

ABUSO ALL' INFANZIA

Semeiotica medica dell' abuso sessuale nei bambini prepuberi: requisiti e raccomandazioni

A cura del Gruppo Interdisciplinare sull'Abuso Sessuale

Abstract

The document on "Medical semeiotics of sexual abuse in prepuberal children: requirements and recommendations" is hereby shown. It is the result of a group of Italian professionals in the gynaecology, medical examiner and paediatric areas coordinated by Dr. Maria Rosa Giolito, a gynaecologist responsible of the "Cappuccetto Rosso" project for the prevention and intervention on sexual abuse and all abuses in under aged living in Turin A.S.L. (Health District) n.4.

Interdisciplinary Italian Group on Sexual abuse.

Medical semeiotics of sexual abuse in prepuberal children: requirements and recommendations.

Presentazione

Il documento che presentiamo è il risultato del lavoro di un gruppo di professionisti italiani afferenti all'area ginecologica, medico-legale e pediatrica che riteniamo di interesse particolare per i nostri lettori, data la rilevanza che il problema sta assumendo anche nella pratica quotidiana.

Coordinatore e referente del gruppo è stata la dott.ssa Maria Rosa Giolito, ginecologa, responsabile del progetto "Cappuccetto Rosso" per la prevenzione e l'intervento sui casi di maltrattamento e abuso sessuale contro i minori dell'ASL 4 di Torino, progetto associato al Cismai (Coordinamento Italiano dei Servizi contro il Maltrattamento e l'Abuso all'Infanzia).

Fanno seguito a questo documento tre racconti di esperienze: una internazionale, in Canada (presentata da un'autorità internazionale, la prof. Marcellina Mian, Ordinario all'Università di Toronto e pediatra dell'Hospital for Sick Children, Toronto) e due esperienze di organizzazione di servizi dedicati all'abuso in provincia di Bologna e di Perugia.

Premessa

"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."

Da: American Academy Pediatrics. Guidelines for the evaluation of sexual abuse of children: subject review. *Pediatrics* 1999;103:186-191

La rilevazione, la diagnosi, la presa in carico e il trattamento dell'abuso sessuale dei bambini costituiscono problemi complessi in cui si intrecciano aspetti medici, psicologici, sociali e giuridici; ciò rende indispensabile il coinvolgimento di più figure professionali. L'esperienza clinica e l'analisi della letteratura evidenziano la necessità di costruire, tra i diversi professionisti coinvolti, un linguaggio e una modalità di intervento comuni e condivisibili.

Il presente documento, in assenza di una specifica formazione universitaria, è rivolto a tutti i medici che lavorano con i bambini nel tentativo di offrire uno strumento per un corretto approccio ai minori con sospetto di abuso sessuale.

Il gruppo di lavoro ha individuato i requisiti minimi indispensabili per la corretta applicazione delle raccomandazioni presentate nel documento:

- *ambiente adeguato*: la valutazione clinica deve essere effettuata in una stanza che permetta di garantire la riservatezza e la tranquillità durante il corso della visita
- *tempo sufficiente*: la valutazione può richiedere tempi lunghi in relazione allo stato emotivo del bambino e alla sua volontà

di collaborare. Tempi contingentati possono determinare più facilmente errori nella relazione con il bambino da parte del professionista

- *dotazione tecnica*: è necessaria una strumentazione che garantisca una buona effettuazione e documentazione della visita. È necessario ricordare che il dover sottoporre il bambino a una successiva visita, per una incompleta valutazione della prima, può costituire un inutile trauma psicologico
- *rete dei Servizi*: la visita non può essere disgiunta dagli altri accertamenti tesi a valutare l'esistenza o meno di un abuso sessuale. La visita medica non può costituire, salvo rarissimi casi (vedi classificazione di Adams), l'unico elemento diagnostico.

Motivo della valutazione clinica

Gli obiettivi della valutazione clinica sono:

- individuare quadri clinici e/o lesioni genitali ed extragenitali di natura traumatica o infettiva che necessitino o meno di trattamento

speciale

- assicurare, quando possibile, il bambino sul suo stato di salute fisica
- identificare i bisogni medici che, insieme a un'adeguata valutazione dei bisogni psicologici e sociali, possano contribuire al processo di recupero della vittima
- raccogliere eventuali elementi medico-legali che potrebbero essere utili anche in sede giudiziaria
- rispondere alla richiesta di chi esercita la potestà genitoriale o dell'Autorità Giudiziaria.

Tempi nei quali va condotto l'esame

Nella maggioranza dei casi le lesioni delle mucose anali e vulvo-vaginali non sono più evidenziabili a breve distanza di tempo da quando sono state provocate. Ne consegue che:

- la visita va effettuata nell'immediato se l'episodio è avvenuto entro le 72 ore
- va organizzata entro e non oltre 7 giorni dall'abuso se l'episodio è avvenuto tra i 3 e i 7 giorni precedenti (il prima possibile)
- se sono trascorsi almeno 8 giorni dal sospetto episodio di abuso, la visita può essere programmata nei tempi e con le modalità più congrue per il bambino.

È da valutare l'opportunità di ripetere un controllo clinico a distanza.

L'accoglienza

È sempre necessario:

- assicurare un ambiente adatto (quiete e riservatezza)
- limitare il numero degli operatori, delle procedure e degli spostamenti a quelli strettamente necessari
- aver adeguato tempo a disposizione
- garantire che l'atteggiamento degli operatori sia rassicurante, disponibile all'ascolto e mai frettoloso
- effettuare la visita in presenza del genitore o di altra persona adulta.

Bisogna porre la massima attenzione a:

- offrire spiegazioni sulla modalità della visita e ottenere il consenso del minore
- non utilizzare mai forza, coercizione e/o inganno, riprogrammando eventualmente la visita (tenendo comunque conto dei tempi indicati)
- non porre domande dirette sul fatto e raccogliere l'eventuale racconto spontaneo del minore, riportando le stesse espressioni usate dal bambino
- evitare, se possibile, che il racconto dell'accompagnatore avvenga in presenza del minore.

Anamnesi

Anamnesi patologica remota

- con particolare attenzione a: eventuali precedenti osservazioni presso Dipartimenti di Emergenza o ricoveri; a sintomi

riferibili all'apparato gastrointestinale e genito-urinario; a traumi e chirurgia della regione genito-anale.

Anamnesi patologica prossima

- con particolare attenzione a: traumi della regione genito-anale, corpi estranei, perdite ematiche anali e/o vaginali, flogosi genitali e urinarie, stipsi, enuresi, encopresi, imbrattamento fecale.

Particolare attenzione deve essere rivolta alla rilevazione di cambiamenti comportamentali.

Esame obiettivo (vedi glossario in *tabella 1*)

È opportuno effettuare un esame obiettivo generale all'interno del quale si effettuerà l'esame dell'area genito-anale. Per quanto riguarda la conduzione della visita è opportuno che:

TABELLA 1: GLOSSARIO

Ano a imbuto : rilasciamento dello sfintere esterno
Appiattimento delle pliche anali : riduzione o assenza delle pliche anali quando lo sfintere anale esterno è parzialmente o completamente rilassato
Arrossamento : iperemia locale più o meno associata a edema
Attenuazione dell'imene : riduzione significativa dell'altezza imenale
Bande peri-imenali : banderelle che connettono l'imene alla parete vestibolare
Bande peri-uretrali : piccole banderelle laterali all'uretra che connettono i tessuti periuretrali alla parete anteriore-laterale del vestibolo
Bump/Mound : elevazione di tessuto sul margine imenale (convessità)
Cicatrice : tessuto fibroso non vascolarizzato che sostituisce il normale tessuto dopo la guarigione di una ferita o di una ragade
Dilatazione anale : apertura degli sfinteri, interno ed esterno, che compare entro 30 secondi con minima trazione dei glutei in decubito laterale o genu-pettorale
Discromia : variazione circoscritta di pigmentazione
Ecchimosi : soffiatura emorragica sottoepiteliale
Escoriazione : perdita di sostanza superficiale dell'epitelio
Friabilità della forchetta : particolare sottigliezza della cute che determina un'estrema facilità alla lacerazione nelle comuni manovre di trazione
Incisure imenali : indentature parziali a forma di "U" (<i>notches</i>) oppure a forma di "V" (<i>clefts</i>)
Ipervascolarizzazione : chiara evidenza della trama vascolare per aumento del numero e/o dilatazione dei vasi
Mound : elevazione di tessuto sul margine imenale che ha uno spessore minore della lunghezza
Perdita di sostanza : perdita di sostanza simile all'escoriazione ma che si approfonda fino allo stroma
Ragade/fissurazione : soluzione di continuo lineare interessante la mucosa e/o l'epidermide e gli strati più superficiali del derma, determinata dall'aprirsi di una fessura nello spessore del tessuto
Sinechie : adesione fra superfici mucose ed epiteliali non separabili senza adeguata terapia
Soluzione di continuo : lesione discontinuativa con margini accostabili che non comporta perdita di tessuto
Tags : appendice del tessuto imenale o anale
Transection : incisione che raggiunge la base di impianto dell'imene
Twitch anus : rilassamento e contrazioni ritmiche dell'ano

