

L'abuso sessuale: qualche appunto per il pediatra delle cure primarie

Costantino Panza

Pediatra di famiglia, Sant'Ilario d'Enza (RE)

Abstract

Sexual abuse: some notes for primary care paediatrician

The article outlines the necessary skills for a primary care pediatrician in dealing with a suspected sexual abuse and in supporting the family involved in this form of maltreatment according to the most recent guidelines.

Quaderni acp 2014; 22(2): 70-73

L'articolo delinea le competenze necessarie a un pediatra delle cure primarie per affrontare una situazione di sospetto di abuso sessuale e per sostenere la famiglia coinvolta in tale forma di maltrattamento alla luce delle più recenti Linee Guida.

Introduzione

L'abuso sessuale (AS) riguarda dal 7% al 10% di tutte le forme di maltrattamento accertate nei Paesi occidentali. Si stima che la dimensione di questo problema sia sottostimata a causa delle difficoltà a penetrare le barriere dei sentimenti di colpa e vergogna.

Alcune valutazioni indicano un'esposizione a penetrazione sessuale nel 5-10% delle bambine e 1-5% dei bambini durante l'età pediatrica, sebbene l'AS preveda altre modalità di perpetrazione [1]. Se per le altre forme di maltrattamento nell'80% dei casi il perpetratore della violenza è uno dei genitori, nell'AS solo un quarto degli abusanti è un genitore, mentre nel 29% è un altro parente o un conoscente [2]. A differenza delle altre forme di abuso che colpiscono prevalentemente i bambini nella prima e seconda infanzia, la prevalenza dell'AS è stabile a tutte le età pediatriche. Una storia di AS può avere effetti dannosi sulla salute mentale e fisica tali da poter determinare un'invalidità nella persona anche in età adulta.

Disturbo d'ansia, depressione, fobia sociale, bassa autostima, disordine da stress post-traumatico, ospedalizzazioni per malattia mentale, coinvolgimento in violenza domestica o violenza sessuale, obesità, disturbi sessuali, fibromialgia, malattie infettive a trasmissione sessuale, sindrome dell'intestino irritabile, dipendenze da alcol o tabacco o sostanze farmacologiche sono gli esiti correlati a questa forma di maltrattamento [3].

Una definizione

Non è presente una definizione universale di AS in età pediatrica a causa della complessità del fenomeno (frequenza, durata nel tempo, tipo di violenza, rapporto con il perpetratore) e per le ampie differenze culturali presenti in molte popolazioni. Per AS si può intendere il *coinvolgimento, agito da familiari, conoscenti o estranei, di soggetti immaturi e dipendenti in attività sessuali, con assenza di una completa consapevolezza e possibilità di scelta, in violazione dei tabù familiari o delle differenze generazionali* [4]. Viene proposta anche una definizione offerta dal CDC di Atlanta: *ogni tentato o completato atto sessuale, contatto sessuale o interazione senza contatto sessuale tra un bambino e il suo caregiver* (vedi **box 1** per una definizione completa) [5]. Un caregiver può essere un genitore, parente, insegnante, religioso, allenatore, educatore, amico di famiglia, vicino di casa, anziano con cui il bambino ha un rapporto di confidenza e che considera come un nonno, fidanzato/a o partner o amico/a del caregiver primario. Per evitare una confusione di termini, ricordiamo che la pedofilia comporta un impulso di attrazione anche sessuale verso i bambini ma non identifica per se stessa un comportamento abusante: non tutti i pedofili mettono in atto AS e non tutti coloro che attuano AS sono pedofili.

