L’evento che più frequentemente scatena lo scuotimento è il pianto del bambino. Il pediatra e radiologo John Caffey (1946) per primo descrisse l’associazione di lesioni a carico del cranio sotto forma di emorragie subdurali croniche e fratture delle ossa lunghe nel 1946, ma fu solo nel 1972 che lo stesso Caffey (1972) pubblicò un articolo che descriveva le caratteristiche radiologiche e cliniche attribuibili al danno “da scuotimento” o, utilizzando la terminologia anglosassone ormai entrata universalmente in uso, da “shaking”. Ludwig e Warman (1984) per primi pubblicarono il termine “Shaken Baby Syndrome” nella loro revisione su 20 casi di minori in cui le lesioni a carico del contenuto cranico potevano essere attribuite allo scuotimento (“shaking”) del capo, non essendo evidenti in nessuno di essi la presenza di un danno da impatto a livello della testa. Nel 1987, Duhaime riportò che parte delle vittime di Shaken Baby Syndrome con esito fatale e molti di coloro che erano sopravvissuti al trauma, mostravano evidenza di impatto violento (“blunt impact”) a carico della testa al momento della diagnosi. L’importanza dell’impatto nel danno da accelerazione/decelerazione venne supportato dai loro modelli biomeccanici e gli autori conclusero che i danni cranici da abuso più gravi, richiedevano anche un impatto oltre a uno scuotimento. L’importanza relativa dell’impatto, nel contributo al danno cranico nei bambini vittime di abuso, è diventata una fonte di importanti controversie. Da allora, la modellistica biomeccanica è stata utilizzata sia per supportare che per confutare il contributo dello “shaking” piuttosto che dell’impatto nel trauma cranico da

abuso (Abusive Head Trauma - AHT) (Cory *et al.*, 2003; Ommaya *et al.*, 2002). In realtà, tutti i modelli e le teorie hanno dei chiari limiti e molti clinici e ricercatori convengono che i meccanismi precisi di tutti i danni da abuso rimangono in parte non chiariti (Wolfson *et al.*, 2005). Gli sforzi per meglio comprendere i meccanismi e le cause del danno, hanno di molto migliorato la possibilità di acquisizione di dati oggettivi nell'ambito clinico. Le indagini condotte nei vari casi, compresa la meticolosa ricostruzione delle storie cliniche, gli esami clinici, la diagnostica in generale, si sono espanse e sono migliorate. Dal punto di vista della terminologia che deve essere utilizzata in questo ambito, come afferma l'American Academy of Pediatrics (AAP) (Christian *et al.*, 2009), preso atto del fatto che lo scuotimento ("shaking") di un bambino ha in sé il potenziale per causare un danno neurologico, anche l'impatto violento o una combinazione di "shaking" e impatto può essere causa di danno. Da questo deriva la necessità che la terminologia medica tenga conto in maniera inclusiva di tutti i meccanismi potenzialmente causa di danno, e che venga utilizzato il termine omnicomprensivo di "Abusive Head Trauma (AHT)" (trauma cranico da abuso), ogni qualvolta venga descritto in un bambino un quadro di danno inflitto al capo e al contenuto intracranico. Ciò comporta un superamento del termine di Shaken Baby Syndrome, essendo da considerare tale quadro come un sottogruppo dell'Abusive Head Trauma. Altre definizioni che talora vengono utilizzate in letteratura, sempre tenendo conto dell'approccio omnicomprensivo consigliato dall'AAP sono quelli di Non Accidental Head Injury (NAHI) (lesione/danno cranico non accidentale) (Sieswerda-Hoogendoorn *et al.*, 2012; CPS.GOV.UK, 2011) e di Inflicted Traumatic Brain Injury (ITBI) (lesione cerebrale traumatica inflitta) (Sieswerda-Hoogendoorn *et al.*, 2012).

1.3.1.1 Aspetti epidemiologici

Con un'incidenza stimata di 14-40 casi per 100.000 bambini di età inferiore a 1 anno, l'AHT probabilmente è frequente quanto altre gravi patologie della prima infanzia quali la meningite neonatale e la leucemia linfatica (Sieswerda-Hoogendoorn *et al.*, 2012). In realtà per vari motivi è difficile determinare la reale incidenza dell'AHT. Prima di tutto perché non tutti i bambini vittime di abuso necessitano di intervento medico e quindi non necessariamente entrano in contatto con il sistema sanitario.

In secondo luogo, non tutti i casi che si presentano negli ospedali vengono riconosciuti come casi di AHT. Infine, l'utilizzo di differenti definizioni per descrivere l'AHT rende difficile il confronto delle varie incidenze riportate nelle varie istituzioni.

Al di là di tutto ciò, la maggior parte degli studi riporta una maggiore frequenza di bambini di sesso maschile con un range che va dal 62 al 77%; la maggior parte dei casi si manifesta prima dei 6 mesi di vita, con un'età mediana riportata variabile fra i 2,2 e i 5,9 mesi (Barlow *et al.*, 2000; Fanconi *et al.*, 2010; Hobbs *et al.*, 2005; Keenan *et al.*, 2003; Talvik *et al.*, 2006).

Ulteriori fattori di rischio che vanno tenuti in considerazione sono la prematurità e la gemellarità. Fra i fattori di rischio vanno inoltre tenuti presenti alcuni aspetti peculiari, quali il fatto che in una quota importante di casi di AHT viene riferito per lo più spontaneamente un trauma cranico minore prima dell'insorgenza del quadro oppure l'assenza di trauma (Laurent-Vannier *et al.*, 2011; Sieswerda-Hoogendoorn *et al.*, 2012).

Mortalità

In accordo con quanto affermato da Duhaime *et al.* (1998), i traumi sono la causa di morte più frequente nel bambino e le lesioni inflitte del cranio sono la causa più comune di morte da trauma nella prima infanzia.

La mortalità per trauma cranico da abuso (AHT) negli studi sopra citati (Barlow *et al.*, 2000; Fanconi *et al.*, 2010; Hobbs *et al.*, 2005; Keenan *et al.*, 2003; Talvik *et al.*, 2006) risulta abbastanza simile: il 15-23% di tutti i casi riconosciuti di AHT muore prima o subito dopo la presentazione in ospedale. Tuttavia, benché l'AHT renda conto di un numero importante di decessi in età pediatrica, non è possibile conoscere esattamente la quota di bambini affetti che va incontro a morte. Sicuramente, al di là della mortalità a breve termine, una quota significativa dei bambini affetti da AHT che sopravvivono sono affetti da gravi disabilità e presentano una ridotta aspettativa di vita.

Analizzando la morbilità, lo studio di follow-up dell'AHT condotto da Fanconi *et al.* (2010) riporta che solo il 36% dei bambini sopravvissuti presenta un esito normale, mentre il 64% risulta affetto da disabilità. Grossolanamente, circa la metà dei bambini disabili risultano affetti da disabilità di grado moderato con significativa riduzione delle funzioni cognitive, deficit motori e risultano sottoposti a terapie riabilitative per lo più a livello ambulatoriale. L'altra metà risulta affetta da disabilità grave, presenta cioè punteggi cognitivi estremamente ridotti, gravi deficit motori e necessita di interventi di riabilitazione maggiore, anche in ambito ospedaliero.

Un altro studio (Barlow *et al.*, 2005) riscontra una distribuzione simile in quanto, fra i sopravvissuti da AHT, circa un terzo presentava una buona prognosi, un terzo presentava disabilità lieve o moderata e un terzo presentava disabilità grave.

Anche Duhaime *et al.* (1996) hanno riscontrato nei sopravvissuti da AHT un 36% di buon esito a distanza, un 14% di disabilità moderata, e il 50% presentava disabilità grave o uno stato vegetativo.

In generale, a causa della giovane età dei soggetti affetti e dei tempi lunghi che caratterizzano lo sviluppo del cervello, e di conseguenza dello sviluppo psico-motorio, si può affermare che la prognosi neurologica finale non può essere stabilita prima del raggiungimento dell'età scolare (Sieswerda-Hoogendoorn *et al.*, 2012).

1.3.1.2 Aspetti clinici e patologici

La triade (the Triad)

Gli elementi clinici dell'Abusive Head Trauma (AHT) sono dominati dalle manifestazioni neurologiche che sono strettamente correlate alle lesioni che vengono riscontrate e che caratterizzano il quadro in maniera affatto peculiare.

La trattatistica a livello internazionale (CPS.GOV.UK, 2011; Lancon *et al.*, 1998; Squier, 2011; Kliegman *et al.*, 2011; Sieswerda-Hoogendoorn *et al.*, 2012) riconosce come tipica e sostanziale dell'AHT la presenza contemporanea di tre lesioni in genere identificate come “the Triad” (la triade): **emorragie subdurali, encefalopatia ed emorragie retiniche.**

I meccanismi che sono in causa nell'insorgenza di queste lesioni non sono stati ancora completamente chiariti. Da evidenze derivanti sia da ammissioni di colpevolezza da parte dell'autore che da dati sperimentali provenienti dalla pratica clinica, si ritiene che il vigoroso scuotimento manuale (“shaking”) del bambino tenuto per gli arti superiori, per le spalle o per le orecchie, provocando forze rotazionali di accelerazione e decelerazione del tipo “colpo di frusta” (“whiplash”), con o senza impatto contro un elemento rigido, determini un movimento del cervello all'interno del cranio tale da provocare uno stiramento e una rottura delle vene superficiali del cervello che determinano emorragie a livello subdurale, un danno del tessuto cerebrale (lesione da stiramento – “shearing” – della sostanza bianca con danno assonale diffuso, contusione/concussione). Lo stesso meccanismo sarebbe in causa nel determinismo delle emorragie retiniche.

Da un punto di vista delle teorie patogenetiche, storicamente la “accepted hypothesis”, che riporta ai meccanismi sopra descritti l'interpretazione della genesi delle lesioni tipiche della triade, rimane la più accreditata (Squier, 2008; Harding *et al.*, 2004). Di seguito saranno sinteticamente descritti i tre elementi che costituiscono la triade (Lancon *et al.*, 1998; Squier, 2011).

Emorragie subdurali

La lesione più caratteristica dell'Abusive Head Trauma (AHT) è la presenza di sanguinamento all'interfaccia fra la membrana meningea più esterna, la dura madre, e la membrana meningea sottostante, l'aracnoide. La presenza di sangue a questo livello costituisce l'emorragia subdurale.

Tipicamente l'emorragia si localizza nello spazio interemisferico posteriore o lungo la parte convessa degli emisferi cerebrali, spesso è bilaterale. Quando è voluminosa può dislocare il cervello dalla superficie interna della dura madre causando un pericoloso spostamento delle strutture cerebrali attraverso la linea mediana, risultando in una depressione del livello di coscienza. Emorragie subdurali particolarmente voluminose possono anche dislocare il diencefalo e il tronco cerebrale (ernia cerebrale) portando al coma o al decesso del minore.

Ci sono varie peculiarità anatomiche del cranio e del cervello del bambino, in particolare nella prima infanzia e nel lattante nei primi mesi di vita, che contribuiscono alla formazione delle emorragie subdurali in seguito a un violento scuotimento o comunque all'applicazione di importanti forze di accelerazione/decelerazione. Prima di tutto, relativamente al corpo, la testa del bambino è significativamente più grande se paragonata a quella dell'adulto. Inoltre, il cervello del bambino ha un elevato contenuto d'acqua, è solo parzialmente mielinizzato e gli spazi subaracnoidei sono relativamente grandi. Infine, i muscoli cervicali paraspinali sono relativamente deboli, per cui il lattante in generale controlla con difficoltà un cranio relativamente grande e pesante su un collo di per sé debole.

Considerati unitariamente, questi fattori comportano un significativo movimento del cervello immaturo rispetto alla superficie del cranio durante l'applicazione di forze sufficientemente intense, tali da provocare la rottura delle fragili vene a ponte ("bridging veins") fra la superficie del cervello e la dura madre. Questo porta allo stravasamento di sangue all'interfaccia fra la dura madre e l'aracnoide, producendo l'emorragia subdurale.

Encefalopatia

Le lesioni a carico del tessuto cerebrale sono parte integrante dei quadri più gravi di AHT. Queste lesioni possono verificarsi sia in seguito a un impatto che in assenza dello stesso. Come risultato queste lesioni possono essere sia localizzate che diffuse. In generale l'eziopatogenesi del danno parenchimale rimane non completamente chiarita.

Tali lesioni possono essere di natura edematosa, di natura contusiva e di tipo ipossico-ischemico.

Il quadro più comune di lesione cerebrale che si incontra nei bambini con la triade, è l'aumento del volume cerebrale da rigonfiamento ("brain swelling") o edema cerebrale.

Questo elemento non è specifico e può risultare da qualsiasi insulto che porti a un rilascio di neurotrasmettitori e neuropeptidi che comportino una cascata secondaria di stravasamento di liquidi nel tessuto cerebrale, tale da determinare il rigonfiamento del tessuto stesso o edema cerebrale.

L'edema vasogenico risulta dal movimento dell'acqua attraverso la parete dei vasi capillari nel tessuto cerebrale, mentre l'edema citotossico risulta dal danno delle cellule cerebrali e comporta un passaggio di acqua dal comparto extracellulare al comparto intracellulare.

In ogni caso l'edema cerebrale, che può evolvere fino a 24-72 ore dopo l'insulto per raggiungere il suo massimo, può comportare un incremento della pressione intracranica tale da determinare una ostruzione al flusso arterioso cerebrale con deficit di perfusione e conseguente ulteriore lesione del tessuto cerebrale. Questa è la più importante determinante della mortalità e della morbidità conseguente a un trauma cranico.

Di grande importanza è poi la presenza di danno assonale diffuso secondario al trauma (la sostanza grigia immatura scivola sulla sottostante sostanza bianca portando alla disconnessione di milioni di assoni dal corpo neuronale), la contusione diretta del parenchima cerebrale e un eventuale danno ipossico ischemico secondario.

Retinopatia

Gilkes e Mann nel 1967 sono stati i primi medici a porre in relazione le lesioni intraoculari (emorragie retiniche, sub-ialoidee, vitreali, ecc.) nei bambini piccoli con ipotesi di maltrattamento fisico.

Successivamente numerosi autori (Wilkinson *et al.*, 1989; Elner *et al.*, 1990; Greenwald *et al.*, 1986; Lambert *et al.*, 1986; Munger *et al.*, 1993) rilevarono, in bambini molto piccoli a cui furono riscontrati lesioni cerebrali di origine traumatica, la contestuale presenza di lesioni oculari. Rilevarono, inoltre, una significativa correlazione tra le lesioni oculari e l'entità delle lesioni cerebrali confermando, tra le possibili ipotesi eziopatogenetiche, le azioni meccaniche di accelerazione e decelerazione del capo sul collo con un meccanismo secondario di trazione del vitreo sulla retina. Qualsiasi lesione oculare e delle strutture circostanti può verificarsi in caso di abuso infantile, tuttavia la retinopatia costituisce il terzo marker della triade tipica dell'AHT, e in particolare della Shaken Baby Syndrome (Levin, 1990).

Queste emorragie sono presenti nel 50-100% dei bambini vittime di AHT. Le emorragie possono essere di modesta entità e monolaterali o gravi e bilaterali. In generale esiste una correlazione fra la gravità dell'emorragia retinica e la gravità del danno parenchimale.

La forma più comune di emorragia retinica nei bambini vittime di abuso è una emorragia a fiamma che si localizza per lo più nella zona della macula, ma può estendersi anche nelle porzioni periferiche della retina.

Dato che la macula è il sito di attacco del vitreo, dei vasi sanguigni retinici, della retina e delle fibre del nervo ottico le emorragie retiniche, in queste situazioni, probabilmente sono il risultato di forze di trazione differenziate fra queste varie strutture, durante il violento scuotimento. In alcuni casi, anche variazioni a carico della pressione intracranica e intratoracica possono giocare un ruolo nella genesi di queste emorragie.

Ci sono altre cause conosciute di emorragia retinica di natura non legata all'abuso che vanno comunque tenute in considerazione, la più frequente delle quali è la nascita. Tuttavia, queste emorragie, tipicamente, si risolvono rapidamente e non comportano esiti a distanza sul processo della visione.

Altre lesioni

Se il trauma cranico si verifica in un contesto di abuso nei confronti del piccolo paziente è possibile osservare la coesistenza di altre lesioni associate alla triade (Sieswerda-Hoogendoorn *et al.*, 2012; Laurent-Vannier *et al.*, 2011) quali, per esempio, le fratture craniche, le lesioni cutanee sotto forma di ecchimosi polidistrettuali, fratture costali, fratture a carico delle metafisi delle ossa lunghe, oppure lesioni dei muscoli cervicali, della colonna vertebrale o del midollo spinale.

1.3.1.3 Quadro clinico

Minns e Busutill (2004) hanno classificato l'AHT in quattro differenti quadri clinici.

Il primo quadro clinico corrisponde all'encefalopatia iperacuta e coinvolge circa il 6% di tutti i bambini con AHT valutati in questo studio. Sono bambini molto piccoli (2-3 mesi di vita) e sono condotti all'attenzione dei sanitari per insufficienza respiratoria ed edema cerebrale. La maggior parte di questi bambini sono già deceduti al momento dell'osservazione medica, oppure muoiono subito dopo essere stati portati all'attenzione dei sanitari. *L'encefalopatia iperacuta* deriva verosimilmente da un danno a carico del tronco cerebrale in seguito a iperflessione e iperestensione.

Il secondo quadro clinico è definito dell'*encefalopatia acuta*: questa è la forma più comune di AHT, riguarda circa il 53% dei casi ed è stata descritta come la classica "Shaken Baby Syndrome": i bambini si presentano con depressione dello stato di coscienza, aumento della pressione intracranica (con eventuale estroflessione e aumento di tensione della fontanella anteriore), apnea, convulsioni, ipotonia, anemia e/o shock. Possono essere presenti segni di trauma anche in altri distretti al di là del cranio nel 35-54% dei casi (Talvik *et al.*, 2006). La causa può essere il danno da scuotimento ("shaking"), un trauma da impatto violento o una combinazione delle due modalità.

Il terzo quadro è relativo alla *forma sub-acuta non encefalopatica* e, approssimativamente, coinvolge il 19% di tutti i pazienti con AHT. È un quadro meno grave di encefalopatia acuta. Sono presenti sia le emorragie subdurali che le emorragie retiniche, ma altre lesioni cerebrali sono meno evidenti.

L'ultimo quadro clinico è quello a *forma cronica extracerebrale*: riguarda circa il 22% dei bambini affetti da AHT ed è di difficile identificazione a causa dell'intervallo di tempo che può intercorrere fra l'evento traumatico e l'esordio dei sintomi. I bambini si presentano con un incremento della circonferenza cranica e/o segni di ipertensione endocranica, quali irritabilità, vomito, stentato accrescimento, ipotonia o convulsioni. In questa forma spesso è presente una emorragia subdurale isolata, mentre le emorragie retiniche possono essersi già risolte. Se si trovano altri segni di abuso (ad esempio fratture costali) è più facile correlare l'emorragia subdurale a un eventuale abuso.

1.3.1.4 Diagnosi

Al fine di operare una sintesi degli elementi utili nel far diagnosi di SBS gli autori hanno ritenuto opportuno sintetizzare così l'evoluzione dei sintomi (Kliegman *et al.*, 2011; Sieswerda-Hoogendoorn *et al.*, 2012; Laurent-Vannier *et al.*, 2011; Lancon *et al.*, 1998).

L'Abusive Head Trauma (AHT)/Shaken Baby Syndrome (SBS) è un quadro di lesione cranica inflitta, non accidentale, causata dallo scuotimento, combinato o meno con un impatto, e si verifica prevalentemente in bambini al di sotto dell'anno di vita.

Nei casi estremi, sin dai momenti iniziali, il bambino viene "trovato morto", nei casi gravi appare immediatamente evidente un "danno neurologico grave" con compromissione dello stato generale, riduzione della vigilanza fino al coma, apnea grave, convulsioni, segni di ipertensione endocranica con fontanella anteriore estroflessa e tesa. Altri segni suggestivi di danno neurologico importante possono essere il difficoltoso contatto col bambino e una sua riduzione delle

performance psico-motorie. È verosimile che si produca una assenza di intervallo lucido: nella maggior parte dei casi (se non in tutti i casi) il trauma produce sintomi immediati. Naturalmente, va tenuto conto del fatto che la consultazione dei sanitari può aver luogo qualche tempo dopo che il trauma si è verificato.

Ci sono altri elementi che possono essere suggestivi di AHT/SBS e possono essere, nell'ordine, i dati derivanti dalla storia clinica e dall'anamnesi, un ritardo nel ricorso all'assistenza medica, la mancanza di una spiegazione dei sintomi, oppure una spiegazione che non è compatibile con lo stato clinico del bambino o con il suo stadio di sviluppo, oppure una spiegazione che cambia nel tempo o differisce da una persona all'altra, il racconto spontaneo di un trauma cranico minore verificatosi prima dell'esordio dei sintomi, ma minimizzato e riferito di entità tale da non giustificare la tipologia delle lesioni obiettivate, una precedente consultazione per pianto o altri tipi di danno, una storia precedente di abuso o di morte inspiegata in un fratello.

Un altro elemento su cui porre grande attenzione sono i fattori di rischio: la letteratura internazionale pone particolare attenzione ai bambini di sesso maschile, ai nati prematuri e ai gemelli quali categorie di bambini con maggiori probabilità statistiche di essere vittime di AHT.

Secondo questi studi scientifici il responsabile del trauma è in genere un uomo che vive con la madre (potendo essere il padre del bambino o comunque il partner della madre), anche se altri soggetti quali baby sitter o altre figure incaricate della cura del bambino possono essere in causa. La madre biologica è raramente la responsabile del trauma.

L'evento precipitante più comune dell'evento traumatico è il pianto e, sebbene l'AHT si possa verificare in tutti gli strati socio-economici, culturali e intellettuali, una storia di alcolismo, tossicodipendenza, violenza familiare costituiscono fattori di rischio. Il responsabile del trauma spesso ha una scarsa conoscenza dei bisogni del bambino e del suo normale comportamento. I genitori, indipendentemente dal livello socio-economico a cui appartengono, risultano isolati socialmente e quindi esclusi da una eventuale rete di protezione e di aiuto.

In merito alle lesioni prevalentemente osservate nell'AHT/SBS troviamo:

- le lesioni intracraniche che si esplicano attraverso emorragie subdurali (in genere multifocali, talora accompagnate da emorragia subaracnoidea, talora a carico della falce cerebrale e della fossa posteriore), un danno cerebrale determinato da edema cerebrale, da danno contusivo o da danno anossico;
- le emorragie retiniche: quelle multiple sono quasi patognomoniche di AHT/SBS quando estese in tutta la retina fino alla periferia con eventuale

retinoschisi emorragica o con la presenza di una piega retinica perimaculare. Le emorragie retiniche sono assenti in circa il 20% dei casi di AHT/SBS, quindi non sono essenziali nella diagnosi di questa condizione, ma quando presenti ne sono fortemente suggestive;

- le lesioni intracraniche con danno cerebrale e le emorragie retiniche con la presenza concomitante di emorragie subdurali costituiscono la “triade” di per sé fortemente suggestiva di AHT/SBS.

Inoltre possono associarsi altre lesività di tipo traumatico non accidentale (cutanee, ossee, muscolari) che, associate alle precedenti, possono rendere il quadro fortemente suggestivo di abuso.

Ecco allora che diventa sempre importante fare un'accurata diagnosi differenziale in particolare di fronte a un eventuale trauma cranico accidentale. Dopo averlo escluso, andranno indagate ed escluse altre diagnosi mediche più rare quali le malattie congenite o acquisite della coagulazione, le malformazioni artero-venose cerebrali (estremamente rare sotto l'anno di vita) o le malattie metaboliche (anch'esse molto rare).

1.4 Maltrattamento psicologico

Il maltrattamento psicologico è forse il maltrattamento, a tutt'oggi, più misconosciuto. Secondo l'International Conference on Psychological Abuse of Children and Youth (1983): «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, dannosi a livello psicologico». L'abuso psicologico quindi consiste in comportamenti attivi od omissivi che vengono giudicati psicologicamente dannosi in base a principi comuni e indicazioni tecniche specifiche. Possono essere agiti individualmente o collettivamente da persone che, per particolari caratteristiche (ad esempio età, cultura, ruolo e/o condizione sociale), sono in posizione di potere rispetto al bambino e in virtù di questo potere rendono il minore ancora più vulnerabile. Tali comportamenti possono danneggiare anche in modo irreversibile lo sviluppo affettivo, cognitivo, relazionale e fisico del bambino stesso.

Questi adulti possono essere i genitori, gli insegnanti, gli educatori, gli allenatori o chi, nell'ambito della vita del bambino, ha un ruolo affettivo e/o educativo e/o si relaziona a lui in maniera significativa. Tali atti danneggiano immediatamente o nel lungo periodo il bambino a livello psicologico, affettivo, cognitivo e/o fisico. Il maltrattamento psicologico include la denigrazione, lo

svilimento, il dileggio, l'umiliazione, l'incutere terrore e l'isolamento dal contesto dei pari, agiti in maniera frequente e/o sistematica.

Il maltrattamento psicologico quindi si concretizza mediante comportamenti omissivi o commissivi ogniqualvolta il minore percepisce in maniera forte di essere ignorato, minacciato, denigrato, deriso, disorientato, dileggiato, umiliato. La violenza psicologica, inoltre, risulta essere compresente in ogni altra forma di violenza, pur potendo sussistere indipendentemente da tutte le altre forme di violenza. La violenza psicologica è quindi vista come il nodo centrale della violenza al minore perché rende il bambino vulnerabile e lo danneggia nel breve e nel lungo periodo sino a comprometterne la stabilità psicologica, comportamentale, cognitiva e affettiva. Tra le gravi forme di violenza psicologica oggi riconosciamo la violenza assistita, che il mondo anglosassone, con grande saggezza, definisce violenza condivisa o violenza convivuta. È strettamente connessa agli episodi di violenza di genere, agita dagli uomini sulle donne nell'ambito delle relazioni di intimità (attuale o passata), a cui i minori assistono/partecipano: sono episodi di violenza fisica verbale o psicologica che partner o ex partner agiscono contro le loro compagne o ex compagne e che vedono i minori co-protagonisti. Anche se la violenza non è direttamente indirizzata nei loro confronti è percepita come tale, quindi violenza a tutti gli effetti. La difficoltà di rilevamento della violenza psicologica, a differenza della violenza fisica, consiste nel fatto che non lascia tracce visibili ed eclatanti di sé (come potrebbe essere per la violenza fisica) ma solo segni comportamentali di tipo aspecifico (disturbi del sonno, disturbi della socializzazione, aggressività, disturbi del linguaggio, enuresi, encopresi, isolamento dai pari, difficoltà scolastiche, ecc.) che dovranno essere attentamente valutati da specialisti esperti del settore specifico.

1.5 Patologia delle cure

Con il termine “patologia delle cure” intendiamo una somministrazione patologica di cure fisiche e/o psicologiche che i genitori o i tutori rivolgono al bambino. Le cure possono essere in alcuni casi assolutamente carenti, in altre inadeguate, in altre ancora esagerate rispetto ai bisogni fisici e psichici del bambino stesso in relazione alla sua età e al suo sviluppo psico-fisico. La patologia delle cure si suddivide in tre categorie: l'incuria che si manifesta in caso di cure “carenti”, la discuria che si manifesta in caso di cure “distorte”, infine l'ipercuria che si manifesta nel caso di cure patologiche ed “eccessive”.

A sua volta all'interno dell'ipercura abbiamo una suddivisione in cinque sottoclassi, cinque differenti varianti: il Medical Shopping per procura, il chemical abuse, la sindrome da indennizzo per procura, la sindrome di Münchhausen per procura e, da ultimo, l'Help Seeker.

1.5.1 Incuria

Può essere anch'essa fisica e/o psicologica. Rifiuto, abbandono e/o trascuratezza sono i classici comportamenti riscontrabili nell'incuria. Tipicamente è rappresentata da atteggiamenti omissivi e si estrinseca in una forma sottile e insidiosa di maltrattamento che può rimanere a lungo misconosciuta, oppure può essere intercettata occasionalmente per una sua evidenza fisica (assenza di cure mediche adeguate, ritardo della crescita, numerose carie dentali destruenti, frequenti disturbi gastrointestinali, disturbi visivi e/o uditivi non curati, frequenti patologie da raffreddamento non curate, inadeguatezza degli abiti, scarsa igiene personale, frequenti episodi di scabbia e/o di pediculosi) o a livello emotivo.

Si formula diagnosi di incuria quando i genitori del bambino non sanno provvedere in maniera adeguata ai suoi bisogni fisici, emotivi e psicologici. È possibile avvalersi di "alert" per individuare precocemente segnali di incuria nel bambino (tra questi alert ci sono i bilanci di salute del PLS o gli appuntamenti per le vaccinazioni obbligatorie), oppure i genitori stessi potrebbero segnalare difficoltà nell'accudimento del minore, per situazioni legate a problematiche personali o a marginalità socio-economica. Per contro i genitori potrebbero non riuscire a fornire notizie esatte e complete su elementi importanti relativi allo sviluppo del proprio figlio (nascita, tappe evolutive, tipo di alimentazione, stile di vita, gusti, inclinazioni, ecc.): ciò potrebbe far sorgere il dubbio di essere di fronte a genitori trascuranti, incapaci di gestire e soddisfare correttamente i bisogni del figlio per mancanza di attenzione e di sensibilità nei suoi confronti.

Il bambino vittima di incuria è spesso denutrito e ha uno sviluppo psico-motorio ritardato. A livello comportamentale si mostra pigro, sempre stanco, demotivato, con scarso rendimento scolastico e incapace di mantenere, anche per pochi minuti, concentrazione e attenzione. L'allontanamento dalla famiglia fa sì che questi bambini mostrino un deciso miglioramento sia delle condizioni fisiche che delle abilità psicomotorie; paradossalmente anche un ricovero ospedaliero, interrompendo lo stato di incuria, assume aspetti benefici per il bambino.

1.5.2 Discuria

La discuria è quella patologia delle cure che fa riferimento alla somministrazione di cure fisiche, emotive e psicologiche inadeguate se rapportate alle fasi evolutive

del bambino. Non si è di fronte a una carenza di cure ma a una somministrazione di cure sbagliate, se rapportate alla sua età evolutiva.

La discuria è quindi la distorsione delle cure che vengono date al bambino in modo non adeguato rispetto al suo momento evolutivo. Nelle forme di discuria spesso i genitori non sono consapevoli della violenza che stanno esercitando; al contrario, pensano di agire per il bene del proprio figlio e, purtroppo inconsapevolmente, possono causargli danni importanti.

Tra i tipici atteggiamenti di discuria possiamo evidenziare l'anacronismo delle cure, l'imposizione dell'acquisizione di stili di vita precoci, oppure una aspettativa irrazionale da parte dei genitori nei confronti del figlio/a.

L'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 lattea o cibi frullati attraverso il biberon; uso del pannolino ben oltre l'età dell'acquisizione del controllo sfinterico; attacco al seno di bimbi in età scolare come coccola mamma-bambino).

L'imposizione dell'acquisizione di stili di vita precoci, invece, rappresenta il tentativo di adeguare i ritmi del bambino a quelli degli adulti, non riconoscendo le diverse esigenze che il bambino ha (ad esempio far coincidere il sonno del bambino con il sonno dei genitori, far coincidere le uscite di casa serali e notturne dei genitori con quelle del bambino, far coincidere la tipologia del cibo degli adulti con quella del bambino anche se questa non è ancora prevista nella sua dieta). Emergono conflitti tra le esigenze del bambino e i "desideri" dei genitori, che pretendono da lui comportamenti adultizzati (normale controllo sfinterico, precoce autonomia nella motricità e nella gestione della giornata e alimentazione precocemente svezzata).

Una terza modalità è rappresentata dall'aspettativa irrazionale: questo atteggiamento si manifesta quando i genitori richiedono ai propri figli prestazioni superiori alla norma o che vanno ben oltre le loro possibilità. Si è di fronte a bambini sempre pieni di impegni (dopo scuola, sport, lingua straniera, musica, scout), che in ogni ambito della loro giornata vivono una grande competitività e instaurano relazioni coi pari connotate da estrema fragilità. La situazione diventa ancora più grave quando il bambino fallisce o non raggiunge le performance immaginate dai genitori poiché si crea una frattura tra il bambino idealizzato dal genitore e il bambino reale legittimato anche a fallire.