- tutto il corpo del bambino sia esaminato, prestando molta attenzione a ricoprire le parti del corpo già sottoposte a controllo man mano che si procede nella visita
- si descrivano eventuali lesioni (su tutto il corpo) specificando: la sede, le dimensioni e i caratteri morfologici (ecchimosi, soluzioni di continuo, cicatrici ecc.). È necessario esaminare attentamente l'orofaringe
- si documenti fotograficamente ogni lesione
- siano registrati peso, altezza, stadiazione di Tanner e centili di crescita
- si valuti lo stato igienico generale
- si osservi l'atteggiamento del bambino durante la visita.

Area genito-anale

L'esame dell'area genito-anale richiede una strumentazione costituita da:

- lente di ingrandimento e/o colposcopio
- macchina fotografica.

La posizione del minore durante la visita può essere:

- supina (a rana)
- decubito laterale
- genu-pettorale (quest'ultima posizione permette una migliore visualizzazione del bordo imenale posteriore).

Nei bambini molto piccoli può essere utilizzata anche la posizione supina con rialzo del bacino (ad esempio con un cuscino). È fondamentale specificare sempre la sede di ogni segno, riferendosi come repere al quadrante dell'orologio.

Sono da evitare manovre invasive e visite in narcosi, salvo specifica indicazione clinica.

Esame nella bambina

Per la visualizzazione dell'apertura imenale si usa la tecnica della separazione e/o trazione delle grandi labbra.

Descrizione sistematica di:

- regione vulvare: estrogenizzazione, discromie, arrossamento, ipervascolarizzazione, ecchimosi, escoriazioni, soluzioni di continuo, perdite di sostanza, lesioni vescicolari e/o verrucose, cicatrici, sinechie, secrezioni e sanguinamenti
- meato uretrale: dilatazione, bande periuretrali, edema, sanguinamenti
- imene: conformazione di base, caratteristiche e spessore del bordo, bande peri-imenali, arrossamento, ipervascolarizzazione, ecchimosi, escoriazioni, sanguinamenti, cicatrici (*scars*), appendici (*tags*), sinechie, convessità (*bumps*, *mounds*) del bordo in continuità o meno con pliche della mucosa vaginale, incisure (*clefts*, *notchs*) parziali, che superano il 50% dello spessore o che raggiungono la base di impianto (*transections*), assenza di tessuto imenale nella metà posteriore
- forchetta e perineo: discromie, arrossamento, friabilità, sanguinamenti, ipervascolarizzazione, ecchimosi, escoriazioni,

soluzioni di continuo, perdite di sostanza, cicatrici, appendici cutanee, visibilità del rafe mediano.

Esame nel bambino

Descrizione sistematica di:

- scroto: discromie, arrossamento, edema, ecchimosi, escoriazioni, soluzioni di continuo, perdite di sostanza, lesioni vescicolari e/o verrucose, cicatrici, sanguinamento; dolorabilità dei testicoli
- pene: circoncisione, fimosi, arrossamento, edema, ecchimosi, escoriazioni, perdita di sostanza, cicatrici, secrezioni, sanguinamento.

Esame della regione anale

Descrizione sistematica di: arrossamento, appendici cutanee (*tags*), aumento della pigmentazione, appianamento delle pliche cutanee, congestione venosa (specificandone il tempo di comparsa durante la visita), ecchimosi, escoriazioni, soluzioni di continuo, perdite di sostanza, ragadi, cicatrici, sanguinamenti, riflesso di dilatazione all'apertura laterale dei glutei e suoi tempi (specificando se vi è presenza di feci visibili in ampolla), lacerazione a tutto spessore dello sfintere anale esterno, ano a imbuto (*funneling*), "twitch anus".

Esami di laboratorio

In presenza di sintomi o di sospetto contatto con secrezioni infette è necessario eseguire, nei tempi adeguati, concordando il protocollo con il laboratorio di riferimento:

Prelievi per esami batteriologici:

- per *Neisseria gonorrhoeae*: nella bambina a livello vaginale, anale e orale e nel bambino a livello uretrale, anale e orale
- per *Chlamydia trachomatis*: nella bambina a livello vaginale e anale e nel bambino a livello uretrale e anale
- per *Trichomonas vaginalis*: nella bambina a livello vaginale.

Prelievi:

- per HSV I e II per lesioni sospette genitali e/o anali.

Prelievo ematico:

- per test sierologico per HIV, HCV, HBV, HSV I e II, C; *Chlamydia trachomatis* e sifilide.

Altri esami di laboratorio:

- ricerca di spermatozoi se l'anamnesi è suggestiva.

Altri eventuali esami da eseguire in strutture specialistiche:

- Prelievi per la tipizzazione del DNA (permanenza di materiale biologico del sospetto abusante)
- Raccolta e adeguata conservazione in busta sigillata ed etichettata di eventuale materiale utile all'Autorità Giudiziaria.

Diagnosi differenziale

Particolare attenzione deve essere rivolta a:

- varianti anatomiche e anomalie congenite o acquisite dell'area genito-anale

TABELLA 2: VALUTAZIONE DEI DATI FISICI, LABORATORISTICI E STORICI NEI CASI DI SOSPETTO ABUSO SESSUALE DEI BAMBINI (ADAMS 2001)

PARTE PRIMA: REPERTI ANO-GENITALI ALLA VISITA MEDICA

Categoria 1a: normale (descritta nei neonati)

- bande periuretrali (o vestibolari)
- cresta o colonna intravaginale longitudinale
- appendice imenale
- convessità del tessuto imenale
- linea vestibolare
- incisura nella metà anteriore del bordo imenale sopra la linea tra le ore tre e le ore nove a paziente supina
- cresta imenale esterna

Categoria 1b: varianti normali

- imene settato
- mancata fusione della linea mediana (solco perineale)
- solco nella fossa in età puberale femminile
- diastasi anale
- appendice perianale
- aumento della pigmentazione perianale
- congestione venosa dell'area perianale

Categoria 1c: altre condizioni

- emangioma delle labbra, dell'imene o dell'area peri-imenale (può sembrare un livido o un'emorragia sottomucosa)
- lichen scleroso e atrofico (può portare a friabilità e sanguinamento)
- morbo di Behçet (causa di ulcere orali e genitali che possono essere confuse con lesioni da Herpes simplex)
- cellulite streptococcica del tessuto perianale (causa di arrossamento e infiammazione dei tessuti)
- mollusco contagioso (lesioni simili alle verruche)
- verruca volgare (verruche comuni)
- vaginite causata da streptococco o batteri intestinali
- prolasso uretrale (può causare sanguinamento, può sembrare da trauma)
- corpi estranei vaginali (possono causare sanguinamento, perdite vaginali)

Categoria 2: reperti non specifici (segni che possono essere il risultato di abuso sessuale e che dipendono dal momento dell'esame rispetto all'abuso, ma possono essere dovuti ad altre cause)

