

# Il bambino vittima di abuso

*Maria Catellani, Nadia Lugli*

## Obiettivi:

- Conoscere la definizione di abuso, l'epidemiologia ed i fattori determinanti
- Sospettare l'abuso sulla base di segni fisici ed anamnestici

## Cenni storici

Il fenomeno dell'abuso all'infanzia è antichissimo, ma la presa di coscienza da parte del mondo medico è relativamente recente e coincide più o meno con la nascita del concetto di infanzia, come entità precisa e più tardi l'acquisizione del concetto del bambino come utente di diritti. Nel 1860 un Patologo forense francese descrive dopo un'autopsia di un bambino un grave abuso che avrebbe potuto portarlo alla morte. Negli Stati Uniti l'abuso infantile giunge alla pubblica attenzione con il caso di Mary Ellen, una bambina di 8 anni, severamente abusata. Essa fu denunciata da Parrocchiani di New York nel 1874, e l'aiuto venne al caso da parte della Società per la Prevenzione della Crudeltà contro gli Animali. Dopo di nel 1875 venne fondata la Società per la Prevenzione della Crudeltà contro i Bambini.

Nel ventesimo secolo la riscoperta dell'abuso all'infanzia fu segnalata da un radiologo in un ospedale di Pronto Soccorso che segnalò un bambino con fratture multiple e ematomi subdurali di vecchia data. La violenza sui bambini è stata successivamente ignorata dalle discipline pediatriche per la difficoltà della società ad accettare il concetto di abuso infantile, fino al 1962 quando Kempe descrive la sindrome del bambino battuto. Nel 1974 il Governo Federale approvò l'Atto per il Trattamento e la Prevenzione dell'abuso Infantile.

## Definizione:

Una possibile definizione è: "gli atti e le 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 lesioni di ordine fisico e/o psichico e/o sessuale da parte di un familiare o di terzi" (IV Seminario Consiglio d'Europa, Strasburgo 1978).

E' utile comprendere nell'abuso anche situazioni particolari come:

- sfruttamento e prostituzione dei minori
- abuso di cure (danno iatrogeno)
- Sindrome di Munchausen by proxy.

## Epidemiologia:

In Italia il fenomeno è presente e interessa tutte le fasce sociali: i dati sono al momento limitati soprattutto alle fonti giudiziarie (mancano statistiche e un Osservatorio e un Reparto Nazionale. I dati del Telefono Azzurro indicano che in un anno circa 7000 chiamate si riferivano ad un sospetto abuso, pari all'1% sul numero totale delle chiamate definite gravi, di queste circa 500 casi segnalati alle autorità. Il 63,4 % delle segnalazioni è a carico delle femmine, il 36 % dei fanciulli in età inferiore ai 10 anni. I dati Istat sui numeri della Polizia Criminale rivelano come le denunce per violenza sessuale sui minori di 14 anni in Italia siano in aumento (meno di 200 nel 1992, più di 500 nel 1999). I dati dell'Istituto Superiore di Sanità riportano che su 10.000 visite effettuate su minori al nel Pronto Soccorso di 19 città italiane, l'1% risulta vittima di trascuratezza, malnutrizione, carenza di cure, igiene.

Le statistiche sono concordi nel far risaltare :

- un aumento per le denunce di reati familiari, abusi sessuali, sfruttamento della prostituzione;
- un abbassamento dell'età della vittima;
- un incremento dell'abuso sessuale anche nei confronti dei maschi.

Nonostante questo è certo però che pochissime sono le segnalazioni da parte del pediatra di base. Questo dato è comparabile con quanto emerge dalla relazione del 2000 sullo stato della salute mentale in Emilia Romagna: crescente prevalenza (30%) del disagio, disturbi comportamentali e disturbi psichiatrici e mancata lettura del Pediatra di famiglia; l'80% si rivolgono in primis al pediatra di base, ma solo metà viene riconosciuta, circa 1/3 viene presa in considerazione e solo il 10% viene inviato per una presa in carico.

### **Fattori Favorevoli l'abuso**

Possono riferirsi a varie componenti.

Il bambino: è un bambino spesso non voluto o problematico per handicap fisico o malattia cronica o per il comportamento (ad esempio irrequietezza, insonnia); Il genitore: può appartenere a qualsiasi gruppo sociale o religioso e a qualsiasi livello culturale. *E' un genitore che quasi sempre è stato maltrattato o abusato da bambino.*

La famiglia può:

- trovarsi in situazione di disagio per un conflitto tra i coniugi
- essere costituita da genitori giovani o alcolisti o che fanno abuso di droghe
- essere in difficoltà economiche o in situazione di isolamento sociale
- considerare la funzione fisica come "necessario" strumento educativo (la vita del bambino dipende totalmente dall'adulto perciò il genitore può considerare il figlio come una sua proprietà) o non avere una preparazione alla condizione di genitore.