La Linea Guida italiana

In questo drammatico scenario, il Centro Nazionale per la Prevenzione e il Con-

trollo delle Malattie in collaborazione con il Ministero della Salute nel 2010 ha prodotto una Linea Guida in riferimento ai requisiti e raccomandazioni per una valutazione appropriata in caso di sospetto di AS nei bambini prepuberi [6]. Maria Rosa Giolito, la curatrice di questa Guida italiana ha presentato il documento di lavoro anche su *Medico e Bambino* indicando la metodologia adottata e sottolineando le raccomandazioni principali in un recente articolo a cui rimandiamo il lettore per un approfondimento [7]. La Linea Guida italiana si rivolge ai medici che si trovano a valutare un soggetto prepubere, una situazione che si può verificare facilmente presso un Pronto Soccorso pediatrico o presso un ambulatorio dedicato se l'invio per l'esecuzione della visita medica viene richiesto per esempio dall'Autorità giudiziaria o dalla rete dei Servizi. Tuttavia anche un pediatra delle cure primarie potrebbe trovarsi di fronte a una situazione in cui si debba sospettare un AS. Il *Committee on Child Abuse and Neglect* dell'Accademia Americana di Pediatria ha recentemente pubblicato una Guida operativa per i pediatri delle cure primarie di cui vi riportiamo i contenuti più salienti [3].

La valutazione in un setting di cure primarie

Se un genitore discute su un possibile AS subito dal figlio, il pediatra dovrebbe immediatamente allontanare il bambino, se presente, dalla discussione al fine di evitare che lo stesso ne venga influenzato. Spesso il genitore vuole essere rassicurato oppure presenta una preoccupazione eccessiva riguardo allo sviluppo sessuale del bambino o ha dei dubbi su chi lo accudisce. Anche se l'evento raccontato può apparire improbabile, il pediatra è tenuto a una scrupolosa e obiettiva valutazione della situazione. Nei casi in cui sospetta l'abuso, il pediatra deve essere in grado di decidere il provvedimento più opportuno, come un invio immediato a una struttura specia-

Per corrispondenza:
Costantino Panza
e-mail: costpan@tin.it

saper fare

BOX 1: UNA DEFINIZIONE DI ABUSO SESSUALE

Qualsiasi completato o tentato (non completato) atto sessuale, rapporto sessuale, o sfruttamento (cioè interazione sessuale senza contatto) di un bambino da parte di un caregiver.

Atto sessuale

Include il contatto con penetrazione, anche lieve, tra bocca, pene, vulva, ano del bambino e un altro individuo. Atti sessuali includono anche la penetrazione, per quanto lieve, dell'apertura anale o genitale da parte di una mano, un dito o un altro oggetto.

Il contatto genitali con genitali comprende:

- pene con vulva; • pene con ano; • pene con pene.

Il contatto bocca con genitali comprende:

- bocca con pene; • bocca con ano; • bocca con vulva.

Gli atti sessuali possono essere eseguiti da parte del caregiver sul bambino o dal bambino sul caregiver. Un caregiver può anche forzare o costringere un bambino a compiere un atto sessuale con un altro individuo (bambino o adulto).

Abuso sessuale per contatto

Include l'intenzione di toccare, o direttamente o attraverso l'abbigliamento, i seguenti organi:

- genitali (pene e vulva); • ano; • inguine; • seno; • interno coscia; • glutei.

Questo tipo di contatto sessuale non comporta l'atto della penetrazione.

L'abuso sessuale per contatto può essere effettuato dal caregiver sul bambino o dal bambino sul caregiver o può verificarsi anche tra il bambino e un altro individuo (adulto o bambino) con la forza o coercizione da parte di un caregiver. L'abuso sessuale per contatto non comprende gli atti di manipolazione dei genitali richiesti per le normali cure o per le necessità quotidiane del bambino.