1.5.3 Ipercura

L'ipercura intesa come somministrazione eccessiva di cure sino alla somministrazione di "cure patologiche" si suddivide a sua volta in cinque differenti cate-

gorie. Tipicamente è agita dalla madre che vive spesso un rapporto simbiotico con il proprio figlio.

1.5.3.1 Medical Shopping per procura

Il Medical Shopping per procura si caratterizza per la reiterata richiesta da parte di un genitore (la madre), più raramente di entrambi, di sottoporre ad accertamenti clinici e/o strumentali il figlio nella convinzione (errata) che sia affetto da una patologia. La rassicurazione che il piccolo goda di buona salute non è affatto tranquillizzante e la induce a rivolgersi ad altri sanitari e ad avviare nuove richieste di accertamenti.

Spesso si verifica in bambini che hanno sofferto nei primi anni di vita di una grave malattia; di fronte a questo evento la madre sviluppa una patologia di tipo nevrotico-ipocondriaca che la induce a sottoporre il figlio a numerose visite mediche anche per disturbi inesistenti o di lieve entità. Si tratta in realtà di una “esagerazione della malattia”: queste madri, eccessivamente preoccupate per le condizioni fisiche del figlio, ricorrono continuamente all’aiuto medico, immaginando lievi patologie come vere e proprie minacce per la vita del bambino e inducendo infinità di accertamenti clinici e/o strumentali o veri e propri ricoveri in ospedale.

1.5.3.2 Chemical abuse

Il chemical abuse consiste nella somministrazione da parte di un adulto (di regola la madre) di sostanze chimiche e/o farmacologiche che per quantità e/o qualità sono o possono diventare tossiche per il bambino. Con questa definizione si indica l’impropria somministrazione al bambino di sostanze chimiche farmacologiche, tale da procurare una sintomatologia che addirittura necessiti di un ricovero ospedaliero. Le sostanze somministrate possono essere suddivise in quattro gruppi; nel primo gruppo troviamo le sostanze qualitativamente neutre, cioè prive di proprietà tossicologiche ma che possono diventare nocive se somministrate in quantità eccessive (rientra in questo gruppo l’abnorme somministrazione di acqua, olio, burro, zucchero). Nel secondo gruppo sono classificate le sostanze con scarsa tossicità e di comune impiego domestico (ad esempio il sale da cucina), nel terzo invece ritroviamo le sostanze ad azione farmacologica dotate di media tossicità e di facile reperibilità (lassativi, diuretici, glucosio, insulina, paracetamolo); infine nel quarto gruppo sono classificate quelle sostanze dotate di spiccata tossicità (benzina, detersivo, trielina) o aventi azione sedativa e di non usuale disponibilità. In questo secondo caso si tratta di solito di soniferi prescritti alla madre dal medico curante la cui somministrazione, a dosi

inadeguate, causa nel bambino una sindrome neurologica grave che talvolta può provocare coma e/o morte.

Il chemical abuse va sempre sospettato quando ci si trova di fronte a sintomi bizzarri, 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. Spesso il chemical abuse si associa alla sindrome di Münchhausen per procura.

1.5.3.3 Sindrome da indennizzo per procura

La sindrome da indennizzo per procura vede protagonisti genitori alla ricerca di un indennizzo economico non dovuto, che inducono il figlio a simulare una sintomatologia inesistente al fine di ottenere un risarcimento economico. Il minore viene sottoposto ad accertamenti e riporta fedelmente la sintomatologia suggerita dai genitori, aderendo puntualmente alle loro richieste. Il meccanismo che si viene a instaurare è praticamente identico alla sindrome da indennizzo dell'adulto con la variante che, in questo caso, la sintomatologia viene indotta nel bambino da terze persone, tipicamente i genitori. La motivazione reale di questo comportamento è legata solo al risarcimento, ma viene fermamente negata sia dai genitori che dal bambino stesso; la sintomatologia e la gravità delle lesioni variano a seconda delle conoscenze mediche della famiglia e di chi li aiuta in questo raggirio, ma la sindrome si risolve con l'improvvisa "completa guarigione" del figlio una volta ottenuto il risarcimento.

1.5.3.4 Sindrome di Münchhausen per procura

Il disturbo fittizio provocato ad altri o sindrome di Münchhausen per procura (DSM 5) è una patologia caratterizzata dalla presenza di un disturbo mentale in uno dei due genitori, solitamente la madre, la quale crea o simula, nel proprio figlio, numerosi sintomi, con l'obiettivo di ottenere attenzione e assistenza da parte del personale medico.

Il nome "sindrome di Münchhausen" deriva dal personaggio del barone di Münchhausen, che amava intrattenere ospiti e amici raccontando storie fantasiose e viaggi incredibili assolutamente inventati, frutto di bugie inverosimili. Il primo a utilizzare questo nome fu Asher, nel 1951, per descrivere pazienti che erano soliti inventare disturbi e sintomi clinici per affidarsi costantemente e ripetutamente a cure mediche, ottenendone accertamenti clinici e interventi chirurgici ingiustificati. Ma fu Meadow, nel 1977, a descrivere l'equivalente pediatrico della sindrome in cui le storie dei sintomi e delle malattie dei bambini venivano inventate dai genitori. Coniò per primo l'espressione "sindrome di Münchhausen per procura", intendendo con essa madri affette da una grave pato-

logia psichica, che sottopongono il proprio figlio a continue visite mediche, cure e interventi chirurgici assolutamente inutili al punto da provocargli importanti danni fisici e psichici.

Il DSM 5 classifica la “sindrome di Münchhausen per procura” come «disturbo fittizio provocato ad altri», nella categoria «disturbo da sintomi somatici e disturbi correlati», i cui criteri diagnostici sono caratterizzati dalla falsificazione di segni o sintomi fisici o psicologici, o nella induzione di un infortunio o di una malattia in un'altra persona, associata a un inganno accertato. La vittima viene presentata dal genitore maltrattante come gravemente malata, menomata o ferita. Il comportamento ingannevole è palese anche in assenza di evidenti vantaggi e non può essere spiegato da alcun altro disturbo mentale. Questo disturbo è presente in ambito ospedaliero nella misura dell'1% circa. L'esordio avviene nella prima età adulta, solitamente dopo il ricovero di un figlio, e come esempi descrive lo sviluppo di falsi sintomi neurologici, l'alterazione dei test di laboratorio, la falsificazione di cartelle cliniche e l'assunzione di sostanze utili a simulare una malattia (come insulina e warfarin), con un netto miglioramento del quadro clinico nel momento in cui il bambino viene allontanato dal genitore abusante (APA, 2014).

La vittima è solitamente un minore e il responsabile (nel 90% dei casi) sembrerebbe essere la madre. Quest'ultima presenta delle caratteristiche ben definite, come un buon livello di istruzione e discrete conoscenze in campo medico. Davanti al personale sanitario si mostra sempre molto attenta, assertiva e collaborativa, sempre molto affettuosa e premurosa nei riguardi dei figli, e dunque insospettabile (Lasher, Sheridan, 2004). In questi ultimi anni sta avanzando l'idea che la reale motivazione che induce queste madri ad abusare dei figli sia consapevole e cosciente.

L'andamento cronico, “bizzarro” e fortemente ingannevole di questa forma di violenza, molto spesso crea negli operatori quesiti ancora oggi irrisolti sull'impatto che essa avrà sulla crescita del bambino, soprattutto a livello psichico.

McGuire e Feldman (1989) hanno evidenziato la presenza in sei bambini vittime di SMPP di disturbi di alimentazione, problemi comportamentali in età prescolare e sintomi di conversione, soprattutto nei bambini più grandi. Bools, Neale e Meadow (1993) hanno posto in luce nel loro studio che molti bambini mostrano problemi di concentrazione e di partecipazione a scuola e inoltre hanno evidenti problematiche emotive e comportamentali. Talvolta quelli più piccoli, alla ricerca di cure e attenzioni da parte dall'adulto di riferimento, simulano uno stato di malattia che diventa un modo per superare l'angoscia dell'abbandono o del rifiuto. Al pari degli altri bambini/e che subiscono forme

di abuso di natura diversa possono mettere in atto tentativi di suicidio e, soprattutto, in epoca adolescenziale, possono mettere in atto più facilmente condotte a rischio come l'abuso di alcol e fumo, problemi di delinquenza e in età adulta, difficoltà di attaccamento, autostima e identità. Anche a distanza di molti anni, nei bambini vittime di SMPP, si evidenziano difficoltà di apprendimento e concentrazione, incubi notturni, difficoltà emotivo-comportamentali nei rapporti con gli altri a casa e a scuola.

1.5.3.5 *Help Seeker*

Nell'*Help Seeker* il bambino presenta dei sintomi fittizi indotti dalla madre. Questa patologia si differenzia dalla sindrome di Münchhausen per la bassa frequenza con cui vengono indotti i sintomi e per le motivazioni materne. Infatti, gli episodi di ricerca di cure sono limitati nel tempo e rappresentano un preciso bisogno della madre in particolari momenti della sua vita. La madre conduce il figlio dal pediatra e, alla precisa domanda su quali siano i problemi del figlio, spesso inizia a parlare di sé, dei suoi problemi, delle sue ansie, delle sue fatiche e di quanto si senta depressa. Se il medico è un bravo medico saprà cogliere la sua sofferenza e, dopo aver fatto accomodare il bambino in un'altra stanza, le offrirà spazi e soluzioni di ascolto. L'offerta di un ascolto empatico, di un sostegno psicoterapeutico e/o di un aiuto sociale, abbassa la tensione nella madre e fa sì che la donna si senta accolta nel suo bisogno e non debba più triangolare il figlio per chiedere aiuto. Per contro, una risposta frettolosa o non competente perpetuerà in lei il bisogno di mettere in atto ancora una volta un *Help Seeker* medicalizzando il figlio.

1.6 Violenza sessuale

La violenza sessuale sui minori è un tipo di violenza storicamente presente da sempre, ma è stata definitivamente svelata e stigmatizzata solo in tempi recenti. La storia dell'umanità ci narra di bambine date in spose o vendute al miglior offerente, o ancora di bambini e bambine mercificati lungo le strade o in case di tolleranza, o di fanciulli e fanciulle oggetto delle peggiori perversioni degli adulti mascherate da iniziazione e/o educazione sessuale.

Ma i rapporti sessuali tra un adulto ed un minore non celebrano alcun tipo di affettività o di sessualità, celebrano invece una forma, tutta particolare, di violenza dove un adulto si relaziona con un bambino, attraverso la sessualità, per godere

della sua impotenza e della sua fragilità. Un gioco eccitante che vede il bambino prigioniero delle perversioni dell'adulto. (D'Andrea, 1998)

Si è spesso portati a pensare che possa verificarsi solo all'interno di nuclei familiari multiproblematici, connotati da povertà materiale e culturale, da indigenza, uso di alcool e/o droghe. Al contrario, la violenza sessuale sui bambini è trasversale e tocca tutti i ceti sociali, indipendentemente dall'etnia di appartenenza, dal livello di istruzione e dalle condizioni socio-economiche. Si configura sempre e comunque come un attacco confusivo e destabilizzante alla personalità del bambino/a e al suo percorso evolutivo: qualsiasi gesto di violazione dell'intimità sessuale produce disagio nell'*hic et nunc* e/o può avere conseguenze ed effetti a lungo termine. La violenza sessuale (sia essa intra o extrafamiliare) comprende varie forme di contatto sessuale tra uno o più adulti e uno o più bambini e si esplica come: pedofilia, pedopornografia, turismo sessuale, violenza sessuale propriamente intesa come atto sessuale violento. Secondo Kempe (1978), rientrano nella definizione di violenza sessuale anche quegli atti sessuali che, pur compresi e accettati dal bambino, violano i tabù sociali relativi ai ruoli familiari; infatti definisce l'abuso sessuale 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».

Secondo l'American Academy of Pediatrics (1999),

Si parla di abuso sessuale quando un bambino 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 o al bambino, o abusi senza contatto diretto quali l'esibizionismo, il voyeurismo o usando il bambino per la produzione di materiale pornografico. L'abuso sessuale include uno spettro di attività che va dallo stupro all'abuso meno intrusivo.

Quindi, secondo questa definizione, ogni attività sessuale tra adulto e bambino deve essere considerato violenza sessuale quando il bambino/a diventa oggetto di attenzioni per la gratificazione sessuale dell'adulto.

È violenza sessuale se il bambino/a è esposto o è implicato in attività sessuali inappropriate al suo sviluppo psico-fisico, attività che non è neppure in grado di comprendere e a cui non può assolutamente dare il proprio consenso proprio perché psicologicamente impreparato e/o non maturo.

È violenza sessuale se il bambino/a è coinvolto nell'attività sessuale con persone con cui vive un legame di parentela, che spesso implica affetto e fiducia, nell'ambiente familiare.

Roberts e Taylor affermano che l'abuso sessuale sui bambini comprende diverse tipologie di azioni tutte fortemente traumatizzanti.

Ogni bambino/a vivrà intimamente un'esperienza abusante quando un adulto lo coinvolge in attività sessuali volte a soddisfare la propria eccitazione e/o a provocarsi intensa gratificazione sessuale, indipendentemente dall'uso della forza nella consumazione dell'atto e dal contatto fisico tra i genitali dell'adulto e del minore.

Montecchi (1998) afferma che, per abuso sessuale, s'intende

il coinvolgimento in attività sessuali di minori, soggetti per definizione immaturi e psicologicamente dipendenti, ai quali manca la consapevolezza delle proprie azioni nonché la possibilità di scegliere. Rientrano negli abusi sessuali anche le attività sessuali realizzate in violazione dei tabù familiari, pur con l'accettazione del minore.

Una tra le definizioni più appropriate per la sua ampiezza e genericità è quella avanzata da Kempe (1978), il quale considera violenza sessuale sui minori:

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.

Questa definizione comporta inevitabilmente una mediazione culturale e operativa tra diversi ambiti che, in maniere differenti tra loro, nel loro specifico, si relazionano e operano con 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 operativo multidisciplinare del problema stesso.

Rientrano in questa definizione gli episodi di pedofilia, di violenza sessuale, di pedopornografia e più in generale di sfruttamento sessuale; tutte situazioni che, pur differenti tra loro, possono dar luogo a episodi accumulati dalla caratteristica di agire in modo molto forte sulla vita sessuale, psicologica e sulle relazioni sociali dei bambini, turbandone i processi di sviluppo della personalità e di maturazione della sessualità, indipendentemente

dal fatto che siano state esercitate o meno coercizione o violenza fisica. Tale definizione evita che siano elencati e specificati i singoli atti effettuati e permette di classificare come abuso anche le prime forme di attenzione o di seduzione rivolte da un adulto verso un bambino. Inoltre perde assolutamente valore il concetto di violenza, che non rappresenta più l'elemento essenzialmente configurante l'esperienza traumatica di tipo sessuale tra un adulto e un minore, ma stabilisce che la violenza sessuale può essere anche «seduttiva, dolce e gentile» e, al pari della violenza sessuale agita con violenza, dolorosamente devastante!

Molto simile alla definizione di Kempe è quella inserita nella *Dichiarazione di consenso in tema di abuso sessuale* approvata dall'Assemblea Nazionale dei soci CISMAI tenutasi a Roma il 15 maggio 2015; questa dichiarazione di consenso sancisce che:

l'abuso sessuale è il coinvolgimento, intenzionale e interpersonale, di un minore in esperienze sessuali forzate o comunque inappropriate dal punto di vista dello stadio di sviluppo; tali esperienze possono non comportare violenza esplicita o lesioni; possono avvenire senza contatto fisico e/o essere vissute come osservatori; è un fenomeno diffuso; si configura sempre e comunque come un attacco confusivo e destabilizzante alla personalità del minore e al suo percorso evolutivo e può produrre DSPT (Disturbo da Stress Post Traumatico), acuto e/o cronico, anche con espressione ritardata e persistente in età adulta; l'intensità e la qualità degli esiti dannosi derivano dal bilancio tra i fattori di rischio (condizioni personali e ambientali precedenti l'evento; caratteristiche dell'evento come frequenza, precocità, durata, gravità degli atti sessuali, relazione con l'abusante; coping inefficace, riattivazioni traumatiche successive all'evento) e i fattori di protezione (risorse individuali della vittima, del suo ambiente familiare, interventi attivati nell'ambito psicosociale, sanitario, giudiziario).

Ecco quindi emergere tre caratteristiche essenziali per la valutazione di violenza sessuale tra un adulto e un bambino/a.

Prima tra tutte la differenza di potere: infatti, diventa violenza sessuale, l'atto sessuale compiuto, nei confronti del bambino/a, da persona che, in virtù del suo ruolo (familiare e/o istituzionale), delle sue capacità e delle sue caratteristiche fisiche ha potere di controllo e influenza sul minore stesso, al di là che venga o meno esercitata forza o violenza fisica.

Una seconda caratteristica essenziale nella valutazione della violenza sessuale tra un adulto e un minore, è la differenza di conoscenze nel momento in cui

il bambino/a non è in grado di comprendere compiutamente il senso dei gesti sessuali, né le conseguenze degli atti che vengono compiuti.

Infine, l'ultima caratteristica essenziale nella valutazione di una violenza sessuale agita su un minore, è la differenza nella gratificazione che deriva dall'atto stesso, infatti l'atto sessuale compiuto tra un adulto e un bambino/a risulta fortemente gratificante per l'adulto, ma diventa confusivo e destabilizzante nel vissuto del minore coinvolto.

La violenza sessuale può consumarsi sia in ambito intrafamiliare (nucleare o allargata) che extrafamiliare (ristretta o allargata).

Quella intrafamiliare nucleare vede come protagonisti della violenza i familiari conviventi o quei familiari legati al minore da vincoli di parentela e consuetudine di frequentazione. Comprendiamo in questo gruppo anche quegli adulti che, non legati da vincoli di parentela o di sangue, rappresentano per il bambino figura parentale importante (genitori adottivi, affidatari, convivente di un genitore, "fratelli, cugini, nonni e zii" acquisiti in virtù dei nuovi legami che i genitori vengono a ricostituire).

La violenza sessuale intrafamiliare allargata vede come protagonisti della violenza i familiari non conviventi con il bambino/a che, seppur posti a distanza dal minore, sono legittimati da lui in virtù del legame di parentela.

Nell'ambito della violenza sessuale extrafamiliare ristretta troviamo agiti compiuti da persona fidata e conosciuta, legata alla famiglia del bambino da una forte relazione amicale e quindi emotivamente legittimata dal bambino/a stesso.

Infine si parla di violenza sessuale extrafamiliare allargata se viene agita da persona completamente sconosciuta.

Secondo la classificazione della S.I.N.P.I.A. (2007):

L'abuso sessuale comprende tutte le pratiche manifeste o mascherate a cui vengono sottoposti i bambini. Può suddividersi in tre tipi: l'abuso sessuale intrafamiliare, l'abuso sessuale extrafamiliare e l'abuso sessuale perifamiliare a seconda del rapporto esistente tra il bambino e l'abusante. Se questi è un familiare si parla di abuso sessuale intrafamiliare, se invece si tratta di una figura estranea al nucleo familiare si parla di abuso extrafamiliare, o perifamiliare qualora si tratti di persona non legata alla vittima da uno stretto grado di parentela ma che gravita attorno all'ambiente familiare.

L'abuso coinvolge un ampio spettro di attività sessuali, da un lato eventi in cui non è previsto alcun contatto fisico, dall'altro situazioni che comportano un contatto sessuale diretto con il minore.

Ne fanno parte la manipolazione genitale, la prostituzione minorile, la pedopornografia, se il bambino viene filmato o fotografato nel compiere atti sessuali con un adulto, il rapporto sessuale, sia esso vaginale, anale o orale con penetrazione, oppure 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 a un rapporto sessuale o a vivere da spettatore atti sessuali masturbatori che l'adulto compie in sua presenza, o ancora quando viene costretto a masturbarsi alla presenza dell'adulto o quando diviene soggetto di produzione foto-cinematografica nell'ambito della pedopornografia.

Montecchi (1998) distingue poi tre forme cliniche fondamentali in cui si può manifestare la violenza sessuale.

La **violenza sessuale manifesta** che comprende diversi comportamenti con contatto fisico tra l'adulto e il bambino/a. Si va dalle forme più subdole e ambigue di seduzione (baci, carezze, coccole sessualizzate, nudità) a quelle decisamente più gravi e destabilizzanti per il bambino/a (masturbazione reciproca, rapporti orali, rapporti completi, ecc.). Nelle violenze sessuali intrafamiliari le vittime sono prevalentemente le femmine, gli autori di norma i padri (sia verso le figlie che verso i figli). Montecchi fa riferimento anche alla violenza sessuale agita dalle madri nei confronti dei figli maschi, e specifica che «l'abuso sessuale delle madri risulti più patologizzante per il bambino. Mantenendo lo sviluppo psichico del bambino che lo subisce in una situazione endogamica e a un livello evolutivo infantile, l'abuso materno fissa una dinamica incestuosa determinando gravi ripercussioni sulla capacità del figlio di stabilire relazioni sociali, affettive e sessuali adulte» (Montecchi 1998).

Infine la **violenza sessuale mascherata** che comprende «le pratiche genitali inconsuete, quali i lavaggi dei genitali, le ispezioni ripetute (anali, vaginali), le applicazioni di creme, che nascondono a volte gravi perversioni o strutture fobico-ossessive o psicotiche dei genitori, responsabili dell'erotizzazione di questi comportamenti connotati da una forte intrusività sessuale che può danneggiare la coscienza corporea del bambino. Questi abusi si accompagnano talvolta a macchie discromiche nell'area anogenitale dovute all'applicazione incongrua di pomate e creme vaginali, alle abluzioni o ad alterazioni fisiche e infezioni ricorrenti. Occorre comunque sottolineare che queste pratiche sono sovente oggetto di denunce infondate di abuso sessuale all'interno di conflitti che accompagnano o seguono una separazione coniugale» (S.I.N.P.I.A., 2007).

Le violenze sessuali assistite sono violenze in cui i bambini sono costretti ad assistere all'attività sessuale degli adulti (anche genitori), non come fatto occasionale o incidentale, ma su precisa richiesta degli adulti stessi, minori quindi inseriti all'interno di un gioco di erotismo e seduzione realizzato dagli adulti. Talvolta, nell'ambito intrafamiliare, il bambino viene costretto ad assistere alla violenza sessuale che il padre o il compagno della madre agisce sulla madre stessa o su un fratello o una sorella e anche questa è violenza sessuale assistita.

Le **pseudoviolenze o denunce infondate o falsi positivi** sono violenze sessuali che non sono mai state realmente consumate, ma che vengono dichiarate a causa della convinzione sbagliata di un genitore, a volte delirante, che il figlio/a sia stato violentato sessualmente, oppure all'interno di una separazione conflittuale come consapevole accusa di un coniuge verso l'altro con il preciso intento di screditarlo e perseguirlo giuridicamente al fine di ottenere l'affidamento esclusivo dei figli, ancora per la dichiarazione non veritiera o esagerata del bambino/a al fine di modificare una situazione familiare dolorosa e insostenibile e attirare su di sé attenzioni e cure, per effetto di una sindrome di alienazione genitoriale, oppure a causa di una dichiarazione sorta all'interno di interviste suggestive, oppure a causa del fraintendimento delle parole dette dal minore (S.I.N.P.I.A., 2007).

Occorre sempre tenere presente che il coinvolgimento di un bambino in una denuncia infondata, specie allorché da essa derivano provvedimenti giudiziari e psicosociali che incidono sulle relazioni intrafamiliari, può produrre effetti negativi sul suo funzionamento psicologico, sociale ed adattivo sovrapponibili a quelli che si verificano nelle condizioni di abuso realmente esperite. (S.I.N.P.I.A., 2007)

Le violenze sessuali francamente extrafamiliari, agite «con leggerezza e con seduzione» riguardano indifferentemente maschi e femmine e, se protratte nel tempo e non svelate, si radicano spesso in una condizione di trascuratezza affettiva che spinge il minore ad accettare le attenzioni affettive erotizzate di una figura estranea, quasi a creare un silenzioso scambio tra lui e l'adulto abusante: il prezzo da pagare è molto alto... sé e la propria sessualità in cambio di attenzioni e affetto.

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. [...]

Di fronte a tutto ciò la possibilità di individuare un abuso sessuale è frequentemente determinata dalla differente sensibilità ed attenzione che i diversi operatori pongono su sfumati indicatori fisici e/o comportamentali. La diagnosi medico-legale di abuso sessuale su minori presenta quindi, inevitabilmente, molteplici difficoltà oggettive, sia per la frequente assenza di segni patognomnici dell'abuso stesso, sia per la difficile interpretazione dei reperti obiettivati 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 una équipe di operatori esperti, sensibilizzati e profondamente avveduti. (D'Andrea, 1998)

Una riflessione medico-legale, in tema di lesività traumatica a carico dei genitali di una bambina, non può prescindere dalla identificazione della stadiazione di Tanner e quindi dalle differenze sostanziali di vulva e imene obiettivabili, di volta in volta, nelle giovani pazienti rispetto alle fasi ormonali in cui gli eventi traumatici si sarebbero realizzati, rispetto alle fasi ormonali in cui si realizza la visita (fase prepubere, pubertà iniziata oppure pubertà già completata con impregnazione estrogenica).

Infatti le differenti fasi puberali mediante l'impregnazione estrogenica modificano in modo significativo la struttura e la conformazione tissutale, venendo a determinare necessariamente valutazioni medico-legali di volta in volta differenti.

Inoltre, accanto a tutto ciò, è opportuno segnalare che alcune variabili possono, se possibile, complicare ancor più la realizzazione di un accertamento ginecologico forense per una sospetta violenza sessuale su minore: infatti l'imene della prepubere può presentarsi del tutto fisiologicamente con differenti conformazioni e i fattori costituzionali eterogenei possono modificare elementi obiettivabili. Inoltre possono sussistere infezioni e/o infiammazioni concomitanti e la posizione anatomica della bambina durante la visita e il suo differente assetto ormonale, concorrono anch'essi a determinare alcune variazioni negli elementi obiettivabili.

«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» (Giolito *et al.*, 2010).

Eppure siamo tutti ben consapevoli che, purtroppo, la prima valutazione medica, relativa a un sospetto abuso sessuale, si realizza frequentemente in un contesto lavorativo “difficile”. Infatti spesso accade di notte, durante i giorni festivi, durante un picco di sovraffollamento di pazienti... Accade nell’ambito di un’attività di servizio, il Pronto Soccorso, fortemente stressata e stressante, nel contesto di urgenze ed emergenze che richiedono rapidità d’intervento e azioni tempestive.

Per un operatore sanitario assistere una sospetta vittima di violenza sessuale vuol dire compiere essenzialmente tre azioni:

- curare la vittima dedicando il tempo necessario indipendentemente dalla gravità delle sue lesioni, facendo particolare attenzione alla sua salute psico-fisica intesa nel suo *unicum* fisico e psicologico. Di essenziale importanza risulterà poi l’attenzione che si dovrà porre alla prevenzione delle malattie sessualmente trasmissibili e alla prevenzione di eventuali gravidanze indesiderate;
- avere cura di raccogliere ogni elemento utile ai fini forensi e di documentare la presenza di eventuali lesioni recenti e pregresse o esiti di lesioni;
- da ultimo, ma non per ordine di importanza, la relazione del sanitario con la vittima di violenza dovrà essere connotata da un atteggiamento umanizzante, cioè capace di restituirle, con gesti e parole, un’integrità corporea ed emotiva perduta nell’aggressione e una dimensione autenticamente “sana” di sé.

Ecco allora che Giolito e il suo gruppo hanno elaborato nel 2002 uno schema per effettuare una corretta valutazione ginecologico forense. Sarà necessario effettuare dapprima un esame obiettivo generale, all’interno del quale si procederà poi con l’esame dell’area genito-animale. La visita deve comprendere tutto il corpo del bambino prestando molta attenzione a ricoprire, di volta in volta, le parti del corpo già sottoposte ad accertamento, tutelando il suo pudore e la sua riservatezza. Sarà poi necessario descrivere in maniera dettagliata e precisa le eventuali lesioni obiettivate su tutto il corpo, specificando per ciascuna la sede, le dimensioni e i caratteri morfologici (ecchimosi, soluzioni di continuo, cicatrici, ecc.). È fondamentale esaminare attentamente tutto il corpo del minore, documentandone fotograficamente ogni lesione. Dovranno poi essere registrati il peso, l’altezza, la stadiazione di Tanner e i percentili di crescita. Infine dovrà essere valutato lo stato igienico generale e osservato con grande attenzione l’atteggiamento che il bambino tiene durante la visita e le sue eventuali variazioni.

Quanto appena scritto sembra una somma di ovvietà ma, nel momento in cui si procede all’accertamento ginecologico per il sospetto abuso sessuale su un minore, capita che siano le prime cose trascurate o dimenticate.

Il gruppo della Giolito (2002) suggerisce inoltre che, per effettuare l'esame dell'area genito-ale, sia utilizzata una strumentazione adeguata (lente di ingrandimento e/o colposcopio, macchina fotografica). Durante la visita la posizione del minore potrà essere, a seconda dei casi, supina (a rana), in decubito laterale o genupettorale (quest'ultima posizione permette una migliore visualizzazione del bordo imenale posteriore). È fondamentale specificare sempre la sede di ogni segno riferendosi come reperi al quadrante dell'orologio.

Per eseguire un corretto esame dell'area genitale femminile, è opportuno che si proceda alla visualizzazione dell'apertura imenale mediante la tecnica della separazione e/o trazione delle grandi labbra. È importante descrivere con cura la regione vulvare, il meato uretrale, l'imene, la forchetta e il perineo descrivendo di ciascuno le caratteristiche fisiologiche e le eventuali lesioni di origine traumatica, infettiva, congenita.

Per quanto riguarda l'esame genitale maschile dovrà essere fatta una descrizione sistematica dello scroto e del pene. Anche in questo caso sarà opportuno descriverne le caratteristiche fisiologiche e le eventuali lesioni di origine traumatica, infettiva o congenita.

In merito all'esame della regione anale dovranno essere descritte tutte le caratteristiche/lesioni, o esiti di lesioni, che potranno essere obiettivate durante l'accertamento medico.

Risulta inoltre essenziale porre eventuale diagnosi di malattia sessualmente trasmissibile. Infatti, in presenza di sintomi o di sospetto contatto con secrezioni infette, è necessario eseguire, nei tempi adeguati, accertamenti laboratoristici e procedere a una adeguata profilassi.

Dopo questa disamina è facile affermare che la valutazione di un sospetto abuso sessuale su minore, e in particolare la diagnosi che ne deriverà, devono sempre essere poste in ambito multidisciplinare da specialisti particolarmente formati e preparati.

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 *et al.*, 2010)

Ecco quindi che il professionista chiamato a valutare clinicamente un sospetto caso di violenza sessuale su un minore deve sempre contestualizzare ogni segno

obiettivo e 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 e, 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.

Negli ultimi anni, consapevole dell'importanza clinica, legale e umanizzante che la visita per sospetta violenza sessuale assume nei confronti della vittima, il mondo scientifico nazionale e internazionale ha elaborato varie ipotesi di tracce di lavoro.

Vanno cercate su tutta la superficie corporea, descritte e possibilmente documentate fotograficamente tutte le lesioni presenti specificandone l'aspetto, la forma e il colore, la dimensione e la sede.

Le **lesioni** più comuni possono essere **di tipo contusivo** (ecchimosi, escoriazioni, lacerazioni e fratture), dovute all'urto di una superficie corporea con una superficie piana o ottusa oppure essere provocate da un'arma.

Le **ecchimosi** sono lesioni "chiuse" che si manifestano come una discolorazione (il colore varia a seconda dell'epoca di produzione e va da rosso-Blu per le più recenti a verdastro, a marrone e infine giallo per le più vecchie) dovuta alla rottura di vasi sottocutanei che provocano una infiltrazione dei tessuti. La modalità di produzione di tale rottura può essere per compressione (es. un pugno), per suzione (es. un succhiotto), o per strappo (es. un pizzicotto). Variano di dimensioni, a seconda della superficie contundente e possono riflettere la forma dell'oggetto, per esempio, se piccole e tondeggianti possono essere attribuibili a dita, a seguito di afferramento violento o, se più grandi, a pugni, calci o urti contro il suolo.