### **Età a rischio**

I soggetti a rischio di maltrattamento sono i bambini piccoli, che non sanno ancora parlare, ma che con i loro comportamenti possono innescare forme di maltrattamento in adulti fragili, con problemi esistenziali, di lavoro o di coppia.

Intorno ai 2 – 3 anni i comportamenti esplorativi dei bambini, il negativismo possono scatenare reazioni incontrollate in adulti inconsapevoli dei bisogni dei bambini e che interpretano tali comportamenti come provocazioni intenzionali nei loro confronti.

Dai 5 anni alla pre-adolescenza sono frequenti gli abusi correttivi sia fisici che psicologici

Dalla prima infanzia all'adolescenza compare l'abuso sessuale

La violenza, sia fisica che sessuale, è sempre un attacco alla integrità del bambino che crea in lui confusione e destabilizza la personalità che si sta formando. Il trauma, se non è conosciuto e curato, può provocare disturbi nell'età adulta di tipo psicopatologico o condotte devianti. Il danno cagionato è in genere tanto maggiore quanto più:

- il maltrattamento resta sommerso e non viene individuato
- il maltrattamento è ripetuto nel tempo
- la risposta di protezione alla vittima nel suo contesto familiare e sociale ritarda
- il vissuto traumatico resta non espresso e non elaborato
- la dipendenza fisica e/o psicologica e/o sessuale fra la vittima e l'abusante è forte

## LE DIVERSE FORME DI VIOLENZA

Si possono configurare diverse situazioni: trascuratezza fisica, abuso o maltrattamento psicologico, abuso da "patologia delle cure, abuso sessuale e molestia sessuale

### **Abuso o maltrattamento fisico**

E' inteso come aggressione fisica volontaria che produce lesioni fisiche o mentali. Comprende anche il coinvolgimento in pratiche magiche, esorcistiche, forme di abuso iatrogeno, l'abuso di mezzi di correzione.

Consiste in azioni che producono lesioni fisiche o mettono il bambino in condizioni di rischiare lesioni fisiche. E' fondamentale che l'esame obiettivo ricerchi e valuti le lesioni di abuso fisico ma anche lo stato generale del bambino, i suoi parametri di crescita, il suo stato nutrizionale, il suo comportamento e il suo rapporto con i genitori. Si stima che 1 su 10 dei traumi diagnostici nei Pronti Soccorsi ospedalieri su bambini di meno di 5 anni sia dovuto ad abuso.

Può comprende traumi a livelli di diversi organi e tessuti, avvelenamenti, affamamento con conseguente mancata crescita.

### LESIONI CUTANEE

Tipico è il pattern ovvio (cioè con la forma dello strumento usato); si possono avere segni multipli (come i segni di fibbie, segni lineari o frustate), segni curvilinei (come i segni da filo elettrico), impronte di mani (esempio sulla faccia), punture (esempio da forchetta), segni di legatura, lividi multipli. In quest'ultimo caso spesso si hanno lesioni in vario stadio evolutivo (colore della cute rosso-blu nelle prime 24 ore, violaceo dopo 1-4 giorni, verde dopo 5-7 giorni, giallo dopo 7-10 giorni) e localizzazioni anomale dei lividi: ad esempio a distribuzione centrale sul corpo e/o su aree protette come il collo. I lividi prodotti accidentalmente sono distribuiti di solito alle estremità (ginocchio e creste tibiali), sulla fronte e sul mento, sugli avambracci e sulle prominenze ossee. Le macchie mongoliche possono simulare lividi estesi, non subiscono però gli stadi di guarigione dei lividi. Da ricordare che un livido in un bambino che non ha cominciato a deambulare non è quasi mai accidentale.

I bambini più a rischio per le bruciature sono quelli di età superiore a 3 anni, non autonomi e vi sono due tipi fondamentali:

- bruciature da contatto (esempio da sigaretta, da ferro incandescente con la tipica forma dell'oggetto bollente)
- bruciature da immersione, con aspetto a calza o a guanto, per l'immersione in acqua bollente o bruciature simmetriche alle natiche ed ai piedi.

Ricordiamo che se il bambino è vestito la gravità della bruciatura è maggiore nell'area coperta dai vestiti e che le palme delle mani e dei piedi di solito sono relativamente risparmiate. Importante è la diagnosi differenziale con le lesioni dell'impetigine, caratterizzate da una chiazza gialla superficiale con lesioni satelliti. La diagnosi differenziale si pone con le ustioni accidentali da immersione in acqua calda: l'ustione accidentale è bilaterale, simmetrica con linee ben definite e non presenta lesioni a spruzzo.

### FRATTURE

Tutte le fratture in bambini di età inferiore a un anno sono sospette per maltrattamento. L'età del bambino e la localizzazione della frattura di un osso lungo sono elementi più importanti per la definizione di lesione da abuso del tipo di frattura.