- eritema (arrossamento) del vestibolo, del pene, dello scroto o del tessuto perianale (può essere dovuto a sostanze irritanti, infezioni o trauma)
- incremento della vascolarizzazione (dilatazione dei vasi sanguigni esistenti) del vestibolo (può essere dovuto a sostanze irritanti locali)
- fusione labiale (può essere dovuta a irritazione o sfregamento)
- perdite vaginali (molte cause, incluse le malattie a trasmissione sessuale)
- lesioni vescicolari dell'area genitale o anale (vanno eseguite colture per Herpes di tipo 1 e 2 e il test per la sifilide)
- lesioni simili alle verruche nell'area genitale e anale (può essere necessaria la biopsia per confermare la diagnosi)
- friabilità della forchetta posteriore o della commessura (può essere dovuta a irritazione, infezione o alla trazione esercitata sulle grandi labbra durante la visita)
- ispessimento imenale (può essere dovuto all'azione degli estrogeni, ai bordi ripiegati dell'imene, a gonfiore da infezione o da trauma)
- ragadi anali (dovute di solito a stipsi o ad irritazioni perianali)
- appiattimento delle pliche anali (può essere dovuto al rilassamento dello sfintere esterno dell'ano)
- dilatazione anale di ogni dimensione, se sono presenti feci nell'ampolla rettale o se il bambino è stato in posizione genu-pettorale per trenta secondi o più (è un normale riflesso)
- perdite ematiche vaginali (possono essere dovute a diverse cause: uretrali, infezioni vaginali, corpi estranei, trauma accidentale o abuso)
- incisura nella porzione posteriore dell'imene che si estende non più del 50% dell'altezza del bordo imenale (diagnosticato in ugual misura in bambine da tre a otto anni abusate e non abusate; Berenson et al. 2000)

Categoria 3: reperti che possono essere indicativi per abuso o trauma (segni che sono stati osservati in bambini con abuso documentato e che possono essere sospetti per abuso ma per i quali ci sono insufficienti dati per indicare che l'abuso possa essere la sola causa; la storia è essenziale nel determinarne il significato globale)

- marcata, immediata dilatazione dell'ano, senza feci visibili o palpabili nell'ampolla rettale, quando il bambino viene esaminato nella posizione genu-pettorale, va escluso che ci sia storia di encopresi, stipsi cronica, deficit neurologici o sedazione
- incisura dell'imene estesa oltre il 50% dell'altezza del bordo nella porzione posteriore (spesso è un artefatto della tecnica di visita, ma se persiste in tutte le

posizioni può essere dovuta a precedente trauma contusivo o a trauma penetrante)

- abrasioni acute, lacerazioni o contusioni delle labbra, del tessuto peri-imenale, del pene, dello scroto o del perineo (può essere per trauma accidentale o conseguenza di maltrattamento fisico)
- segni di morsi o di suzione sui genitali o sull'interno delle cosce
- cicatrice o lacerazione recente della forchetta che non coinvolgono l'imene (possono essere dovute a traumatismi accidentali)
- cicatrice perianale (rara, può essere dovuta anche ad altre condizioni mediche così come le ragadi o le lesioni della malattia di Crohn o a causa di precedenti procedure mediche)

Categoria 4: chiara evidenza di trauma contusivo o trauma penetrante (segni che non possono avere altra spiegazione che un trauma dell'imene o dei tessuti perianali)

- lacerazione acuta dell'imene
- ecchimosi (contusione) dell'imene
- lacerazioni perianali estese e profonde fino allo sfintere anale esterno
- incisura che raggiunge la base di impianto dell'imene (guarita): nell'area dove l'imene è stato lacerato fino alla base non c'è il tessuto imenale tra la parete vaginale e quella vestibolare. Questo reperto è anche riportato come "incisura completa" in adolescenti e in giovani donne adulte sessualmente attive
- assenza di tessuto imenale: ampie aree nella metà posteriore del bordo imenale con assenza di tessuto imenale fino alla base dell'imene, assenza che è confermata in posizione genu-pettorale

PARTE SECONDA: VALUTAZIONE GLOBALE DELLA PROBABILITÀ DI ABUSO

Classe 1: nessuna indicazione di abuso

- esame normale, nessuna storia, nessun cambiamento di comportamento, nessuna testimonianza di abuso
- reperti non specifici con altra conosciuta o verosimile spiegazione e nessuna storia di abuso o cambiamenti comportamentali
- bambino considerato a rischio di abuso sessuale ma che non fa nessuna dichiarazione e ha solamente cambiamenti di comportamento aspecifici
- reperti fisici di lesioni coerenti con la storia di lesione accidentale che è chiara e credibile

Classe 2: possibile abuso

- reperti delle categorie 1 e 2 in combinazione con significativi cambiamenti di comportamento, specialmente comportamenti sessualizzati, ma il bambino è incapace di riferire una storia di abuso
- lesioni erpetiche di tipo 1, ano-genitali, in assenza di una storia di abuso con un esame fisico altrimenti normale
- condilomi acuminati con esame fisico altrimenti normale; non sono presenti altre malattie sessualmente trasmesse e il bambino non riferisce storie di abuso (i condilomi in un bambino di 3-5 anni sono più probabilmente da trasmissione sessuale ed è quindi necessario investigare in tal senso)
- il bambino ha fatto una rivelazione, ma la sua versione non è sufficientemente dettagliata a causa del suo livello di sviluppo; non è consistente; o è stata ottenuta attraverso domande orientate circa segni fisici con nessuna prova di abuso

Classe 3: probabile abuso

- il bambino ha dato una chiara, spontanea, consistente e dettagliata descrizione di essere stato molestato con o senza anormali o positivi reperti fisici alla visita
- coltura positiva (non con test antigenico rapido) per *Chlamydia trachomatis* dall'area genitale in un bambino in età prepubere, o cervicale in una adolescente femmina (presumendo che la trasmissione perinatale sia stata esclusa)
- coltura positiva per Herpes simplex tipo 2 da lesioni genitali o anali
- infezione da *Trichomonas* diagnosticata con striscio a fresco o da coltura su secreto vaginale se si è esclusa un'infezione perinatale

Classe 4: chiara evidenza di abuso o di contatto sessuale

- categoria 4 dei segni fisici senza storia di trauma accidentale
- tracce di sperma o di liquido seminale nel o sul corpo del bambino
- gravidanza
- positività confermata da coltura per gonorrea da vagina, uretra, ano o faringe
- evidenza di sifilide acquisita dopo il parto (e non perinatale)
- casi di abuso documentati con materiale fotografico o videocassette
- infezione da HIV senza nessuna possibilità di trasmissione perinatale o per contatto con sangue o aghi contaminati

Nota. La maggior parte dei bambini che sono stati abusati sessualmente hanno reperti normali o non specifici a livello genitale e anale. Più del 90% delle bambine, dai 3 agli 8 anni, che descrivono penetrazioni vaginali con dita o pene non hanno segni di lesioni genitali.

- traumi accidentali
- sanguinamenti genito-urinari e anali da causa non traumatica
- vulvo-vaginiti e uretriti non correlabili all'abuso
- patologie dermatologiche
- malattie sistemiche
- neoplasie
- emangiomi
- prolasso uretrale
- corpi estranei (tale reperto necessita di particolare valutazione e approfondimento).

Relazione medica

Il reperto clinico deve essere inquadrato secondo la classificazione della Adams del 2001 (*tabella 2*).

Il documento dattiloscritto deve riportare sempre:

- dati anagrafici del minore
- da chi è stata richiesta la visita medica e per quale motivo
- da chi è accompagnato il minore e chi è presente alla visita
- la durata della visita
- l'anamnesi
- l'esame obiettivo generale e il comportamento del bambino durante la visita, specificando sia la presenza che l'assenza di segni riferibili a lesioni recenti o pregresse
- la descrizione dell'area genitale, anale e perineale (riportare le posizioni in cui è stato visitato il bambino e l'eventuale uso del colposcopio)
- gli accertamenti eseguiti o richiesti
- l'eventuale racconto spontaneo del minore
- l'inquadramento secondo la classificazione della Adams del 2001
- la data e la firma
- va specificato se è disponibile documentazione fotografica.