Le **escoriazioni** implicano una perdita di sostanza cutanea dovuta all'effetto di frizione di una superficie ottusa contro il corpo. L'irregolarità della superficie e la forza applicata si riflettono nella profondità della lesione. Escoriazioni lineari, parallele e superficiali possono rappresentare graffi, mentre vaste escoriazioni su dorso e glutei possono indicare il trascinarsi del corpo su una superficie. L'evoluzione delle escoriazioni avviene attraverso la formazione di croste sierose, siero-ematiche e ematiche.

Le **lacerazioni** sono delle soluzioni di continuo della cute solitamente a margini irregolari, spesso associate a ecchimosi e escoriazioni. Le lacerazioni si distinguono dalle lesioni da taglio (inferte con un'arma bianca) per i margini irregolari e poco netti e per il fondo della lesione, che spesso presenta ponti e briglie. Quando la discontinuazione interessa il tessuto osseo prende il nome di **frattura**. 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 riscontarsi segni di morsicature, sotto forma 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. (SVS, 2006)

La necessità di agire rapidamente e le modalità della visita medica, che consiste in un esame generale e successivamente in un esame genitale, sono determinate dal genere di violenza sessuale, dalle circostanze e dall'intervallo trascorso dall'atto violento, unico o ripetuto, sospetto o chiaramente subito.

1.6.1 Violenza sessuale in adolescenza

Se l'accertamento di una sospetta violenza sessuale nel prepubere presenta una serie di difficoltà, l'accertamento di sospetta violenza sessuale a danno di un adolescente, se mai possibile, diviene ancora più complicato poiché, rispetto a un minore prepubere, l'adolescente probabilmente ha già iniziato le sue prime esperienze sessuali, mentre rispetto a una persona adulta ha meno strumenti fisici e psicologici di difesa e di autodeterminazione.

Anche il medico coinvolto nella gestione di adolescenti sospette vittime di violenza sessuale dovrebbe poi essere sufficientemente preparato nel gestire situazioni cliniche ed emotive così complesse e problematiche, mantenendo alta l'attenzione a tutte le procedure forensi richieste per documentare e raccogliere gli eventuali reperti biologici e il materiale iconografico utile ai fini delle successive indagini giudiziarie.

Infatti accanto ai bambini e alle bambine vittime di violenza sessuale c'è un intero mondo di adolescenti che accede nei consultori, raccontando a fatica di qualcosa che potrebbe essere successo, ma che neppure a loro è così chiaro. Ci raccontano di un sesso rubato, durante il quale, con o senza l'uso della forza e della violenza, sentono intimamente di essere stati violentati. Inizialmente hanno provato a difendersi per poi soccombere e vivere la violenza subita con un enorme senso di colpa. Curare l'adolescente vittima di violenza sessuale diventa quindi vicenda complessa e particolarmente delicata.

Se volgiamo il nostro sguardo al fenomeno della violenza sessuale sugli adolescenti, scopriamo che numerosi studi americani evidenziano che gli adolescenti

sono il target di popolazione a più elevato tasso di violenza sessuale rispetto alla popolazione di qualsiasi altra età.

Gli studi scientifici in materia hanno evidenziato, analogamente a quanto già avviene in età pediatrica, che nel 65-75% dei casi le violenze sessuali su adolescenti sono praticate da un parente o da un conoscente dell'adolescente stesso. 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, 1999), l'uso di sostanze psicotrope viene registrato nel 40% circa delle violenze (Seifert, 1999).

A fronte di una frequente assenza di segni specifici di violenza sessuale, è assolutamente indispensabile che il professionista chiamato ad ascoltare e visitare un adolescente 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.

Nel caso di sospetta violenza sessuale a carico di un adolescente, la valutazione medica multidisciplinare (pediatra, ginecologo e medico legale) rappresenta solo ed esclusivamente una piccola parte, molto spesso non dirimente, di una valutazione ben più ampia e approfondita, di tipo interdisciplinare, che comprende sempre altre figure quali lo psicologo, il medico di base e l'assistente sociale.

I dati della letteratura unanimemente affermano che una piccola parte delle adolescenti vittime di violenza sessuale presenta lesioni genitali (7-40%) (Adams, Girardin, Faugno, 2001; Kellogg *et al.*, 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 *et al.*, 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.

Inoltre, non ci sono differenze nei riscontri delle lesioni imenali dopo uno o più episodi di penetrazione ed è oggettivo che un'attività sessuale già precedente alla violenza riduca significativamente le possibilità di riscontro di lesioni della membrana imenale dopo un abuso.

Non da ultimo vale la pena ricordare che a carico delle adolescenti, rispetto alla popolazione adulta, viene segnalata una minor frequenza di lesioni extrage-

nitali associata a una frequenza maggiore di lesioni ano-genitali, sempre in relazione a quelle riscontrate nelle donne adulte (fossa navicolare, imene, forchetta, piccole labbra, ecc.) (Jones *et al.*, 2003).

Comparando gli effetti delle violenze sessuali su adolescenti e donne adulte, alcuni autori riportano una maggior incidenza di lesioni tra le adolescenti soprattutto se vergini (83% vs 64%, Jones *et al.*, 2003).

Più in specifico, uno studio del 2006 (White e Mc Lean) riporta la presenza di lesioni dopo violenza su adolescenti nel 53% delle ragazze vergini, nel 32% nelle ragazze che avevano già avuto rapporti, precisando che nel 51% dei casi non si evidenziavano lesioni ano-genitali.

Nel 2008 Baker e Sommers riportano, al contrario, che non esiste differenza nell'incidenza di lesioni genitali tra adolescenti e giovani donne dopo rapporti non consenzienti, ma affermano il riscontro di una significativa differenza tra i due gruppi per quanto riguarda il numero delle lesioni: le adolescenti presentano un maggior numero di lesioni. Hanno inoltre osservato che le adolescenti, rispetto alle giovani donne, presentano più frequentemente lesioni multiple localizzate alle piccole labbra, all'area periuretrale e alla vagina.

Diversi studi sono stati condotti valutando lesioni genitali dopo rapporti consenzienti e non, per cercare di stabilire possibili modelli di riferimento per finalità medico legali. Già da diversi anni si è osservato che rapporti sessuali consenzienti possono essere causa di microtraumi con la possibilità di osservare lesioni genitali (Norvell *et al.*, 1984; Elam, Ray, 1986; Geist, 1988; Slaughter *et al.*, 1997) con percentuali di riscontro variabile dall'11% al 73%, a seconda della tecnica di rilevazione utilizzata e della precocità della valutazione. Spesso le lesioni erano di lieve entità e con frequenza significativamente inferiori a quelle riscontrate dopo rapporti non consenzienti (68% vs 11%, Slaughter *et al.*, 1997; 22,8% vs 5,9%, McLean *et al.*, 2011). Al contrario, alcuni studi riportano una differenza d'incidenza non statisticamente significativa (85% vs 73%, Jones *et al.*, 2003; 32.1% vs 30.4%, escludendo arrossamenti ed edema, Anderson *et al.*, 2006).

Nonostante i pareri possano essere contrastanti, è riconosciuto che chi subisce un rapporto sessuale non consenziente ha un rischio tre volte superiore di riportare lesioni e otto volte superiore di riportare lesioni multiple, rispetto a chi ha rapporti consensuali (Anderson *et al.*, 2006; McLean *et al.*, 2011). Dati della letteratura riportano, inoltre, che qualora l'assalitore sia persona conosciuta dalla vittima, le probabilità di lesioni genitali sono maggiori rispetto ai casi di violenza esercitata da uno sconosciuto (48%vs 39%, Jones *et al.*, 2003; 26% vs 16%, McLean *et al.*, 2011; Maguire *et al.*, 2009). Questo riscontro viene con

buone probabilità giustificato dal fatto che la vittima oppone una maggiore resistenza all'aggressione di persona conosciuta, mentre è più facilmente indotta a paralisi di fronte all'aggressione di un estraneo.

Il mancato rilievo di spermatozoi in vagina non esclude il rapporto sessuale o la violenza (McGregor *et al.*, 2002). Né la presenza né l'assenza di lesioni genitali può stabilire prova di per sé di una violenza 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. A oggi non esistono ancora modelli di riferimento per stabilire se un rapporto è stato consenziente o meno solo sulla base delle eventuali lesioni genitali. È comunque opportuno ricordare che nelle aggressioni sessuali spesso si evidenziano lesioni non genitali talvolta associate 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 *et al.*, 2005). Frequentemente sono lesioni di lieve entità come ecchimosi, escoriazioni, soluzioni di continuo e solo in pochi casi si tratta di lesioni gravi.

1.6.2 Gli indicatori di abuso sessuale

«Di fronte al sospetto abuso sessuale diviene fondamentale operare secondo criteri valutativi pluridisciplinari. Il sospetto può essere confermato o smentito solo dopo corrette valutazioni, formulate da tutti gli operatori coinvolti nel caso secondo le proprie specificità» (D'Andrea, 1998).

La possibilità che un minore o un adolescente sia vittima di una violenza sessuale è indipendente dall'etnia di appartenenza, dalla cultura e dal livello socio-economico della famiglia del minore, coinvolge maggiormente vittime di sesso femminile, ciò è già stato detto e ripetuto più volte e dovrà rimanere come elemento indiscutibile. Eppure, accanto a questa affermazione, dobbiamo essere consapevoli della necessità di individuare quei fattori di rischio che, insiti nella fragilità familiare del minore, potrebbero esporlo più facilmente a violenze sessuali.

I fattori di rischio rappresentano quei segnali in grado di intercettare fragilità/problematiche familiari che possono favorire l'instaurarsi di un eventuale violenza sessuale e sono presenti, ubiquitariamente, sia in famiglie di livello socio-economico-culturale basso, medio basso che in famiglie di livello socio-economico-culturale medio alto o alto; l'individuazione dei fattori di rischio favorirà quindi la formulazione di una ipotesi presuntiva di sospetto abuso che deve sempre essere verificata con l'aiuto di una équipe multiprofessionale.

Se poi intercettiamo anche degli indicatori e ci troviamo di fronte al sospetto di una violenza sessuale su minore, dovranno essere presi, senza ritardo, provvedimenti a tutela del minore stesso, da un lato, e provvedimenti che determinino l'apertura di un eventuale procedimento giudiziario nei confronti del violentatore, dall'altro. A questo punto l'accertamento di una violenza sessuale su minore richiede una visione globale che comprenda e inglobi ogni valutazione fisica, psicologica, sociale e relazionale.

Non sempre sono obiettivabili i segni clinici di una violenza sessuale, né i pochi segni eventualmente obiettivati sono chiari e dirimenti, anzi il più delle volte non è possibile obiettivare alcun segno fisico di violenza. Spesso, infatti, la violenza sessuale viene realizzata senza far ricorso alla forza o alla violenza fisica ma avvalendosi solo del tranello psicologico o della seduzione. In questo contesto l'abusante non avrà necessità di agire forza fisica o violenza poiché sarà stato in grado di circuire "dolcemente" il bambino/a. Ecco allora che solo lo svelamento del minore, i particolari da lui utilizzati, talvolta suggestivi e possibili di riscontri oggettivi, permetteranno il disvelamento della violenza.

Tra gli strumenti che possono essere utilizzati per l'accertamento di una violenza sessuale troviamo degli indicatori utilizzati in ambito multidisciplinare, proprio per accertare la violenza sessuale subita, e sono indicatori fisici, indicatori cognitivi e indicatori emotivi e comportamentali.

1.6.2.1 Indicatori fisici

La presenza di lesioni fisiche obiettivabili non determina mai la certezza che il bambino/a abbia subito una violenza sessuale.

Ci sono tipologie di violenza sessuale che non lasciano traccia di sé (basti pensare alla violenza sessuale assistita, alla masturbazione indotta, alla violenza agita attraverso carezze e tocamenti) o altre che possono lasciare tracce labili e altamente aspecifiche (atti sessuali compiuti con dolcezza e seduzione, mediante l'uso di creme e lubrificanti); in questi casi l'accertamento ginecologico forense non potrà fornire elementi di certezza che siano correlabili a una violenza sessuale. Viceversa i segni di violenza sessuale agita mediante penetrazione violenta possono determinare lesioni di tipo traumatico; ma anche in questo caso nessun segnale può essere considerato isolatamente, ma deve essere letto e interpretato all'interno di una storia e di un racconto e valutato in maniera multifattoriale e multidisciplinare.

A questa riflessione fanno eccezione solo il riscontro di tracce di liquido seminale sul corpo del bambino/a o di DNA repertate nella sua zona ano-genitale o su altre aree corporee o la gravidanza delle bambine in epoca pubere.

L'obiettività di lesioni cutanee potrebbe aiutare l'eventuale riflessione clinica in merito alla sussistenza della violenza sessuale quindi, queste lesioni, seppur aspecifiche, assumono un importante rilievo nella diagnosi e nel riconoscimento della violenza stessa.

1.6.2.2 Indicatori cognitivi

Gli indicatori cognitivi sono relativi a tutte quelle conoscenze di tipo sessuale che risultano inadeguate in relazione all'età del minore, le sue modalità di rivelazione e gli eventuali dettagli che il bambino/a fa in merito alla violenza sessuale. Per valutare la sussistenza o meno degli indicatori di tipo cognitivo le aree da investigare sono: il livello di coerenza delle dichiarazioni, l'elaborazione fantastica, il giudizio morale e la chiarezza semantica.

Ovviamente, per valutare la capacità testimoniale del bambino, sarà di fondamentale importanza conoscere il suo sviluppo cognitivo.

1.6.2.3 Indicatori emotivi e comportamentali

Nei bambini vittime di violenza sessuale si riscontra spesso una maggiore frequenza di disturbi emotivi, certificata dai test di personalità e dai test psicologici proiettivi.

Il bambino/a vittima di violenza sessuale potrebbe soffrire di depressione, paura, passività, difficoltà a relazionarsi con i coetanei, atteggiamenti aggressivi, disinteresse verso le normali attività, calo del rendimento scolastico, sfiducia verso gli adulti, difficoltà di linguaggio e dell'attenzione, reattività esagerata a eventi "neutrali" che rimandano a qualche elemento della violenza patita, crisi acute d'ansia, sentimenti di paura, disturbi del sonno e incubi, stati di ipervigilanza o "vigilanza di ghiaccio" (Kempe, 1978), cioè un'attenzione patologicamente ansiosa e freezerata rivolta all'ambiente circostante, nell'attesa angosciante di scoprirvi un pericolo potenziale. Possono sussistere disturbi comportamentali (maggiore aggressività) e/o comportamenti sessuali inadeguati per l'età.

Ciascun sintomo appena citato non sarà mai specifico per una violenza sessuale (essendo altamente aspecifico e caratterizzante di mille altre situazioni patologiche legate a malessere generale del bambino/a), ma dovrà essere letto e interpretato nel contesto generale e multiprofessionale.

Se gli stessi sintomi possono avere origine da cause differenti, la violenza sessuale può riverberare sul bambino conseguenze psicologiche e comportamentali differenti.

Anche in relazione agli indicatori comportamentali non è possibile utilizzare la categoria della "compatibilità". L'art. 9 della Carta di Noto obbliga

l'operatore esperto ad avvisare che le attuali conoscenze in materia di violenza sessuale sui minori non consentono di individuare dei nessi di compatibilità o incompatibilità tra sintomi di disagio e supposti eventi traumatici. Inoltre è fatto divieto all'esperto di esprimere pareri o conclusioni in merito alla compatibilità.

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».

1.7 Conseguenze dell'abuso

L'esperienza negativa vissuta dal bambino maltrattato non si esaurisce con la sospensione materiale delle violenze, siano esse fisiche, psicologiche o sessuali; infatti gli effetti dei maltrattamenti subiti possono incidere negativamente sui suoi processi evolutivi, con conseguenze gravissime per la formazione della sua personalità (Colesanti, 1995).

Il maltrattamento e la violenza sessuale sono situazioni che inevitabilmente portano 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 della vittima e dell'aggressore, la relazione esistente fra i soggetti coinvolti, la durata dell'abuso, il livello di sviluppo fisico e cognitivo del minore.

Il gruppo di lavoro S.I.N.P.I.A. nella elaborazione delle linee guida in tema di abuso sui minori del 2007 ha costruito uno schema in merito ai danni da abuso specificando che

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; lo stadio di sviluppo ed i fattori di rischio presenti nella vittima favoriscono una evoluzione negativa (Barnett, Manly e Cicchetti, 1993; Wolfe e Mc Gee, 1994; Mullen e Fergusson, 1999).

Indipendentemente da ciò che i bambini ricordano, è certo che l'evento, seppur rimosso, negato e scisso dalla propria esperienza di vita, resta nella mente e nel cuore potendo riaffiorare prepotentemente e dolorosamente in un qualsiasi momento della vita.

Le reazioni al trauma non hanno una tempistica definita, possono apparire immediatamente dopo l'evento traumatico, nei giorni successivi o addirittura a distanza di settimane. La sintomatologia è specifica secondo le caratteristiche e l'età del bambino/a.

Possono insorgere comportamenti regressivi, come succhiare il pollice in maniera compulsiva, avere paura del buio e/o angosce e incubi notturni, soffrire di enuresi o encopresi notturna e diurna, agire masturbazione compulsiva, soffrire di insonnia, di angoscia e fatica all'addormentamento o di crisi di panico al risveglio in solitudine. Sono molto frequenti crolli nel rendimento scolastico, isolamento dai pari, isolamento sociale, sentimenti di paura, fobie, sensi di colpa, crisi di pianto, perdita dell'appetito sino all'anoressia (nelle femmine vittime di violenza sessuale possono insorgere i disturbi dissociativi o disturbi alimentari).

Tra gli adolescenti sono frequenti sintomi dissociativi o flashback, problematiche relative all'abuso di alcool e/o di droghe, gesti di autolesionismo e tentativi di suicidio. Possono soffrire di attacchi di panico e spesso vivono in uno stato di allerta costante, caratterizzato da un comportamento di ipervigilanza continua che logora fisicamente ed emotivamente.

Nella violenza sessuale extrafamiliare, che fonda le sue radici in una grande trascuratezza affettiva intrafamiliare, il minore può andare incontro a un comportamento di sessualità promiscua poiché portato a confondere il sesso con l'affetto, visto che solo attraverso il sesso si è sentito amato dall'abusante. Fondamentale diventa quindi il momento della rilevazione, poiché riconoscere prontamente una condizione di maltrattamento o di abuso e segnalarlo all'Autorità giudiziaria è la modalità più sicura per ottenere l'interruzione della violenza e per mettere in atto le prime misure di protezione del minore. Secondo uno schema della S.I.N.P.I.A. (2007),

Esiti psicocomportamentali di cambiamento comportamentale (esiti a breve-medio termine) possono comprendere:

- **fino ai 6 anni di età:** disturbi del sonno, disturbo delle condotte alimentari, lamentele per dolori fisici (cefalea, dolori addominali), preoccupazioni insolite, paure immotivate, rifiuto nel mostrare il corpo nudo, esplosioni emotive improvvise (pianto, crisi di rabbia, mutismo), isolamento familiare/sociale,

aggressività contro adulti/coetanei, atti di autolesionismo, interesse sessuali e comportamentali sessualizzati inappropriati all'età, masturbazione compulsiva, particolari caratteristiche del gioco;

- **dai 6 anni in poi:** disturbi del sonno, disturbo condotte alimentari, lamentele per dolori fisici (cefalea, dolori addominali), preoccupazioni insolite, paure immotivate, rifiuto o compiacenza nel mostrare il corpo nudo anche in situazioni mediche, reattività al contatto fisico, esplosioni emotive improvvise (pianto, crisi di rabbia, mutismo), aggressività contro adulti/coetanei, autolesionismo, interessi sessuali inappropriati all'età, masturbazione compulsiva, comportamenti sessuali promiscui, passività, inibizione del pensiero, depressione, isolamento, difficoltà scolastiche, oppositività, provocatorietà, fughe, comportamenti immaturi, regressione fasi evolutive precedenti, tentativi di suicidio.

Vanno sottolineate l'estrema variabilità e l'aspecificità dei comportamenti che possono conseguire ad una esperienza di abuso fisico e/o sessuale, i quali devono essere sempre interpretati e valutati alla luce dei principi di equifinalità e di multifinalità propri della Psicopatologia dello sviluppo.

Sempre secondo le linee guida S.I.N.P.I.A. redatte nel 2007:

Non esiste una sindrome clinica "caratteristica" ed identificabile legata specificamente all'abuso sessuale. I disturbi psichici ad esso legati, che compaiono peraltro incostantemente ed in funzione dei fattori di rischio presenti e delle modalità (durata, intensità) con cui l'abuso è stato compiuto, possono corrispondere ad un ampio repertorio di risposte comportamentali comune anche ad altre condizioni cliniche (principio di equifinalità) (Fergusson e Mullen, 1999). Non esistono indici comportamentali ed emotivi patognomonici di abuso sessuale; in un'elevata percentuale di casi non si manifestano condotte problematiche. L'impatto di un abuso sessuale può variare qualitativamente e quantitativamente in funzione di variabili particolari [...]. La letteratura segnala che gli effetti a lungo termine dell'abuso sessuale restano ancora indefiniti e non chiariti da sufficienti ricerche longitudinali (Finkelhor e Berliner, 1995; Ramchandani e Jones, 2003). Inoltre, in letteratura non esistono pareri concordi e studi che dimostrino l'esclusività di una o più condotte come criterio diagnostico. Questi indici possono essere riscontrati anche in minori che hanno subito traumi o stress familiari/ambientali di natura non sessuale. È quindi necessaria una particolare cautela prima di identificare un comportamento come possibile "indicatore" di una condizione di abuso.

Anche la presenza di un solo segno comportamentale, quando sia improvviso, perdurante nel tempo, immodificabile nonostante le strategie di rassicurazione dell'adulto, non in relazione ad eventi e/o cambiamenti di abitudini di vita richiede tuttavia un approfondimento psico-diagnostico presso i Servizi di Neuropsichiatria infantile con operatori specificamente formati.

ASPETTI GIURIDICI E INTERVENTI A PROTEZIONE DEL MINORE VITTIMA DI REATO

2.1 Diritto internazionale e comunitario

Il primo pronunciamento normativo internazionale relativo ai diritti dei minori lo ritroviamo nella “Convenzione sull’età minima”, adottata dalla Conferenza internazionale del lavoro nel 1919, scritta con lo scopo di arginare il dilagante fenomeno dello sfruttamento dei fanciulli nel mondo del lavoro. Invece il primo strumento legislativo volto ad affermare principi di diritto e di tutela dei minori è rappresentato dalla “Dichiarazione sui diritti del fanciullo”, redatta nel 1923 a Ginevra dalla Società delle Nazioni e adottata dall’Assemblea generale della Società delle Nazioni nel 1924.

Se da un lato questi testi normativi hanno introdotto il tema dell’esistenza dei diritti del minore, è indubbio invece che la “Dichiarazione dei diritti del fanciullo”, approvata dall’ONU (New York, 20 novembre 1959), è il primo testo che dichiara che il minore è un soggetto titolare di diritti ed è meritevole di protezione giuridica e sociale, non solo durante la sua crescita ma sin prima della sua nascita. La dichiarazione afferma infatti che «il fanciullo deve beneficiare della sicurezza sociale. Deve poter crescere e svilupparsi in modo sano. A tal fine devono essere assicurate, a lui e alla madre le cure mediche e le protezioni sociali adeguate, specialmente nel periodo precedente e seguente alla nascita».

Numerose dichiarazioni di principio si sono via via succedute, ma tra le più importanti devono assolutamente essere segnalate la “Convenzione europea sull’adozione dei minori” (Strasburgo, 24 aprile 1979), la “Convenzione internazionale sulla sottrazione di un minore” (L’Aja, 25 ottobre 1980) e 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, assumono straordinaria importanza due documenti basilari nell’affermazione dei diritti universali dell’infanzia: la “Risoluzione del Parlamento Euro-

peo” (1985) e la “Convenzione internazionale sui diritti dell’infanzia” adottata dall’ONU (New York, 20 novembre 1989).

La “Risoluzione del Parlamento Europeo” invita tutti gli Stati aderenti alla Comunità a prevenire, proteggere e 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.

Nonostante si siano succeduti differenti e molteplici testi normativi di particolare interesse a tutela del minore, inteso quale soggetto debole e meritevole di tutela e protezione, il testo che ha consentito di enunciare ed enucleare in modo completo e unitario i diritti personali, individuali e socio-relazionali del minore è ancora oggi la “Convenzione internazionale sui diritti dell’infanzia” stipulata dall’ONU e ratificata dall’Italia con la legge n. 176/1991.

Grazie a questa legge non solo, per la prima volta, si dà una definizione di fanciullo, «ogni essere umano avente un’età inferiore ai 18 anni salvo se abbia raggiunto prima la maturità in virtù della legge applicabile», ma vengono individuati strumenti per la repressione delle violazioni dei diritti dei minori e si invitano gli stati membri ad adoperarsi a tutela dei minori stessi perché sia loro garantita sempre stabilità psicofisica.

In particolare all’art. 39 si legge che: «Gli Stati parti adottano ogni adeguato provvedimento per agevolare il riadattamento fisico e psicologico ed il reinserimento sociale di ogni fanciullo vittima di ogni forma di negligenza, di sfruttamento o di maltrattamenti; di torture o di ogni altra forma di pene o di maltrattamenti; [...] Tale riadattamento e tale reinserimento devono svolgersi in condizioni tali da favorire la salute, il rispetto della propria persona e la dignità del fanciullo». Un altro aspetto innovativo è l’aver affermato il principio del “superiore interesse del minore” in ogni ambito della vita pubblica o privata. Tale criterio ha conferito al minore un ruolo di centralità e di coinvolgimento, rendendolo protagonista dei propri interessi e titolare di diritti, nonché individuo capace di comprendere, di discernere e di esprimere la propria personalità e opinione.

La Convenzione di Lanzarote del 2007, ratificata in Italia con la legge del 2012, è un documento con il quale i paesi aderenti si sono assunti la responsabilità normativa di rendere concreta la tutela e la protezione dei minori contro lo sfruttamento e l’abuso sessuale, attraverso l’adozione di misure comuni che prevedano la prevenzione e la diffusione di questi reati, la loro repressione, nonché la tutela della vittima. Obiettivo primario perseguito dalla Convenzione di Lanzarote, ed esplicitamente proclamato nel preambolo, è quello di individuare strumenti di contrasto ai reati di sfruttamento e abuso sessuale e di pedopor-

nografia e di rafforzare la protezione dei minori non solo attraverso una attività repressiva, ottenuta mediante l'inasprimento delle pene, ma anche con l'introduzione di nuove tipologie di delitti che puniscano l'attività propedeutica all'integrazione dei reati in pregiudizio alla integrità psicofisica dei minori.

2.2 Diritto nazionale

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 a oggi, possiamo cogliere facilmente come, negli anni Trenta e Quaranta, 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).

La normativa del diritto di famiglia fondata sul codice del 1942 risulta ispirata a una concezione storico-sociale di famiglia intesa come struttura gerarchica piramidale, retta dall'autorità del *pater familias*, che da solo esercitava la potestà sui figli («patria potestà») con potere decisionale discrezionale, autonomo e indipendente. L'ineguaglianza dei diritti dei componenti della famiglia prevedeva, infatti, che ex art. 144 c.c. la moglie, figura subordinata al marito, dovesse seguire quest'ultimo «dovunque egli ritenesse opportuno fissare la propria residenza». La moglie risultava pertanto subordinata al marito nei rapporti personali, in quelli patrimoniali e nei riguardi dei figli. Lo stesso codice civile 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.

Grazie all'introduzione della Carta costituzionale, e in particolar modo a decorrere dal 1956, anno in cui la Corte Costituzionale è intervenuta nel dichiarare incostituzionali le normative contrarie ai principi costituzionali, l'istituzione della famiglia ha iniziato il suo percorso normativo di destrutturazione gerarchica andando incontro verso una nuova identità, corrispondente al cambiamento evolutivo sociale del ruolo della donna, della maggiore valorizzazione dei diritti del minore e dei principi costituzionali di uguaglianza tra i singoli componenti del nucleo familiare. 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 [...] (Modugno, 1995)

[...] una simile affermazione costituzionale ha una profonda rilevanza anche nei confronti del ragazzo che deve sempre svilupparsi percorrendo un itinerario di crescita umana. (Moro, 1989)

Riconoscimento-garanzia che, pronunciato dall'art. 2, viene confermato operativamente, secondo il principio fondamentale dell'uguaglianza, dall'art. 3. È proprio con l'art. 3, infatti, che la Repubblica italiana afferma con forza che l'uguaglianza fra tutti i cittadini non può essere un mero esercizio formale, che non si può limitare a una enunciazione di principi ma, in quanto affermazione sostanziale, deve essere realizzata nella pratica nei confronti di ciascun cittadino, adulto o bambino che sia, al fine di una sua realizzazione armonica compiuta.

L'art. 3 afferma il diritto di ogni essere umano, specie se debole o meno capace, a veder rimossi tutti gli ostacoli che concretamente impediscono il pieno sviluppo della sua personalità, viene con forte incisività riaffermato l'impegno a rimuovere, per il minore, che è un soggetto particolarmente debole, tutte quelle situazioni negative e insufficienti nonché tutte quelle onnipotenze degli adulti che finiscono con l'ostacolarne il regolare processo evolutivo. (Moro, 1989)

Implicitamente, gli artt. 2 e 3, 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. (Crivillè, 1995)

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 e assistenzialistica, non più il minore oggetto del diritto, bensì una concezione globale che tutela non solo l'evoluzione della sua integrità biologica e fisica, ma ne valorizza la personalità libera e 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 assolva i compiti genitoriali in caso di incapacità di questi ultimi; equipara infine i figli nati fuori dal matrimonio a quelli legittimi.

Nasce così dalla nostra Carta Costituzionale una nuova attenzione ai diritti dei ragazzi, una attenzione che non solo ha portato a profonde modifiche della legislazione in materia di tutela dei "minori" ma anche più in generale ad una migliore coscienza culturale della rilevanza del problema di assicurare ai ragazzi una adeguata educazione ed una più attenta strutturazione degli strumenti che possono garantire una effettiva tutela. (Moro, 1989)

Sulla base del riconoscimento del diritto dei minori e dell'improrogabile necessità di tutelarli, prende avvio la riforma del Tribunale per i minorenni (l. 25 luglio 1956, n. 888) che si qualifica per la prima volta alla luce di una mediazione culturale e operativa tra la funzione giuridica e tutte le discipline attente alle problematiche dell'età evolutiva. Non più minori discolorati, travati e corrigendi dal comportamento "incontenibile", ma nuovi soggetti da garantire, sostenere e

tutelare. Mediante questa nuova concezione della giustizia minorile 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, sostegno e/o 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 1983) realizzano in materia di tutela dei minori una vera e propria rivoluzione copernicana, venendo a 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 a essere prevalenti l'interesse del minore e il suo diritto a una famiglia, sia essa quella d'origine (mediante interventi pubblici di sostegno), sia essa quella affidataria o adottiva.

Nel 1975 il termine "patria potestà" viene sostituito con "potestà genitoriale" e non si tratta di un mero cambio terminologico, ma corrisponde a un diverso modo di concepire il rapporto genitori-figli.

Nel gennaio 1985 viene istituito il Consiglio nazionale sui problemi dei minori con il compito di realizzare e promuovere studi e ricerche nel settore dei minori, favorendo i collegamenti tra realtà diverse operanti nel medesimo settore e con lo scopo di elaborare poi una politica di interventi e di prevenzione univoca.

In ambito penale la riforma del processo minorile (l. n. 448 del 1988) afferma per la prima volta la funzione rieducativa e non punitiva della pena e ne prevede l'esclusione, se da questa il minore ne possa trarre un ulteriore danno.