Si possono distinguere:

- *fratture altamente specifiche*: sono fratture molto infrequenti nel bambino e quindi maggiormente sospette (fratture costali, post vertebrali della scapola, dello sterno, fratture delle metafisi e manico di secchio);
- *fratture a specificità moderata*: fratture multiple (specie se sono bilaterali, fratture di epoche diverse, distacchi epifisari, dei corpi vertebrali, fratture delle dita, fratture complesse del cranio);
- *fratture a bassa specificità*: esempio fratture della clavicola, fratture lineari del cranio. Possono essere accidentali, da traumi minore. Possono però diventare altamente specifiche se non c'è certezza di una storia credibile di trauma accidentale.

#### TRAUMI DEL SNC

Si può avere un *trauma discreto*, come ematomi del cuoio capelluto, fratture delle ossa craniche, emorragie intracraniche, ematomi subdurali, lesioni del parenchima cerebrale, emorragie subaracnoidee. L'ematoma epidurale può essere la conseguenza di abuso ma può essere molto spesso causato da cadute accidentali.

Vi è poi il *trauma da scuotimento* (Shaken Baby Sindrome – S.B.S.): è una sindrome clinica caratterizzata da un scuotimento violento del bambino, spesso seguita da trauma cranico. Può dare come esiti:

- emorragie retiniche
- emorragie subdurali
- malattia assonale diffusa
- edema cerebrale secondario
- fratture costali posteriori e antero laterali
- fratture metafisarie e delle ossa lunghe.

#### TRAUMI ADDOMINALI

Fanno seguito a pugni e calci e sono favoriti dalla relativa debolezza muscolare del bambino e alla relativa grandezza degli organi interni. La parete addominale del bambino è deformabile e spesso non presenta tracce di trauma o a volte pochi lividi.

#### LESIONI DEGLI ORGANI DI SENSO

Possono interessare

- Le orecchie: orecchio percosso emotimpano, orecchio a cavolfiore
- Gli occhi: ecchimosi periorbitarie, emorragie congiuntivali, abrasioni corneali, ifema (raccolta emorragica nella camera anteriore dell'occhio), lussazione del cristallino, emorragie del vitreo, distacco di retina, emorragie retiniche.
- Il naso: epistassi, fratture.
- La bocca: trauma labiale, traumi faringei posteriori, ostruzione delle vie aeree, rottura del frenulo.

Manifestazioni meno frequenti di maltrattamento possono essere le intossicazioni (da sale, da acqua, da alcool, da altri farmaci a tossine, a droga), la segregazione, la deprivazione del sonno, la disidratazione o il digiuno.

#### **Bullismo o nonnismo**

Il bullismo è un comportamento sociale, una forma di iniziazione, con il quale si “mette alla prova” un coetaneo per verificare se è qualcuno che è amalgamato al “gruppo” su cui si può contare.

Questo comportamento può dare origine spesso a forme pericolose e violente di abuso fisico e a soluzioni estreme nell'abusato (esempio il suicidio).

I bambini si confrontano continuamente con il gruppo dei pari , si osservano, si imitano, per entrare a far parte del gruppo e per rafforzare la coscienza di sé e l'autostima. Questa identificazione e relativa accettazione o rifiuto lasciano tracce indelebili nella personalità

È necessario sospettare l'abuso fisico quando si rileva una di queste situazioni:

- Lesioni in diverso stadio di guarigione.
- Storia raccontata dal genitore presentante contraddizioni o non completamente esaustiva per il tipo e la natura delle lesioni.
- Segni patognomici dell'esame fisico: morsi, bruciature di sigaretta.
- Ritardo da parte dei genitori nella ricerca del medico, oppure non comprensione per il dolore o la paura del bambino.
- Segni evidenti di abbandono o trascuratezza.
- Ricorso a pediatri e/o Ospedali sempre diversi per nascondere la sistematicità degli eventi traumatici lesivi.

### **Trascuratezza**

È legata a mancanza di cure materne e può configurarsi come trascuratezza alimentare (mancata crescita) o trascuratezza sanitaria. Esiste inoltre la trascuratezza affettiva: il bambino non è accudito sul piano emotivo. La differenza fondamentale tra abuso e trascuratezza è che l'abuso implica un comportamento attivo, invece la trascuratezza è legata a comportamenti omissivi cioè al "non fare".

### **Abuso o maltrattamento psicologico**

Può consistere nella ripetizione di comportamenti o di modelli di relazione tra adulto e bambino che portano il bambino a ritenere che vale poco, che non è amato, non è desiderato, oppure nella presenza di biasimo protratto, isolamento forzato, critiche, disparità e preferenze dell'atteggiamento verso i fratelli, canzonatura, omissione. Il bambino può essere soggetto a minacce verbali, assistere a violenza e a conflitti coniugali o ad aggressioni fisiche di un genitore nei confronti dell'altro o dei fratelli. È forse la forma più frequente anche se è difficile da rilevare. È una specie di MOBBING. Chi lo attua non si rende spesso conto di esercitare una violenza che provoca gravi danni al bambino. Spesso il genitore che crea questo tipo di violenza è un genitore che ha difficoltà a definire il proprio ruolo genitoriale (scarsa differenziazione nelle esperienze e nelle esigenze dalla generazione dei propri genitori da un lato e dei propri figli dall'altro), oppure ha difficoltà a chiedere aiuto.