Bibliografia

- (1) Emans SJ, Laufer MR, Goldstein DP. Pediatric and Adolescent Gynecology. IV Ed. Lippincott-Raven, 1998
- (2) Hobbs CJ, Hanks HG, Wynne JM. Child Abuse and Neglect. A clinician's handbook. II Ed. Churchill Livingstone, 1999
- (3) Heger A, Emans SJ, Muram D. Evaluation of the sexually abused child. II Ed. New York: Oxford University Press, 2000
- (4) Sanfilippo JS, Muram D, Dewhurst J, Lee PE. Pediatric and Adolescent Gynecology. II Ed. WB Saunders Company, 2001
- (5) Adams JA. Evolution of a Classification Scale: Medical Evaluation of Suspected Child Sexual Abuse. *Child maltreatment* 2001;6:31-6

Nota. Componenti del gruppo di lavoro:

- Aprile Anna, medico-legale, Università di Padova
 Balboni Roberta, pediatra ASL 2, Ospedale Martini, Torino
 Baldini Gianpiero, medico-legale, AUSL Ravenna
 Bellora Maria Grazia, ginecologa, Consultori familiari e Pediatria di comunità ASL4 Torino
 Baronciani Dante, neonatologo, "CEVEAS", Modena
 Borrelli Flavia, ginecologa, Ospedale S. Maria delle Croci, ASL Ravenna
 Bova Maria Grazia, ginecologa, Locri (RC)
 Bruni Maurizio, medico legale, Milano
 Cattaneo Cristina, medico legale, Istituto di Medicina legale, Università di Milano
 Certosino Anna, pediatra, Ferrara
 Fadda Nicoletta, medico legale, ASL 3 Genova
 Dei Metella, ginecologa, Policlinico Careggi, Firenze
 Di Tommaso Mariarosaria, ginecologa, medico legale, Policlinico Careggi, Firenze
 Donadio Silvia, ginecologa, Ospedale S. Anna, Torino
 Gabutti Daniela, pediatra di comunità ASL 4 Torino.
 Gentilomo Andrea, medico legale, Università di Milano
 Giolito Maria Rosa, ginecologa, Consultori familiari e Pediatria di comunità, ASL 4 Torino
 Kusterman Alessandra, ginecologa, SVS Clinica Mangiagalli, Milano
 Laroni Leonardo, pediatra, Ospedale S. Maria delle Croci, ASL Ravenna
 Mazzei Attilio, pediatra, Consultorio Istituto Toniolo di Studi Superiori, Napoli
 Motta Tiziano, ginecologo, Clinica Mangiagalli, Milano
 Negro Fulvia, pediatra, Ospedale Infantile Regina Margherita, Torino
 Offidani Caterina, medico legale, Ospedale Bambino Gesù, Roma
 Ragazzon Ferdinando, pediatra, consulente Centro Bambino Maltrattato, Milano
 Ruspa Marina, ginecologa, Clinica Mangiagalli, Milano
 Vero Gloria, ginecologa, ASL Catanzaro

La presa in carico dei bambini maltrattati in Canada

Marcellina Mian¹, Carla Berardi²

¹ Ordinario all'Università di Toronto e pediatra dell'Hospital for Sick Children, Toronto, Ontario, Canada


² Pediatra di base, Perugia

Abstract

The diagnosis and the interventions for abused children in Canada are defined in this article.

The first law requiring the obligation to report suspected child abuse cases for physicians, health services, social services, police departments, law agencies and school goes back to the 1960's. In 1998 data reported an incidence of 9.7 per thousand per year. Interventions are under the jurisdiction of provinces. Procedures regarding investigations and measures are hereinafter described.

Marcellina Mian, Carla Berardi. Diagnosis and interventions for abused children in Canada



All'inizio del ventesimo secolo, in Canada, è stata istituita un'agenzia per la tutela dei minori: la Children's Aid Society, un servizio sociale per la presa in carico del bambino, in ogni distretto. Nel 1960 è entrata in vigore la prima legge per l'obbligo di segnalazione dei casi di sospetto maltrattamento. Nel 1983 è entrata in vigore la prima legge per la protezione dei minori. Da allora queste leggi sono state aggiornate, ma in sostanza prevedono che ogni cittadino, e soprattutto i professionisti, segnalino i casi sospetti di maltrattamento. I servizi sociali hanno a loro disposizione una serie di possibilità per valutare, assistere e riabilitare i bambini sospettati di essere maltrattati e le loro famiglie. Negli anni '70 e '80 l'enfasi sulla tutela del nucleo familiare e dei diritti dei bambini e dei genitori ha dato esito a una notevole riduzione del numero di bambini presi in affidamento dai servizi sociali per motivi di trascuratezza o abuso. Nel 1985

venne riconosciuto il problema dell'abuso sessuale, dopo un sondaggio nazionale che rivelò dati sconcertanti: una donna su due e un uomo su quattro avevano subito abuso sessuale prima dei 18 anni. Questo portò a una riforma della legislazione, con l'obiettivo di favorire il riconoscimento dei casi e permettere di perseguire i colpevoli. Nel 1991 la confederazione delle province del Canada firmò la Convenzione per i Diritti del Bambino, che contiene articoli specifici contro il maltrattamento. Dagli anni '80 esistono programmi nelle città maggiori, ma anche nei centri più piccoli, per garantire un approccio multilaterale coordinato e completo al problema del bambino maltrattato. Questo approccio coinvolge la sanità, i servizi sociali, la polizia, il sistema giudiziario e la scuola, che condividono e applicano un protocollo specifico per gestire ogni segnalazione di abuso.

Titolare AIC:

Concessionario per la vendita:

Calcolandola sui casi segnalati e accertati, nel 1998 l'incidenza di maltrattamento in Canada è di 9,7 su 1000 per anno (Trocmè 2001). Questi dati sono basati su rivelazioni dirette dei principali attori (solitamente i bambini, e molto raramente gli abusanti), su segni fisici o su fattori psicosociali. Secondo lo studio nazionale (Trocmè 2001) le segnalazioni riguardavano il maltrattamento prevalentemente fisico nel 31% dei casi, la trascuratezza nel 40%, il maltrattamento psicologico nel 19%, l'abuso sessuale nel 10%.

Nel 24% dei casi venivano segnalate più forme di abuso. La percentuale dei casi accertati e certi era del 45%, mentre il 29% rimanevano sospetti e il 17% non accertati.

Uno studio nazionale sull'incidenza di maltrattamento in Canada pubblicato nel 2001 (Canadian Incidence Study: CIS) ha rilevato che quasi il 60% delle segnalazioni viene fatto da professionisti e più precisamente: personale scolastico 21%, polizia 12% e sanità 5%. I genitori segnalano il 16% dei casi, i parenti l'8%, i vicini e amici il 9% e i bambini stessi il 2%. L'abuso è stato accertato nel 57% delle segnalazioni effettuate dalla polizia e nel 40% di quelle fatte dai servizi sanitari.

In Canada la protezione del bambino è una funzione di competenza delle province: ognuna delle 10 province ha le sue leggi e le sue procedure per rispondere alle segnalazioni. Tutte provvedono alla protezione del minore (definito come persona sotto i 18 o i 16 anni) dal maltrattamento fisico ed emozionale, dall'abuso sessuale e dalla trascuratezza.

La segnalazione va fatta alla Children's Aid Society (vedi sopra), deve essere basata sul ragionevole sospetto di maltrattamento e, oltre ai casi sospetti, devono essere segnalate anche situazioni con fattori di alto rischio. Una volta formulato il sospetto, la segnalazione dev'essere fatta prima possibile: entro 24 ore se il caso non è urgente, cioè se la vita o la sicurezza del bambino non sono in pericolo imminente; nel caso di urgenza la segnalazione deve essere fatta immediatamente. Il dovere di segnalazione prevale sul dovere di tutela del segreto professionale. La segnalazione deve comprendere gli elementi sui quali si basa il sospetto di abuso.

Se un professionista non rispetta l'obbligo di segnalazione, può incorrere in una multa di 1000 dollari canadesi (circa 600 euro) e può dover affrontare il comitato disciplinare della sua categoria professionale. Viceversa, se la segnalazione è inconsistente, ma viene fatta in buona fede, il professionista non è perseguibile. La legge non richiede che il segnalatore dichiari la sua intenzione ai genitori, ma il consiglio che viene dato solitamente ai medici è quello di comunicare alla famiglia che sarà oggetto di segnalazione, e ciò per impedire che la famiglia si senta tradita due volte: per essere stata segnalata e per non esserne stata informata.

Naturalmente, le famiglie non accolgono bene questa notizia e perciò questo compito suscita sgomento nei professionisti: la formazione dei medici dovrebbe comprendere le tecniche più adatte per comunicare questo tipo di notizia a una famiglia potenzialmente violenta. Quanto ai tempi, la famiglia viene informata prima della segnalazione se il bambino non è a rischio di ulteriore maltrattamento: per esempio, se le lesioni non sono

gravi, come può essere il riscontro di lividi per schiaffi sul viso in un bambino di 6 anni. In questo caso i genitori possono essere avvertiti della segnalazione e il bambino può tranquillamente essere rimandato a casa con loro, in attesa dell'intervento dei servizi sociali. Se però il bambino è stato vittima, sempre per esempio, di un trauma cranico o di una ustione, è preferibile che il bambino venga ricoverato prima di avvertire i genitori che il caso è stato segnalato ai servizi sociali.