Nel 1995 nasce l'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 con il preciso compito, tra gli altri, di studiare la situazione dell'infanzia e dell'adolescenza nel Paese, di identificare i problemi meritevoli di intervento, di protezione e di promozione, di valutare le eventuali risorse di cui disporre, di analizzare l'impatto della legislazione italiana sul mondo dei minori e, insieme a una serie di altre attività, di predisporre uno schema per il periodico rapporto ONU sulla attuazione nel nostro Paese della Convenzione sui diritti dei bambini.

Altro importante intervento legislativo, che ha inciso non solo sui rapporti genitoriali ma anche sui diritti del minore, è rappresentato dalla legge n. 54 del 2006 "Disposizioni in materia di separazione dei genitori ed affidamento condiviso dei figli" che ha introdotto il diritto alla "bigenitorialità", principio ben radicato all'interno di molti ordinamenti europei.

Ciascun genitore ha dunque un identico ruolo educativo nei confronti del figlio. Nei procedimenti di separazione e divorzio, quindi, l'affidamento condiviso dei figli costituisce la "prassi" e l'affidamento a uno solo dei genitori costituisce invece un'ipotesi residuale, una "eccezione", che deve essere ben motivata e conseguire all'accertamento rigoroso della inidoneità genitoriale.

Il principio della bigenitorialità ha trovato poi un ulteriore rafforzamento nella legge n. 219 del 2012 e nel decreto legislativo n. 154 del 2013, le cui norme hanno comportato la completa parificazione tra figli nati fuori dal matrimonio e quelli nati all'interno del matrimonio, con conseguente superamento del concetto di potestà parentale e con l'introduzione della "responsabilità genitoriale".

Tale modifica, apparentemente di tipo terminologico, svela un cambiamento più profondo nel rapporto tra genitori e figli minorenni; infatti vengono definiti meglio i doveri genitoriali, non più da considerarsi come una "potestà" sul figlio minore, ma come un'assunzione di responsabilità da parte di entrambi i genitori nei confronti del figlio. Il figlio non assume più il ruolo di oggetto del "potere genitoriale", ma diventa fulcro centrale di ogni scelta genitoriale, tenuto conto delle sue capacità, delle sue inclinazioni naturali e delle sue aspirazioni.

2.3 Chiesa cattolica, Conferenza Episcopale Italiana e Conferenza Italiana dei Superiori Maggiori: "Linee guida per la tutela dei minori e delle persone vulnerabili"

In questi ultimi anni, all'interno della Chiesa cattolica, in merito agli abusi sessuali agiti da chierici e/o da persone consacrate nei confronti di minori si è assistito a una vera e propria svolta epocale. Si è passati da anni di silenzi, negazioni e disconoscimenti a una presa di coscienza della drammatica realtà. Il primo ad affrontare il drammatico problema è stato Giovanni Paolo II attraverso un doloroso svelamento, di cui troviamo traccia nel motu proprio *Sacramentorum Sanctitatis Tutela* del 2001 e nel Discorso ai partecipanti alla riunione interdicasteriale con i Cardinali degli Stati Uniti d'America del 23 aprile 2002; la presa di coscienza, associata a interventi diretti della Chiesa stessa, è poi continuata con papa Benedetto XVI (2010, Lettera ai Vescovi della Chiesa cattolica e agli altri Ordinari e Gerarchi interessati) ed è proseguita sino al suo pieno svelamento con l'opera di papa Francesco (2014, Chirografo di Sua Santità Papa Francesco per l'istituzione della Pontificia Commissione per la Tutela dei Minori; 2015, Statuti della Pontificia Commissione per la Tutela dei Minori; 2016, motu proprio

Come una madre amorevole; 2018, Lettera al popolo di Dio; 2019, motu proprio *Vos estis lux mundi*).

Con il motu proprio *Sacramentorum Sanctitatis Tutela* del 2001 papa Giovanni Paolo II afferma la priorità dell'impegno della Chiesa nel proteggere i bambini e i giovani dall'abuso sessuale agito in ambito ecclesiale e stabilisce che l'abuso sessuale di un minore di 18 anni, commesso da un chierico, venga inserito nell'elenco dei «delicta graviora» riservati alla Congregazione per la Dottrina della Fede. La prescrizione per questo delitto viene quindi fissata in 10 anni, a partire dal compimento del 18° anno di età della vittima.

Nel 2003, l'allora Prefetto della Congregazione per la Dottrina della Fede, il cardinale Ratzinger, ottiene da Giovanni Paolo II la concessione di alcune facoltà speciali che permettano una maggiore flessibilità nelle procedure penali per i «delicta graviora», fra cui l'uso del processo penale amministrativo e la richiesta della dimissione *ex officio* nei casi più gravi. Queste facoltà sono state successivamente integrate nella revisione del motu proprio approvata dallo stesso Ratzinger una volta divenuto papa Benedetto XVI nel 2010. Nelle nuove norme, la prescrizione viene aumentata a 20 anni che, nel caso di abuso su minore, si calcolano sempre a partire dal compimento del 18° anno di età della vittima. Inoltre, si stabilisce che la Congregazione per la Dottrina della Fede può eventualmente derogare a questi termini di prescrizione, superando quindi il limite dei 20 anni, in casi considerati particolari. Si specifica inoltre il delitto canonico relativo all'acquisto, alla detenzione o alla divulgazione di materiale pedopornografico.

Nel maggio 2010, papa Benedetto XVI promulga la revisione della *Sacramentorum Sanctitatis Tutela*, le *Normae de gravioribus delictis*, riservate alla Congregazione per la Dottrina della Fede.

L'anno successivo (2011) la Congregazione per la Dottrina della Fede pubblica una lettera circolare contenente indicazioni di aiuto affinché le Conferenze Episcopali nazionali siano in grado di elaborare linee guida locali per la gestione dei casi di abuso su minori perpetrati da chierici. Questa circolare dichiara esplicitamente che:

Tra le importanti responsabilità del Vescovo diocesano al fine di assicurare il bene comune dei fedeli e, specialmente, la protezione dei bambini e dei giovani, c'è il dovere di dare una risposta adeguata ai casi eventuali di abuso sessuale su minori commesso da chierici nella sua diocesi. Tale risposta comporta l'istituzione di procedure adatte ad assistere le vittime di tali abusi, nonché la formazione della comunità ecclesiale in vista della protezione dei minori. Detta risposta dovrà

provvedere all'applicazione del diritto canonico in materia, e, allo stesso tempo, tener conto delle disposizioni delle leggi civili. (Lettera circolare per aiutare le Conferenze Episcopali nel preparare linee guida per il trattamento dei casi di abuso sessuale nei confronti di minori da parte di chierici, 2011)

Con questa lettera circolare quindi la Congregazione per la Dottrina della Fede fornisce indicazioni precise per affrontare i casi di abuso sessuale perpetrati da chierici ai danni di minori e, nel contempo, invita le Conferenze Episcopali a predisporre, seguendo le indicazioni fornite, entro un anno, proprie linee guida da rendere operative sul territorio. Ovviamente anche la Conferenza Episcopale Italiana si è attenuta alle indicazioni date e ha elaborato la prima linea guida CEI intitolata *Linee guida per i casi di abuso sessuale nei confronti di minori da parte di chierici*, adottate con il preciso scopo di proteggere i minori e aiutare le vittime nel trovare assistenza e riconciliazione; queste linee guida hanno altresì indicato con precisione che la responsabilità nel trattare i delitti di abuso sessuale di minori da parte dei chierici, appartiene in primo luogo al Vescovo diocesano, cercando di condividere un orientamento comune nella salvaguardia dei minori vittime.

Nel 2013, all'interno della Chiesa, si sente l'esigenza sempre più impellente di costituire una Commissione di esperti in grado di supportare il Papa, in maniera consultiva, in tema di tutela di minori e adulti vulnerabili. Viene quindi proposta per la prima volta la costituzione di una commissione durante il Consiglio dei Cardinali, approvata poi dal Papa, che con il Chirografo del 2014 affida alla Commissione stessa la mansione di studiare e proporre le iniziative più efficaci a favore della protezione dei minori e degli adulti vulnerabili, e chiede alla Commissione la promozione di programmi educativi per tutti coloro che ne siano operativamente coinvolti. Il Chirografo attribuisce alla commissione compiti precisi e cogenti: è infatti tenuta a proporre al Santo Padre le iniziative più opportune per la protezione dei minori e degli adulti vulnerabili, affinché possa essere realizzato tutto quanto possibile per assicurare che crimini come quelli accaduti nel passato non si ripetano più nella Chiesa; deve inoltre promuovere, unitamente alla Congregazione per la Dottrina della Fede, la responsabilità delle Chiese particolari per la protezione di tutti i minori e degli adulti vulnerabili.

La Pontificia Commissione per la Tutela dei Minori, quindi, inizia a occuparsi di cura e guarigione, di linee guida, di educazione e di formazione, lavorando in sinergia con tutte le Conferenze Episcopali.

Il 20 agosto 2018 papa Francesco scrive una "Lettera al Popolo di Dio" in cui definisce l'abuso contro i minori come «Un crimine che genera profonde ferite

di dolore e di impotenza, anzitutto nelle vittime, ma anche nei loro familiari e nell'intera comunità, siano credenti o non credenti».

Proprio papa Francesco con le sue parole determina un'altra grande svolta dentro la Chiesa quando afferma che

abbiamo conosciuto il dolore di molte delle vittime e constatiamo che le ferite non spariscono mai e ci obbligano a condannare con forza queste atrocità, come pure a concentrare gli sforzi per sradicare questa cultura di morte; le ferite “non vanno mai prescritte”. Il dolore di queste vittime è un lamento che sale al cielo, che tocca l'anima e che per molto tempo è stato ignorato, nascosto o messo a tacere. Ma il suo grido è stato più forte di tutte le misure che hanno cercato di farlo tacere o, anche, hanno preteso di risolverlo con decisioni che ne hanno accresciuto la gravità cadendo nella complicità. Grido che il Signore ha ascoltato facendoci vedere, ancora una volta, da che parte vuole stare. (Sommo Pontefice Francesco, “Lettera al popolo di Dio”, 20 agosto 2018)

Con grande dolore scrive «Con vergogna e pentimento, come comunità ecclesiale, ammettiamo che non abbiamo saputo stare dove dovevamo stare, che non abbiamo agito in tempo riconoscendo la dimensione e la gravità del danno che si stava causando in tante vite» (*ibidem*).

Infine papa Francesco in questa sua “Lettera al popolo di Dio” afferma che il dolore di ogni singola vittima non potrà più essere vissuto nella solitudine, ma diventerà dolore di una comunità intera che dovrà farsene carico secondo una piena e compiuta solidarietà.

La dimensione e la grandezza degli avvenimenti esigono di farsi carico di questo fatto in maniera globale e comunitaria. Benché sia importante e necessario in ogni cammino di conversione prendere conoscenza dell'accaduto, questo da sé non basta. Oggi siamo interpellati come Popolo di Dio a farci carico del dolore dei nostri fratelli feriti nella carne e nello spirito. Se in passato l'omissione ha potuto diventare una forma di risposta, oggi vogliamo che la solidarietà, intesa nel suo significato più profondo ed esigente, diventi il nostro modo di fare la storia presente e futura, in un ambito dove i conflitti, le tensioni e specialmente le vittime di ogni tipo di abuso possano trovare una mano tesa che le protegga e le riscatti dal loro dolore [...] Tale solidarietà ci chiede, a sua volta, di denunciare tutto ciò che possa mettere in pericolo l'integrità di qualsiasi persona. Solidarietà che reclama la lotta contro ogni tipo di corruzione [...]

Ecco quindi che papa Francesco rafforza quella soluzione di continuità che ha caratterizzato, in questi ultimi anni, la scelta della Chiesa cattolica in materia di tutela dagli abusi sessuali dei minori e delle persone vulnerabili:

Guardando al passato, non sarà mai abbastanza ciò che si fa per chiedere perdono e cercare di riparare il danno causato. Guardando al futuro, non sarà mai poco tutto ciò che si fa per dar vita a una cultura capace di evitare che tali situazioni non solo non si ripetano, ma non trovino spazio per essere coperte e perpetuarsi. Il dolore delle vittime e delle loro famiglie è anche il nostro dolore, perciò urge ribadire ancora una volta il nostro impegno per garantire la protezione dei minori e degli adulti in situazione di vulnerabilità.

Il 7 maggio 2019 viene presentata la Lettera apostolica di papa Francesco in forma di motu proprio, *Vos estis lux mundi*. Si tratta di una “Legge pontificia di ambito universale” che in realtà non introduce nuove fattispecie di reato, ma indica quali vie percorrere per segnalare notizie potenzialmente criminose, accertarle e verificarle con solerzia, anche attraverso un adeguato confronto, con lo scopo di avviare, se del caso, le procedure sanzionatorie previste dalla legge canonica. Nel motu proprio emergono due pensieri dominanti: la necessità di una conversione continua imparando dagli errori del passato, per dare testimonianza della fede in Cristo e la protezione dei minori vista come una responsabilità che vede i vescovi, i chierici e le persone consacrate in prima fila. In pratica il motu proprio di Francesco stabilisce nuove procedure per segnalare molestie e violenze e per assicurare che i vescovi e i superiori religiosi rendano conto del loro operato. Introduce l’obbligo per chierici e religiosi di segnalare gli abusi e stabilisce che ogni diocesi debba dotarsi di un sistema facilmente accessibile al pubblico per ricevere le segnalazioni.

Viene introdotto l’obbligo, per tutte le diocesi del mondo, di dotarsi entro giugno 2020 di sistemi facilmente accessibili a persone che vogliano segnalare eventuali abusi sessuali commessi da chierici e/o religiosi, l’uso di materiale pedopornografico e/o la mistificazione/copertura di questi stessi abusi. Saranno le differenti diocesi, in virtù delle diverse culture e condizioni locali, a optare per la scelta operativa più consona.

Diventa quindi obbligatorio, in quanto precetto legale stabilito universalmente all’interno del motu proprio, per tutti i chierici, i religiosi e le religiose, segnalare tempestivamente all’Autorità ecclesiastica tutte le notizie di abusi di cui siano venuti a conoscenza, comprese le eventuali omissioni o coperture o mistificazioni riscontrate nella gestione dei casi di abusi.

Elemento di grande rilievo è l'individuazione della «condotta di copertura» come categoria specifica. La condotta di copertura consiste «in azioni od omissioni dirette a interferire o a eludere le indagini civili o canoniche, amministrative o penali, nei confronti di un chierico o di un religioso». Il motu proprio focalizza la sua attenzione sull'importanza di tutelare i minori fino a 18 anni e, nel contempo, amplia la nozione di “persona vulnerabile”: infatti non ci si riferisce solo alle persone a cui è riconosciuta una incapacità di intendere e volere parziale o totale, ma anche a quelle persone che abbiano avuto una incapacità di intendere e di volere di tipo occasionale e/o transitoria oppure a persone con disabilità fisiche. L'obbligo di segnalazione all'ordinario o al superiore religioso non interferisce né modifica qualsiasi altro obbligo di denuncia esistente nelle leggi civili.

In conclusione, il motu proprio non modifica le pene previste ma stabilisce una nuova procedura per fare la segnalazione e svolgere l'indagine. A conclusione dell'indagine, poi, il metropolita inoltrerà i risultati alla Santa Sede che procederà «a norma del diritto secondo quanto previsto per il caso specifico», seguendo le norme esistenti. Sulla base dell'investigazione previa, la Santa Sede può immediatamente imporre misure preventive e restrittive alla persona indagata. Con questo nuovo strumento giuridico la Chiesa compie un ulteriore nuovo passo nella prevenzione e nella lotta agli abusi sessuali compiuti nei confronti di minori da parte di chierici o religiosi.

È possibile affermare quindi che, verso la fine del pontificato di Giovanni Paolo II, con il pontificato di Benedetto XVI, ma soprattutto con quello di papa Francesco, la Chiesa ha scelto di essere in prima linea nella protezione e nella tutela dei minori e delle persone vulnerabili realizzando documenti che, uno dopo l'altro, hanno costituito dei veri e propri manifesti di lotta agli abusi nella Chiesa sui minori e verso le persone vulnerabili: nel contempo ha scelto con forza di stare accanto a ogni vittima di violenza impegnandosi a costruire una nuova cultura contro la pedofilia.

Poco dopo la pubblicazione del motu proprio di papa Francesco (2019), vengono pubblicate le linee guida della Conferenza Episcopale Italiana e della Conferenza Italiana dei Superiori Maggiori intitolate *Linee guida per la tutela dei minori e delle persone vulnerabili* (24 giugno 2019) che raffigurano un vero e proprio nodo gordiano.

I principi che ispirano il documento approvato dall'Assemblea Generale dei Vescovi, sono nove: rinnovamento ecclesiale, protezione e tutela dei minori e delle persone vulnerabili, ascolto, accoglienza e accompagnamento delle vittime, responsabilizzazione comunitaria e formazione degli operatori pastorali,

formazione dei candidati agli ordini sacri e alla vita consacrata, giustizia e verità, collaborazione con la società e le Autorità civili, trasparenza e comunicazione, strutture e servizi sempre più innovativi. Nel documento si sottolinea con forza come non sia possibile tollerare alcun tipo di complicità e/o di silenzio omeroso, che riguardi i minori e le persone vulnerabili vittime di abusi sessuali, nella Chiesa. Chiunque ne sia direttamente o indirettamente a conoscenza è chiamato a segnalarlo tempestivamente alla competente Autorità ecclesiastica.

Le linee guida del 2019 rappresentano un documento «fortemente operativo» che si compone di principi guida, indicazioni operative e di una somma di allegati «anch'essi molto operativi e pragmatici», che calano ogni indicazione proposta a livello nazionale, a un ambito territoriale di tipo regionale e/o interdiocesano, sino a un livello diocesano a cui ogni realtà della Chiesa cattolica dovrà fare riferimento. Al centro di tutta la riflessione all'interno di questo documento, non ci sono soltanto disquisizioni di procedure canoniche o loro definizioni, ma troviamo soprattutto la tutela globale del minore e della persona vulnerabile.

Un primo elemento dirompente, contenuto nelle linee guida, è l'affermazione straordinaria, ripresa dalla "Lettera al popolo di Dio" proprio di papa Francesco (2019), che la violenza sessuale agita sul minore e sulle persone fragili da parte di un membro della Chiesa non riguarda solo l'abusante, il minore vittima e, tutt'al più, la famiglia della vittima, ma coinvolge dolorosamente la comunità intera, non perché correa ma perché intimamente ferita dall'abuso patito dalla vittima in quanto affidata alle sue cure. Quindi, a fronte di una violenza patita da un minore o da una persona vulnerabile, l'intera comunità sarà chiamata a farsene carico e a risponderne in maniera corale attraverso una presa di coscienza matura e responsabile e un rinnovamento comunitario: non più silenzio, indifferenza, paura, negazione del problema ma solidarietà, empatia, condivisione, compassione e, soprattutto, un nuovo modo di prendersi cura, l'un l'altro come comunità.

Tutta la comunità è coinvolta nel rispondere alla piaga degli abusi non perché tutta la comunità sia colpevole, ma perché di tutta la comunità è il prendersi cura dei più piccoli. Ogni qualvolta uno di loro viene ferito, tutta la comunità ne soffre perché non è riuscita a fermare l'aggressore o a mettere in pratica tutto ciò che si poteva fare per evitare l'abuso. Non si tratta però solo di fare il possibile per prevenire gli abusi: è richiesto un rinnovamento comunitario, che sappia mettere al centro la cura e la protezione dei più piccoli e vulnerabili come valori supremi da tutelare. Solo questa conversione potrà permettere a tutta la comu-

nità di vincere ogni silenzio, indifferenza, pregiudizio o inattività per diventare partecipazione, cura, solidarietà e impegno. (CEI e CISM, 2019)

È ovvio che questo atteggiamento potrà essere sanante e curante solo se partirà da un ascolto autentico delle vittime, infatti dare ascolto e credibilità a chi denuncia un abuso sarà il vero primo passo da compiere. Infatti troppo spesso le vittime narrano che al dolore della violenza se ne aggiunge uno ugualmente lacerante: il non essere state ascoltate e credute. Ma le linee guida lo affermano chiaramente: dovrà essere il cuore della comunità ecclesiale a mettersi in ascolto delle vittime per aiutarle e sostenerle.

Verrà posta particolare cura e attenzione alla selezione dei candidati all'ordine sacro e alla vita consacrata. Ai futuri preti e ai religiosi dovrà essere garantita una sana formazione umana, psicologico-affettiva e spirituale. Diventeranno nodi cruciali la selezione, la formazione e l'accompagnamento dei candidati all'ordine sacro e alla vita consacrata, perché in ciascuno di loro ci sia piena consapevolezza delle proprie responsabilità, sia ai sensi del diritto canonico che del diritto civile. Se la Chiesa si è sempre mostrata attenta verso la formazione umana, psicologico-affettiva e spirituale dei suoi futuri chierici e religiosi, la grande novità contenuta nelle linee guida è rappresentata dal richiedere ai candidati agli ordini sacri e alla vita consacrata di sottoporsi «a una valutazione specialistica effettuata da un esperto approvato dall'Ordinario, che possa ragionevolmente escludere che il candidato sia affetto da deviazioni sessuali ovvero da disturbi della personalità o da altri disturbi psichiatrici, che possano incidere sul controllo degli impulsi sessuali, favorendo la commissione di reati sessuali o l'assunzione di comportamenti sessuali inappropriati» (CEI e CISM, 2019).

Un'altra straordinaria novità di queste linee guida è rappresentata dal fatto che denunciare alle Autorità civili un abuso commesso da un chierico in ambito ecclesiale, diventa un obbligo di coscienza. Superando il generico “dovere morale” di cooperare con lo Stato per il bene comune nel contrasto alla pedofilia, dichiarato nelle linee guida CEI del 2014, le attuali linee guida affermano che «ogniqualevolta [l'Autorità ecclesiastica] riceva una segnalazione di un presunto abuso sessuale commesso da un chierico in ambito ecclesiale nei confronti di un minore di età, informi l'autore della segnalazione e il genitore o il tutore legale della presunta vittima che, quanto appreso in merito ai fatti segnalati potrà essere trasmesso, in forma di esposto, alla competente autorità giudiziaria dello Stato» (CEI e CISM, 2019).

Inoltre al punto 8 delle indicazioni operative si esplicita che l'Autorità ecclesiastica ha come obbligo morale di procedere all'inoltro dell'esposto all'Autorità

civile, una volta appurato che ci sia un fondato sospetto del delitto segnalato. Inoltre viene sottolineato come, aperto un procedimento penale in ambito civile, sia doveroso, da parte dell'Autorità ecclesiastica, collaborare in maniera attiva e costante con le Autorità civili stesse. Questo perché è acclarato che sia l'Autorità ecclesiastica che quella civile hanno il medesimo fine e cioè la tutela dei minori. Infatti, secondo le linee guida, se le finalità sono comuni è corretto che si debba sempre più collaborare in maniera sinergica alla ricerca della verità e della giustizia. La procedura canonica, quindi, pur essendo indipendente e autonoma rispetto a quella civile, non intende in alcun modo sostituirsi a essa ma, al contrario, si pone in un'ottica di collaborazione con essa.

Quindi, nonostante i vescovi non rivestano il ruolo di pubblici ufficiali o di incaricati di pubblico servizio (fattispecie previste nel nostro c.p.p.), e nonostante la circostanza che per l'ordinamento italiano non abbiano alcun obbligo giuridico di denuncia, secondo le nuove linee guida è un «obbligo di coscienza» trasmettere alla competente Autorità giudiziaria civile quanto appreso dopo il sollecito espletamento dell'indagine, una volta accertata la sussistenza del *fumus delicti*. Invece, nel caso in cui la persona che ha fatto la segnalazione non voglia fare denuncia e si opponga con convinzione, è atteso che le sia chiesto di mettere per iscritto, documentare e giustificare la sua opposizione alla denuncia perché resti traccia della sua volontà.

L'autorità ecclesiastica, benché non abbia l'obbligo giuridico di denunciare all'autorità giudiziaria le notizie ricevute di presunti abusi su minori (in quanto non riveste la qualifica di pubblico ufficiale né di incaricato di pubblico servizio), ogniquale volta riceva una segnalazione di un presunto abuso sessuale commesso da un chierico, in ambito ecclesiale, nei confronti di un minore di età, informi l'autore della segnalazione e il genitore o il tutore legale della presunta vittima che quanto appreso potrà essere trasmesso, in forma di esposto, alla competente autorità giudiziaria dello Stato. A tal fine l'autorità ecclesiastica richiada all'autore della segnalazione di formalizzare per iscritto la *notitia criminis* portata alla sua attenzione, perché detta comunicazione, in presenza di reato perseguibile per la legge dello Stato, possa costituire la base dell'esposto all'autorità giudiziaria. L'autorità ecclesiastica ha l'obbligo morale di procedere all'inoltro dell'esposto all'autorità civile qualora, dopo il sollecito espletamento dell'indagine previa, sia accertata la sussistenza del *fumus delicti*. L'autorità ecclesiastica non procederà a presentare l'esposto nel caso di espressa opposizione, debitamente documentata e ragionevolmente giustificata, da parte della vittima (se nel frattempo divenuta maggiorenne), dei suoi genitori o dei tutori legali, fatto salvo sempre il prioritario interesse del minorenne. (CEI e CISM, 2019)

Infine viene data grande attenzione alla realizzazione di programmi e progetti volti alla formazione di educatori (pastorale giovanile, pastorale della catechesi), che svolgono il loro ruolo principalmente a contatto con i giovani, affinché siano preparati ad agire sempre all'interno di un progetto cristiano educante e sanante, scevro da ogni qualsivoglia fraintendimento, che non veda mai gesti sessualizzati anche solo minimamente accennati. Viene posta in campo una nuova cultura della prevenzione da sviluppare in ambito regionale e diocesano.

In conclusione le linee guida prevedono, altra grande novità, l'istituzione di servizi ecclesiali territoriali a tutela dei minori: il Servizio Nazionale per la Tutela dei Minori, il Servizio Regionale/Interdiocesano per la Tutela dei Minori, i referenti diocesani per la tutela dei minori. La territorialità e la capillarità di quanto istituito rende ragione della forza del progetto e dell'impegno che si è inteso mettere in campo. I componenti dei servizi regionali/interdiocesani operano a supporto dei vescovi e dei superiori maggiori nell'esercizio del loro ministero, per quanto attiene alla tutela dei minori e degli adulti vulnerabili attraverso le proprie competenze professionali (educative, mediche, psicologiche, canonistiche, giuridiche, pastorali e di comunicazione).

I servizi hanno come obiettivo principale quello di contribuire a diffondere una cultura della prevenzione, fornire strumenti di informazione, costruire programmi di formazione e realizzare protocolli operativi e procedurali. Possono supportare il Vescovo indicato a livello regionale nella gestione delle eventuali segnalazioni. L'efficacia del loro lavoro si misura sulla loro capacità di essere presenti sul territorio in modo puntuale e competente, capaci d'intercettare domande inesprese e bisogni nascosti, in sintonia d'azione e d'intenti con il Vescovo designato e con gli organismi nazionali.

Anche i referenti diocesani per la tutela dei minori operano a supporto del loro Vescovo, nell'esercizio del suo ministero, per quanto attiene alla tutela dei minori e degli adulti vulnerabili attraverso le loro competenze professionali (educative, mediche, psicologiche, canonistiche, giuridiche, pastorali e di comunicazione). I referenti diocesani potranno essere affiancati e supportati da una équipe di esperti, laici o chierici, approvati e nominati dal Vescovo che, insieme a loro, costituiranno l'équipe diocesana per la tutela dei minori e delle persone vulnerabili.

È compito dei referenti, aiutati dalle équipes di collaboratori esperti: collaborare strettamente con il Vescovo diocesano nell'adempimento delle sue responsabilità pastorali in materia di tutela dei minori e degli adulti vulnerabili; far da riferimento locale al SRTM/SITM, del quale è membro di diritto; proporre iniziative

per sensibilizzare il clero, gli organismi di partecipazione e gli uffici pastorali diocesani sotto il profilo della tutela dei minori e per formare gli operatori pastorali; assistere e consigliare il Vescovo collaborando, se richiesto, nell'ascolto e nell'accompagnamento delle vittime e nella gestione delle segnalazioni di abusi. (CEI e CISM, 2019)

Infine, il Servizio Nazionale per la Tutela dei Minori appronterà un sistema di verifica circa l'osservanza regionale e diocesana di queste linee guida e ne valuterà la efficacia.

Ogni anno, la Conferenza Episcopale regionale valuterà quanto fatto in ogni diocesi per favorire e implementare la tutela dei minori e la prevenzione degli abusi. All'incontro sarà opportuna la presenza anche dei coordinatori dei Servizi Regionali o Interdiocesani per la Tutela dei Minori.

Al Servizio Nazionale per la Tutela dei Minori compete la cura della stesura e della pubblicazione degli strumenti applicativi delle linee guida stesse. Ulteriori strumenti applicativi delle linee guida dovranno comunque essere approvati dal Consiglio Permanente della CEI. La revisione delle linee guida sarà sempre di competenza dell'Assemblea Generale dei Vescovi.

2.4 Codice 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) risulta 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 dell'istituzione della famiglia dentro la quale il minore trova il riconoscimento di una sua identità giuridica, che è funzionale e subordinata a essa. 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 nel quadro dei delitti contro la famiglia, oggi, alla luce del dettato costituzionale, sarebbe molto più corretto includerli tra i delitti contro la persona.

Va rilevato che la normativa penale che riguarda la tutela del minore, oltre a essere rappresentata da diverse fattispecie di reato che trovano all'interno del

codice una loro collazione frammentaria, disorganica e non unitaria, ha subito nel corso degli anni modifiche sostanziali che trovano corrispondenza in una evoluzione storico-sociale della famiglia e dei rapporti tra i suoi componenti. Verranno di seguito prese in esame alcune delle fattispecie più significative che riguardano il minore e la sua tutela.

2.4.1 Art. 571 del codice penale

Abuso dei mezzi di correzione

Chiunque abusa dei mezzi di correzione o di disciplina in danno di una persona sottoposta alla sua autorità, o a lui affidata per ragione di educazione, istruzione, cura vigilanza o custodia ovvero per l'esercizio di una professione o di un'arte, è punito, se dal fatto deriva il pericolo di una malattia nel corpo o nella mente, con la reclusione fino a sei mesi.

Se dal fatto deriva una lesione personale, si applicano le pene stabilite negli articoli 582 e 583, ridotte fino a un terzo; se ne deriva la morte, si applica la reclusione da tre a otto anni.

Le argomentazioni che inducono oggi, alla luce degli attuali criteri educativi e pedagogici, a mantenere valido l'art. 570 c.p., ritenuto dai più anacronistico (Uccella, 1984), trovano il loro fondamento in particolare nell'art. 30 della Costituzione in cui, si sancisce il "diritto-dovere" dei genitori di educare e istruire i figli.

È indubbio che tale normativa possa sembrare superata rispetto a una società fondata sul rispetto della pariteticità dei diritti della persona e su principi internazionali e nazionali che pongono il minore come individuo titolare di diritti e non come oggetto subordinato alla volontà di chi esercita su di lui un potere univoco. In questo caso il bene tutelato è l'incolumità fisica del minore che può essere legittimamente destinatario, in virtù degli obiettivi educativi e pedagogici, di mezzi di correzione anche di tipo fisico.

L'art. 571 c.p. nella sua attuale formulazione «Chiunque abusa dei mezzi di correzione [...]» consente implicitamente, di fatto, l'uso di mezzi di correzione e, quindi, di un comportamento punitivo con finalità educative 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 quindi, in virtù del loro ruolo, esercitare quello che un tempo era definito un

giusto *ius corrigendi*. Questa impostazione si rifà a un modello pedagogico che elevava il gesto violento (punizione e castigo) a sistema educativo e correttivo.

Tale norma, purtroppo, risulta intrisa di un retaggio culturale che collide con quanto affermato nella “Convenzione internazionale sui diritti dell’infanzia” (New York, 1989), in cui viene espressamente affermato il principio della illiceità dell’uso della violenza anche se finalizzato a scopi correttivi e/o educativi. Vale la pena sottolineare che le lesioni prodotte dalla violenza fisica o morale perpetrata nei confronti di minori in ambito intra o extrafamiliare con finalità pedagogico-educative vengono punite, alla luce dell’art. 571 c.p., con pene meno severe se l’autore del reato dimostra di essersi servito della violenza al solo scopo di correggere o educare minore.