Abuso sessuale senza contatto

Questa forma di abuso non prevede il contatto fisico di natura sessuale tra il caregiver e il bambino e può includere:

1. Esposizione di un bambino ad atti di attività sessuali (per esempio, pornografia, atti di voyeurismo da parte di un adulto; esposizione intenzionale di un bambino ad atti di esibizionismo).
2. Riprese video di un bambino in situazioni sessuali (per esempio, raccolta di immagini, sia fotografiche che video, di un bambino in un atto sessuale).
3. Le molestie sessuali su un bambino (per esempio, una contropartita, la creazione di un ambiente ostile a causa di commenti o di attenzione di natura sessuale da parte di un caregiver verso un bambino).
4. La prostituzione di un minore (per esempio, impiegando, utilizzando, persuadendo, inducendo, seducendo, incoraggiando, permettendo, o lasciando che un bambino si impegni o assista altre persone nella prostituzione) o il traffico sessuale (l'atto di trasporto dei bambini, attraverso i confini internazionali con l'inganno, per l'attività sessuale forzata, come prostituzione o schiavitù sessuale).

Da: *Child maltreatment surveillance. Uniform definitions for public health and recommended data elements. Centers for Disease Control and Prevention, 2008.*

lizzata in queste forme di maltrattamento o effettuare una segnalazione all'autorità competente. Talvolta la famiglia viene in ambulatorio rivelando direttamente il fatto oppure il pediatra riscontra segni ai genitali compatibili per AS durante una visita, o accertando una infezione a possibile trasmissione sessuale. Qualsiasi

situazione affronti, il pediatra deve conoscere quali risorse sono disponibili presso il territorio in cui opera, deve aver svolto un programma di formazione su questo problema e deve saper affrontare cinque questioni fondamentali.

La sicurezza del bambino. Il bambino sarà al sicuro al suo rientro a casa oppu-

BOX 2: COSA PREVEDE LA LEGGE IN ITALIA

La Legge contro la violenza sessuale (Legge n. 66 del 15 febbraio 1996) dichiara che i reati sessuali sono delitti contro la libertà personale e non più contro la morale pubblica, come prevedeva la vecchia legislazione.

Questa Legge prevede la modifica del concetto di violenza carnale presunta, l'eliminazione della distinzione tra violenza carnale e atti di libidine, una diversa considerazione dei bambini vittime di abusi sessuali in riferimento alle pene per i perpetratori.

L'*art. 609-bis* definisce la violenza sessuale come l'azione di chi, con violenza, minaccia o, attraverso l'abuso di autorità, costringe taluno a compiere o subire atti sessuali.

L'*art. 609-ter* considera una circostanza aggravante alla violenza sessuale il fatto che la vittima abbia meno di 14 anni.

L'*art. 609-quater* fa riferimento agli atti sessuali con minorenni, non agiti attraverso la violenza, ma con il consenso: commette tale reato chi compie atti sessuali con un bambino di età inferiore ai 14 anni oppure minore di 16 anni quando il colpevole sia l'ascendente, il genitore adottivo, il tutore o altra persona cui il minore è affidato per ragioni di cura, educazione, convivenza.

L'articolo prevede una pena anche per chiunque compia atti sessuali in presenza di un bambino di età inferiore a 14 anni con il preciso intento di farlo assistere. Sono consentiti i rapporti sessuali consensuali tra minorenni dai 13 anni in su, se non c'è una differenza di età superiore ai tre anni tra i due partner.

L'*art. 609-decies* prevede per tutti i bambini il diritto all'assistenza affettiva e psicologica in ogni momento del procedimento giudiziario. Inoltre questo articolo prescrive alla Procura della Repubblica di comunicare al Tribunale per i Minorenni qualunque procedimento che interessi reati sessuali contro minorenni.

Da: *Apollonio MG, Berardi C. Prevenzione, trattamento, recupero nei casi di maltrattamento e abuso dei minori. Provincia di Perugia e Centro Salute del Bambino, 2007.*

re il perpetratore potrà avvicinarsi nuovamente al bambino? Il bambino potrà essere punito o minacciato a causa della rivelazione? Se la risposta è *sì* o *forse*, dev'essere contattata immediatamente l'Autorità giudiziaria e il servizio sociale per la protezione all'infanzia.