### **Abuso da "patologia delle cure"**

Comprende due situazioni in cui il genitore non provvede adeguatamente ai bisogni del bambino in rapporto al suo stadio evolutivo e alla sua età: l'incuria, cioè la carenza di cure, e la discuria, cioè il ricorso a cure eccessive o distorte. La prima è più frequente in famiglie a rischio sociale e in condizioni di indigenza.

Il ricorso, patologicamente ossessivo, a cure ed esami più o meno invasivi può causare al bambino gravi danni iatrogeni e a volte irreversibili come nella Sindrome di Munchausen by proxy che è caratterizzata dalla continua costruzione di sintomi da parte dei genitori e conseguente improprio ricorso a consulenze mediche o ad indagini diagnostiche e a terapie. È frequente nei bambini molto piccoli. Il sospetto dovrebbe nascere da:

- ogni situazione che presenti forti incongruenze o che non possa essere classificata in quadri clinici noti.

- fenomeno della migrazione da un Ospedale all'altro.

### **Abuso sessuale e molestia sessuale**

L'**abuso sessuale** consiste nel coinvolgimento del bambino, da parte di un partner preminente, in attività sessuali anche non caratterizzate da violenze ma che comunque il bambino non conosce e alle quali non può, in ragione del suo livello di sviluppo, acconsentire. Esso comprende varie situazioni. Ad esempio il coinvolgimento in pratiche sessuali intrafamiliari; la più frequente è l'**incesto** (rapporto sessuale fra consanguinei, per lo più tra padre e figlia); l'incesto è di solito continuo, inizia quando la vittima dell'abuso è piccola, attraversa tutte le classi sociali e nella maggior parte dei casi il genitore abusante è stato a sua volta abusato quando era bambino. Quando l'abusante è un genitore o un parente (nonno, fratello, cugino, ecc.) il bambino che non può far a meno di voler bene ai suoi genitori tende a "proteggerli" e quindi difficilmente la situazione emerge. Vi è poi lo sfruttamento, ovvero l'abuso sessuale del bambino da parte di individui legati da vincoli di parentela o conoscenza, e la violenza sessuale da parte di estranei (abuso sessuale extraconiugale, "abuso rituale" e di gruppo); situazioni estreme sono la prostituzione infantile e lo sfruttamento dei minori per la produzione di materiale pornografico.

La **molestia sessuale** consiste in un abuso che non implica segni fisici ma che provoca comunque gravi danni alla personalità del bambino. Sono esempi di molestia sessuale ad esempio il far assistere ad atti sessuali fra adulti o a spettacoli pornografici.

E' fondamentale per la diagnosi di abuso sessuale in bambini piccoli pensare a queste possibilità e porre in diagnosi differenziale l'abuso sessuale ogni volta che ci sono segni e sintomi correlati alle aree genitali e anali. Difficilmente un bambino è vittima di una sola forma di maltrattamento. In ogni forma di maltrattamento di tipo fisico, è implicato il maltrattamento emotivo poiché il maltrattamento fisico trasmette al bambino il messaggio "sei cattivo".

### **IL SOSPETTO DI ABUSO**

Un bambino che vive una situazione di sofferenza o carenza nel contesto familiare o al di fuori di esso può presentare diversi fattori di allarme che possono far sospettare al Pediatra una violenza subita. Ne riportiamo i principali.

Un segnale di allarme possono essere le **variazione di parametri fisiologici importanti** quali disturbi del sonno, disturbi alimentari, irritabilità, ipo o iperattività, aggressività, malattie fisiche (dolori addominali, cefalea, ovvero il bambino che viene portato continuamente a consultazione per "disturbi psicosomatici"), problemi scolastici, scarsa o eccessiva igiene, comportamenti inadeguati rispetto all'età, cioè "regressivi" (comportarsi come un bambino piccolo) o "iperadulti" (uso in età precoce di alcool e sigarette, oppure comportamenti sessuali non consoni all'età anagrafica). Vi possono essere poi comportamenti fobici e/o avversione verso certe persone (esempio il bambino che non vuole abbandonare la scuola per avversione verso la propria casa), un comportamento passivo, compiacente, remissivo, una riduzione dell'autostima o sfiducia nell'adulto; fino a verificarsi del ritiro dalle attività sociali, all'isolamento, alla depressione, all'ansia, alle crisi di pianto. Da porre poi particolare attenzione ai disturbi della condotta come fughe, prostituzione, atti di delinquenziali, oppure ai comportamenti aggressivi oppure autodistruttivi.