Una volta che il caso è stato segnalato, alla Children's Aid Society spetta di indagare le reali condizioni di rischio per il bambino. Nella sua indagine questa coinvolge la polizia, ma i ruoli delle due autorità sono ben diversi. La Children's Aid Society, avendo compiti di agenzia per i servizi sociali, ha la responsabilità di valutare l'aspetto psicosociale della famiglia e la sicurezza del bambino nella sua casa; alla polizia spetta il compito di indagare se è stato commesso un reato e, in questo caso, di accusare il presunto abusante e arrestarlo, se necessario. Secondo il protocollo multilaterale le indagini sociali e criminologiche vengono effettuate simultaneamente, rispettando le esigenze di tutti e due i settori.

L'indagine inizia con l'intervista del segnalatore. Dopo aver raccolto queste informazioni, gli investigatori procedono con l'intervista del bambino, con il sopralluogo (valutazione del luogo nel quale si sono svolti i fatti), con l'intervista di eventuali testimoni e, infine, con l'interrogatorio del presunto abusante. Naturalmente questa sequenza viene modificata secondo le necessità. Se esiste la possibilità che l'abusante fugga, questi viene subito portato in questura; se c'è il rischio che il luogo dell'accaduto possa venire alterato (per esempio che le tracce di sangue o di sperma vengano eliminate o che l'arma usata nel maltrattamento venga nascosta), allora l'ambiente viene posto sotto sequestro.

L'esame medico è spesso una parte essenziale delle indagini. Gli operatori della sanità (medici, infermieri, terapisti ecc.) hanno la responsabilità di raccogliere il racconto preciso dell'accaduto, di esaminare il bambino, di fare le indagini necessarie (per esempio l'esame radiologico dello scheletro), e di fare la diagnosi delle lesioni del bambino valutando la loro natura e gravità. Durante questo esame per sospetto maltrattamento è necessario che il medico escluda eventuali patologie che si possono manifestare con segni e sintomi da differenziare da quelli del maltrattamento (per esempio porre una diagnosi differenziale tra impetigine e ustioni da sigaretta) o che possono rendere il bambino suscettibile anche a traumi di modesta entità (per esempio in un bambino emofilico).

Durante l'esame obiettivo il medico deve saper accogliere la sofferenza del bambino e prenderlo in carico complessivamente. Tutto quello che il sanitario ha trovato o fatto durante la sua visita deve essere trasmesso alle autorità perché vengano a conoscenza di tutte le informazioni utili per capire che cosa possa essere successo al bambino, così da dirigere le indagini e gli interventi nella corretta direzione. Nei casi di abuso fisico e di trascuratezza fisica l'esame medico è di grandissima importanza; per l'abuso sessuale questo è quasi sempre molto meno rilevante. Per l'abuso o la trascuratezza psicologica l'esame

neuropsichiatrico o psicologico sono fondamentali. Tuttavia i risultati dell'esame medico o neuropsichiatrico sono sufficienti per arrivare a una conclusione di maltrattamento solo in una minoranza dei casi, il più delle volte sono i dati raccolti da tutti i settori che portano alla diagnosi.

Una volta fatta la diagnosi di abuso probabile o certo, il progetto di presa in carico del bambino deve essere basato principalmente nell'assicurargli il maggiore benessere. Naturalmente le sue condizioni fisiche devono essere curate; bisogna stabilire se il bambino sarebbe al sicuro tornando nella sua casa, o se è necessario ricoverarlo in ospedale, o darlo in affidamento. Se il bambino ha dei fratelli, dovranno essere valutati anche il loro benessere e la loro sicurezza e dovrà essere definito anche per loro un progetto di presa in carico.

In Canada i bambini possono essere presi in affidamento dai servizi sociali 24 ore su 24; perciò, considerando il costo di un posto letto e il trauma collegato a un ricovero in ospedale, il bambino viene ricoverato solo se le sue esigenze mediche sono tali da richiederlo. Se la Children's Aid Society ritiene necessaria una sospensione della patria potestà, è necessario giustificare questo passo presso il Tribunale dei Minori. A questa fase i genitori partecipano rappresentati dal loro avvocato. Il giudice stabilisce se il bambino deve rimanere in affidamento e, in questo caso, se i genitori possono avere contatti con lui. Il giudice potrebbe anche decidere di rimandare il bambino (ed eventuali fratelli) a casa, mantenendo un periodo di supervisione durante il quale i servizi sociali effettuano visite domiciliari periodiche per assicurarsi che il bambino stia bene.

In altri casi l'agenzia può stabilire, senza sospendere la patria potestà, di chiedere comunque al Tribunale un periodo di supervisione, o di chiedere ai genitori di collaborare firmando volontariamente un accordo con cui accettano un periodo di supervisione e condizioni specifiche per il caso: per esempio, i genitori accettano di iscriversi a un corso di parenting, o di farsi curare per alcolismo, o in altri casi possono essere aiutati a trovare un alloggio più sicuro o un impiego più stabile. L'agenzia deve valutare nel tempo se i genitori usufruiscono di questi aiuti e/o se i loro problemi rimangono o peggiorano. Se l'ambiente familiare dovesse diventare nocivo per il bambino, l'agenzia può intervenire e a quel punto darlo in affidamento.

Se dopo un periodo, solitamente di 3 o 6 mesi, il bambino è ancora in affidamento, il caso viene riesaminato dal Tribunale. Se le condizioni familiari sono migliorate al punto di garantire il benessere del bambino, questo viene rimandato in famiglia; in caso contrario, viene mantenuto in affidamento.

Lo stato, però, può tenere un bambino in affidamento per un periodo massimo di 12 mesi prima di presentare un progetto definitivo: in pratica, o i genitori dimostrano nell'arco di un anno di essere in grado di occuparsi del bambino o il bambino viene tolto permanentemente dalla loro tutela e diventa adottabile. Per i bambini più grandi questo avviene raramente.

Oltre a queste procedure di intervento in Canada esistono anche dei progetti di prevenzione del maltrattamento. Ci sono programmi pre e postnatali per le mamme ad alto rischio, ci sono dei programmi di comunità che offrono supporto a genitori e bambini in condizioni difficili; nelle scuole ci sono programmi di sensibilizzazione contro l'abuso sessuale.

Nonostante il Canada sia abbastanza avanti negli interventi contro il maltrattamento dei minori, rimane ancora tanto da fare per poter identificare i bambini a rischio il più rapidamente possibile, per aiutare coloro che hanno già subito violenze e, infine, per poter fare un'opera di vera prevenzione dell'abuso, che rimane un problema di grande rilevanza.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (Krug 2002) infatti, ha emesso recentemente il suo Rapporto Mondiale sulla Violenza e la Sanità, che dimostra quanto grande sia questo problema e che la sanità, e cioè tutti noi medici, ma particolarmente noi pediatri, dobbiamo assolutamente saperlo affrontare e tentare di eliminarlo come qualsiasi altra epidemia letale. Sta a noi pediatri in tutto il mondo di lavorare con gli altri settori per rendere l'infanzia dei nostri bambini sana e sicura.

Bibliografia

(1) Trocmé N, MacLaurin B, Fallon B, Daciuk J, Billingsley D, Tourigny M, Mayer M, Wright J, Barter K, Burford G, Hornick J, Sullivan R, McKenzie B. Canadian Incidence Study of Reported Child Abuse and Neglect: *Final Report*. Ottawa, Ontario: Minister of Public Works and Government Services Canada, 2001.

(2) Krug EG, et al. (Eds). World Report on Violence and Health. Geneva, World Health Organization, 2002.

Abuso all'infanzia: la situazione nella Provincia di Bologna

Luciana Nicoli

Pediatra di comunità, AUSL Bologna Sud

Abstract

The Author illustrates the technical and institutional process which has led to the organization of a specialized center for child abuse and neglect in the Province of Bologna, Italy. The center, named "Il faro" (the Lighthouse), has a multidisciplinary staff (paediatricians, child neuropsychiatrists, psychologists, social workers, attorneys) of part-time professionals. Its mission is to connect the various institutions dealing with child abuse and neglect, offering a specialized consultation on these cases in each phase of their management, without a strict division of duties between the staff of the center and those working in peripheral services.