La segnalazione all'autorità competente. Il pediatra deve segnalare all'Autorità giudiziaria (Procura della Repubblica territorialmente competente) se si trovi ad affrontare una situazione dove ritenga essere presente un ragionevole sospetto per AS (box 2). Diversi studi hanno evidenziato che spesso il pediatra evita di compiere questo passo per la preoccupazione che l'Autorità giudiziaria o i servizi sociali possano intramettersi recando danno alla famiglia o allontanando il bambino. Il pediatra potrebbe anche sovrastimare la propria capacità di risolvere la situazione da solo senza chiedere l'intervento delle agenzie preposte a questi compiti.

La salute mentale del bambino. La rivelazione di un abuso è un evento molto stressante per un bambino. Dovrebbe essere sempre effettuata una valutazione del suo stato mentale e, se dovessero essere riconosciuti dei disturbi, come depressione o disturbo da stress post-traumatico, dovrebbe essere intrapresa una opportuna terapia.

La necessità di un esame clinico ispettivo. In caso di sospetto AS dev'essere eseguito un corretto esame clinico, in particolare se il bambino lamenta dolore ai genitali o sanguinamento; se asintomatico o se l'atto si è verificato in un lontano passato, l'esame può essere rimandato presso un Centro specializzato.

La necessità di una raccolta di prove medico-legali. La Linea Guida americana prevede la possibilità di raccolta dei campioni per fluidi corporei presso un Centro specializzato se il contatto sessuale è avvenuto entro le 72-96 ore (per la raccolta del materiale biologico seguire le raccomandazioni italiane) [6].

Come ascoltare un bambino

Il pediatra dovrebbe essere preparato per poter raccogliere la testimonianza del bambino in caso di una rivelazione di AS, o a causa dell'indisponibilità di servizi specializzati disponibili presso la comunità, o se il bambino inizia a raccontare spontaneamente; in questo caso,

qualora il pediatra dovesse interrompere il racconto invitando il bambino a raccontare la sua esperienza in un'altra sede e con altri professionisti, questi potrebbe in futuro esitare a parlare un'altra volta. I genitori potrebbero influenzare il racconto del bambino: cercare di separare il bambino dai genitori è importante nel caso un genitore possa essere sospettato di essere un abusante o avere rapporti di amicizia con il sospetto abusante; il bambino potrebbe, infatti, sentirsi minacciato o intimidito durante il suo racconto. Se il pediatra non ha instaurato un rapporto di confidenza con il bambino potrebbe essere difficile parlare di situazioni dolorose o imbarazzanti senza sentirsi in un ambiente sicuro. Inoltre il pediatra dovrebbe spiegare al bambino che la sua attività è di sostenere la salute dei bambini e che è giusto che essi parlino in ambulatorio delle loro difficoltà. È fondamentale che il pediatra ponga domande aperte evitando quelle ambigue o chiuse. "C'è qualcosa che ti preoccupa?", "Dimmi, perché sei qui oggi?" sono esempi di domande aperte. "Chi ti ha toccato?", "So che lo zio ti ha fatto del male, raccontami: cosa è successo?" sono esempi di domande non corrette. Il bambino non dovrebbe essere forzato a parlare così come non dovrebbe essere ricompensato: "Se mi racconti, poi puoi andare dalla mamma" è un esempio di proposta che non dovrebbe essere fatta. Il linguaggio usato deve rispettare lo stadio di sviluppo del bambino e la sua capacità di comprensione. L'atteggiamento del medico dev'essere empatico, di rispetto e attenzione verso il bambino, evitando di manifestare di essere scandalizzato; anche espressioni emotive, come ira o rabbia tra le altre, potrebbero far allontanare l'iniziale disponibilità del bambino a parlare. Ogni descrizione dell'abuso fatta dal bambino dev'essere riportata parola per parola, virgolettata, utilizzando lo stesso linguaggio del bambino. Durante il colloquio può essere utile che il professionista prenda degli appunti, mentre non è necessario una registrazione audio o video. Il pediatra può segnalare le proprie impressioni sullo stato emozionale vissuto dal bambino e descriverle successivamente in modo da essere chiaramente identificate e separate dal racconto ("era mia impressione che il bambino fosse agitato"). Il

pediatra deve sempre tenere a mente che si tratta sempre di un colloquio medico e che le informazioni ottenute sono necessarie per decidere un'appropriata diagnosi e trattamento.