Se non esistesse l’art. 571 del c.p. sarebbe lecito applicare i vari articoli previsti dal codice penale stesso in merito a percosse, lesioni personali, omicidio; le pene sarebbero comunque 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, né di indagare sull’idoneità dei mezzi correttivi: ancora oggi infatti si distingue tra mezzi disciplinari che, per natura e potenzialità lesiva, vengono 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), tenendo sempre presente che anche una violenza minima che perdura nel tempo ma che non provochi, allo stato attuale, un pericolo di malattia fisica o mentale, potrebbe comunque costituire un grande danno per una maturazione equilibrata del minore.

2.4.2 Art. 572 del codice penale

Maltrattamenti contro familiari e conviventi

Chiunque, fuori dei casi indicati nell’articolo precedente, maltratta una persona della famiglia o comunque convivente, o una persona sottoposta alla sua autorità o a lui affidata per ragioni di educazione, istruzione, cura, vigilanza o custodia, o per l’esercizio di una professione o di un’arte, è punito con la reclusione da tre a sette anni.

La pena è aumentata fino alla metà se il fatto è commesso in presenza o in danno di persona minore, di donna in stato di gravidanza o di persona con disabilità come definita ai sensi dell’articolo 3 della legge 5 febbraio 1992, n. 104, ovvero se il fatto è commesso con armi.

Se dal fatto deriva una lesione personale grave, si applica la reclusione da quattro a nove anni; se ne deriva una lesione gravissima, la reclusione da sette a quindici anni; se ne deriva la morte, la reclusione da dodici a ventiquattro anni.

Il minore di anni diciotto che assiste ai maltrattamenti di cui al presente articolo si considera persona offesa dal reato.

Se inizialmente (1930) il bene giuridico da preservare con questa norma era l'istituzione famiglia intesa nella sua dimensione patriarcale e autoritaria, successivamente la stessa ha assunto un valore di tutela nei confronti del singolo individuo. Si sposta così il punto focale di attenzione da una dimensione compatta, strutturata gerarchicamente e governata autoritariamente dal *pater familias*, a una "società naturale" di individui uniti da un vincolo di affetto, di paritetica solidarietà e assistenza il cui interesse è volto alla tutela, al benessere e all'incolumità psico-fisica di ciascun componente.

Il bene giuridico garantito dalla norma è quello di tutelare ciascun componente familiare poiché spesso il minore, anziché trovare all'interno della famiglia un ambiente protettivo, luogo in cui sviluppare la propria personalità e le proprie attitudini, si trova nelle condizioni di subire condotte vessatorie e prevaricatrici sia a livello fisico che morale, atti lesivi dell'integrità fisica o atti di sopraffazione sistematica tale da rendere particolarmente dolorosa la convivenza (Cass. pen., sez. III, 16 maggio 2007, n. 22850).

Il maltrattante vuole avvilito e sopraffare la vittima in modo abituale attraverso azioni prevaricanti e reiterate di violenza fisica o psicologica.

L'elevata frequenza e la grande diffusione che questo reato purtroppo ha avuto, associate a una maggiore sensibilità sociale hanno indotto il legislatore a estenderne l'ambito di applicazione nei confronti del convivente e dei figli nati al di fuori di un rapporto coniugale (l. 172/2012).

Da ultimo, l'introduzione della legge n. 69 del 19 luglio 2019, oltre ad avere inasprito ulteriormente le pene per diverse fattispecie di reato, ha accelerato l'avvio del procedimento penale per i delitti di violenza domestica e di genere, prevedendo inoltre l'obbligo a carico del Pubblico Ministero di assumere informazioni dalla persona offesa, entro giorni tre dall'iscrizione della notizia di reato, salvo che sussistano imprescindibili esigenze di tutela dei minori di anni 18.

L'attenzione posta dal legislatore nei confronti della tutela dei minori vittime di violenza assistita, ha permesso di reprimere maggiormente quelle condotte violente che, seppur non agite direttamente nei confronti del minore, sono da lui «condivise o convissute» attraverso le minacce e le sofferenze a cui il genitore maltrattato è esposto. La l. 69/2019, quindi, considera i minori vittime di vio-

lenza assistita persone offese, avendo “convissuto” e “condiviso”, e quindi interiorizzato, la violenza diretta al genitore, attraverso le minacce e le sofferenze, di cui il genitore stesso è stato vittima.

2.4.3 Altri reati contro i minori

Art. 570 c.p. Violazione di obblighi di assistenza familiare nei confronti del minore

Chiunque, abbandonando il domicilio domestico, o comunque serbando una condotta contraria all'ordine o alla morale delle famiglie, si sottrae agli obblighi di assistenza inerenti alla responsabilità genitoriale, [alla tutela legale] o alla qualità di coniuge, è punito con la reclusione fino a un anno o con la multa da euro 103 a euro 1.032.

Le dette pene si applicano congiuntamente a chi:

- 1) malversa o dilapida i beni del figlio minore o del pupillo o del coniuge;
- 2) fa mancare i mezzi di sussistenza ai discendenti di età minore, ovvero inabili al lavoro, agli ascendenti o al coniuge, il quale non sia legalmente separato per sua colpa.

Il delitto è punibile a querela della persona offesa salvo nei casi previsti dal numero 1 e, quando il reato è commesso nei confronti dei minori, dal numero 2 del precedente comma.

Le disposizioni di questo articolo non si applicano se il fatto è preveduto come più grave reato da un'altra disposizione di legge.

Questo articolo di legge prende in considerazione tre diverse condotte delittuose:

- **l'abbandono del domicilio domestico** o l'assunzione di altra condotta contraria all'ordine e alla morale delle famiglie, condotte che determinano la violazione dell'obbligo di assistenza inerente alla responsabilità dei genitori o alla qualità di coniuge;
- **la malversazione o dilapidazione di beni** del figlio minore o del coniuge da parte del genitore o dell'altro coniuge;
- **la mancata somministrazione dei mezzi di sussistenza** a discendenti minorenni, inabili al lavoro, agli ascendenti ovvero al coniuge.

Questi comportamenti, pur essendo tra loro indipendenti, hanno quale comune denominatore l'esigenza di tutelare l'interesse di un soggetto che ha la necessità di essere assistito e accudito dai propri familiari, sia sotto il profilo economico, fisico, che dal punto di vista morale.

Se negli intendimenti del legislatore degli anni Trenta il bene tutelato era volto a preservare la saldezza economico-sociale e l'immagine della famiglia patriar-

cale, con l'introduzione delle norme costituzionali e in seguito alla riforma del diritto di famiglia l'oggetto di tutela si è rivolto verso i singoli individui e verso i rapporti e gli specifici interessi che fanno capo ai componenti della famiglia. Il bene giuridico tutelato da questa disposizione consiste infatti nella tutela delle esigenze economiche di ciascun familiare, nell'ambito delle relazioni reciproche tra i componenti del nucleo stesso, siano essi coniugi, genitori o figli (Fierro Cenderelli, 2007).

Art. 574 c.p. Sottrazioni di minorenni e di persone incapaci

Chiunque sottrae un minore degli anni quattordici o un infermo di mente al genitore esercente la responsabilità genitoriale, al tutore, o al curatore, o a chi ne abbia la vigilanza o la custodia, ovvero lo ritiene contro la volontà dei medesimi, è punito a querela del genitore esercente la responsabilità genitoriale, del tutore o del curatore, con la reclusione da uno a tre anni.

Alla stessa pena soggiace, a querela delle stesse persone, chi sottrae o ritiene un minore che abbia compiuto gli anni 14 senza il consenso di esso per fine diverso da quello di libidine o di matrimonio.

Si applicano le disposizioni degli articoli 525 e 544.

Il bene giuridico tutelato dalla norma è stato oggetto di diverse disquisizioni dottrinali. In particolare, la dottrina più risalente ha individuato il bene giuridico nella famiglia intesa quale istituzione all'interno della quale vengono esercitati i poteri genitoriali di tutela nei confronti di soggetti deboli, mentre teorie più recenti e maggiormente condivise dalla letteratura, ritengono che il bene giuridico sia rappresentato dall'esercizio della responsabilità genitoriale. La giurisprudenza più recente, anche a seguito dell'evoluzione sociale relativa alle relazioni intrafamiliari di tutela nei confronti dei minori, si è espressa nel ritenere che si tratti di delitto plurioffensivo che pregiudica i diritti dei minori o dei soggetti incapaci, affiancandosi ai diritti di chi ne esercita la responsabilità.

2.5 Violenza sessuale

In tema di violenza sessuale il 15 febbraio 1996, dopo 19 anni di discussioni parlamentari di proposte di legge, di grandi mobilitazioni locali e nazionali da parte del movimento delle donne, viene varata in Italia la nuova legge contro la violenza sessuale in cui è sancito che il reato di violenza sessuale è un reato

contro la persona e non più contro la moralità pubblica, come precedentemente affermato dal dettato del codice Rocco. Inoltre 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, minaccia oppure, “semplicemente”, facendo leva sull’autorità.

Si è trattato di una svolta filosofica e giuridica davvero epocale poiché la violenza sessuale, da delitto contro la «moralità pubblica e il buon costume» (come precedentemente disciplinato nel codice Rocco), è divenuta un delitto contro la libertà sessuale inteso come delitto contro la persona.

La legge n. 19/1996 contro la violenza sessuale se, da un lato, rappresenta un sicuro riconoscimento alla richiesta del movimento delle donne nazionale di giudicare la violenza sessuale come un reato contro la persona, dall’altro costituisce l’adeguamento della legislazione italiana a quanto stabilito dalla Convenzione ONU sui diritti dell’infanzia (artt. 19 e 39) rispetto alle misure e alle azioni previste per agire una tutela dei minori da ogni forma di abuso.

Va precisato, infatti, che, seppur antecedentemente alla introduzione della legge n. 66/1996, le aggressioni sessuali agite sugli adulti e minori erano comunque fattispecie illecite disciplinate e sanzionate dal legislatore con il reato di atti di libidine e congiunzione carnale, con l’introduzione della nuova legge il legislatore amplia le condotte illecite, ponendo maggiore attenzione alla tutela della persona vittima di violenza.

L’introduzione, all’interno del codice penale, di un richiamo espresso e specifico alla protezione dei minori fu esplicitamente richiesto all’Italia da parte del Comitato ONU sui diritti dell’infanzia, organismo di controllo e di monitoraggio sullo stato di attuazione della Convenzione (costituito in base a quanto disciplinato dall’art. 43). Infatti, a seguito della valutazione sul primo rapporto italiano riguardo alle misure adottate per dare applicazione alla Convenzione stessa (1994), il Comitato ONU formulò osservazioni e raccomandazioni nei confronti del governo italiano affinché nel nostro codice penale venissero previsti articoli che fornissero adeguata protezione ai minori in merito al maltrattamento fisico, alla violenza sessuale e alla violenza all’interno della famiglia; l’Italia, inoltre, è stata redarguita per la carenza di misure appropriate in merito a un ascolto competente ed efficace del bambino e per l’insufficiente numero di risorse e servizi adatti al recupero psico-fisico dei minori vittime di maltrattamento e abuso.

Le disposizioni della legge n. 66/1996 tentano di difendere ogni persona, a prescindere dal sesso e dall’età, da illecite invasioni nella propria sfera di liber-

tà sessuale. 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 realizzati anche con la legge n. 269 del 3 agosto 1998, "Norme contro lo sfruttamento della prostituzione, della pornografia, del turismo sessuale in danno di minori, quali nuove forme di riduzione in schiavitù".

2.5.1 La legge n. 66/1996: "Norme contro la violenza sessuale"

L'articolo 609-bis della legge 66/1996 definisce la violenza sessuale come l'azione di chi con violenza o minaccia o abuso di autorità costringe taluno a compiere o a subire atti sessuali; il reato prevede anche la possibilità di condotte induttive in cui l'autore abusa delle condizioni di inferiorità, fisica o psichica, della persona offesa o la trae in inganno sostituendosi ad altra persona.

Se nella formulazione precedente esisteva una distinzione giuridica tra «atti di libidine violenta» (intesi come atti sessuali violenti diversi dalla congiunzione carnale) e «violenza carnale», con la legge 66/1996 tale distinzione è stata annullata e, con questa nuova formulazione, vengono a cadere indagini, spesso umilianti e degradanti per la vittima, volte a stabilire quanto l'autore del reato si fosse spinto nella penetrazione. La nuova categoria di atti sessuali quindi comprende le due ipotesi, unificate in un'unica fattispecie criminosa.

Il bene giuridico protetto non è più la moralità pubblica bensì la libertà individuale di ciascuno, affermando che la violenza sessuale lede, a prescindere dalla morale collettiva e dal sentimento comune, una sfera riguardante la persona nella sua specificità, non misurabile in pezzetti di corpo o per modalità di aggressione. La formulazione di questa normativa riconosce, anche giuridicamente e per la prima volta, il diritto di gestire in maniera autodeterminata e nella massima libertà la propria sessualità.

La legge n. 66/1996 individua quattro figure criminose di violenza sessuale in senso ampio – la violenza sessuale propriamente detta (art. 609-bis), gli atti sessuali con minorenni (art. 609-*quater*), la corruzione di minorenni (art. 609-*quinquies*) e la violenza sessuale di gruppo (art. 609-*octies*) – con l'intento, da parte del legislatore, di attribuire grande importanza alla partecipazione attiva e passiva agli atti di violenza sessuale di gruppo e di prestare una diversa attenzione alla gravità e alla delicatezza delle problematiche che emergono ogni qualvolta il reato di violenza sessuale coinvolga dei minori. La riforma introduce poi una serie di aggravanti specifiche del reato di violenza sessuale (art. 609-*ter*),

in particolare relative alla minore età del soggetto passivo. Vengono inasprite le pene, il reato è procedibile a querela di parte entro 12 mesi dal fatto ma, una volta presentata, la querela diventa irrevocabile e, all'interno della legge stessa, sono previste alcune procedibilità d'ufficio.

A oggi, comunque, tutti i reati sessuali commessi nei confronti di minori prevedono la procedibilità d'ufficio.

2.5.2 La violenza sessuale e gli atti sessuali con minorenni

L'art. 609-*bis* sulla violenza sessuale recita:

Chiunque, con violenza o minaccia o mediante abuso di autorità, costringe taluno a compiere o subire atti sessuali è punito con la reclusione da sei a dodici anni.

Alla stessa pena soggiace chi induce taluno a compiere o subire atti sessuali:

- 1) abusando delle condizioni di inferiorità fisica o psichica della persona offesa al momento del fatto;
- 2) traendo in inganno la persona offesa per essersi il colpevole sostituito ad altra persona.

Nei casi di minore gravità la pena è diminuita in misura non eccedente i due terzi.

Ma è con il 609-*ter* che la norma pone una particolare attenzione e tutela nei confronti dei minori. Infatti in questo articolo sono previste alcune circostanze aggravanti specifiche, accomunate tutte dal fatto che aumentano il disvalore sociale della condotta lesiva della libertà sessuale della vittima. In particolare le caratteristiche del minore, in quanto persona offesa, acuiscono la gravità della condotta criminosa. È importante precisare che oggi la pena prevista per il delitto è stata aumentata nella misura compresa tra sei e dodici anni di reclusione dalla l. n. 68/2019, "Modifiche al codice penale, al codice di procedura penale e altre disposizioni in materia di tutela delle vittime di violenza domestica e di genere". Nel caso di vittima minorenni il reato risulta aggravato e dunque sanzionato più severamente dall'art. 609-*ter*.

In merito all'aggravante di cui al comma 1, ritengo importante citare la sentenza della Corte di Cassazione penale n. 11243/2010 che vede responsabile il genitore che, pur consapevole delle violenze sessuali patite dalla figlia minorenni a opera del coniuge, non ha denunciato il marito: «il genitore esercente la potestà sulla figlia minore vittima di abusi sessuali commessi dal coniuge risponde del reato se, venuto a conoscenza di detti abusi, ove omette un intervento diretto a impedire l'evento» (Cass. pen., sez. III, n. 11243/2010).

Nella fattispecie, si trattava di abusi sessuali commessi dal padre ai danni della figlia minore e personalmente constatati dalla madre; la Corte ha affermato che l'obbligo di intervento e di protezione della figlia imponeva a quest'ultima di denunciare il marito.

Art. 609-quater c.p. Atti sessuali con minorenne

Soggiace alla pena stabilita dall'articolo 609-*bis* chiunque, al di fuori delle ipotesi previste in detto articolo, compie atti sessuali con persona che, al momento del fatto:

- 1) non ha compiuto gli anni quattordici;
- 2) non ha compiuto gli anni sedici, quando il colpevole sia l'ascendente, il genitore anche adottivo, o il di lui convivente, il tutore, ovvero altra persona cui, per ragioni di cura, di educazione, di istruzione, di vigilanza o di custodia, il minore è affidato e che abbia, con quest'ultimo, una relazione di convivenza.

Fuori dei casi previsti dall'articolo 609-*bis*, l'ascendente, il genitore, anche adottivo, o il di lui convivente, il tutore, ovvero altra persona cui, per ragioni di cura, di educazione, di istruzione, di vigilanza o di custodia, il minore è affidato, o che abbia con quest'ultimo una relazione di convivenza, che, con l'abuso dei poteri connessi alla sua posizione, compie atti sessuali con persona minore che ha compiuto gli anni sedici, è punito con la reclusione da tre a sei anni.

La pena è aumentata se il compimento degli atti sessuali con il minore che non abbia compiuto gli anni quattordici avviene in cambio di denaro o di qualsiasi altra utilità, anche solo promessi.

Non è punibile il minorenne che, al di fuori delle ipotesi previste nell'articolo 609-*bis*, compie atti sessuali con un minorenne che abbia compiuto gli anni tredici, se la differenza di età tra i soggetti non è superiore a quattro anni.

Nei casi di minore gravità la pena è diminuita in misura non eccedente i due terzi.

Si applica la pena di cui all'articolo 609-*ter*, secondo comma, se la persona offesa non ha compiuto gli anni dieci.

L'art. 609-*quater* è volto a tutelare l'integrità fisico-psichica del minore nella prospettiva di un corretto sviluppo della propria sessualità.

All'interno di questa legge troviamo sicuramente una grande attenzione sia alla tutela del minore come persona, che alla tutela della sua sessualità; infatti la legge stessa ha previsto di considerare all'interno del suo articolato l'età del minore come aggravante specifica (modulando differenti aggravati di pena in

considerazione dell'età stessa) e di tutelare la sessualità tra giovani consenzienti, permettendo le effusioni compiute fra adolescenti, purché consensuali, rendendole lecite 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 quattro anni.

Resta comunque il fatto che, fino a quattordici anni, di regola, il minore non può validamente acconsentire al compimento di atti sessuali (art. 609-*quater* n. 1 c.p.): infatti il compimento, senza violenza, né minaccia, né abuso di autorità di tali atti nei confronti di un soggetto che non abbia raggiunto questo limite di età è equiparato a tutti gli effetti a una violenza sessuale (art. 609-*bis* c.p.).

Il limite minimo dei quattordici anni fissato dal legislatore presuppone che prima di questa età il minore non può essere maturo e consapevole nel compiere un atto sessuale con persona che ha una differenza di età superiore di quattro anni, potendo avvertire in maniera traumatica tale esperienza. Si è voluto così tutelare l'invulnerabilità sessuale del minore in quanto considerato dall'ordinamento soggetto ancora non capace di manifestare un valido consenso all'atto sessuale.

2.5.3 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., così modificato dalla legge n. 172 del 2012 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.

È previsto dalla legge 66/1996 prima e dalla legge 296/1998 poi il divieto di divulgazione dei dati personali del minore (art. 734-*bis*) a tutela del suo diritto alla riservatezza, come diritto della persona a non subire interferenze nella propria intimità, immagine, cultura, domicilio, in generale della sfera della vita personale in tutte le sue manifestazioni. In merito a dibattimenti relativi agli articoli 600, 600-*bis*, 600-*ter*, 600-*quinquies*, 601, 602, 609-*bis*, 609-*ter*, e 609-*octies*, quando la parte offesa è minore, si procede sempre a porte chiuse. In tali procedimenti non sono ammesse domande sulla vita privata o sulla sessualità della persona offesa se non sono necessarie alla ricostruzione del fatto.

2.6 La legge n. 269/1998: “Norme contro lo sfruttamento della prostituzione, della pornografia, del turismo sessuale in danno dei minori, quali nuove forme di riduzione in schiavitù”

Con la legge n. 269/1998 sono state introdotte le incriminazioni corrispondenti ai nuovi sviluppi dell'attività criminale relativa allo sfruttamento sessuale dei minori, della pedopornografia e del turismo sessuale in danno di minori, in questi ultimi decenni vera e propria piaga dilagante.

Un nuovo gruppo di norme incriminatrici viene così inserito nel codice penale (artt. 600-*bis* e ss.), rendendo perseguibili reati quali l'induzione e lo sfruttamento della prostituzione del minore di 18 anni, la pornografia minorile anche quando il fine è quello di realizzare esibizioni pornografiche o di produrre materiale pornografico, la detenzione, la distribuzione o la divulgazione (anche per via telematica) di tale materiale, il turismo sessuale e la tratta di minori al fine di prostituzione, le informazioni finalizzate all'adescamento o allo sfruttamento di minori e la prostituzione minorile a scopo di turismo sessuale, il tutto con finalità lucrative.

La legge n. 296/1998 sanziona la cosiddetta «mercificazione professionalmente organizzata del sesso minorile», avendo particolare attenzione sia alle prestazioni sessuali vere e proprie, sia alla creazione, conservazione, trasmissione, riproduzione di suoni o immagini a contenuto erotico con soggetti minori.

Le nuove fattispecie di reato non incriminano gli atti sessuali compiuti con violenza o minaccia come nella legge n. 19/1996 (anche se è possibile e verosimile che violenza e minaccia siano presenti all'interno dello sfruttamento della prostituzione, della pornografia e del turismo sessuale in danno di minori), ma lo sfruttamento della prostituzione e della pornografia minorili, oltre a essere di per sé atti caratterizzati da profondo disvalore sociale e morale, costituiscono soprattutto una grave lesione alla personalità individuale del minore stesso che, a causa dell'età, non può essere completamente in grado di autodeterminare la propria condotta e diventa oggetto di piacere di un adulto.

Ho usato la dizione “oggetto di piacere” perché la legge n. 269/1998 ha inserito tali condotte in una definizione davvero particolare: «riduzione in schiavitù di minori» immaginando questi minori costretti in attività sessuali, resi schiavi e sottomessi al piacere e alle perversioni dell'adulto con finalità economica; la sua collocazione è tra i «reati contro la personalità individuale», in quanto sono considerate condotte criminali che compromettono la libera determinazione della “personalità individuale” del minore in crescita. Ecco quindi che la legge mostra di considerare, come bene giuridico leso dalle nuove fattispecie di reato, lo svi-

luppo della personalità del minore inteso come sua libera autodeterminazione, piuttosto che come cosciente esplicazione della libertà personale.

Ecco allora che vengono tutelati l'intangibilità sessuale, la dignità della persona (il minore non può essere ridotto a mero strumento sessuale), la personalità individuale (lo sfruttamento sessuale del minore comporta un pregiudizio globale per la sua personalità) e la libertà sessuale del minore ultraquattordicenne (infatti secondo la legge la prostituzione non può mai costituire una scelta libera, consapevole e spontanea).

In Italia la prostituzione minorile presenta profili complessi e articolati che risultano dalla molteplicità delle tipologie con cui si manifesta il fenomeno; è possibile affrontarne le problematiche e trovare soluzioni solo facendo rete e attuando interventi congiunti e integrati che vedano mondo investigativo, giudiziario, educativo, socio-sanitario e del terzo settore impegnati insieme nell'affrontare questa piaga.

Ci sono minori extracomunitari non accompagnati vittime della tratta, ci sono preadolescenti e adolescenti italiani e stranieri in cui le famiglie d'origine (silenziose e conniventi) vivono in contesti di degrado e assoluta povertà, infine abbiamo minori, per lo più giovani adolescenti, provenienti da situazioni familiari agiate di medio o elevato livello socio-economico, che vengono irretiti nei circuiti della prostituzione. Se nei primi due casi i piccoli schiavi sessuali si trovano inseriti nel circuito della prostituzione minorile sulla spinta della disperazione e della mancanza di alternative, spesso in assenza di beni di prima necessità quali cibo casa e vestiti, nel terzo caso abbiamo giovani adolescenti che entrano nei circuiti della prostituzione minorile forti della convinzione di assumere un potere economico, non consapevoli di tutto ciò che tali comportamenti avranno come ricaduta su di loro e sul loro futuro.

2.7 Legge n. 172 del 1° ottobre 2012

La nuova legge del 1° ottobre 2012, n. 172, oltre a dare piena e intera esecuzione alla Convenzione stipulata a Lanzarote il 25 ottobre 2007 (art. 2, l. n. 172/2012) tra le disposizioni di «adeguamento dell'ordinamento interno», ha effettuato alcune importanti modifiche al codice penale volte a rafforzare la libertà sessuale del minore e una sua maggiore tutela.

La normativa ha previsto il raddoppio dei termini di prescrizione per diverse fattispecie di reato e ha inasprito le sanzioni penali per reati già in vigore, pregiudizievoli della libertà, della crescita e dello sviluppo del minore quali il

reato di prostituzione minorile (con modifiche alle fattispecie di induzione o favoreggiamento della prostituzione minorile e di atti sessuali a pagamento con minore), di pornografia minorile (con la punizione di chi assiste a esibizioni o spettacoli pornografici e con l'introduzione di una nozione normativa di pornografia minorile), e di reati contro l'ordine pubblico (con l'introduzione delle nuove fattispecie di istigazione a delinquere e di associazione per delinquere aventi a oggetto reati contro la libertà sessuale dei minori). Inoltre la normativa, ha introdotto nuove fattispecie penali quali quella di «istigazione a pratiche di pedofilia e di pedo-pornografia» (art. 414-*bis* c.p.) e di «adescamento di minorenni» (art. 609-*undecies*).

Con il primo reato si sanziona la condotta di chi, con qualsiasi mezzo o qualsiasi espressione, pubblicamente istiga o fa apologia a pratiche di pedofilia o di pedopornografia. Con il secondo reato, il cosiddetto “grooming”, il legislatore ha voluto anticipare la repressione e sanzionare quelle condotte perpetrate con violazione della fiducia che naturalmente un minore ripone nell'adulto, prodromiche ai primi contatti nei confronti di minori, finalizzate a compiere atti di pedofilia, anticipando così la tutela penale della sfera sessuale del minore. Ai fini della configurabilità di tale fattispecie illecita, non è necessario che l'autore del reato sia riuscito effettivamente a carpire la fiducia del minore, ma è sufficiente che abbia agito con questa intenzione, perché il reato risulti consumato.

La legge n. 172/2012 ha introdotto la disposizione di cui all'art. 602-*quater* che, come previsto anche dall'art. 609-*sexies* per i delitti contro la libertà sessuale, sancisce l'irrelevanza dell'ignoranza dell'età della persona offesa per tutti i delitti contro la libertà personale, tranne che si tratti di ignoranza inevitabile. Con l'introduzione di tale fattispecie illecita, la inescusabilità dell'invocata ignoranza sulla età del minore è stata estesa fino al diciottesimo anno di età della persona offesa ed è stato posto a carico del soggetto attivo del reato l'onere di dimostrare l'inevitabilità dell'errore. Altra importante innovazione introdotta con la legge n. 172/2012 riguarda un nuovo istituto che si potrebbe denominare assunzione “assistita” di informazioni da persone minori.

Tale legge stabilisce che l'Autorità giudiziaria debba assumere la testimonianza di una vittima di minore età, in merito ad alcuni reati, avvalendosi dell'ausilio di professionisti qualificati che possono essere un esperto in psicologia o in neuropsichiatria infantile. I reati cui si fa riferimento previsti dal codice penale sono: prostituzione minorile (art. 600-*bis*), pornografia minorile (art. 600-*ter*), detenzione di materiale pornografico (art. 600-*quater*), pornografia virtuale (art. 600-*quater*.1) iniziative turistiche volte allo sfruttamento della prostituzione mi-

norile (art. 600-*quinqüies*), riduzione o mantenimento in schiavitù o in servitù (art. 600), tratta di persone (art. 601), acquisto e alienazione di schiavi (art. 602 c.p.), violenza sessuale (art. 609-*bis*), atti sessuali con minorenne (art. 609-*quater*), corruzione di minorenne (art. 609-*quinqüies*), violenza sessuale di gruppo (art. 609-*octies*), adescamento di minorenni (art. 609-*undecies*).

La presenza di professionisti qualificati dovrebbe assicurare la tutela e la protezione del minore, preservandolo dal rischio che l'incontro con l'Autorità giudiziaria avvenga in modo traumatico e possa produrre in lui una vittimizzazione secondaria; parimenti dovrebbe assicurare lo svolgimento di un corretto accertamento del fatto secondo i requisiti idonei a garantire la genuinità e l'attendibilità della prova.

Al fine di rendere concreto il perseguimento di entrambi gli obiettivi la psicologia giuridica, attraverso propri esperti ha introdotto regole di "best practices" sancite all'interno di protocolli quali la Carta di Noto e le linee guida nazionali inerenti "L'ascolto del minore testimone" (Roma, 6 novembre 2010), in cui vengono indicate dalla comunità scientifica, metodologie e tecniche di assunzione della testimonianza dirette a garantire la tutela dei diritti del minore e il rispetto dei principi costituzionali del giusto processo e degli strumenti del diritto internazionale.

2.8 Gli obblighi di comunicare all'autorità la *notitia criminis* da parte dei soggetti che rivestono funzioni o incarichi di natura pubblica

2.8.1 Omessa denuncia di reato da parte del pubblico ufficiale 361 c.p. e dell'incaricato di un pubblico servizio art. 362 c.p.

Art. 361 c.p.:

Il pubblico ufficiale, il quale omette o ritarda di denunciare all'Autorità giudiziaria, o ad un'altra Autorità che a quella abbia l'obbligo di riferirne, un reato di cui ha avuto notizia nell'esercizio o a causa delle sue funzioni, è punito con la multa da trenta euro a cinquecentosedici euro. La pena è della reclusione fino ad un anno, se il colpevole è un ufficiale o un agente di polizia giudiziaria, che ha avuto comunque notizia di un reato del quale doveva fare rapporto. Le disposizioni precedenti non si applicano se si tratta di delitto punibile a querela della persona offesa.

Art. 362 c.p.:

L'incaricato di un Pubblico servizio, che omette o ritarda di denunciare all'Autorità indicata nell'articolo precedente un reato del quale abbia avuto notizia nell'esercizio o a causa del servizio è punito con la multa fino a centotré euro. [...]

Tra i tanti doveri del sanitario sussiste la collaborazione ai fini di giustizia attraverso l'attività di informativa ed è un dovere senza finalità sanitarie. L'attività di informativa corrisponde ad atti con i quali il sanitario informa la pubblica autorità in merito a persone, fatti o notizie di cui è venuto a conoscenza nell'esercizio della professione di cui è obbligato per legge a riferire. Ovviamente si presuppone che il sanitario, che riveste il ruolo di pubblico ufficiale o incaricato di pubblico servizio, sia venuto a conoscenza di un fatto che costituisca un reato perseguibile d'ufficio e che ciò sia avvenuto nell'esercizio delle sue funzioni o in connessione con le stesse; in questo caso è obbligatorio denunciare per iscritto la notizia di reato appresa, ribadisco, nell'esercizio o a causa delle sue funzioni.

La qualifica del sanitario quale pubblico ufficiale o incaricato di un pubblico servizio, deve essere valutata in relazione alla tipologia del rapporto professionale esercitato dal professionista nel concreto, a prescindere dalla carica o dal ruolo ricoperto.

Va precisato che, per la denuncia, il legislatore non ha posto un termine temporale entro il quale il soggetto qualificato debba presentarla preferendo, con l'espressione «senza ritardo», porre a carico del pubblico ufficiale e dell'incaricato del pubblico servizio l'onere di attivarsi tempestivamente, senza ingiustificate dilazioni temporali tali da ostacolare l'immediato e tempestivo intervento dell'Autorità giudiziaria e l'accertamento del reato.