Luciana Nicoli. Child abuse prevention in the Province of Bologna

A partire dalla metà degli anni Novanta i servizi del territorio della Provincia di Bologna si erano attivati sui temi del maltrattamento e dell'abuso. Vi erano state riflessioni sulle modalità di intervento e si erano attivate iniziative di formazione locali. Le azioni intraprese avevano portato in alcuni casi a realizzare interventi di formazione collegati all'attivazione di modelli organizzativi, ma in altri casi i progetti si erano connotati come puri momenti formativi. La necessità di superare la frammentarietà delle iniziative ha fatto nascere l'esigenza di confrontare le esperienze, potenziare le competenze di intervento e di valutazione, condividere la gestione dei casi in un lavoro multidisciplinare: in sostanza identificare un modello organizzativo applicabile.

Sulla spinta di queste esigenze, nella primavera del 2000, l'Amministrazione Provinciale ha costituito un gruppo di lavoro di professionisti sociali e sanitari su base provinciale con il compito di fare una riflessione su questi temi, di individuare percorsi formativi e di proporre ipotesi organizzative. Alcuni componenti del gruppo hanno anche partecipato ai gruppi di lavoro indetti dai Comitati Provinciali per la Pubblica Amministrazione, insediati dal Commissariato di Governo. Questo ha permesso di tenere unite le iniziative che si muovevano nel territorio. Il lavoro svolto in diverse sedi ha potuto così correlarsi in un quadro più ampio.

Formazione e modello organizzativo

Il gruppo di lavoro provinciale ha portato alla elaborazione di:

- un documento di messa a punto delle varie forme di abuso sulla base dei contributi della letteratura;

- un progetto di formazione, articolato su diversi livelli, che raccoglie sia il bisogno formativo di base che esigenze specialistiche. Il progetto è articolato su tre livelli: un primo per la rilevazione e la segnalazione dei fenomeni di abuso; un secondo per la gestione del caso dopo la segnalazione; un terzo per la specificità diagnostica riferita sia ai minori, presunte vittime, che agli adulti abusanti circa forme e modalità di trattamento dei minori e delle loro famiglie, e modalità di protezione dei minori;

- un progetto di un modello organizzativo che prevede un *Centro Specialistico Provinciale* sull'abuso e il maltrattamento, costituito da una équipe multiprofessionale in rete con i servizi sanitari e sociali di base e con gli ospedali pediatrici presenti sul territorio. La costituzione del *Centro Specialistico Provinciale* e i progetti di formazione propongono quanto suggerito dal "Documento di indirizzo per la formazione in materia di abuso e maltrattamento dell'infanzia", approvato nell'aprile 2001 dall'Osservatorio nazionale per l'infanzia e l'adolescenza e dal Comitato di coordinamento per la tutela dei minori.

Il Centro che è stato denominato "*Il faro*" ha il compito di promuovere una rete di servizi e di azioni caratterizzati da competenze in grado di assicurare la corretta gestione del caso nella sua complessità. In particolare vuole: costituire un punto di riferimento e di coordinamento tra i servizi socio-sanitari, gli ospedali, l'autorità giudiziaria, la scuola, per contrastare l'isolamento degli operatori, operare attraverso la valorizzazione e la promozione del confronto tra le risorse presenti sul territorio, proporsi come spazio per pensare e svolgere attività clinica, sociale e legale a supporto dei professionisti che affrontano il problema dell'abuso e del maltrattamento.

Le tappe che hanno portato alla costituzione del Centro.

Il percorso istituzionale

L'Assessorato alla Sanità e ai Servizi Sociali della Provincia ha promosso e coordinato il progetto, che è stato discusso nella Conferenza Metropolitana dei Sindaci, nel Comitato Provinciale della Pubblica Amministrazione per azioni e interventi contro la pedofilia, nelle Commissioni Sanità del Comune e Provincia di Bologna. Il Centro è stato istituito con un "Protocollo d'intesa" firmato da Provincia e Comune di Bologna, Consorzio di Imola, Aziende ASL della Provincia, Azienda Ospedaliera S. Orsola-Malpighi. I costi sono stati posti a carico degli enti indicati e che partecipano con assegnazione di risorse economiche o di personale. I reciproci impegni sono stati precisati in separati atti convenzionali.

La composizione e le funzioni

Gli operatori de "*Il faro*" individuati nell'ambito dei servizi della Provincia in base all'esperienza maturata e/o all'interesse sul tema dell'abuso sono: due psicoterapeute (5 ore settimanali ciascuna), un neuropsichiatra infantile (10 ore settimanali), una assistente sociale a tempo pieno e una con 5 ore settimanali, due pediatri (5 ore settimanali ciascuna), un consulente legale (3 ore settimanali). Il neuropsichiatra ha funzioni di responsabile organizzativo e una psicoterapeuta di responsabile tecnico. L'assistente sociale a tempo pieno ha funzioni di coordinamento. L'équipe si riunisce una volta alla settimana ed è attivabile anche negli altri giorni in caso di emergenze. Si sta cercando la partecipazione di un ginecologo per i casi di abuso sessuale.

Il Centro ha un ambito di riferimento (la Provincia di Bologna), attualmente diviso in quattro Aziende ASL. Si è scelto di istituire il Centro come struttura di consulenza attivabile dai servizi di ciascuna azienda, dalla scuola e dagli ospedali, quando questi lo ritengano opportuno e durante ogni fase della gestione di un caso di abuso. Esso vuole essere un "crocevia attraverso cui passano gli operatori che si trovano a gestire un caso, per perseguire, tra gli altri, anche l'obiettivo che nessun operatore e nessun servizio locale siano soli nell'affrontare le evenienze legate ai casi di abuso sia durante la rilevazione sia durante l'iter diagnostico che la presa in carico". Partendo da questi presupposti sono state individuate le funzioni del Centro:

- effettuare, insieme agli operatori del territorio, una prima valutazione dei fenomeni di cui si è venuti a conoscenza; decidere collegialmente se vi sono gli estremi della segnalazione all'autorità giudiziaria (penale-minorile)
- concordare le strategie da seguire e le azioni da compiere
- pianificare, insieme agli operatori del territorio, i percorsi clinico-diagnostici, distribuendo i compiti tra l'équipe di base e l'équipe specialistica
- assumere decisioni in ordine a interventi e provvedimenti per la protezione dei bambini presunti vittime, sempre con l'équipe proponente
- elaborare, insieme all'équipe del territorio, il progetto di intervento riparativo e terapeutico, individuando tipologie e sedi del trattamento
- collaborare con le équipe ospedaliere per le emergenze secondo modalità definite da protocolli

- effettuare un censimento delle risorse di accoglienza per minori, definendone caratteristiche e qualità
- effettuare la raccolta dati sui casi attualmente in carico ai servizi per costruire un archivio per una migliore conoscenza del fenomeno in ambito locale
- avviare un centro di documentazione
- elaborare e attuare programmi di formazione e aggiornamento
- predisporre una relazione annuale consuntiva dell'attività svolta, degli eventi accaduti sul territorio provinciale e delle modalità con cui sono stati progettati.

Attività e problemi aperti

Per il primo anno di attività del Centro sono state programmate, oltre all'attività di consulenza, alcune iniziative prioritarie rispetto alle criticità e compatibili con il modesto impegno orario di ciascun professionista:

- il rafforzamento di cultura e linguaggio comuni all'interno del gruppo e la formazione degli operatori che costituiscono il centro: per favorire il raggiungimento di tali obiettivi, verrà progettata una supervisione per il 2003 da parte di un professionista che dirige un Centro per l'abuso, e che ha una importante esperienza clinica e organizzativa; è inoltre in fase di organizzazione un corso residenziale sull'abuso sessuale, rivolto a medici pediatri e ginecologi che già lavorano in Centri sull'abuso
- la collaborazione con i professionisti che intervengono nel percorso di tutela, per evitare sovrapposizioni, discrepanze e duplicazioni degli interventi, e per un confronto sulla costruzione della rete; sono stati avviati incontri con ospedale, autorità giudiziaria, scuola
- la conoscenza della situazione attuale e il monitoraggio dei nuovi casi: si stanno predisponendo strumenti ad hoc. Il Centro partecipa a un progetto europeo su questo tema
- la raccolta in modo sistematico di documenti, articoli e testi per avviare un centro di documentazione fruibile da tutti gli operatori
- l'attività di formazione rivolta all'esterno: verrà per quest'anno promosso, organizzato ed effettuato un corso di formazione di primo livello per tutti i pediatri di base e di comunità della provincia, esteso anche ad alcuni pediatri ospedalieri e universitari.