L'esame fisico

L'esame di routine dell'area anogenitale dovrebbe essere la norma per ogni visita di controllo pediatrica; tale approccio, oltre a far riconoscere ai genitori che quest'area è importante per la salute come le altre parti del corpo, è di aiuto al professionista nell'esercitarsi a familiarizzare con queste strutture anatomiche. Infatti, diversi studi hanno rilevato che spesso il pediatra non ha effettuato una valida formazione nell'ispezionare la regione anogenitale. Nel caso in cui non sussista la necessità di un invio urgente in una struttura specializzata, il pediatra dovrebbe valutare la possibilità di far effettuare la visita presso un ambulatorio specialistico di riferimento qualora non abbia confidenza o non abbia l'abilità richiesta per questo atto clinico. In ogni modo dovrebbero essere evitate al bambino ripetute visite alla regione anogenitale. L'esame ai genitali dovrebbe essere preceduto da una ispezione dell'intero corpo per la rilevazione di possibili segni di altre forme di maltrattamento. Un esame normale della regione anogenitale non conferma né esclude un AS. Da ricordare che, dopo aver eseguito la visita, il bambino deve sempre essere rassicurato sul fatto di essere in buono stato di salute.

Per la tecnica dell'esecuzione della visita rimandiamo alla Linea Guida italiana *L'abuso sessuale nei bambini prepuberi. Requisiti e raccomandazioni per una valutazione appropriata* a cura di Maria Rosa Giolito [6].

Fare i test per le malattie a trasmissione sessuale?

Una malattia a trasmissione sessuale si presenta con scarsa frequenza in bambini che hanno avuto esperienza di AS. Un recente studio prospettico su bambini con sospetto di AS ha rilevato che l'8,2% delle bambine di età inferiore ai 14 anni presentava una malattia a trasmissione sessuale. I principali microrganismi coinvolti possono essere: *Neisseria gonorrhoeae*, *Chlamydia trachomatis*, *Trichomonas vaginalis*, *Treponema pal-*

lidum, condilomi ano-genitali, *Herpes simplex*, virus genitale, virus dell'immunodeficienza umana [6].

Lo scopo principale di un pediatra è di sostenere la salute e il benessere nei suoi pazienti e di non porre l'attenzione sui risvolti medico-legali o sulla raccolta di prove per un utilizzo penale. Solo in un'ottica clinica dev'essere esaminata la possibilità di far eseguire accertamenti in riferimento a possibili infezioni trasmesse per via sessuale. Ci si deve orientare in questa prospettiva se il bambino:

1. ha avuto una penetrazione dei genitali o dell'ano;
2. è stato abusato da uno sconosciuto;
3. è stato abusato da una persona con una infezione riconosciuta o a rischio (tossicodipendente, persone con più partner sessuali, uomo che ha rapporti sessuali con altri uomini);
4. ha fratelli o altri parenti in casa con una malattia a trasmissione sessuale;
5. vive in una zona con alta percentuale di malattie a trasmissione sessuale;
6. presenta segni o sintomi di malattia a trasmissione sessuale;
7. ha già avuto una diagnosi di una malattia a trasmissione sessuale.