Da porre attenzione anche a **dichiarazione anche parziale o frammentaria di disagio** da parte del bambino, ad **atteggiamenti "inadeguati" dei genitori** riscontrati direttamente o dedotti dalle condizioni psicofisiche del bambino, ai **mancati**

**adempimenti rispetto a obblighi scolastici, vaccinali.** Talvolta il pediatra può venire casualmente a conoscenza di informazioni allarmanti sulla situazione familiare o extrafamiliare.

## **LE CAUSE DI ERRORI E DI FALSE DENUNZIE DI ABUSO**

La natura difficilmente oggettivabile degli indicatori di abuso gli errori interpretativi di diagnosi differenziali che possono portare a denunce incerte o infondate. E' vero anche che bisogna prestare attenzione sia alle "vere" quanto alle "false denunce". Le cause più frequenti di questo fenomeno rilevante sono:

- incomprensioni legate al linguaggio del bambino non sempre ben comprensibili
- Errori nel racconto per distorsione o esagerazione
- Distorsioni dovute a disturbi o malattie mentali:
  - fantasie di seduzione nell'isteria
  - delirio nella psicosi
  - sindromi prepsicotiche dell'infanzia o dell'adolescenza
- Distorsioni intenzionali di uno dei genitori in corso di contenzioso giuridico dovuto a separazione o divorzio
- Errore professionale
- Errori di più professionisti, quali errori durante le interviste o nell'interpretazione di dati ed errori iatrogeni
- Memoria, suggestionabilità e bugie del bambino
- Natura equivoca degli indicatori di abuso
- Differenze culturali tra i genitori

Elementi utili per stabilire il grado di non affidabilità della denuncia del bambino sono la valutazione della situazione di disputa familiare in corso, la presenza di un disturbo post-traumatico da stress nel genitore che sostiene la denuncia di abuso del bambino, oppure la presenza di disturbi psichiatrici gravi ed evidenti del bambino.

## **ISTITUZIONI COINVOLTE NELLE SITUAZIONI DI ABUSO**

La Circolare N. 070/00 del 3 Ottobre 2000 del Ministero dell'interno, nell'ambito dell'attivazione di azioni comuni di prevenzione e intervento di tutela contro il fenomeno della pedofilia invita i Prefetti a convocare i Comitati Provinciali per la Pubblica Amministrazione (Conferenza Permanente) allo scopo di creare un coordinamento tra i diversi attori presenti e operanti sul territorio (Enti locali, Servizi Sociali delle ASL, Servizi Sociali dei Comuni, Forze dell'Ordine, soggetti privati e del no profit) e per analizzare le problematiche al fine di impostare moduli operativi di informazione, monitoraggio, intervento. Le istituzioni coinvolte sono Prefettura, Amministrazione Provinciale, Comuni ( Servizi Sociali ), Azienda Sanitaria (Ospedale, Pediatria di Comunità, ove esista), Questura, Carabinieri, Guardia di Finanza, Magistratura Ordinaria, Magistratura Minorile, Scuola ed Università. Manca nella Circolare Ministeriale il coinvolgimento di altri soggetti come gli Ordini professionali (Medici, Psicologi, Avvocati, Giornalisti).

In realtà i soggetti professionali che dovrebbero collaborare in modo interdisciplinare per interventi tempestivi di raccolta e segnalazione di abuso e di presa in carico del bambino e della famiglia sono vari: il Pediatra di libera scelta e Medico di Medicina Generale, il Neuro-Psichiatra Infantile, il Magistrato, l'Assistente Sociale, l'Assistente Sanitaria, il Dirigente Scolastico, lo Psicologo, l'Insegnante, lo Psicopedagogista.

L'insegnante essendo un incaricato di pubblico servizio secondo gli Artt. 361/362 e 365 del Codice Penale ha l'obbligo della segnalazione tempestiva di qualsiasi tipo di maltrattamento, però può a volte essere attore di abuso fisico o psicologico.

Nel caso di abuso fisico l'indicatore di abuso è la totale dipendenza che si instaura tra l'insegnante e l'alunno.

L'abuso psicologico da parte dell'insegnante è meno evidente; può essere frutto di azioni involontarie ma dettate da comportamenti insiti nell'insegnante: l'indicatore è un comportamento aggressivo o di scherno quotidiano nei confronti degli alunni con difficoltà di apprendimento. Oppure può essere volontario: l'insegnante pensa di agire per il bene dell'alunno imponendogli il proprio modo o distruggendo la sua fantasia, o schernendolo per le sue difficoltà.

L'insegnante dovrebbe rendersi conto che si attua violenza nel momento in cui si trovano nello stesso livello intellettuale, evolutivo e che provengono da contesti diversi

Nel caso l'insegnante sia attore di molestie a sfondo sessuale o abuso sessuale è punito dal Codice Penale con l'approvante del fatto che nel minore è stato posto alla sua tutela. bambini si confrontano continuamente con il gruppo dei pari, si osservano, si imitano, per entrare a far parte del gruppo e per rafforzare la coscienza di sé e l'autostima. Questa identificazione e relativa accettazione o rifiuto lasciano tracce indelebili nella personalità.