Un tema complesso, come quello dell'abuso, rappresenta una occasione per sperimentare nuovi modelli di organizzazione in grado di affrontare le due principali difficoltà che caratterizzano il lavoro dei servizi: la messa a punto di strumenti di lavoro in

grado di assicurare una reale multidisciplinarietà e il collegamento tra servizi con caratteristiche di "specializzazione" e l'insieme dei professionisti impegnati nelle cure (pediatria di base, operatori dei servizi socio-sanitari).

Il lavoro multidisciplinare è spesso assunto come semplice sommatoria di interventi; spesso vi intervengono confusione e sovrapposizione di ruoli. L'obiettivo è quello di imparare a lavorare secondo la metodologia della "case conference" con la definizione di obiettivi e responsabilità; la cosa non si presenta semplice e richiede una ridefinizione delle professionalità.

Il tema dell'abuso richiede anche di incorporare nella professionalità il lavoro sulle proprie emozioni; il lavoro che i professionisti hanno di fronte è di notevole portata e, per i pediatri, rappresenta una vera novità.

La scelta di sperimentare un modello organizzativo che impiega professionisti che non si occupano unicamente di abuso scaturisce dall'ipotesi che l'impiego a tempo pieno dei professionisti potrebbe, nel tempo, determinare significativi fenomeni di burn out e, d'altra parte, non offrire una sufficiente diffusione delle conoscenze.

Tale scelta presenta, tuttavia, una serie di problemi di non facile soluzione:

- la complessità del fenomeno richiede specifiche competenze per la "presa in carico" e la letteratura evidenzia come la prima fase dell'intervento sia particolarmente rilevante in relazione agli esiti. Non è facile stabilire, in modo trasparente e riproducibile, i criteri con cui definire le competenze: quando il caso può essere lasciato all'équipe territoriale e quando deve essere preso in carico dal nucleo di riferimento?
- esistono problemi sulla continuità dell'intervento tra chi effettua la segnalazione, chi è chiamato a formulare una diagnosi e la successiva presa in carico. Se il nucleo di riferimento affianca i professionisti dell'équipe territoriale nel decidere se segnalare il caso, come può essere poi chiamato a convalidare la diagnosi senza incorrere in bias da "attenzione a priori"? Se la segnalazione viene effettuata dall'équipe territoriale, come può la stessa prendere in carico il caso?

Oltre a questi, numerosi sono i problemi da definire nel modello organizzativo. Non si lo può disegnare a tavolino; occorre sperimentare e imparare dai propri errori. Per questo il lavoro di documentazione è essenziale nel processo di costruzione del nostro intervento.

Per corrispondenza: luciananicoli@hotmail.com

Abuso all'infanzia: la situazione nella Provincia di Perugia

Carla Berardi

Pediatra di base, ASL Perugia, ACP Umbria

Abstract

To ensure a comprehensive approach to child abuse prevention, intervention and treatment the Perugia Province realized a special training of some representative from the medical, mental health, social service education and police profession. The aim was to organize a network for rapid intervention. After training in Umbrian region 4 AUSL instituted their own team. The paper describes activity and difficulty found.

Carla Berardi. Child abuse prevention in the Province of Perugia

Nel 1998 l'assessorato alle politiche sociali della Provincia di Perugia si è posto l'obiettivo di strutturare una serie di interventi di sensibilizzazione/formazione di professionalità diverse, finalizzati alla costituzione sul territorio di una rete di intervento per i casi di abuso.

A questo scopo ha promosso il progetto "Primi interventi di sensibilizzazione/formazione per la costituzione di una rete di servizi per la prevenzione, trattamento e recupero nei casi di maltrattamento e abuso di minori". La priorità rispetto all'obiettivo era di giungere all'istituzione di un Gruppo Multidisciplinare con competenze specifiche sul tema, in grado di svolgere una funzione di supporto e di consulenza per la rete dei servizi in tutto il territorio provinciale sulla base di quanto raccomandato dalla "Commissione Nazionale per il coordinamento degli interventi in materia di maltrattamenti, abusi e sfruttamento sessuale dei minori" del Dipartimento Affari sociali della Presidenza del Consiglio dei Ministri.

Il progetto della Provincia fu finanziato con i fondi della legge 285/1997 e disciplinato da un Accordo di Programma dei Comuni di Perugia e Foligno, da 3 ASL (Perugia, Foligno e Città di Castello) e dall'Azienda Ospedaliera di Perugia.

Formazione e modello organizzativo

Il progetto formativo era articolato in quattro fasi:

1. sensibilizzazione rivolta a un largo numero di operatori sociali e sanitari di ASL e Comuni, a insegnanti e operatori delle Forze dell'Ordine;
2. formazione specialistica rivolta a un numero ristretto di operatori di diverse discipline, individuati nell'ambito dei servizi in base all'esperienza maturata e/o all'interesse sul tema dell'abuso;
3. formazione verticale dei componenti il gruppo specialistico, distinta per le diverse discipline;
4. formazione "a cascata" di tutti gli operatori socio-sanitari delle ASL e dei Comuni, degli insegnanti e delle Forze dell'Ordine.

- Nella **prima fase** è stato attivato un corso di sensibilizzazione, destinato ad assistenti sociali, psicologi, neuropsichiatri infantili, pediatri di base e ospedalieri, medici di pronto soccorso e radiologi, gestito dall'ACP e dal CBM di Milano, e si è articolato in 6 sessioni della durata di 6 ore ciascuna. I docenti erano un pediatra, uno psicologo, un neuropsichiatra infantile, una assistente sociale, una ginecologa. Sono state descritte le caratteristiche del fenomeno e presentati i dati epidemiologici; è stato affrontato il problema della rilevazione, della segnalazione, della valutazione, dei primi interventi di protezione e del trattamento; si è discusso del ruolo del pediatra, dello psicologo e dell'assistente sociale; è stata sottolineata la necessità di un intervento multidisciplinare. Hanno partecipato 120 operatori disponibili al lavoro in rete e interessati alle problematiche del maltrattamento ai minori.

- Nella **seconda fase** è stato attivato un corso di formazione per la costituzione di un gruppo specialistico di riferimento sul tema dell'abuso all'infanzia, destinato a un ristretto gruppo di professionisti, operanti nei diversi Servizi, individuati in base all'esperienza maturata e/o all'interesse sul tema del maltrattamento. Il corso si è svolto nel periodo settembre-novembre 2000; è stato gestito dal Centro per la Salute del Bambino e strutturato in tre moduli per un totale di 82 ore.

Il primo modulo ha fornito elementi di conoscenza comune, sul tema dell'abuso; il secondo ha affrontato la metodologia di lavoro; il terzo ha esaminato i diversi modelli di "rete" con la possibilità di definire le linee generali di un modello di rete specifico per l'area territoriale della Provincia di Perugia. Sempre il terzo modulo ha affrontato il problema delle emozioni del professionista rispetto all'abuso, e sono stati forniti strumenti utili per ottimizzare la comunicazione con le famiglie nel caso di abuso intra-familiare. Infine è stato trattato il problema della formazione degli operatori coinvolti nella fase di rilevazione.

Le lezioni sono state tenute da docenti di diverse discipline: pediatria, neuropsichiatria infantile, psicologia, sociologia, antropologia, medicina legale, counselling, giurisprudenza. Hanno partecipato 23 operatori: pediatri di base, pediatri ospedalieri, pediatri di comunità, medici di pronto soccorso, radiologi, neuropsichiatri infantili, psicologi, assistenti sociali, insegnanti, operatori del Nucleo Minori della Questura e dei Carabinieri.

- Nella **terza fase** è stata attivata la formazione specialistica e di supervisione dei casi, rivolta agli psicoterapeuti e agli assistenti sociali. Il corso è stato gestito dal Centro Bambino Maltrattato di Milano, e condotto da due docenti: una neuropsichiatra infantile e una assistente sociale. Sette giornate di formazione sono state destinate agli psicoterapeuti, quattro alle assistenti sociali e tre ai componenti delle équipes multidisciplinari aziendali.