È importante sottolineare che sia il pubblico ufficiale che l'incaricato di un pubblico servizio non sono gravati dall'onere di valutare la fondatezza dell'ipotesi di reato. Si deve rilevare che essi incorrono nella fattispecie illecita anche qualora il ritardo nella presentazione della denuncia sia determinato dalla volontà di approfondire la fondatezza della notizia di reato (Cass. pen., n. 249902/2011).

2.8.2 Omissione di referto art. 365 c.p.

Chiunque, avendo nell'esercizio di una professione sanitaria prestato la propria assistenza od opera in casi che possono presentare i caratteri di un delitto per il quale si debba procedere d'ufficio, omette o ritarda di riferire all'autorità indicata nell'art. 361, è punito con la multa di euro 516.

Questa disposizione non si applica quando il referto esporrebbe la persona assistita a procedimento penale.

Accanto all'obbligo di denuncia posto a carico dei pubblici ufficiali e degli incaricati di un pubblico servizio, per i soggetti esercenti una professione sanitaria grava l'obbligo di referto se nell'esercizio della propria attività professionale abbiano personalmente constatato un reato avente i caratteri di un delitto procedibile d'ufficio. È una notizia di reato che potremmo definire "specializzata", perché l'obbligo del referto grava sulla persona che esercita una professione sanitaria; è l'atto con il quale il medico porta a conoscenza del Pubblico Ministero un fatto-reato in virtù dell'esercizio della sua professione e quindi delle sue competenze.

Il legislatore ha previsto che non sussiste obbligo di referto quando tale atto espone la persona assistita a procedimento penale. A eccezione dell'esonero di cui sopra, al sanitario incombe l'onere di referto in modo completo, non reticente e comprensivo di ipotesi di diagnosi e prognosi con obbligo di trasmissione dello stesso all'Autorità giudiziaria ai sensi dell'art. 334 c.p.p. entro le 48 ore, indipendentemente dal fatto che l'Autorità sia già stata tempestivamente informata del fatto.

Il sanitario deve avere effettivamente prestato la propria attività in un caso che può (non necessariamente deve) presentare i caratteri di un delitto perseguibile d'ufficio. La caratteristica della procedibilità d'ufficio può essere rapportata al concetto di gravità della lesione/patologia riscontrata quale conseguenza di un delitto secondo un giudizio prognostico che non necessariamente deve rivestire i caratteri di certezza assoluta. La valutazione del sanitario deve poi fondarsi non solo su ciò che emerge dalla valutazione clinica del paziente, dall'esame obiettivo e dagli accertamenti specialistici eseguiti, ma su ogni altra circostanza a lui conosciuta in merito agli accadimenti; è importante che il sanitario realizzi una valutazione complessiva di ogni elemento emerso nella raccolta dell'anamnesi e dei fatti circostanziali che, uniti alla visita e alla formulazione della prognosi, costituiranno gli elementi utili per poter valutare in concreto la sussistenza dell'obbligatorietà di fare un referto all'Autorità giudiziaria.

Sinteticamente il referto dovrà riportare alcuni elementi essenziali: i dati anagrafici del minore, da chi è stata richiesta la visita medica e per quale motivo è stata richiesta, da chi è accompagnato il minore, chi è presente alla visita, la durata della visita, il nominativo degli operatori sanitari presenti. Inoltre dovrà riportare l'anamnesi raccolta dal minore e separatamente raccolta dall'accompagnatore, l'esame obiettivo generale e il comportamento del bambino/a durante

la visita, specificando sia la presenza che l'assenza di segni riferibili a lesioni recenti o pregresse, gli accertamenti eseguiti o richiesti e la prognosi.

Nel caso in cui siano intervenuti più sanitari, come ad esempio una équipe medica, la legge prevede che ciascuno di essi debba essere tenuto al dovere di redigere il referto che potrà essere effettuato da ciascun operatore o da uno solo e sottoscritto da tutti.

2.8.3 Differenze tra referto e denuncia

Le caratteristiche che differenziano il referto e la denuncia possono essere così riassunte e schematizzate:

- sono obbligati al **referto** gli esercenti una professione sanitaria/sono tenuti alla **denuncia** tutti i medici che assumono la qualità di pubblico ufficiale o incaricato di pubblico servizio;
- il **referto** riguarda solo i delitti procedibili d'ufficio, la **denuncia** comprende ogni tipo di reato (delitto o contravvenzione) procedibile d'ufficio;
- devono fare **referto** tutti coloro che, esercenti una professione sanitaria, hanno prestato la loro assistenza od opera verso un paziente ravvisando i caratteri di un delitto perseguibile d'ufficio; devono fare **denuncia** i pubblici ufficiali e gli incaricati di pubblico servizio che, nell'esercizio o a causa delle loro funzioni o del loro servizio, hanno notizia di un reato perseguibile d'ufficio;
- il **referto** implica un giudizio tecnico di natura prognostica e diagnostica circa la natura delle lesioni, le cause, i mezzi di produzione, le conseguenze prognostiche in ordine alla guarigione. Se vi sia stato pericolo di vita e se sono prevedibili postumi permanenti, la **denuncia** si limita alla pura notifica della notizia di reato indicando ove possibile il reo, la vittima, eventuali testimoni ed elementi di prova raccolti;
- non vi è obbligo di **referto** qualora la persona assistita venga sottoposta a procedimento penale, la **denuncia** non prevede questa esimente;
- il **referto** deve pervenire all'Autorità giudiziaria entro 48 ore, la **denuncia** deve essere trasmessa senza alcun ritardo.

2.9 Le segnalazioni, provvedimento 403 c.c.

Ciascun soggetto, privato o pubblico, può procedere alla segnalazione al Tribunale per i minorenni del circondario ove si trova un minore che versa in uno stato di disagio, di abbandono morale e materiale tale da pregiudicarne la

crescita. Solitamente l'ente proposto a segnalare al Tribunale per i minorenni lo stato di pregiudizio del minore è il Servizio sociale territorialmente competente e cioè il Servizio sociale operativo nel territorio in cui il minore risiede o si trova fisicamente.

L'art. 403 del c.c. stabilisce che «Quando il minore è moralmente o materialmente abbandonato o è allevato in locali insalubri o pericolosi, oppure da persone per negligenza, immoralità, ignoranza, o per altri motivi incapaci di provvedere all'educazione di lui, 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».

Quindi, in caso di condizioni di grave pericolo per il minore, 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. Questo si attua solo a fronte di un grave pericolo per l'integrità fisica e psichica del minore. Infatti solo l'urgenza e la necessità di porre riparo a una situazione di grave rischio dello stesso lo può giustificare.

Non è un atto di giurisdizione, neanche volontaria; è un atto di amministrazione, cui promana. Avendo una natura essenzialmente operativa e di protezione, non richiede l'esplicitazione dettagliata dei motivi; deve tuttavia essere indicata la presenza concreta e reale di una situazione attuale di sofferenza e pregiudizio del minore. È però necessario, quando l'allontanamento del minore si contrappone alla volontà dei genitori, che i genitori stessi 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.

A operare è la pubblica autorità. In tale nozione rientra prioritariamente il sindaco del luogo in cui risiede il minore che si avvale di chi è deputato alla protezione dell'infanzia e cioè dei servizi sociali. La pubblica autorità deve comunque avvalersi sempre dei servizi sociali (a mezzo degli organi di protezione dell'infanzia). I servizi sociali dovranno farsi carico della collocazione in luogo sicuro del minore, in caso di grave pericolo per l'incolumità del minore o degli operatori stessi, se strettamente necessario per vincere la resistenza dei genitori, potranno avvalersi dell'ausilio della forza pubblica. La situazione di necessità che è alla base del provvedimento, oltre a costituirne il presupposto, ne chiarisce però anche i limiti. La collocazione in ambiente protetto potrà essere mantenuta solo per tempi brevissimi, quindi il tempo strettamente necessario che serve al Tribunale per i minorenni per decidere se convalidare o meno la scelta dell'art.

403. Se l'Autorità giudiziaria minorile non ne dovesse condividere la scelta operativa, potrebbe provvedere con altro disposto e l'art. 403 c.c. cesserebbe immediatamente di avere effetto.

In merito all'art. 403 c.c., è acclarato che l'intervento di protezione debba essere il più possibile circoscritto a situazioni di effettivo pericolo per l'integrità fisico-psichica del minore. La collocazione in ambiente protetto di un minore, utilizzando la formula dell'art. 403, indipendentemente dall'evidenza di effettivo grave pericolo per l'integrità fisica e psichica, non è assolutamente mai consentita. Se così non fosse verrebbero attribuiti al Servizio sociale una discrezionalità e un potere che non gli appartengono.

Quindi a fronte di un effettivo pericolo per l'integrità psico-fisica del minore in ambiente familiare, al di là del dovere d'informativa che rientra negli obblighi del servizio, ai fini dell'indagine civile e penale, è essenziale che gli assistenti sociali riferiscano immediatamente del provvedimento attuato per consentire al giudice minorile di dirimere il conflitto con i genitori. Il contatto immediato con l'Autorità giudiziaria permetterà anche di sostenere una progettualità più efficace e di avviare interventi socio-sanitari assistenziali coordinati dalla Procura minorile tra le diverse agenzie coinvolte a sostegno del minore.

Non esiste un limite temporale oltre il quale, nel silenzio dell'Autorità giudiziaria, l'efficacia dell'art. 403 c.c. possa decadere. Lo stato di necessità, infatti, perdura sino alla pronuncia/ratifica agita dal Tribunale per i minorenni o, per contro, a fronte di mutate condizioni migliorative certificate dal Servizio sociale stesso.

La giurisprudenza consolidata si è espressa nel rilevare che lo strumento di cui all'art. 403 c.c. debba costituire intervento di tipo eccezionale a tutela del minore in casi di urgenza e di evidente «abbandono morale e materiale» (trascuratezza, mancanza di cure essenziali, percosse, ambiente insalubre o pericoloso, ecc.) e in genere per situazioni di disagio minorile che siano palesi, o comunque di agevole e indiscutibile accertamento, al fine di adottare in via immediata i provvedimenti di tutela contingibili e urgenti che si appalesino necessari.

2.10 Il consenso informato dei genitori

La nostra Carta costituzionale nell'affermare il diritto alla salute di ciascun individuo, prevede che tale diritto debba essere esercitato in forma libera e autodeterminata. L'art. 32 della Costituzione recita che «Nessuno può essere obbligato ad un trattamento sanitario, se non per disposizione di legge».

Al fine di ottemperare tale principio costituzionale e contemperare il diritto alla salute con il diritto alla libertà di ciascun individuo ad assumere liberamente decisioni che riguardino la propria persona, diviene dunque necessario e fondamentale che l'individuo possa liberamente prestare il proprio consenso attraverso un processo informativo che consenta al medesimo di assumere consapevolmente scelte che riguardano atti di disposizioni del proprio corpo e della propria persona.

Va però rilevato che esistono delle condizioni nelle quali si prescinde dal consenso del paziente, esse sono: «Stato di necessità» (art. 54 c.p.) secondo il quale: «non è punibile chi ha commesso il fatto per esservi stato costretto dalla necessità di salvare sé od altri dal pericolo di un danno grave alla persona [...]»; condizioni previste dagli artt. 34 e 35 della legge 833/1978 sui Trattamenti Sanitari Obbligatorii. I TSO sono trattamenti che comprimono la libertà negativa dell'individuo, in quanto impongono un determinato trattamento sanitario. A eccezione di tali situazioni, il consenso del paziente assume un ruolo imprescindibile che deve precedere qualsivoglia intervento o trattamento sanitario.

Nel caso di consenso al trattamento sanitario a opera di un soggetto minore, la legge stabilisce, di prassi, che tale dovere spetta a entrambi i genitori che abbiano riconosciuto il proprio figlio e ciò a prescindere dallo stato di fatto e di diritto in cui la coppia genitoriale si trova. Ne consegue che il ruolo della genitorialità individua nella coppia genitoriale una responsabilità condivisa che viene da entrambi i genitori esercitata congiuntamente e in modo paritetico, assumendo irrilevanza il fatto che i genitori biologici siano uniti in matrimonio o conviventi o non siano più tra loro uniti da alcun tipo di legame. In particolare, in casi di assunzione di decisioni in favore del figlio minore di ordinaria amministrazione quali visite di controllo, medicinali che non esitino in piccoli interventi di tipo ambulatoriale o accertamenti diagnostici invasivi e pervasivi sulla salute del minore, la responsabilità genitoriale e in particolare l'assunzione di determinate scelte possono essere esercitate disgiuntamente da ciascun genitore, il quale potrà agire nella tutela del minore con implicito consenso da parte dell'altro genitore. Diversamente, in caso di atti di straordinaria amministrazione quali operazioni chirurgiche, o trattamenti continuativi e prolungati, sedute di psicoterapia, è necessario il consenso esplicito di entrambi i genitori e in caso di disaccordo, la decisione è rimessa al giudice del Tribunale per i minorenni.

Va però rilevato che nella prassi, anche a seguito dell'evoluzione sociale e dei rapporti familiari, il medico e l'operatore sanitario si trovano di fronte a casi in cui la distinzione su chi debba assumere decisioni sulla salute del minore, non appare sempre definita e chiara.

Nel caso in cui:

a) entrambi i genitori siano presenti e d'accordo: è necessario acquisire il consenso scritto di ambedue i genitori. Il consenso comune è sempre necessario in caso di genitori separati o divorziati o non conviventi, in base al principio che le decisioni di maggiore interesse per i figli relative all'istruzione, all'educazione e alla salute sono assunte di comune accordo (artt. 155, co. 3°, e 317 co. 2° c.c.);

b) manchi un genitore per lontananza o impedimento o sua incapacità – naturale o dichiarata con pronuncia di interdizione giudiziale – che renda impossibile l'esercizio della potestà per l'atto sanitario: è sufficiente l'acquisizione del consenso del solo genitore presente e capace (art. 317, co. 1° c.c.) e che il genitore presente dichiari formalmente, sotto la propria responsabilità, in forma scritta, la condizione di lontananza o impedimento dell'altro genitore; il modulo deve essere conservato insieme al modulo di consenso;

c) sussista disaccordo tra i genitori: l'art. 155 c.c. «provvedimenti riguardo ai figli» (come modificato dalla legge 54/2006) prevede che, anche in caso di separazione personale dei genitori, la responsabilità genitoriale è esercitata da entrambi e, in caso di disaccordo, la decisione è rimessa al giudice, quindi il medico non può procedere all'erogazione dell'atto sanitario, a meno che non ricorra lo stato di necessità (art. 54 c.p.);

d) sussista opposizione di entrambi i genitori: il medico, qualora valuti indispensabile l'atto sanitario per il minorenne, deve procedere a segnalazione alla Procura della Repubblica per i minorenni perché valuti la presentazione di ricorso al Tribunale per i minorenni per un provvedimento che precluda ai genitori l'esercizio della potestà, limitatamente a quello specifico atto sanitario, e autorizzi tale atto anche a prescindere dal loro consenso;

e) il minore sia in affidamento con sospensione da parte dei genitori dell'esercizio della responsabilità genitoriale: il medico può procedere all'atto sanitario ordinario con consenso degli affidatari. In tali situazioni è necessario che l'affidatario dichiari per iscritto la sua qualifica in relazione al minore. Per gli atti sanitari di straordinaria amministrazione, è necessario richiedere il consenso del tutore, se c'è, oppure ottenere un provvedimento del Tribunale per i minorenni;

f) minorenne straniero non accompagnato senza un tutore legale: in questa situazione – salvo i casi urgenti – occorre segnalare la situazione alla Procura della Repubblica per i minorenni che presenterà un ricorso per ottenere un provvedimento autorizzativo dal Tribunale per i minorenni. Si dovrà inoltre segnalare il caso al Giudice Tutelare per l'apertura di una tutela e la nomina di un tutore.

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

3.1 Premessa alla fase sperimentale

Negli ultimi decenni, le società scientifiche mediche e psicologiche hanno affrontato il problema della violenza sui minori (sia essa fisica, sessuale o della patologia delle cure) e, con una metodologia rigorosa, ne hanno approfondito gli effetti sullo sviluppo dei bambini e degli adolescenti e le modalità psicopatologiche che tale processo sviluppa.

Infatti ben sappiamo che qualsiasi forma di violenza, ma in particolare quella sessuale, costituisce sempre un attacco confusivo e destabilizzante alla personalità in formazione del bambino, provocando gravi conseguenze a breve, medio e lungo termine sul processo di crescita.

Prestare attenzione alle conseguenze che la violenza e il maltrattamento esercitano sulla vittima assume anche un valore preventivo visto che, come mostra la pratica clinica, il bambino maltrattato e/o abusato, spesso, in età adulta, potrebbe ripetere gli stessi gesti violenti e abusanti, trasformandosi da vittima a “carnefice”.

Pertanto, riconoscere precocemente i minori vittima di abuso e/o violenza e intervenire in modo adeguato permette di interrompere questa catena perversa evitando che le violenze si ripetano, anche ai danni di altri bambini, e consente di restituire alle vittime spazi di accoglimento, di ascolto e di elaborazione che rendano possibile il cambiamento dell'esperienza subita.

A questo processo di maggiore attenzione alla violenza sui minori e alle sue vittime ha concorso in modo efficace, negli ultimi anni, l'adozione di leggi e di norme procedurali che hanno favorito lo sviluppo di indagini e di procedure processuali “fortemente rispettose” della particolare condizione psicologica del minore, attraverso la sua audizione in sede processuale e in sede di incidente probatorio.

Allo stesso tempo, la legge ha disposto l'assunzione di specifiche responsabilità a carico degli operatori sanitari che devono adempiere ai loro compiti isti-

tuzionali nella consapevolezza di tali prescrizioni. Qualsiasi operatore che lavori nel mondo dell'infanzia non può ignorare questo fenomeno, purtroppo esteso, ed è chiamato a intercettarne precocemente i segnali: solo così sarà possibile creare una efficace rete in grado di proteggere i bambini e gli adolescenti dai fenomeni di violenza. Pertanto ciascun operatore, anche se non dotato di competenze specifiche, deve essere in grado di conoscere il percorso che, a partire dal sospetto di abuso, deve essere seguito fino all'intervento di protezione e di tutela nei confronti del bambino stesso.

Sospettare e riconoscere l'abuso non è sempre agevole, né di immediata comprensione ma soprattutto evoca, anche nel professionista più preparato, coinvolgimenti emotivi difficilmente governabili. Il fatto, poi, che a commettere abusi e violenze siano, nella maggior parte dei casi, persone legate al minore da vincoli affettivi o parentali, rende ancora più difficile il processo di svelamento e di protezione.

I minori, spesso in relazione di sudditanza affettiva e/o psicologica con l'abusante, non in grado di difendersi, sono vittime perfette: infatti, il loro sviluppo fisico, mentale, psicologico ed emozionale non permette loro di proteggersi "dalla violenza della violenza". Gli atti criminosi perpetrati ai loro danni sono difficilmente rilevabili in quanto si svolgono, abitualmente, in luoghi privati, protetti nel contesto di mura domestiche, dove si è uno di fronte all'altro e dove, di norma, non ci sono testimoni, forse solo complici. Nasce la lenta costruzione di un grande segreto che vincola abusante e vittima per lungo tempo.

I minori poi sono considerati meno credibili e meno competenti rispetto all'adulto abusante e spesso le famiglie *in primis* e le comunità poi, tendono a negare il problema: le persone non desiderano essere coinvolte o non vogliono che la pubblicità negativa si rifletta su di loro e sulla comunità stessa; non vanno poi ignorate le resistenze da parte degli operatori e dei professionisti dell'infanzia e dell'adolescenza nel prendere contatto mentalmente ed emotivamente con la violenza, soprattutto quella di tipo sessuale.

Pediatri, assistenti sociali, psicologi e, più in generale, tutti quegli operatori che per motivi di lavoro sono a contatto con l'infanzia possono essere coinvolti nello svelamento della violenza e tra questi alcuni, specificamente formati e specializzati, saranno chiamati ad approfondire in maniera clinica l'ipotesi di sospetto della violenza stessa.

Per rispondere in modo corretto e sempre più tutelante, tutti coloro che lavorano a contatto con l'infanzia devono conoscere le espressioni cliniche del maltrattamento e dell'abuso, i segnali di riconoscimento, gli indicatori comportamentali, i fattori di rischio ambientale e sociale, devono sapersi orientare nelle

procedure da adottare, devono essere a conoscenza delle risorse istituzionali e specialistiche a cui rivolgersi, con l'obiettivo di assicurare al bambino, al ragazzo, all'adolescente, il più precocemente possibile, il riconoscimento dell'abuso e la messa in atto di tutti quegli interventi di tutela a lui necessari.

È fondamentale tener sempre presente che ogni svelamento non dovrà mai e poi mai essere indotto, manipolato, suggerito, forzato, suggestionato, plagiato, impressionato ma solo ed esclusivamente ascoltato e intercettato con attenzione e delicatezza, insomma ciascun professionista deve utilizzare il proprio saper fare con competenza e professionalità, dedicandosi a un ascolto competente e corretto dello svelamento del minore. Solo così facendo, l'ascolto e il fare del professionista non saranno una volta di più abusanti e traumatizzanti per la piccola vittima.

Di tutte le forme di violenza quella sessuale poi, per le modalità di rivelazione, per i lunghi tempi che spesso intercorrono tra l'evento abusante e il suo svelamento, per le devastanti implicazioni che si riverberano sull'intero nucleo familiare della vittima e per le molteplici difficoltà nel formulare una diagnosi corretta, richiede necessariamente conoscenze tecnicamente avanzate e competenze relazionali umanizzanti. Occorre conoscere gli obiettivi delle azioni che si stanno compiendo: se da un lato la valutazione strettamente clinica indica tempi e modi in cui eseguire gli accertamenti, dall'altro il minore vittima di violenza ha tempi di relazione e di svelamento intrinsecamente legati alla sua sofferenza interiore e spesso, troppo spesso, questi tempi non coincidono gli uni con gli altri.

Ancora oggi, a fronte di violenze sessuali intrafamiliari, molti componenti del nucleo interessato tendono a schierarsi emotivamente con l'aggressore, cercando di minimizzare la portata delle rivelazioni della vittima e a screditare umanamente il vissuto della vittima stessa.

A questo scopo credo sia necessario investire le risorse professionali in progetti integrati di intervento multiprofessionale e multidisciplinare. Gli interventi isolati su un solo aspetto dell'abuso rischiano, oggi più che mai, di essere inefficaci se non addirittura dannosi, perché non agiscono sulle conseguenze a lungo termine prodotte dalla violenza. Eppure non basta accertare i reati, perseguire il colpevole e/o proteggere il bambino dalle minacce di un mondo esterno abusante. È necessario curare psicologicamente il bambino, proteggendolo da un mondo interno minaccioso, e cercare sinergicamente di prevenire che i bambini abusati possano a loro volta diventare adulti psicopatologici, perversi e abusanti.

Convinta che tutto ciò corrisponda a un dato di realtà drammaticamente presente, ho ritenuto per me irrinunciabile fondare la progettualità d'intervento su gruppi di esperti con una forte esigenza di creare un raccordo stabile e si-

gnificativo tra differenti professionisti che si occupano della violenza ai minori. Solo in quest'ottica multidisciplinare ciascuno potrà superare quell'isolamento professionale, dai più definito come "angosciante solitudine", e potrà immaginare un luogo di confronto che permetta di ricomporre la frammentarietà degli interventi e di affrontare con strumenti efficaci la complessità del fenomeno.

Ecco allora la necessità di mettere insieme su scala provinciale, gruppi tecnici multiprofessionali di prevenzione e contrasto alla violenza sui minori composti da operatori attivamente coinvolti, adeguatamente formati e "fortemente" delegati dalle rispettive istituzioni di appartenenza.

Gruppi interdisciplinari che abbiano la capacità di promuovere interventi idonei a monitorare, prevenire, rimuovere, contrastare i fenomeni di violenza nei confronti di minori, sia essa di tipo sessuale, fisico, psicologico o che coinvolga la patologia delle cure, e che si facciano garanti del percorso formativo interistituzionale capace di omogeneizzare visioni, saperi e azioni operative su tutto l'ambito provinciale.

Il raggiungimento di questi obiettivi fonda, quindi, le sue radici operative nella ricerca di una interpretazione univoca e condivisa del fenomeno da parte di tutti gli operatori coinvolti, nella condivisione di buone prassi da adottare in ogni fase dell'operatività del gruppo. Sarà quindi necessario avviare gruppi di formazione integrata e di supervisione clinico-giuridica per facilitare il lavoro di rete che coinvolge spesso Forze dell'Ordine, Magistratura ordinaria e minorile, Istituzione scolastica. Da ultimo è molto importante curare una raccolta dati efficace, capace di dare vita ad audit clinici su base provinciale.

Tutto questo è realmente possibile solo se i gruppi tecnici provinciali/di area vasta/regionali o nazionali multiprofessionali di prevenzione e di contrasto alla violenza sui minori risultano capaci di rileggere clinicamente un fenomeno considerato come una patologia, spesso cronica, espressione delle diverse forme cliniche. Devono altresì essere capaci di esaminare le radici storico-culturali, transgenerazionali, familiari e individuali, della violenza sul minore, delineandone una lettura psicodinamica. Risulta fondamentale, infatti, individuare i fattori di rischio e di protezione, operando a che i primi siano arginati e i secondi potenziati e valorizzati. Solo così si potrà cercare di definire gli obiettivi dell'intervento clinico, di tutela e giudiziario al fine di indicare poi le strategie di un intervento efficace, le metodologie diagnostiche, i percorsi terapeutici e di dare ampio spazio ai metodi psicoterapeutici perché sia possibile proporre modelli di intervento, basati su presupposti teorici e modalità operative differenti, realizzati da centri che si occupano in maniera specialistica di abusi all'infanzia.

Le funzioni dei gruppi dovrebbero poi articolarsi principalmente in attività di consulenza specialistica multidisciplinare nei casi di sospetto e/o conclamato abuso/maltrattamento, in attività clinica diagnostica, in attività clinica terapeutica di presa in carico nei casi più complessi di conclamato e grave abuso/maltrattamento (abuso sessuale, violenza fisica, patologia delle cure), di formazione integrata agli operatori dei servizi territoriali e ospedalieri, della scuola, del privato sociale e in attività di ausilio all'Autorità giudiziaria per l'ascolto del minore e nella costruzione di una banca dati sul fenomeno nel territorio provinciale/di area vasta/regionale.

3.1.1 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 dottoressa 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 a effettuare la prima valutazione non dispone delle competenze sufficienti ed è quindi necessario acquisisca le conoscenze che gli permettono di minimizzare il rischio di errori in un settore di particolare difficoltà. Inoltre, la complessità del fenomeno vede sempre più coinvolte istituzioni diverse 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.

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 *primus inter pares* all'interno dei team multidisciplinari e interistituzionali che si occupano di minori vittime di abuso.

Il Gruppo di lavoro per l'abuso e il maltrattamento dell'infanzia ha coinvolto professionisti italiani afferenti a tre differenti aree sanitarie: quella gine-

cologica, quella medico-legale e quella pediatrica e, dopo un anno di lavoro intenso, ha prodotto una guida multidisciplinare capace di armonizzare i diversi saperi della pediatria, della ginecologia e della medicina legale. In particolare il Gruppo di lavoro era composto da: 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 Loroni, 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.

La guida realizzata 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.

3.2 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 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. Successivamente sono state analizzate e poste a confronto le osservazioni e le raccomandazioni della letteratura internazionale più validata: la classificazione proposta da la classificazione proposta da J.A. Adams e collaboratori (Adams J.A., Kaplan R.A., Starling S.P. *et al.*, 2007. Guidelines for medical care of children who may have been sexually abused. *J Pediatr Adolesc Gynecol*, 20(3): 163-172; Adams J.A., 2008. Guidelines for medical care of children evaluated for suspected sexual abuse: an update for 2008. *Current Opinion in Obstetrics and Gynecology*, 20: 435-441).

Si è poi proceduto alla revisione della letteratura effettuata dal Royal College of

Paediatrics and Child Health, delle raccomandazioni del Committee on Child Abuse and Neglect dell'American Academy of Pediatrics e della linea-guida del National Collaborative Centre for Women's and Children's Health (Royal College of Paediatrics and Child Health, 2008). *Physical signs of child sexual abuse: An evidence-based review and guidance for best practice*. London: RCPCH; Kellogg N., the Committee on Child Abuse and Neglect, 2005. The evaluation of sexual abuse in children. *Pediatrics*, 116: 506-512; National Collaborative Centre for Women's and Children's Health, 2009. *When to suspect child maltreatment. Clinical Guideline*. London: RCOG Press).

Infine si è provveduto a integrare la letteratura analizzata con le esperienze cliniche dei medici coinvolti e alla elaborazione e stesura del documento finale.

3.3 I 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 mediante la messa a punto di definizioni condivise, rilevazione dei segni clinici, formulazione di 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 équipe capaci di realizzare una valutazione nella quale possano confluire competenze diverse, multidisciplinari e multiprofessionali (pediatra, ginecologo, medico legale).

3.3.1 Le definizioni

Prima di tutto abbiamo condiviso tra noi, culturalmente e scientificamente, la definizione di abuso sessuale:

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. (American Academy of Pediatrics, 1999)

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 effettuare una valutazione medica dovrebbe essere presa in considerazione quando si verifica una delle seguenti circostanze: quando un bambino/a o un adulto raccontano una storia di abuso sessuale, oppure se, all'interno di un esame clinico, si riscontrano lesioni che possano essere correlate con un sospetto abuso sessuale quando si diagnostica una malattia sessualmente trasmissibile in un soggetto prepubere, oppure se 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, infine se 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: la prima deve prevedere un'attenta osservazione delle eventuali lesioni e una descrizione dettagliata, e la seconda deve considerare le ipotesi diagnostiche relative alle lesioni osservate per poter effettuare una corretta diagnosi differenziale. La specificità del segno rilevato 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 valutazione dei segni di abuso può avvenire in diversi contesti: per esempio nell'ambito di una visita medica effettuata per altri motivi in cui emergano segni fisici di sospetta violenza sessuale, oppure nell'ambito di una visita medica

effettuata sulla base di un sospetto abuso sessuale da parte di un genitore. La visita medica potrebbe essere richiesta dai Servizi sociali qualora fossero depositari della tutela del minore o nell'ambito di 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 quelli di individuare quadri clinici e/o lesioni genitali ed extragenitali di natura traumatica o infettiva, che necessitino o meno di un trattamento clinico e di rassicurare, quando possibile, il bambino/a sul suo stato di salute fisica. Tale aspetto, insieme a un'adeguata valutazione dei bisogni psicologici e sociali, è importante al fine di contribuire al percorso di recupero della vittima.

Altro obiettivo molto importante della valutazione clinica è quello della raccolta dei reperti di interesse medico-legale.

In merito alla tempistica, poi, sappiamo bene che nella maggioranza dei casi le lesioni anali e genitali non sono più evidenziabili a breve distanza di tempo da quando sono state provocate. La visita andrà effettuata nell'immediato soprattutto in quelle situazioni di urgenza/emergenza clinica che necessitino di interventi sanitari non differibili e 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, anche se resta il suggerimento che venga comunque eseguita il prima possibile e da personale esperto.