## **COME CONDURRE L'ESAME CLINICO IN CASO SOSPETTA VIOLENZA FISICA O SESSUALE**

Il Pediatra può essere chiamato ad eseguire un esame clinico in caso di sospetto abuso in varie circostanze: il bambino può essere condotto alla visita da adulti (familiari o operatori dei servizi) che sospettano un abuso, può essere richiesta una sua consulenza in ambiente più specifico, oppure può dover visitare un bambino con sospetto di abuso in condizioni di urgenza (guardia medica o pronto soccorso). Ma il pediatra deve anche essere in grado di poter sospettare un abuso o un caso di grave trascuratezza durante visite normali, per controlli, per malattie acute, per consultazioni urgenti, senza che il motivo della visita sia quello di un sospetto abuso.

Ricorsi frequenti alle visite mediche, senza che sussistano reali motivi, patologie non chiaramente spiegabili, stato di grave ansia da parte dell'accompagnatore, atteggiamenti particolari da parte del bambino e dell'adolescente debbono costituire un segnale di allarme.

Deve essere tenuto presente sempre il contesto familiare e sociale in cui il bambino o l'adolescente vivono. Il bambino inoltre può avere un atteggiamento confondente, perché spesso non percepisce la gravità di quanto gli sta accadendo, può sentirsi gratificato dal fatto di attirare l'attenzione dell'adulto, può provare vergogna, o sensi di colpa, che lo portano a mascherare i suoi comportamenti ed essere connivente all'abuso di cui è vittima. In ogni caso il Pediatra deve aver presente questo fenomeno per poterlo sospettare o riconoscere. Il Pediatra deve saper valutare, mantenendo il massimo rispetto per il bambino, osservando la massima discrezione durante la visita e mantenendo la massima riservatezza con l'accompagnatore (ricordare il vincolo di osservanza del segreto professionale e dell'osservanza sulla privacy). Se è possibile è opportuno avere una documentazione fotografica di particolari rilievi della visita.

Durante la visita od il colloquio è fondamentale ricordarsi di:

- Non costringere il bambino a sottoporsi alla visita
- Non fare commenti con il genitore o l'accompagnatore di fronte al bambino
- Non trarre conclusioni con il genitore o l'accompagnatore



- Non assumere un ruolo improprio di investigatore, ma limitarsi al proprio ruolo medico
- In caso di urgenza o necessità la visita può essere eseguita anche in assenza degli esercenti la patria potestà

Si deve attentamente valutare l'anamnesi e rilevare i segni fisici generali di sospetta violenza quali ad esempio vulvovaginiti recidivanti, fratture multiple pregresse rilevate radiologicamente. Da porre attenzione a mutazioni rispetto alle abitudini del sonno, enuresi o incontinenza di insorgenza abbastanza recente.

Sono segni psicologici sospetti: rifiuto di spogliarsi (anche durante le normali attività fisiche per es. a scuola), pianti improvvisi, depressione, ansia, fobie, atteggiamenti compulsivi (lavarsi in continuazione), isolamento dai compagni, atteggiamenti ribelli e provocatori, assenze ingiustificate da scuola, fughe da casa, tentativi di suicidio (adolescenti), disegni e/o atti che suggeriscano conoscenze sessuali inadeguate all'età, giochi a contenuto fortemente sessuale.

Nella valutazione dell'atteggiamento psicologico generale sono segnali sospetti il timore eccessivo o l'eccessiva vergogna o al contrario l'eccessiva accondiscendenza all'esame fisico, l'anormale interesse per i genitali, una erezione che si mantiene per tutto il periodo della visita nel preadolescente, l'atteggiamento seduttivo e connotato sessualmente nei confronti dell'adulto.

Durante la valutazione fisica devono essere ricercate tutte le lesioni elencate nei paragrafi precedenti. Segni di sospetto sono anche la presenza di infezioni vaginali da agenti sessualmente trasmessi, non acquisite nel periodo neonatale (gonorrea, sifilide, immunodeficienza acquisita, clamidia, condilomi, herpes), lacerazione dell'area posteriore della forchetta vaginale, lacerazione recente dell'imene e della mucosa vaginale o anale, presenza di sperma. Evidente l'importanza di una eventuale gravidanza.