La formazione per gli psicoterapeuti è stata centrata sull'analisi delle specificità dei contenuti clinici pertinenti al trattamento dei casi riguardanti il maltrattamento e l'abuso all'infanzia; quella per le assistenti sociali sull'analisi di procedure e metodi riguardanti la presa in carico, il rapporto con la rete e l'integrazione con il lavoro clinico. Le giornate destinate a tutti gli operatori componenti l'équipe sono state dedicate all'individuazione dei problemi di integrazione tra le professioni e di conduzione dei compiti operativi. Il corso si è chiuso con una giornata di sintesi in cui è stato affrontato il tema delle procedure giudiziarie nei casi di abuso.

- La **quarta fase** verrà attuata nel gennaio 2004 con la formazione "a cascata" che il personale formato metterà a disposizione del personale delle singole professionalità delle Aziende sanitarie. Dal punto di vista del modello organizzativo alla fine della seconda fase del progetto formativo è stata formalizzata la costituzione di un gruppo operativo multidisciplinare provinciale, composto dai professionisti formati. L'obiettivo dato al gruppo (che sarà poi quello che attuerà la formazione "a cascata") era quello di coordinare i successivi interventi formativi e operativi nei confronti del complesso fenomeno dell'abuso all'infanzia secondo lo schema del Gruppo Multidisciplinare raccomandato dalla "Commissione Nazionale per il coordinamento degli interventi in materia di maltrattamenti, abusi e sfruttamento sessuale dei minori".

Attività, difficoltà e problemi aperti

In verità l'équipe provinciale non è mai stata operativa, e questo è problema non da poco. Tuttavia, nel 2001, in attuazione delle linee di indirizzo regionali, quattro Aziende USL della Regione (Perugia, Foligno, Città di Castello e Terni) hanno istituito una propria "équipe multidisciplinare di riferimento per i casi di maltrattamento e abuso sui minori" composta dagli operatori dell'azienda che avevano compiuto la prima fase del percorso formativo.

Per quanto riguarda in particolare l'Azienda USL di Perugia l'istituzione dell'équipe è stata deliberata nel marzo 2001 e fa riferimento al Dipartimento dei servizi sociali.

Il gruppo perugino è composto da 3 psicologhe, 1 neuropsichiatra infantile, 2 assistenti sociali e 1 pediatra di base con funzioni di coordinatore; si riunisce ogni 15 giorni, per un tempo di due ore, in una sede fissa presso la AUSL.

Attività

Le funzioni dell'équipe sono di garantire la diffusione delle conoscenze e di offrire consulenza ai servizi territoriali nelle fasi della rilevazione (supporto nell'analisi e valutazione dei segni e sintomi del sospetto abuso) e della segnalazione (affiancamento dell'operatore nella decisione circa l'eventuale segnalazione e nei rapporti con il Tribunale). Per quanto riguarda il trattamento, al momento, l'équipe non assicura la presa in carico dei casi.

Il trattamento del bambino abusato e dei familiari rimane affidato agli operatori del Dipartimento salute mentale.

In concreto, nel sospetto di un caso di abuso, o ricevuta una segnalazione, l'assistente sociale territoriale si rapporta con l'équipe per l'analisi e la discussione del caso. In casi urgenti, non essendoci la condizione di garantire la pronta reperibilità, si attivano le strutture già deputate per l'emergenza (Pronto Soccorso ospedalieri e Pronto Accoglienza); successivamente l'operatore può richiedere la consulenza del gruppo multidisciplinare.

L'équipe si riunisce ogni 15 giorni per un tempo di due ore. Nel 2001 gli incontri sono stati dedicati per lo più alla "autoformazione", mediante revisione e discussione della letteratura e analisi e discussione dei punti critici e degli errori commessi in casi reali.

Molti incontri sono stati di tipo organizzativo: per definire un modello operativo possibile e adeguato alla realtà territoriale e alle risorse disponibili, per elaborare un percorso per la segnalazione dei casi da proporre agli operatori e alla magistratura, per programmare la sensibilizzazione/formazione a cascata degli operatori della AUSL.

Nel 2002 è iniziata l'attività di consulenza ai servizi del territorio. Molto impegnativa è stata la raccolta di dati per una stima di prevalenza del fenomeno e per un'analisi del profilo dei problemi dei bambini abusati e delle famiglie, per ottenere informazioni sull'offerta dei servizi e sulla qualità degli interventi. Questa ricerca di dati ha anche importanti ripercussioni di carattere organizzativo per la programmazione degli interventi di prevenzione e di presa in carico dei bambini e delle famiglie.

I dati sono stati raccolti negli archivi giudiziari, in quelli dei servizi sociali e dei centri di salute mentale della AUSL. Dalle prime elaborazioni risulta, per il territorio della AUSL di Perugia, una stima di occorrenza intervallare (sulla base di 3 anni) di 2,9 casi su 1000 minori di 15 anni, inferiore alla media europea e verosimilmente sottostimata.

Per quanto riguarda la tipologia del maltrattamento: nel 32% si trattava di trascuratezza, nel 25% di abuso sessuale, nel 15% di maltrattamento psico-emozionale e il restante 23% distribuito tra tipologie miste e non identificate. Non è stato rilevato nessun caso di maltrattamento fisico. Una ricerca analoga è al momento in corso anche nell'Azienda USL di Foligno. Parallelamente a questa attività la "ACP Umbria" ha organizzato alcune iniziative.

Nel 2002 e 2003 sono stati tenuti due seminari sul tema del maltrattamento all'infanzia nel "Corso di Formazione Specifica in Medicina Generale". Nell'ottobre 2002 è stata organizzata una conferenza della Prof. Marcellina Mian dell'Università di Toronto dal titolo "L'abuso all'infanzia: conoscere per fare".

Nel dicembre successivo, in collaborazione con il Comando Regionale dei Carabinieri, è stato organizzato un incontro con la Prof. Mian e la prof. Facchin, a cui sono stati invitati le forze dell'ordine, i magistrati del tribunale per i minorenni e del tribunale ordinario, la dirigenza dell'ufficio scolastico regionale, gli assessorati ai servizi sociali della Regione, della Provincia e del Comune. Sempre in collaborazione con il Comando Regionale dei Carabinieri è stato organizzato un "focus group" a cui hanno partecipato alcuni Comandanti di Stazione della Regione, con lo scopo di rilevare i bisogni formativi degli operatori sul tema dell'abuso all'infanzia.

Dall'elaborazione dei dati emersi è stato definito un progetto di formazione che dovrebbe venire attuato nel corso di quest'anno.

Difficoltà e problemi aperti

Tra i numerosi punti critici che caratterizzano la fase attuale, alcuni riguardano il territorio (servizi e scuola) e altri il funzionamento del gruppo multidisciplinare.

Nonostante la molteplicità di iniziative di sensibilizzazione sul tema svolte negli ultimi tre anni, non si riscontra un incremento del numero di segnalazioni. Sembra necessario avviare al più presto i progetti formativi previsti per gli operatori impegnati nella fase di rilevazione del fenomeno, in particolare insegnanti e medici.

Nell'équipe i problemi derivano soprattutto dal fatto che nel gruppo manca la multidisciplinarietà necessaria all'intervento e che la formazione specialistica non è ancora completata.

Al momento l'équipe è quasi interamente costituita da operatori dell'area psico-sociale, e ciò limita le possibilità di analisi, di diagnosi e di valutazione dei casi e rende più complicato il raccordo con i servizi (per esempio gli ospedali), con la scuola e con le forze dell'ordine.

In particolare sembra necessaria la presenza nel gruppo di un insegnante. Questo permetterebbe di superare le storiche difficoltà di rapporti tra scuola e servizi sociali, non solo nella fase di segnalazione, ma anche e soprattutto nella fase di presa in carico, facilitando la definizione di un progetto comune e completo.

Anche la partecipazione di rappresentanti delle Forze dell'Ordine e dell'Autorità Giudiziaria sarebbe utile, o si potrebbe prevedere la possibilità di incontri periodici per la valutazione dei singoli casi e più in generale dello sviluppo del progetto.

Il mancato completamento della formazione specialistica dei componenti l'équipe rappresenta un altro importante punto critico. La specificità dell'abuso richiede lo sviluppo di tecniche di intervento peculiari per le singole professionalità: per i medici la diagnosi differenziale dei casi di maltrattamento fisico e di abuso sessuale, per gli psicologi le tecniche per stabilire la veridicità del racconto del bambino e quelle per l'audizione protetta, oltre alle competenze necessarie per effettuare la terapia.

Per corrispondenza: carla.berardi@tiscalinet.it