Anche le competenze del professionista che effettua la visita rivestono un ruolo di straordinaria importanza. Infatti è davvero 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. Ecco allora che 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 avere abilità comunicative per relazionarsi con il bambino/a sospetta vittima di abuso sessuale e con gli adulti che si occupano di lui/lei. Devono avere abilità tecniche per saper effettuare un esame obiettivo generale e dell'apparato ano-genitale e saperlo documentare, ma devono anche conoscere le diagnosi differenziali dei segni fisici associati all'abuso e saper redigere una relazione con-

tenente la descrizione e l'interpretazione dei reperti clinici. Infine, devono avere grande attitudine al lavoro interdisciplinare e sapere 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 Conduzione della visita

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 poiché saranno necessari quiete e riservatezza, di limitare il numero dei professionisti presenti durante il colloquio e durante la visita e di limitare le procedure e gli spostamenti del minore 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. Sarà fondamentale avere adeguato tempo a disposizione, infatti può essere necessario più di un incontro per ottenere l'adesione e la fiducia del bambino/a oppure per valutare l'evoluzione dei segni obiettivi. È importante effettuare la visita in presenza di un adulto, di cui il bambino/a ha fiducia, se non diversamente desiderato dal bambino/a e, con parole semplici, offrire sempre spiegazioni sulla modalità della visita, ottenendo sempre il consenso del minore. Ovviamente non dovrà mai essere utilizzata la forza, la coercizione o l'inganno; nel caso di un suo rifiuto sarà opportuno, eventualmente, riprogrammare 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 approfonda-

dimenti 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 che non siano mai poste domande dirette sul fatto. È importante, invece, che sia raccolto l'eventuale racconto spontaneo del bambino/a riportando fedelmente le sue parole e si deve porre attenzione a che il bambino/a sia indotto a ripetere il racconto, e i suoi dettagli, più e più volte; anche nel caso sia l'adulto a riportare il racconto del bambino/a, è opportuno farsi ripetere la precisa terminologia utilizzata dal minore. Si deve evitare che il racconto dell'accompagnatore avvenga in presenza del bambino/a. Dovranno essere valutati la congruenza tra dinamica, tempi riportati e lesioni osservate, infine, nella raccolta dell'anamnesi, si dovrà porre particolare attenzione 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, un 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-ale potrebbe precludere.

Si raccomanda di effettuare un esame obiettivo generale all'interno del quale si procederà all'esame dell'area genito-ale. È importante, infatti, 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 e, nella descrizione di eventuali lesioni o esiti (su tutto il corpo), andranno specificati: sede, dimensioni e caratteri generali (morfologia, colore, aspetto dei margini, presenza di fenomeni riparativi...).

Dovrà essere esaminata attentamente l'orofaringe alla ricerca di eventuali lesioni (sono frequenti tra gli atti abusanti i contatti oro-genitali) e, nel contempo, verrà valutata la presenza di segni di trascuratezza (capelli, denti, igiene). Dovranno poi essere disegnate le lesioni obiettivate su uno schema corporeo e documentate fotograficamente le lesioni o i loro esiti. Si dovrà registrare di ogni bambino peso, altezza (centili di crescita) e stadiazione di Tanner.

Infine sarà importante osservare e descrivere dettagliatamente 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.

Raccomandazioni generali

La conoscenza della tecnica di visita adeguata, consente di evidenziare e documentare con maggiore chiarezza la presenza di eventuali segni fisici e la conoscenza della miglior posizione del bambino/a per mezzo della quale effettuare l'ispezione è di fondamentale importanza: 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"), oppure 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, talvolta, può essere utilizzata la posizione prona con rialzo del bacino (ad esempio con un cuscino) oppure in braccio a un adulto che mantenga le gambe del bambino/a in posizione flessa e abdotta.

Tecnica d'esame

Nel caso dell'ispezione anale, si raccomanda di separare i glutei utilizzando i palmi delle mani e di non prolungare la separazione oltre i 30 secondi per la valutazione del tono dello sfintere e indicare, nella relazione, la durata della manovra. Ovviamente bisognerà evitare ogni tipo di manovra invasiva, in particolar modo 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: per la presenza di corpi estranei, la sussistenza di lesioni ano-rettali che necessitino 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) e di 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 dello speculum, a meno che i benefici clinici superino chiaramente i rischi potenziali (ad esempio: la presenza di corpi estranei, lesioni intravaginali che necessitino di riparazione chirurgica o un sanguinamento di natura da determinare) e di 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 facilmente si può provocare dolore).

Strumentazione

Per effettuare la visita medica di un prepubere per sospetta violenza sessuale non è necessario disporre di particolari attrezzature. È comunque importante disporre di una fonte luminosa adeguata (lampada scialitica, colposcopio, pila...) e di una macchina fotografica.

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.

Segni rilevati

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.

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.

Inoltre è sempre importante tenere presente le varianti anatomiche normali dell'imene (puntiforme, anulare, cribrato, semilunare, fimbriato, settato, a tasca, a risvolto di manica).

- Segni anali

I segni anali obiettivati con maggiore frequenza nella popolazione dei soggetti vittime di abuso sessuale, rispetto a quella dei soggetti non abusati, sono le cicatrici perianali e anali, le ecchimosi perianali e anali e le lacerazioni perianali e anali.

I segni obiettivati con analoga frequenza nella popolazione dei soggetti vittime di abuso sessuale e in quella dei soggetti non abusati sono le appendici cutanee, la congestione venosa e le ragadi perianali.

Infine, in merito al riflesso di dilatazione anale, siamo di fronte a una carenza di dati per stabilire se vi sia una differente frequenza nella popolazione dei soggetti vittime o no di abuso sessuale.

- Segni genitali esterni

I segni obiettivati con maggiore frequenza nella popolazione dei soggetti vittime di abuso sessuale, rispetto a quella dei soggetti non abusati, sono l'assenza completa o perdita di tessuto dell'imene posteriore, le ecchimosi dei genitali esterni, le lacerazioni imenali, le transezioni imenali e le cicatrici della forchetta.

I segni obiettivati con analoga frequenza nella popolazione dei soggetti vittime di abuso sessuale e in quella dei soggetti non abusati sono la convessità del bordo imenale (bumps/mounds), l'edema dei genitali esterni, l'eritema dei genitali esterni, la friabilità della commissura/forchetta, la fusione labiale e le incisure imenali (clefts/notches).

Ad oggi vi è ancora carenza di dati per stabilire se vi sia una diversa frequenza nella popolazione dei soggetti vittime o no di abuso sessuale in merito a abrasioni/escoriazioni dei genitali esterni, perdite vaginali ricorrenti, corpi estranei vaginali.

Ovviamente 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 sempre il tipo di contatto sessuale (penetrazione, eiaculazione) e il tempo trascorso dal contatto sessuale (fare sempre molta attenzione al periodo finestra).

Infezioni sessualmente trasmesse

Le infezioni rilevate con maggiore frequenza nella popolazione dei soggetti vittime di abuso sessuale, rispetto a quella dei soggetti non abusati, sono: *Neisseria gonorrhoeae*, *Chlamydia trachomatis*, *Trichomonas vaginalis*, *Treponema pallidum* e HIV.

Tra le infezioni rilevate con analoga frequenza nella popolazione dei soggetti vittime di abuso sessuale e in quella dei soggetti non abusati, riscontriamo la vaginosi batterica.

Sussiste, invece, ancora oggi, una carenza di dati per stabilire se vi sia diversa frequenza nella popolazione dei soggetti vittime o no di abuso sessuale in merito all'infezione da HPV (condilomi), Herpes simplex, Micoplasm, Epatite B e C., ai segni o sintomi suggestivi di MST (secrezioni vaginali o peniene, ulcere genitali, vulviti, lesioni anali e vulvari inclusi condilomi...), alla 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.

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 poi è suggestiva per un sospetto abuso, 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 (cfr., in particolare, le *Linee guida per la repertazione* elaborate dell'Associazione dei Genetisti Forensi Italiani).

3.3.5 Referto/denuncia all'Autorità giudiziaria

Il professionista sanitario ha l'obbligo di informare l'Autorità giudiziaria penale 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 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).

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 e 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 a 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 assolve 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.

3.4 Implicazioni medico-legali, segnalazione e contenuti della relazione informativa

Il maltrattamento e l'abuso all'infanzia sono problematiche che investono una tale molteplicità di situazioni da rendere indispensabile che l'approccio professionale si realizzi solo ed esclusivamente in una prospettiva multidisciplinare, sia per l'iniziale fase di riconoscimento/diagnosi sia per la successiva fase di "trattamento". Ma le due fasi sono, ovviamente, inestricabilmente connesse; infatti un trattamento adeguato non può prescindere da una diagnosi accurata e da

eventuali esigenze di segnalazione giudiziaria che, nel nostro sistema, si collocano in una fase spesso assai precoce dell'iter diagnostico. Ragionare in équipe di maltrattamento e/o di abuso, con la consapevolezza di dover dare al piccolo paziente di fronte a noi risposte appropriate e tutelanti, non può non rinviarci ad alcuni interrogativi:

Cosa è successo? Esiste un responsabile del fatto? È identificabile?

Che tipo di lesioni sto osservando? Come sta il bambino? Come risolvere il problema in sé? Ha necessità di essere protetto?

Se le prime domande ci conducono a una riflessione di tipo investigativo e giuridico, e richiamano alcuni schemi d'intervento (individuazione della tipologia di reato, entità delle lesioni, identificazione dell'eventuale responsabile del reato c.d. "soggetto attivo del reato"), le seconde assumono un sapore maggiormente socio-assistenziale (individuo il problema organico o psicologico, ragiono di cure adeguate e le attuo, mi preoccupa di realizzare un eventuale ricovero a protezione del minore). Ma nella vicenda abuso/maltrattamento queste due situazioni (clinica e medico-legale), differenti per finalità e strategie, possono coinvolgere soggetti diversi e, talvolta, evidenziare momenti di contrasto. Da qui prende origine il grande equivoco: ancora oggi si crea confusione tra i piani d'intervento e spesso, troppo spesso, li si pone quasi in competizione, affermando che l'uno o l'altro debbano prevalere in una logica di miglior tutela del minore. In particolare, si corrono concretamente due rischi importanti, entrambi veicolati dalla grande emotività che simili accadimenti scatenano anche nei professionisti più preparati e formati: il primo rischio individua nella via giudiziaria la "soluzione migliore", perché individua il colpevole e, più o meno figurativamente, lo rimuove dalla scena, quasi in una sorta di deresponsabilizzazione; il secondo impedisce di riconoscere i reali segni del maltrattamento e dell'abuso tendendo, per timore di invischiarsi in vicende troppo complicate, a negare anche le evidenze più schiacciati.

Ma se nell'ambito assistenziale il ruolo medico-legale è piuttosto sfumato, assume sicuramente colorazioni intense quando la sua sfera d'azione si connette all'area giudiziaria, in cui la valutazione circa la natura di un certo quadro patologico e la sua riconducibilità a determinate azioni od omissioni, diviene centrale.

Tuttavia ciascuno di noi è ben consapevole che la cura del contesto, in un caso di sospetto abuso sessuale nei confronti di un minore, è fondamentale per evitare di determinare un ulteriore trauma nella sospetta vittima di violenza ed essere noi stessi, paradossalmente, autori di gesti violenti e dolorosi o di ricordi angoscianti (vittimizzazione secondaria), aumentando nel minore l'ansia e la

sofferenza, rendendo così più difficile la sua collaborazione e sicuramente “abusante” il nostro gesto diagnostico e terapeutico.

Infatti qualsiasi intervento di tipo assistenziale che si realizzi nella fase acuta di una sospetta violenza sessuale comporta la necessità, per ciascun operatore, di sapersi confrontare con la sofferenza, l'angoscia, i sentimenti di orrore, la paura, l'incredulità e con la sua capacità di ripetere, attraverso la visita, con modalità umanizzante e ristrutturante gesti forse vissuti dalla vittima, poco prima, con violenza.

Ciò si traduce nella costruzione di un setting adeguato, nell'uso di tempo totalmente dedicato per il colloquio e per la visita rispettando sempre i tempi del minore, nella capacità di ascolto e di dialogo empatico permettendo alla vittima di piangere, di prendersi lunghe pause di silenzio, di urlare, di misurarsi con quanto accaduto; in parole semplici restituirle un volto e uno sguardo smarriti e calpestati nel momento della violenza, prendendoci cura del suo corpo.

Tuttavia, poiché un'ipotesi di maltrattamento o d'abuso sessuale ha in sé, inevitabilmente, l'eventualità di una ricaduta giudiziaria, la “presa in carico del minore” sarà efficace se e solo se si sarà pienamente consapevoli di questo fatto. Un percorso riabilitativo e terapeutico sarà realmente tale se potrà svolgersi compiutamente senza collidere o negare paralleli scenari giudiziari. Infatti aver coscienza del versante giudiziario significa valutare sempre le esigenze di denuncia e pianificare l'intervento medico e socio-assistenziale in modo da soddisfare:

- la conduzione dell'ascolto del minore secondo criteri che non ledano la parte investigativa successiva ma che aiutino il sanitario nella realizzazione della visita;
- l'accuratezza nell'esame clinico generale e locale;
- la protezione del minore anche attraverso un ricovero ospedaliero;
- l'adeguatezza della documentazione fotografica ed eventualmente video;
- la razionale pianificazione delle indagini di laboratorio;
- la sicurezza nella conservazione dei reperti eventualmente acquisiti.

Solo così sarà realmente possibile acquisire elementi labili nel tempo (escoriazioni, ecchimosi, tracce biologiche), fotografare le lesioni obiettivate, conservare reperti biologici a fini forensi e rendere così superflua (salvo esigenze processuali particolari) la reiterazione di ulteriori visite, evitando quel famoso trauma secondario che ancora oggi pesa sulle piccole vittime.

La realizzazione di immagini fotografiche a fini forensi prevede: l'esecuzione delle foto previa centratura del bianco, l'esatta corrispondenza del datario della macchina fotografica, l'identificazione della visita (data e codice dell'accesso di

PS o della cartella di ricovero), duplice archiviazione e conservazione delle foto in file protetti (utilizzare sempre due memorie distinte).

Tutte le foto eseguite devono essere classificate e conservate, con numero di riconoscimento progressivo nella scheda clinica, comprese quelle “venute male, sfocate, esposte a luce non corretta etc.”, che non potranno mai essere eliminate. Per ogni foto occorre precisare: sede, eventuale tipo di lesione che si è riprodotta, data ed ora di effettuazione della fotografia.

Fotografare secondo uno schema progressivo già adottato per altri scopi forensi, da destra a sinistra del minore, dall'arto superiore destro all'arto inferiore destro, in senso orario (per chi osserva). (D'Andrea *et al.*, 2014)

È possibile fotografare gli indumenti, ed eventualmente le tracce sugli stessi, prima di conservarli nei tempi e nei modi opportuni.

Il ruolo medico-legale nell'area dell'assistenza al minore vittima di abuso o di maltrattamento, si esplica quindi in una collaborazione costante, data dalla sua competenza specifica, in merito all'individuazione dei requisiti per la segnalazione agli uffici giudiziari (è un reato perseguibile d'ufficio? è un reato perseguibile a querela? è un reato perseguibile a querela ma connesso con altro reato perseguibile d'ufficio?) e alla conduzione di visite e accertamenti in relazione all'eventualità di una ricaduta giudiziaria.

La problematica che si impone sin dai primi momenti in cui si assiste un minore, per il quale sussista il fondato sospetto di abuso o maltrattamento, è quella relativa alla segnalazione all'Autorità giudiziaria. Non si tratta di un adempimento formale e burocratico, né deve essere visto come una delega in bianco del “problema”. È fondamentale essere ben consapevoli che la denuncia all'Autorità giudiziaria è un atto straordinariamente importante, dal momento che con quello stesso atto prenderà origine un'indagine penale che avrà comunque ricadute pesanti sul tessuto familiare e sulla vita di molte persone, non ultima quella del minore stesso. Con questo non si deve caricare d'ansie sproporzionate la denuncia, più semplicemente mi sembra opportuno richiamare l'attenzione sulla responsabilità richiesta nel valutare tutti gli elementi del caso clinico in esame.

Mi preme rilevare che tutti coloro che, a prescindere dal ruolo ricoperto, esercitano una pubblica funzione legislativa, giudiziaria o amministrativa con poteri autoritativi o certificativi, siano essi medici, psicologi, assistenti sociali, neuropsichiatri infantili, ecc., assumono la veste del pubblico ufficiale.

Nell'ambito dell'esercizio di una professione sanitaria il legislatore, ai sensi dell'art. 365 c.p., ha posto l'obbligo di referto a carico di coloro che, esercitan-

do la propria attività professionale, di tipo occasionale o continuativo, abbiano «prestato la propria assistenza od opera in casi che possono presentare i caratteri di un delitto per il quale si debba procedere d'ufficio».

Al fine di tutelare l'esercizio dell'attività giudiziaria, e dunque il perseguimento e la repressione di reati di particolare disvalore sociale, il legislatore ha imposto al professionista sanitario di comunicare attraverso un documento tecnico (referto) la possibile sussistenza di una ipotesi di reato perseguibile d'ufficio, di cui lo stesso professionista sia venuto a conoscenza nell'esercizio della propria attività professionale.

Posto che l'attività di indagine per l'individuazione del soggetto attivo del reato, l'accertamento delle cause dell'evento, così come la esatta qualifica del reato e la sua fondatezza competono all'Autorità giudiziaria, al sanitario è chiesto l'obbligo di refertazione anche in presenza di una ipotesi di reato, nel caso di sospetto e/o di probabilità, purché vi siano elementi tecnici e/o dati oggettivi da far presumere, ipotizzare o non escludere la sussistenza di una fattispecie illecita perseguibile d'ufficio.

A differenza della denuncia di reato, il referto è un documento scritto di natura tecnica, in cui devono essere dettagliati, oltre ai dati della persona assistita, i dati sintomatologici, diagnostici e prognostici, le circostanze e le modalità dell'intervento, nonché ogni elemento utile per consentire all'Autorità giudiziaria la ricostruzione delle circostanze di fatto.

La norma è apparentemente chiara, ma in effetti, vi potrebbero essere dubbi su come interpretare il requisito del "venire a conoscenza", cosa vuol dire venire a conoscenza? Spesso questi interrogativi sorgono nell'ambito del sospetto di una violenza sessuale quando, infatti, ci si potrebbe trovare indifferentemente di fronte al caso di un minore accompagnato da un adulto (solitamente il genitore) che racconta una storia d'abuso sessuale, oppure di un minore accompagnato da un genitore che racconta una storia d'abuso sessuale riferendo quanto detto direttamente a lui dal bambino o ad altra persona, oppure il caso di un minore accompagnato da un genitore che vagamente sospetta un abuso sessuale, in assenza di una storia precisa, di elementi circostanziali e di un racconto da parte del minore.

Nei primi due casi ritengo si debba procedere comunque al referto indipendentemente dall'esito dell'esame obiettivo, ben consapevoli che la violenza sessuale nel minore spesso non lascia tracce clinicamente obiettivabili; nel terzo caso, previo contatto e confronto con il Pubblico Ministero di turno, proporrei di procedere a una denuncia, senza avviare alcun accertamento clinico ginecologico forense sul minore poiché, in assenza di storia precisa da parte dell'adulto accompagnatore e di un racconto suggestivo da parte del minore ma solo di

un vago sospetto, ritengo che solo l'Autorità giudiziaria ordinaria e/o minorile possano avviare ulteriori accertamenti psico-sociali, per comprendere il contesto familiare in cui vive il minore e in cui è sorto questo particolare grido d'allarme e di aiuto, ed eventualmente, se ritenuti necessari, anche accertamenti sanitari.

È comunque opportuno ricordare che nell'ambito della denuncia di reato le definizioni generali e gli schemi comportamentali devono sempre ricondurre a una riflessione giuridica e a una adesione al dettato del codice penale. Per quanto riguarda l'abuso sessuale, questo è costituito dagli articoli 609-*bis* e seguenti del codice penale (così come stabilito dalla legge 66/1996), mentre il maltrattamento fisico e la patologia delle cure classicamente intesi si possono inquadrare in differenti ipotesi, che spaziano dal tentato omicidio (artt. 56 e 575 c.p. con le eventuali aggravanti previste dagli artt. 576 e 577 c.p.), alle lesioni personali volontarie ed eventualmente colpose (artt. 582, 583, 590 c.p.), ai maltrattamenti contro familiari e conviventi (art. 572 c.p.), infine all'abuso dei mezzi di correzione o disciplina (art. 571 c.p.).

Anche se il maltrattamento fisico può apparire di più chiara e semplice rilevazione clinica e quindi di agevole inquadramento giuridico, diventa indispensabile ricordare ancora una volta le conseguenze della denuncia di reato.

Immaginiamo un quadro clinico "da manuale", di quelli che costituiscono una sorta di paradigma del maltrattamento infantile, per esempio le fratture meta-epifisarie degli arti inferiori o la frattura spiroide delle ossa lunghe in bambini molto piccoli (proprio la frattura del femore, associata a ematoma subdurale cronico, fu segnalata da Caffey quale esito di maltrattamento infantile). Ovviamente la rilevazione clinica o radiografica di una simile lesione è un problema clinico che deve essere risolto in primo luogo per i risvolti diagnostici medici (trauma accidentale? patologia naturale?). In funzione della diagnosi (a parte i provvedimenti strettamente terapeutici), si porranno altre questioni, non più mediche in senso stretto, ma d'intervento sociale. Tra queste si pone anche la questione se la frattura sia o meno ascrivibile a un comportamento sanzionabile dalla legge penale, che fa scattare, per l'appunto, gli obblighi di segnalazione agli organi giudiziari penali. Il punto che sarà il centro dell'indagine tecnica riguarderà, però, non solo la genesi della lesione (naturale o non-naturale), ma anche e soprattutto com'è stata provocata la frattura stessa. Si consideri bene che l'attenzione alla modalità di produzione di tale lesione risulta essere la premessa logica e necessaria per passare al livello successivo, che riguarda la caratterizzazione comportamentale di chi ha provocato la lesione e che induce ad ascrivere la vicenda sotto il profilo della volontarietà, della semplice colpa (entrambi

rilevanti per la configurazione del reato, nell'ipotesi della lesione personale) o, infine, dell'accidentalità pura, che sfugge alla sanzione penale, mancando il requisito dell'atteggiamento soggettivo (colpa o dolo). Non si tratta di minuzie accademiche, ma di questioni che, variamente classificate e interpretate, risultano avere importanti ricadute applicative. L'indagine medico-legale trova proprio in questi aspetti le sue peculiarità e, in fondo, la sua ragion d'essere come disciplina autonoma.

Ecco allora che la diagnosi medico-legale di maltrattamento, così come dell'abuso sessuale, non può basarsi unicamente sulla morfologia della lesione, ma deve prendere in considerazione molteplici parametri, che spaziano dalla cronologia delle lesioni all'esame delle sedi delle stesse, dall'analisi delle fonti testimoniali alla patogenesi (con particolare riferimento alla biomeccanica). In altri termini, la denuncia è il risultato di un'analisi medico-forense a tutti gli effetti. Infatti, una frattura esprime unicamente una risposta della struttura anatomica a una certa classe di sollecitazioni meccaniche. Il passaggio successivo è integrare questo dato all'interno degli altri elementi di giudizio per arrivare a definire, nei limiti del razionale, quale potrebbe essere stata la modalità di produzione e, solo in ultimo, a classificare un comportamento umano corrispondente.

Ecco allora che la conduzione della visita e degli accertamenti deve soddisfare una serie di esigenze differenti ma complementari tra loro.

Dovrà quindi essere ben chiaro il motivo della richiesta della visita (privati, agenzie di sicurezza sociale, Forze dell'Ordine, Magistratura), così come sarà necessario registrare i nominativi degli accompagnatori e di tutti coloro che sino a quel momento sono intervenuti nella vicenda. Altrettanto chiara, dettagliata e minuziosa dovrà essere la descrizione degli eventi (se ve ne sono stati) e del racconto che adulti o minori faranno dell'accaduto.

La visita, che sarà condotta sempre da due professionisti in contemporanea, a tutela del minore e a tutela dei professionisti, dovrà svolgersi secondo uno schema logico, ma adattabile alle necessità contingenti, e si dovrà realizzare secondo i tempi e le emozioni del minore. Conviene che i professionisti coinvolti e dedicati all'abuso abbiano la possibilità di svincolarsi dalle situazioni contingenti di reparto, per potersi appropiare al meglio con le giovani vittime creando, ove possibile, una relazione fondata sull'umanizzazione; tempo, suoni, luci, colori, empatia, calore umano saranno la chiave di volta nell'approccio al minore vittima di abuso.

Solo così sarà possibile realizzare la visita clinica e l'accertamento medico-legale comprendendo una descrizione dello stato generale del bambino, della sua

collaborazione durante la visita, per poi procedere nella descrizione dai dettagli clinici maggiori verso quelli minori. Come si è anticipato, proprio perché potrebbero essere presenti tracce di lesione labili nel tempo (basti pensare a un'ecchimosi), è fondamentale realizzare una minuziosa descrizione analitica di tutte le lesioni presenti dandone, in maniera precisa, chiara e puntuale, la localizzazione topografica.

È di fondamentale importanza precisare la forma, le dimensioni e la natura delle lesioni (escoriazione, ecchimosi, ustione, scottatura, ecc.), senza tralasciare la componente cromatica (soprattutto nel caso dell'ecchimosi), ben consapevoli che sulla tempistica del viraggio cromatico possono influire numerosi fattori fra cui l'entità e l'estensione dello stravasamento, la sede in cui è avvenuta la lesione, la presenza di sottocute più o meno abbondante.

Sarà quindi indispensabile procedere all'individuazione della regione corporea, possibilmente facendo riferimento a punti di repere anatomico standard, avvalendosi anche di materiale fotografico in abbondanza ed eseguito bene.

La programmazione delle indagini strumentali dovrà rientrare in una prospettiva di diagnostica differenziale, soprattutto laddove possono entrare in discussione patologie che simulano un maltrattamento.

Tutto questo senza mai forzare il bambino, ma rispettando sempre i suoi tempi e la sua sofferenza.

Provette, tamponi, indumenti e analogo materiale dovranno essere conservati con procedure standardizzate (è importante fare riferimento alle linee guida G.E.F.I.), garantendo sempre la catena di custodia. In ultimo, anche la conservazione del materiale biologico deve essere adeguata, in considerazione dei tempi giudiziari, che si misurano in mesi e, spesso, in anni. Questi accorgimenti, evidentemente, poco hanno a che vedere con l'efficacia della cura medica strettamente intesa, ma sono essenziali in una prospettiva più ampia, secondo cui assicurare efficacemente reperti eventualmente utili per le indagini giudiziarie è, in ogni caso, un servizio rilevante e, in ultima analisi, un atto dovuto alla giustizia e alla cura del piccolo paziente.

In conclusione, le indagini mediche nell'ipotesi di maltrattamento presuppongono una strategia ad ampio spettro, volta a considerare ipotesi patogenetiche multiple, anche indipendenti da fatti di "maltrattamento", per la semplice (quasi ovvia) considerazione che l'affinamento della sensibilità e della specificità delle indagini è d'essenziale importanza per il benessere del piccolo paziente.

Infatti siamo tutti convinti che, per un minore vittima di violenza, un percorso curante può e deve trasformarsi in un percorso "sanante" e la strada non può che partire da qui.

3.5 Nuove revisioni e studi casistici

Negli anni successivi la pubblicazione del manuale a cura di Maria Rosa Giolito *L'abuso sessuale nei bambini prepuberari. Requisiti e raccomandazioni per una valutazione appropriata*, nella letteratura internazionale si sono susseguite nuove revisioni o studi casistici che, pur non modificando nella sostanza quanto da noi scritto, devono essere doverosamente citati.

Nel loro ultimo lavoro del 2016 Adams *et al.* affermano che la valutazione medica risulta essere una parte importante del processo clinico e legale quando si sospetta un abuso sessuale su un minore. Raccomandano che i professionisti che andranno a visitare i bambini siano aggiornati sulle raccomandazioni scientifiche prodotte su quando, come e da chi devono essere condotte queste valutazioni e su come dovranno poi essere interpretati i segni clinici obiettivati. Questo loro lavoro nasce dalla consapevolezza della grande diffusione avuta dal loro articolo pubblicato nel 2007, in termini di diffusione e di adesione da parte di medici e di infermieri per uniformare la pratica clinica alle linee guida. Dall'anno di pubblicazione delle linee guida (2007) una nuova ricerca condotta dagli autori ha suggerito cambiamenti in alcune parti di queste linee guida e nella tabella che elenca i risultati medici e di laboratorio nei bambini valutati per sospetto abuso sessuale e che suggerisce come questi risultati dovrebbero essere interpretati rispetto all'abuso sessuale. Adams e alcuni suoi colleghi, un gruppo di pediatri esperto in abuso di minori, sono entrati in comunicazione di persona e via web dal 2011 al 2014 per esaminare la ricerca pubblicata, le raccomandazioni dei Centri per il controllo e la prevenzione delle malattie e dell'American Academy of Pediatrics e per raggiungere un consenso significativo sul se e sul come le linee guida e l'approccio alla tabella di interpretazione avrebbero dovuto essere aggiornati. Le revisioni si sono basate, quando possibile, su dati provenienti da studi ben progettati e imparziali, pubblicati su riviste scientifiche di alto livello, sottoposti a revisione paritaria, che sono stati poi rivisti e controllati dagli autori. Quando tali studi non erano disponibili, le raccomandazioni si sono basate sul consenso di esperti. Da questo lungo lavoro è nato il nuovo documento del 2016 proposto alla comunità scientifica internazionale.

Un altro interessante lavoro è stato pubblicato da Hodes *et al.* sempre nel 2016 sulla gestione delle bambine sottoposte a sospetta mutilazione genitale femminile (MGF) in una clinica di protezione del Regno Unito. La progettazione e l'impostazione della ricerca hanno previsto lo studio di una serie di casi di bambine di età inferiore ai 18 anni valutate per sospette MGF, nell'arco di tempo intercorso tra giugno 2006 e maggio 2014. Le principali misure adottate hanno incluso:

indicazioni per rinvio, dati demografici, circostanze di MGF, sintomi medici, tipo di MGF, indagini a breve termine. Delle 47 ragazze valutate per 27 (57%) è stata confermata la MGF. Secondo la classificazione delle MGF stilata in base alla gravità delle lesioni prodotte sui genitali e pubblicata dall'OMS, le MGF di tipo 1 sono state riscontrate in 2 ragazze, quella di tipo 2 in 8 ragazze e quella di tipo 4 in 11 ragazze. Non è stata osservata alcuna MGF di tipo 3. Le circostanze della MGF erano note in 17 casi e in 12 di essi (71%) le mutilazioni sono state eseguite da un professionista della salute o in ambito sanitario (medicalizzazione). Dieci casi erano potenzialmente illegali ma, nonostante il coinvolgimento della polizia, non ci sono stati procedimenti giudiziari. Ritengo che questo studio rappresenti un'importante istantanea delle MGF nella popolazione pediatrica del Regno Unito e che possa fornire ottimi spunti di riflessione anche nel nostro Paese. La scoperta di mutilazione più frequente è stata la MGF di tipo 4, senza danni ai tessuti o cicatrici minime. Le MGF sono state eseguite in giovane età, con il 15% riferito di età inferiore a 1 anno. Lo studio ha anche dimostrato una significativa medicalizzazione delle MGF, che corrisponde alle recenti tendenze dei dati internazionali. Le MGF di tipo 4 eseguite durante l'infanzia sono facilmente sfuggite all'esame e pertanto è essenziale vigilare nel valutare le bambine con sospetta MGF.

Gallion e collaboratori nel 2016 hanno pubblicato un interessante lavoro per esaminare la prevalenza di reperti genitali anormali in un'ampia coorte di bambine che presentano ipotesi di abuso sessuale, ed esplorare come i bambini usino il linguaggio quando descrivono il contatto genitale e l'anatomia genitale. Nello studio prospettico sono stati documentati storie mediche e reperti genitali in tutti i bambini che soddisfacevano i criteri di inclusione. I risultati sono stati classificati come normali, indeterminati e diagnostici del trauma. L'analisi della regressione logistica è stata utilizzata per determinare gli effetti delle covariate chiave sulla previsione dei risultati diagnostici. Ai bambini di età superiore ai 4 anni sono state poste domande relative all'anatomia genitale per valutare il loro uso del linguaggio. Il lavoro è stato condotto all'interno di una clinica regionale specializzata in abuso sessuale, affiliata all'università. Hanno partecipato 1.500 bambine di età compresa tra la nascita e i 17 anni che sono state sottoposte a un esame ano-genitale con produzione di immagini digitali. Sono stati registrati i risultati degli esami fisici, la storia medica e l'uso del linguaggio da parte del bambino.

I risultati fisici sono stati determinati nel 99% (n = 1.491) dei pazienti. I risultati diagnostici erano presenti nel 7% (99 vs 1.491) dei pazienti. Dopo l'aggiustamento per età, acutezza e tipo di contatto sessuale riportato dall'adulto, le probabilità stimate di risultati diagnostici erano 12,5 volte superiori per i

bambini che hanno riportato penetrazione genitale rispetto a quelli che hanno segnalato solo contatto (intervallo di confidenza al 95%, 3,46-45,34). Infine i bambini hanno usato la parola “dentro” per descrivere un contatto diverso dalla penetrazione del canale vaginale (cioè penetrazione labiale).