## **CHE COSA DEVE FARE IL PEDIATRA NEL SOSPETTO DI UN CASO DI ABUSO**

Risulta evidente che il Pediatra, in qualunque veste esso operi non solo può, ma deve segnalare la situazione di un minore che lo preoccupa ed in cui ipotizza un reato di abuso o di molestia. La mancata segnalazione costituisce una omissione di atti d'ufficio (art.328.C.P.). La segnalazione non comporta il rischio di incorrere nel reato di diffamazione, in quanto il ruolo di portavoce del bambino esclude la responsabilità penale per calunnia. Eventuali pressioni, minacce, offese nei confronti del Pubblico Ufficiale o Operatore incaricato di Pubblico Servizio nell'esercizio delle proprie funzioni è un reato perseguibile d'ufficio. Non si deve scaricare su altre persone, pure a conoscenza dei fatti l'obbligo della segnalazione. Nel caso di reati perseguibili d'ufficio, venuti a conoscenza nell'esercizio delle proprie funzioni, il Pubblico Ufficiale o Pubblico Operatore che omette la segnalazione, cui è tenuto nei termini di legge, va incontro a sanzioni penali (artt. 361-362 C.P.).

### **Segnalazione di minori che si trovano in situazioni di disagio o pregiudizio**

Che cosa significa pregiudizio? È una qualunque situazione in cui il minore muove una situazione di sofferenza, disagio, carenza che può incidere negativamente sulle sue potenzialità di crescita e di sviluppo. Possono essere quindi situazioni che preoccupano il Pediatra come informazioni allarmanti sulla situazione familiare, condizioni di scarsa cura del bambino, stato di negligenza nei confronti del bambino, abbandono a casa. L'obiettivo della segnalazione è quindi quello di portare all'attenzione delle istituzioni preposte la situazione del minore per verificarne le condizioni di vita e prendere eventuali provvedimenti per aiutarlo. Il Pediatra (o altro operatore) non deve accertare una situazione, non deve dare giudizi o trarre

conclusioni, ma deve segnalare il sospetto di una situazione ambientale o familiare che può compromettere il benessere e lo sviluppo del minore.

La segnalazione deve essere fatta al responsabile del Servizio Sociale competente che provvede ad un accertamento; nel caso in cui siano confermati i sospetti e non sia possibile ottenere la collaborazione della famiglia provvederà a segnalare a sua volta alla Procura Minorile che prenderà i provvedimenti a tutela del minore. Oppure la segnalazione viene fatta alla Procura della Repubblica presso il Tribunale per i Minorenni che incaricherà il Servizio Sociale di fare un accertamento coatto sulla situazione familiare, e a seconda dell'esito degli accertamenti valuterà se prendere provvedimenti a tutela del minore. Si consiglia di segnalare direttamente alla Procura Minorile le situazioni che appaiono molto preoccupanti.

La segnalazione deve essere effettuata per iscritto e non può essere effettuata in forma anonima, deve riportare nel modo più preciso possibile tutti i fatti e gli elementi che hanno portato a formulare il sospetto che il minore si trovi in una situazione di pregiudizio e va portata a conoscenza dei genitori del minore; questo per mantenere un rapporto di fiducia con la famiglia nell'interesse del minore stesso, spiegando che l'obiettivo è quello di aiutare la famiglia e il bambino. Ogni operatore è tenuto al segreto di ufficio o segreto professionale, pertanto ogni informazione relativa al caso può essere trattata esclusivamente nei luoghi deputati.

### **Segnalazione obbligatoria delle situazioni in cui i minori sono vittime di reato**

I reati perseguibili d'ufficio devono essere obbligatoriamente segnalati al tribunale. Li riportiamo qui di seguito.

Maltrattamenti in famiglia (art.572C.P.): sono le condotte non occasionali da parte di un genitore o parente che sono lesive dell'integrità fisica e psichica della persona.

Abuso dei mezzi di correzione (art. 571 C.P.): sono le punizioni inflitte al minore in modo non occasionale, immotivato e che si pongono al di là dei poteri educativi riconosciuti ai genitori.

Lesioni personali aggravate ( art.582- 585 C.P.): sono le lesioni commesse con armi proprie ed improprie (es. mazze, bastoni...) da un genitore nei confronti del proprio figlio, ma solo se il fatto è commesso per futili motivi oppure adoperando sevizie e crudeltà. Sono perseguibili d'ufficio le lesioni lievi (prognosi fra i 21 e i 40 giorni), le lesioni gravi (comportano il pericolo di vita, rendono incapaci di attendere alle occupazioni ordinarie per un tempo superiore ai 40 giorni, o indeboliscono un senso od un organo in modo permanente) e le lesioni gravissime (comportano come conseguenza una patologia insanabile, perdita di un senso, di un organo, perdita delle capacità di procreare, sfregio permanente del viso. Sono invece perseguibili solo a querela le lesioni lievissime, cioè che comportano un referto con prognosi inferiore ai 20 giorni).

Evasione scolastica (art. 731C.P.): comprendono i casi di mancato adempimento dell'obbligo scolastico, come la non iscrizione, la non frequenza, la scarsa frequenza, tale da configurare un danno per lo sviluppo psicologico del minore.

Reati Sessuali (legge 66/1996): è perseguibile la *violenza sessuale* se la vittima ha età inferiore od uguale a 14 anni, oppure se ha età fra 14 e 18 anni ma l'autore è l'affidatario (per ragioni di cura, vigilanza, educazione, custodia). La violenza sessuale è perseguibile d'ufficio indipendentemente dall'età se l'autore è il genitore, anche adottivo o un suo convivente, se la violenza è effettuata in gruppo. È perseguibile anche l'a sola attività sessuale con minorenni nel caso che la vittima abbia meno di 10 anni, oppure più di 16 anni ma l'autore è il genitore, o suo convivente o tutore o affidatario; infine indipendentemente dall'età della vittima se l'autore è pubblico ufficiale o incaricato di pubblico servizio nell'esercizio delle sue funzioni (come il pediatra convenzionato nell'esercizio della sua professione); infine è

necessario tenere presente per la perseguibilità, se il fatto è connesso con altro reato perseguibile d'ufficio.

Corruzione di minore (legge 269/98: contro lo sfruttamento della prostituzione, della pornografia, del turismo sessuale in danno di minori, quali nuove forme di riduzione in schiavitù). È possibile segnalare le situazioni di pedo-pornografia con diverse connotazioni al sito [www.poliziadistato.it](http://www.poliziadistato.it), nella sezione "lotta alla pedofilia". Il Pediatra (o comunque l'operatore) non deve segnalare la certezza che sia stato commesso un reato, ma solo l'esistenza di un sospetto sufficientemente fondato che il reato sia stato commesso. Il sospetto può basarsi su notizie, informazioni avute durante l'esercizio della propria professione, colloqui, confidenze dei genitori o del bambino, presenza di indicatori fisici, presenza di indicatori psicologici o comportamentali, uniti ad altri elementi rilevanti. Il pediatra non deve raccogliere elementi di prova, che dimostrino l'esistenza effettiva del reato, non deve assumere un ruolo di investigatore o di giudice, deve limitarsi al suo ruolo di medico, che rileva un sospetto fondato di abuso o violenza; non deve fare indagini, né convocare i genitori, né chiedere valutazioni di altri professionisti, per non mettere in allarme i supposti autori del reato, con il rischio di inquinare le prove. La segnalazione deve essere fatta analogamente al caso precedente, al Tribunale ed al Servizio Sociale, per iscritto e non in forma anonima. Deve descrivere in modo preciso i fatti e/ o le situazioni che hanno portato al sospetto del reato e va presentata senza ritardo, per tutelare il minore. La segnalazione di un sospetto di reato penale non prevede il principio della trasparenza, quindi il Pediatra non può e non deve convocare i genitori ed informarli dell'avvenuta denuncia. La denuncia è un atto coperto dal segreto istruttorio, la cui divulgazione costituisce reato.

### **Cosa fare nei casi dubbi**

Spesso per il Pediatra è difficile stabilire il confine fra situazioni di pregiudizio e le condizioni di sospetto del reato. Le situazioni chiare debbono immediatamente essere segnalate al Tribunale Penale. In situazioni più difficili da definire, quando il pediatra non capisce se si tratta semplicemente di una condizione problematica di una famiglia con disagio o se intervenga una situazione più grave è sempre meglio inviare una segnalazione: la segnalazione scritta al Servizio Sociale e alla Magistratura Minorile assolvono i Pubblici Ufficiali e gli Operatori incaricati di Pubblico Servizio dai propri obblighi di legge .

In sostanza la regola del silenzio non costituisce più un principio assoluto quando l'ossequio del principio di segretezza si pone in contrasto con gli interessi, parimenti rilevanti, di altri soggetti o della collettività.

### **Concetti chiave:**

1. Esistono varie tipologie di abuso e di violenza: fisica e psicologica
2. È necessario saper cogliere segnali di allarme precoci
3. Il medico non deve fare indagini o trarre giudizi, bensì limitarsi a rilevare i segni del sospetto di violenza o di abuso
4. Nel sospetto si deve segnalare alle autorità competenti

### **Bibliografia per approfondire:**

1. Gomez de Terreros. Famiglie vulnerabili : prospettiva psicosociale. Medico e Bambino ,7, 386-3888, 1994
2. AA CAP Official Action . Practice Parameters for the forensic evaluation of children and adolescents who may have been physically or sexually abused. J. Am.Acad.Child Adolesc. Psychiatry, 1997,36:423-442
3. Levi G. Abuso sessuale e sfruttamento dei minori : contributo clinico, Psichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza ,1997, n2,pgg131-134

4. Oliverio Ferraris, B. Graziosi - Il volto e la maschera. Casa Editrice Valore Scuola 1999
5. Dettore e Fuligni- Mc Graw Hill. L'abuso sessuale sui minori, pagg. 39-64;74, 1999
6. Scharz M.W., Pediatria di base. Un approccio orientato ai problemi. Mediserve.
7. [www.minori.it](http://www.minori.it)
8. Ranci Agnoletto D. La legge Turco: un'opportunità per promuovere i diritti dell'adolescenza, Prospettive Sociali e Sanitarie, 1998, pagg.1-3