Infine sono stati registrati i risultati degli esami fisici, la storia medica e l'uso del linguaggio da parte del bambino. Questo studio ha determinato che una storia di penetrazione era il principale predittore di risultati diagnostici. L'interpretazione dell'uso della parola “interno” da parte dei bambini potrebbe spiegare la bassa prevalenza dei risultati diagnostici e richiedere ulteriori studi e approfondimenti.

Adams *et al.* nel loro ultimo lavoro del 2018, *Interpretation of Medical Finding in Suspect Child Sexual Abuse: an Update for 2018*, sostengono che la maggior parte dei bambini abusati sessualmente non riporterà segni di lesioni genitali o anali, specialmente se esaminati in modo non accurato. Uno studio recente ha riportato che solo il 2,2% (26 su 1.160) delle ragazze esaminate, abusate sessualmente, presentava esiti fisici obiettivamente, mentre tra quelle esaminate in modo acuto, la prevalenza era del 21,4% (73 su 340). È importante che gli operatori sanitari che esaminano i bambini che potrebbero essere stati abusati sessualmente siano in grado di riconoscere e interpretare eventuali segni fisici o risultati di laboratorio che potrebbero essere riscontrati. Nel loro lavoro, inoltre, riassumono i nuovi dati e le raccomandazioni riguardanti la documentazione degli esami medici, i test per le infezioni a trasmissione sessuale, l'interpretazione delle lesioni causate dal papilloma virus umano e quelle causate dal virus dell'herpes simplex nei bambini. Vengono inoltre fornite una valutazione e una interpretazione dei risultati dell'esame obiettivo e degli accertamenti strumentali e di laboratorio. Infine, vengono presentati gli aggiornamenti a una tabella che elenca un approccio all'interpretazione delle nuove scoperte mediche e vengono discusse le motivazioni che hanno indotto gli autori a realizzare le modifiche stesse.

3.6 Conclusioni

Per concludere farò nuovamente riferimento al manuale *L'abuso sessuale nei bambini prepuberi. Requisiti e raccomandazioni per una valutazione appropriata* (Giolito *et al.*, 2010):

Nel caso di un sospetto abuso sessuale su minore i segni e i sintomi fisici, psicologici e comportamentali dovrebbero essere sempre valutati da operatori adeguati

tamente formati, capaci di esprimere competenze tecniche specialistiche nella materia specifica e dotati di buone capacità relazionali ed empatiche.

A fronte di una frequente assenza di segni specifici, 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.

Il mondo scientifico internazionale ha infatti condiviso in maniera decisa la raccomandazione dell'OMS che indica come elemento prioritario dell'assistenza alle vittime di violenza sessuale la possibilità che a 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 e indagine forense sono attuate nel medesimo momento, secondo un modello integrato medico, clinico e forense, e in cui la relazione con gli altri servizi è assicurata attraverso la continuità nell'assistenza alla vittima (WHO, 2003).

Nel caso di sospetto maltrattamento e/o 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 e approfondita di tipo interdisciplinare che comprende sempre altre figure quali lo psicologo, il neuropsichiatra e l'assistente sociale.

Da questa affermazione consegue che la valutazione di un sospetto abuso sessuale su minore e la diagnosi che ne deriverà, debbano sempre essere effettuate in ambito multidisciplinare. Una diagnosi medica che confermi o neghi la sussistenza di un maltrattamento e/o di una violenza sessuale formulata unicamente sulla presenza o assenza di segni fisici obiettivabili, o su indagini strumentali e/o di laboratorio, è evento che accade raramente. In particolare per ciò che riguarda la violenza sessuale, 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 *et al.*, 2010).

Ecco quindi che il professionista chiamato a valutare clinicamente un sospetto caso di abuso sessuale deve sempre contestualizzare ogni segno obiettivato e 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 e in particolare di una valutazione psicologica agita da professionisti particolarmente 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 è molto probabile che l'adolescente abbia già avuto le prime esperienze sessuali, pur avendo strumenti fisici e psicologici di difesa e di autodeterminazione meno sviluppati rispetto a una persona adulta.

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 e materiale iconografico, utili 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 e i conseguenti progetti di vita;
- la vita di relazione (SVS, 2006).

Ecco allora che il ruolo medico-legale acquisisce competenze specifiche in merito alla conduzione di visite e accertamenti in relazione alla valutazione, al rilievo e all'identificazione dei segni e delle manifestazioni cliniche obiettivabili per poter realizzare una diagnosi differenziale tra lesione traumatica accidentale e non accidentale, per poter formulare una diagnosi differenziale tra lesione patologica

naturale e indotta, e, infine, per poter formulare una valutazione dell'ipotesi di reato e della perseguibilità d'ufficio nel caso specifico.

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 conoscenze utili a evitare errori che possano ripercuotersi negativamente sulla valutazione clinica del minore e sull'eventuale conseguente iter giudiziario.

La guida è stata infatti 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.

Nata dalla sintesi di saperi differenti, è stata improntata a 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 e la segnalazione puntuale degli elementi di diagnosi differenziale da considerare, fornendo indicazioni autonome, frutto dell'integrazione di queste conoscenze con l'esperienza clinica e forense.

APPENDICE

Analisi dei segni fisici e loro interpretazione

Segni genitali esterni

Eritema

Definizione

L'eritema è un arrossamento più o meno intenso della cute e delle mucose dovuto a un'iperemia attiva dei vasi cutanei che scompare alla pressione.

Classificazione Adams J.A.

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 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'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'analogia frequenza nella popolazione dei soggetti vittime di abuso sessuale e 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 a irritanti o scarsa igiene.

Edema

Definizione

L'edema è una 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 J.A.

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

Diagnosi differenziale

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

Ecchimosi

Definizione

L'ecchimosi è una lesione determinata dalla rottura dei vasi sanguigni del derma o dei piani sottostanti a opera di un'azione traumatizzante con fuoriuscita del sangue che, se non può riversarsi all'esterno, filtra 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 rosso violacee, 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), soffiusioni 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 J.A.

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'imen (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

L'abrasione/escoriazione è una 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 J.A.

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

Il termine lacerazione si riferisce a 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 a un'azione di stiramento senza contusione.

Classificazione Adams J.A.

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 incisure 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 della 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 J.A.

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 poste-

riore) 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, a 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, a 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

Il termine incisure imenali viene utilizzato per descrivere avvallamenti del bordo imenale; le incisure imenali variano in base alla forma, alla profondità e 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 J.A.

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

Il termine bump o mound indica un'area localizzata, compatta, arrotondata e 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 J.A.

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 e 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 J.A.

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

L'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 J.A.

- 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 a 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

La friabilità è una fragilità superficiale della cute o delle mucose con conseguente leggero sanguinamento apprezzabile spontaneamente o all'applicazione di una trazione lieve.

Classificazione Adams J.A.

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 pene-

trazione 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 e 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

La 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 J.A

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 e 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'imen.

Diagnosi differenziale

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

Perdite vaginali

Definizione

Le 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 J.A.

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 a 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

I 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 J.A.

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 J.A.

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 trau-

ma 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 a 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

La congestione venosa è un 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 ostacolato 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 dila-

tazione “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 J.A.

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

L’ecchimosi è una lesione determinata dalla rottura dei vasi sanguigni del derma o dei piani sottostanti a 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), suffusioni 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 J.A.

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 e 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 e appendici cutanee (tags)

Definizione di 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.

Definizione di 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.

Definizione di 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.

Definizione di 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 J.A.

- 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 e anali e di 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 e di 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.

Riflesso di dilatazione anale (RAD)

Definizione

Il 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 a 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 J.A.

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 anteroposteriore 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 J.A.

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).

Chlamydia trachomatis

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 e 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 J.A.

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).

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 J.A.

La presenza dell'infezione in una bambina di età superiore a 1 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 J.A.

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 J.A.

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 J.A.

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 J.A.

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).

HIV

Definizione

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

Classificazione Adams J.A.

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 J.A.

Non riportata.

Royal College of Paediatrics and Child Health

La prevalenza di vaginosi batterica in bambine prepuberli 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 J.A.

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 J.A.

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.

BIBLIOGRAFIA

- Adams J.A., Farst K.J., Kellogg N.D., 2018. Interpretation of Medical Finding in Suspect Child Sexual Abuse: An Update for 2018. *Journal of Pediatric & Adolescent Gynecology*, 31(3): 225-231.
- Adams J.A., Girardin B., Faugno D., 2001. Adolescent sexual assault: documentation of acute injuries using photocolposcopy. *J Pediatr Adolesc Gynecol.*, 14: 175-180.
- Adams J.A., Kellogg N.D., Farst K.J., Harper N.S., Palusci V.J., Frasier L.D., Evitt J., Shapiro R.A., Moles R.L., Starling S.P., 2016. Updated Guidelines for the Medical Assessment and care of Children Who May Have Been Sexually Abused. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*, 29(2): 81-87.
- American Academy of Pediatrics, 1999. Guidelines for the evaluation of sexual abuse of children: subject review. *Pediatrics*, 103: 186-91.
- Anderson S., McClain N., Riviello R.J., 2006. Genital finding of women after consensual and non-consensual intercourse. *J. Foren. Nurs.*, 2(2): 59-65.
- AOGO (Associazione degli Ostetrici Ginecologi Ospedalieri Italiani) in: www.aogoi.it, link diretto <http://violenza.aogoi.info>.
- APA (American Psychiatric Association), 2014. *DSM-5®*. Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali, Quinta edizione. Milano: Raffaello Cortina Editore, p. 375.
- Asher R., 1951. Munchausen syndrome. *Lancet*, 1: 339.
- Baker R., Sommers M., 2008. Relationship of genital injuries and age in adolescent and young adult rape survivors. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.*, 37: 282-289.
- Barlow K.M., Minns R.A., 2000. Annual incidence of shaken impact syndrome in young children. *Lancet*, 356: 1571-1572.
- Barlow K.M., Thomson E., Johnson D., Minns R.A., 2005. Late neurologic and cognitive sequelae of inflicted traumatic brain injury in infancy. *Pediatrics*, 116: e174-e185.
- Becchi E., Julia D., 1996. *Storia dell'infanzia*, vol. I, *Dall'antichità al Seicento*. Bari-Roma, Laterza, pp. 26-27.
- Bools C.N., Neale B.A., Meadow S.R., 1993. Follow up of victims of fabricated illness (MSBP). *Archives of Diseases of Childhood*, 69: 625-630.
- Caffey J., 1946. Multiple fractures in the long bones of infants suffering from chronic subdural hematoma. *AJR Am J Roentgenol.*, 56(2): 163-173.
- Caffey J., 1972. On the theory and practice of shaking infants: its potential residual effect of permanent brain damage and mental retardation. *Am J Dis Child.*, 124(2): 161-164.

- Cattaneo C., Gentilomo A., Motta T., Ruspa M., 2006. *Abuso e violenza sessuale*. Milano: Edi-Ermes.
- Carlioni G., Nobili D., 1975. *La mamma cattiva. Fenomenologia e antropologia del fglicidio*. Rimini-Firenze: Guaraldi, pp. 20-21.
- Centers for Disease Control and Prevention, 2002. Sexually transmitted diseases treatment guidelines. *MMWR Recomm Rep.*, 51(RR-6): 1-78.
- Christian C.W., Block R., Committee on Child Abuse and Neglect, 2009. Abusive Head Trauma in Infants and Children. *Pediatrics*, 123: 1409.
- CISMAI (Coordinamento italiano dei servizi contro il maltrattamento e l'abuso all'infanzia), 1998-1999. *Rilevazione del maltrattamento infantile in alcuni centri/servizi CISMAI*.
- CISMAI (Coordinamento italiano dei servizi contro il maltrattamento e l'abuso all'infanzia), 2015. *Dichiarazione di consenso in tema di abuso sessuale*. Approvata dall'Assemblea Nazionale dei soci CISMAI (Roma, 15 maggio 2015), pubblicata il 17 maggio 2015.
- Colesanti C., Lunardi L., 1995. *Il maltrattamento del minore*. Milano: Giuffrè, p. 132.
- Conferenza Episcopale Italiana, Conferenza Italiana Superiori Maggiori, 2019. *Linee guida per la tutela dei minori e delle persone vulnerabili*. Available at: <https://tutelaminori.chiesacattolica.it/tutela-dei-minori-le-linee-guida/>.
- Cory C.Z., Jones B.M., 2003. Can shaking alone cause fatal brain injury? A biomechanical assessment of the Duhaime shaken baby syndrome model. *Med Sci Law.*, 43(4): 317-333.
- CPS.GOV.UK (The Crown Prosecution Service), 2011. *Non Accidental Head Injury Cases (NAHI, formerly referred to as Shaken Baby Syndrome [SBS]) – Prosecution Approach*.
- Crivillè A., 1995. *Genitori violenti, bambini maltrattati. L'operatore sociale di fronte alla famiglia del bambino maltrattato*. Napoli: Liguori, p. 90.
- D'Andrea M.S., 1998. La diagnosi medico legale del maltrattamento e degli abusi sessuali. In: F. Montecchi (a cura di), *I maltrattamenti e gli abusi sui bambini. Prevenzione e individuazione precoce*. Milano: Franco Angeli, pp. 126-128.
- D'Andrea M.S., De Palma A., Gaudio M.R., Masi M., Sola N., 2014. *Maltrattamento e abuso sul minore. Raccomandazioni per la valutazione clinica e medico-legale*. Bologna: Regione Emilia-Romagna (collana Maltrattamento e abuso sul minore. I Quaderni del professionista, 1), pp. 78-79, 78-79. Available at: https://salute.regione.emilia-romagna.it/normativa-e-documentazione/rapporti/quad_1_valutazione_clinica_e_medico_legale.pdf/view.
- Deputy S., 2003. Shaking impact syndrome of infancy. *Semin Pediatr Neurol.*, 10: 112-119.
- Duhaime A.C., Christian C., Moss E., Seidl T., 1996. Long-term outcome in infants with the shaking-impact syndrome. *Pediatr Neurosurg*, 24: 292-298.
- Duhaime A.C., Christian C.W., Rorke L.B., Zimmerman R.A., 1998. Nonaccidental head injury in infants: the "shaken baby syndrome". *N Engl J Med*, 338: 1822-1829.
- Duhaime A.C., Gennarelli T.A., Thibault L.E., Bruce D.A., Margulies S.S., Wiser R., 1987. The shaken baby syndrome: a clinical, pathological, and biomechanical study. *J Neurosurg.*, 66(3): 409-415.

- Elam A.L., Ray V.G., 1986. Sexually related trauma: a review. *Annals Emerg Med.*, 15: 576-584.
- Elnor S.G., Elnor V.M., Arnall M., Albert D., 1990. Ocular and associated systemic findings in suspected child abuse. *Arch. Ophthalmol.*, 108: 1094.
- Fanconi M., Lips U., 2010. Shaken baby syndrome in Switzerland: results of a prospective follow-up study, 2002-2007. *Eur J Pediatr*, 169: 1023-1028.
- Fierro Cenderelli F., 2007. *La violazione degli obblighi di assistenza familiare*. Padova: CEDAM.
- Fontana V.J., 1964. *The maltreated child: the maltreatment syndrome in children*. Springfield, Ill.: Thomas.
- Gallion H.R., Milam L.J., Littrell L.L., 2016. Genital Findings in Cases of Child Sexual Abuse: Genital vs Vaginal Penetration. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*, 29(6): 604-611.
- Geddes J.F., Hackshaw A.K., Vowles G.H., Nickols C.D., Whitwell H.L., 2001. Neuropathology of inflicted head injury in children. I. Patterns of brain damage. *Brain*, 124: 1290-1298.
- Geddes J.F., Vowles G.H., Hackshaw A.K., Nickols C.D., Scott I.S., Whitwell H.L., 2001. Neuropathology of inflicted head injury in children. II. Microscopic brain injury in infants. *Brain*, 124: 1299-1306.
- Ge.F.I. (Genetisti Forensi Italiani), 2013. *Linee guida per la repertazione di tracce biologiche per le analisi di genetica forense nel percorso assistenziale delle vittime di maltrattamento e/o violenza sessuale*. Available at: www.gefi-isfg.org/temp/2202201374428.pdf.
- Geist R., 1988. Sexually related trauma. *Emerg Med North Am.*, 6(3): 439-466.
- Gilkes M.J., Mann T.P., 1967. Fundi of battered babies. *Lancet*, 2, 468.
- Giolito M.R. *et al.*, 2002. Semeiotica dell'abuso sessuale nei bambini prepuberi. Requisiti e raccomandazioni. *La colposcopia in Italia*, XIX(2): 11-17.
- Giolito M.R., Gruppo di lavoro per l'abuso e il maltrattamento dell'infanzia (a cura di), 2010. *L'abuso sessuale nei bambini prepuberi. Requisiti e raccomandazioni per una valutazione appropriata*. Roma: Il Pensiero Scientifico Editore. Available at: http://www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6_2_2_1.jsp?lingua=italiano&id=1522.
- Greenwald M.J., Weiss A., Oesterle C.S., Friendly D.S., 1986. Traumatic retinoschisis in battered babies. *Ophthalmology*, 93: 618.
- Harding B. *et al.*, 2004. Shaken Baby Syndrome. Pathological diagnosis rests on the combined triad, not on individual injuries. *British Medical Journal*, 328: 721-723.
- Hobbs C., Childs A.M., Wynne J., Livingston J., Seal A., 2005. Subdural haematoma and effusion in infancy: an epidemiological study. *ArchDis Child*, 90: 952-955.
- Hodes D., Armitage A., Robinson K., Creighton S.M., 2016. Female genital mutilation in children presenting to a London safeguarding clinic: A case series. *Archives of Disease in Childhood*, 101(3): 212-216.
- Ingraham F., Heyl H., 1939. Subdural hematoma in infancy and childhood. *JAMA*, 113: 198-204.
- Jones J.S., Rossman L., Hartman M., Alexander C.C., 2003. Anogenitals injuries in adolescents after consensual sexual intercourse. *Acad Emerg Med.*, 10: 1378-1383.
- Jones J.S., Rossman L., Wynn B.N., Dunnuck C., Schwartz N., 2003. Comparative

- analysis of adult versus adolescent sexual assault: Epidemiology and patterns of anogenital injury. *Acad Emerg Med.*, 10(8): 872-877.
- Jones J.S., Wynn B.N., Kroeze B., Dunnuck C., Rossman L., 2004. Comparison of sexual assaults by strangers versus Known assailants in a community-based population. *Am J Emerg Med.*, 22(6): 454-459.
- Keenan H.T., Runyan D.K., Marshall S.W., Nocera M.A., Merten D.F., Sinal S.H., 2003. A population-based study of inflicted traumatic brain injury in young children. *JAMA*, 290: 621-626.
- Kellogg N.D., Menard S.W., Santos A., 2004. Genital anatomy in pregnant adolescents: "normal" does not mean "nothing happened". *Pediatrics*, 113: 67-69.
- Kempe C.H., 1978. Sexual abuse, another hidden pediatric problem: 1977 C. Andersen Aldrich lecture. *Pediatrics*, 62(3): 382.
- Kempe C.H., Silverman F.N., Steele B.F., Droegemueller W., Silver H.K., 1962. The battered-child syndrome. *JAMA*, 181: 17-24.
- Kliegman R.M. et al. (eds.), 2011. *Nelson Textbook of Pediatrics*. 19th Edition. Philadelphia: Elsevier/Saunders.
- Lambert S.R., Johnson T.E., Hoyt C.S., 1986. Optic nerve sheath and retinal hemorrhages associated with the shaken baby syndrome. *Arch. Ophthalmol*, 104: 1509.
- Lancon J.A., Haines D.E., Parent A.D., 1998. Anatomy of the Shaken Baby Syndrome. *Anat Rec.*, 253: 13-18.
- Lasher L.J., Sheridan M.S., 2004. *Munchausen by proxy: identification, intervention, and case management*. New York: Haworth Press Inc.
- Laurent-Vannier A. et al., 2011. A public hearing "Shaken baby syndrome: Guidelines on establishing a robust diagnosis and the procedures to be adopted by healthcare and social service staff". Guidelines issued by the hearing Commission. *Ann Phys Rehabil Med*, 54(9-10): 600-625.
- Levin A. 1990. Ocular manifestations of child abuse. *Ophthalmol Clin North Am*, 3: 249-264.
- Ludwig S., Warman M., 1984. Shaken baby syndrome: a review of 20 cases. *Ann Emerg Med.*, 13(2): 104-107.
- Maguire W., Goodall E., Moore T., 2009. Injury in adult female sexual assault complainants and related factors. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.*, 142(2): 149-153.
- Manfredini M., Piccirilli L., 1980. *Le vite di Licurgo e di Luma*. Milano: Mondadori, pp. 60-63.
- McGregor M.J., Du Mont J., Myhr T.L., 2002. Sexual assault forensic medical examination: is evidence related to successful prosecution?. *Ann Emerg Med.*, 39: 639-647.
- McGuire T.L., Feldman K.W., 1989. Psychologic morbidity of children subjected to Münchhausen syndrome by proxy. *Pediatrics*, 83(2): 289-292.
- McLean I., Roberts S., White C., Paul S., 2011. Female genital injuries resulting from consensual and non-consensual vaginal intercourse. *Forensic Science International*, 204: 27-33.
- Meadow R., 1977. Munchausen syndrome by proxy. The hinterland of child abuse. *Lancet*, 2(8033): 343-345.

- Meadow R., 1985. Management of Munchausen syndrome by proxy. *Arch. Dis. Childhood*, 60: 392.
- Minns R.A., Busutil A., 2004. Patterns of presentation of the shaken baby syndrome: four types of inflicted brain injury predominate. *British Medical Journal*, 328: 766.
- Modugno F., 1995. *I nuovi diritti nella giurisprudenza costituzionale*. Torino: Giappichelli, p. 78.
- Montecchi F., 1998. *I maltrattamenti e gli abusi sui bambini. Prevenzione e individuazione precoce*. Milano: Franco Angeli, pp. 18-19.
- Moro A.C., 1989. *Erode fra noi, la violenza sui minori*. Milano: Mursia, pp. 6, 14, 23-24.
- Munger C.E., Peiffer R.L., Bouldin T.W., Kylstra J.A., Thompson R.L., 1993. Ocular and associated neuro pathologic observations in suspected whiplash shaken infant syndrome. *Am. J. Forensic Med. Pathol.*, 14: 193.
- Norvell M.K., Benrubi G.I., Thompson R.J., 1984. Investigation of microtrauma after sexual intercourse. *J Reprod Med.*, 29(4): 269-271.
- Ommaya A.K., Goldsmith W., Thibault L., 2002. Biomechanics and neuropathology of adult and paediatric head injury. *Br J Neurosurg.*, 16(3): 220-242.
- Pariset P., Caussade L., 1929. Les sevcices envers les enfants. *Annales de Médecine légale*, 9: 398-406.
- Ravaglia G., 1892. *Per Giuseppe Veratti. Ceno necrologico intorno al dottore cav. Giuseppe Veratti letto alla Società medico-chirurgica di Bologna nella seduta ordinaria del giorno 12 febbraio 1892*. Bologna: Gamberini e Parmeggiani.
- Rennison C.M., 1999. *Criminal Victimization 1998: Changes 1997-1998 with trends 1993-1998*. Washington, DC: Bureau of Justice Statistics. Available at: <http://ojp.usdoj.gov/bjs/abstract/cv98.htm>
- Roberts J., Taylor C., 1993. Sexually abused children and young people speak out. In: Waterhouse L. (ed.), *Child abuse and child abusers*. London: J. Kingsley Publ., pp. 13-36.
- Seifert S.A., 1999. Substance abuse and sexual assault. *Subst Use Misuse*, 34: 935-945.
- Sieswerda-Hoogendoorn T., Boos S., Spivack B., Bilo R.A.C., van Rijn R.R., 2012. Educational paper: Abusive Head Trauma part I. Clinical aspects. *Eur J Pediatr*, 171: 415-423.
- Sieswerda-Hoogendoorn T., Boos S., Spivack B., Bilo R.A.C., van Rijn R.R., 2012. Educational paper: Abusive Head Trauma part II. Radiological aspects. *Eur J Pediatr*, 171: 617-623.
- Silverman F., 1953. The roentgen manifestations of unrecognized skeletal trauma in infants. *Am J Roentgenol.*, 69(3): 413-427.
- S.I.N.P.I.A., Gruppo di lavoro sugli abusi in età evolutiva, 2007. *Linee guida in tema di abuso sui minori*. Available at: https://www.sinpia.eu/wp-content/uploads/2019/02/2007_1.pdf.
- Slaughter L., Brown CR., Crowley S., Peck R., 1997. Patterns of genital injury in female sexual assault victims. *Am J Obstet Gynecol.*, 176(3): 609-616.
- Sommers M.S., Fisher B.S., Karjane H.M., 2005. Using Colposcopy in the rape exam: health care, forensic and criminal justice issues. *J Forensic Nurs.*, 1(1): 28-34.
- Squier W., 2008. Shaken Baby Syndrome: the quest for evidence. *Developmental medicine and Child Neurology*, 50: 10-14.

- Squier W., 2011. The “Shaken Baby” syndrome: pathology and mechanisms. *Acta Neuropathol*, 122: 519-542.
- SVS (Soccorso Violenza Sessuale), 2006. *Linee guida assistenza sanitaria, medico-legale, psico-sociale nelle situazioni di violenza alle donne e ai bambini*. Provincia di Milano. Available at: <https://www.policlinico.mi.it/AMM/DiCosaHaiBisogno/LineeGuida-Svs.pdf>.
- Talvik I., Metsvaht T., Leito K., Poder H., Kool P., Vali M. *et al.*, 2006. Inflicted traumatic brain injury (ITBI) or shaken baby syndrome (SBS) in Estonia. *Acta Paediatr*, 95: 799-804.
- Tardieu A., 1860. Etude médico-légale sur les sévices et les mauvais traitements exercés sur les infants. *Ann. Hyg Pub Méd lég*, 13: 361.
- Tardieu A., 1868. *Etude medico-légale sur les blessures*. Saint-Germain-en-Laye: Bardin D. Available at: https://archive.org/stream/tudemdicol00tard/tudemdicol00tard_djvu.txt.
- Uccella F., 1984. *La tutela penale della famiglia*. Padova: CEDAM.
- White C, McLean I., 2006. Adolescent complainants of sexual assault; injury patterns in virgin and non-virgin groups. *J Clin Forensic Med.*, 13(4): 160-161.
- WHO (World Health Organization), 2003. *Guidelines for medico-legal care for victims of sexual violence*. Geneva: World Health Organization. Available at: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42788/924154628X.pdf?sequence=1>.
- Wilkinson W.S., Han D.P., Rappley M.D., Owings C.L., 1989. Retinal hemorrhage predicts neurologic injury in the shaken baby syndrome. *Arch Ophthalmol*, 107: 1472-1474.
- Wolfson D.R., McNally D.S., Clifford M.J., Vloeberghs M., 2005. Rigid-body modeling of shaken baby syndrome. *Proc Inst Mech Eng H*, 219(1): 63-70.
- Wooley P.V., Evans W.A., 1955. Significance of skeletal lesions in infants resembling those of traumatic origin. *JAMA*, 158(7): 539-543.

Documenti pontifici

- Congregazione per la Dottrina della Fede, Lettera circolare per aiutare le conferenze episcopali nel preparare linee guida per il trattamento dei casi di abuso sessuale nei confronti di minori da parte di chierici, 3 maggio 2011, in: www.vatican.va/roman_curia/congregations/cfaith/documents/rc_con_cfaith_doc_20110503_abuso-minori_it.html.
- Sommo Pontefice Francesco, Chirografo per l'istituzione della Pontificia Commissione per la Tutela dei Minori, 22 marzo 2014, in: www.vatican.va/content/francesco/it/letters/2014/documents/papa-francesco_20140322_chirografo-pontificia-commissione-tutela-minori.html
- Sommo Pontefice Francesco, Lettera apostolica in forma di motu proprio *Come una madre amorevole*, 4 giugno 2016, in: www.vatican.va/content/francesco/it/apost_letters/documents/papa-francesco_lettera-ap_20160604_come-una-madre-amorevole.html
- Sommo Pontefice Francesco, “Lettera al popolo di Dio”, 20 agosto 2018 in: http://www.vatican.va/content/francesco/it/letters/2018/documents/papa-francesco_20180820_lettera-popolo-didio.html.

Sommo Pontefice Francesco, Lettera apostolica in forma di motu proprio sulla *Protezione dei minori e delle persone vulnerabili*, 26 marzo 2019, in: www.vatican.va/content/francesco/it/motu_proprio/documents/papa-francesco-motu-proprio-20190326_la-tutela-deiminori.html.

Sommo Pontefice Francesco, Lettera apostolica in forma di motu proprio *Vos estis lux mundi*, 7 maggio 2019, in: www.vatican.va/content/francesco/it/motu_proprio/documents/papa-francesco-motu-proprio-20190507_vos-estis-lux-mundi.html.

Sommo Pontefice Giovanni Paolo II, Lettera apostolica in forma di motu proprio *Sacramentorum Sanctitatis Tutela* con la quale vengono promulgate le norme circa i delitti più gravi riservati alla congregazione per la dottrina della fede 30 aprile 2001, in: www.vatican.va/content/john-paul-ii/it/motu_proprio/documents/hf_jp-ii_motu-proprio_20020110_sacramentorum-sanctitatis-tutela.html.

Sommo Pontefice Giovanni Paolo II, Discorso ai partecipanti alla riunione interdicasteriale con i Cardinali degli Stati Uniti d'America, 23 aprile 2002, in: http://www.vatican.va/content/john-paul-ii/it/speeches/2002/april/documents/hf_jp-ii_spe_20020423_usa-cardinals.html.

Giurisprudenza

Cassazione penale, sez. III, n. 22850/2007, tratto da Codice Commentato, in banca dati Pluris, UTET.

Cassazione penale, sez. III, n. 11243/2010, tratto da Codice Commentato, tratto in banca dati Pluris, UTET.

ex multis Cassazione penale, n. 249902 del 09 febbraio 2011, tratto da Codice Commentato, in banca dati Pluris, UTET.

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.

Mi hanno insegnato che l'assenza più dolorosa diventerà presenza amorevole e luminosa perché l'amore vince la morte.

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.

Marisa, Benedetta, Luciano, Marcello, Alessandra e tutte le amiche dell'Associazione Nondasola di Reggio, Ivana, Betty, Elsa, Crimarcopippo, Elisa e Alberto, Annamaria, Francesca G., Serena, Francesca S., Letizia, Lucia, Bà, Anna, Monica e Stefano, Emilio, Angelo, Chiara, Francesco, Vladimiro, Benedetto, Alberto amiche e amici preziosi che meritano mille grazie "colorati e profumati". Ciascuno di loro sa il perché.

Rita la sorella che non ho avuto, la sorella con cui, in ogni momento e a qualsiasi ora del giorno e della notte posso confrontarmi, discutere, pensare, cambiare idea; quella che nelle difficoltà e nel dolore c'è sempre (purché risponda al telefono!) e che, alla fine, con la sua logica estrema, anche nei momenti più difficili, riesce a farmi sorridere.

Lucia e Massimo che, con tanta pazienza e rubando briciole di tempo, chissà da dove, hanno messo la loro bravura e le loro competenze nella correzione di questo libro, chi in ambito giuridico, chi in ambito sanitario. Se ne uscirà qualcosa di buono sarà anche e soprattutto merito vostro.

Infine vorrei ringraziare la piccola Emma, ultima arrivata in famiglia, gioia pura. La sua risata cristallina, la sua infinita tenerezza con "i nonni", la sua straordinaria dolcezza e la sua capacità di amare senza limiti sono stati un vero dono inaspettato. Con lei accanto il cammino quotidiano è diventato lieve e luminoso.

Finito di stampare nel mese di dicembre 2020
per i tipi di Bononia University Press



alphabet **10**



ALMA MATER STUDIORUM
UNIVERSITÀ DI BOLOGNA

www.buonline.com