Lavorare con la famiglia

Alla rivelazione di un AS, i genitori possono vivere sentimenti contrastanti, passando da un senso di colpa per non aver saputo proteggere il bambino fino ad arrivare a una rabbia rivolta all'abusante. Alcuni genitori vorrebbero rimuovere, cancellare o nascondere a se stessi tale esperienza; inoltre, possono essere amplificati conflitti familiari già presenti. Alle famiglie dovrebbero essere date queste informazioni:

1. il medico ha l'obbligo di refertare all'Autorità competente ogni sospetto di abuso ed è tenuto al rispetto del segreto professionale.
2. È importante che la famiglia cooperi con le agenzie investigative coinvolte.
3. I bambini, che hanno avuto esperienza di abuso, avranno un migliore stato di salute se sono supportati e amati dopo la rivelazione del fatto. Se il genitore si sente in difficoltà o esprime molto stress, il bambino si sente meno sicuro e protetto. Il bambino in nessun

BOX 3: GUIDA PER I PEDIATRI

Il pediatra deve:

1. conoscere le leggi in riferimento all'AS;
2. riconoscere che l'AS avviene frequentemente e dovrebbe essere in grado di rispondere in modo competente su questo problema;
3. conoscere il normale sviluppo e le variazioni del comportamento sessuale a ogni età pediatrica;
4. conoscere le risorse disponibili nel suo territorio in riferimento a questa forma di maltrattamento;
5. essere istruito riguardo all'anatomia e allo sviluppo dei genitali nell'infanzia;
6. richiedere una consulenza a un esperto in caso di dubbio su una ispezione ai genitali;
7. sapere quando e dove reperire un sospetto di AS o violenza sessuale che richieda una raccolta di prove legali e un intervento per il rischio di malattie sessualmente trasmesse o per una contraccezione d'emergenza;
8. conoscere l'importanza di usare domande aperte ed evitare domande allusive;
9. sapere come supportare la famiglia in caso di sospetto di AS;
10. conoscere le conseguenze dell'AS sulla salute mentale e conoscere i professionisti di riferimento per affrontare le possibili conseguenze sulla salute del bambino.

Da: *Pediatrics* 2013;132:e558 (modificato)

modo dovrà sentirsi in colpa a causa del comportamento del genitore. Se un genitore esprime apertamente emozioni negative o piange molto, il bambino potrebbe sentire il dovere di ritrattare o minimizzare la propria rivelazione per ridurre lo stress del genitore.

4. I genitori non dovrebbero interrogare e nemmeno accusare il bambino di dire bugie. Se il bambino dovesse sentire il desiderio di parlare dell'accaduto, i genitori dovrebbero ascoltare ed essere di sostegno senza indagare o insistere a fare domande.
5. Le famiglie devono riconoscere l'importanza di una valutazione della salute mentale del bambino dopo un grave trauma. Un appropriato trattamento psicologico o neuropsichiatrico è stato dimostrato essere efficace nel ridurre gli effetti dell'abuso.

Conclusioni

L'AS è una forma di maltrattamento diffusa ma scarsamente riconosciuta e refertata. Tale forma di maltrattamento spesso necessita, per essere diagnosticata, di un approccio multidisciplinare. Al pediatra viene richiesto di addurre un sospetto nel caso in cui la situazione clinica possa far ipotizzare tale maltrattamento, di possedere una valida formazio-

ne e conoscere le strutture, i percorsi sanitari e legali sul proprio territorio (box 3). In caso di assenza di tali strutture o di équipe specializzate con esperienza in questo ambito, può farsi promotore presso la propria ASL per la costituzione di un gruppo di lavoro dedicato. ♦

Bibliografia

- [1] Andrews G, Corry J, Slade T, et al. Child sexual abuse. In: Ezzati M, Lopez AD, Rodgers A, Murray CJL (Eds). *Comparative Quantification of Health Risks – Global and Regional Burden of Disease Attributable to Selected Major Risk Factors*. Vol. 1. WHO, 2004.
- [2] Gilbert R, Widom CS, Browne K, et al. Burden and consequences of child maltreatment in high-income countries. *Lancet* 2009;373(9657):68-81. doi: 10.1016/S0140-6736(08)61706-7.
- [3] Jenny C, Crawford-Jakubiak JE, Christian CW, et al. The evaluation of children in the primary care setting when sexual abuse is suspected. *Pediatrics* 2013;132(2):e558-67. doi: 10.1542/peds.2013-1741.
- [4] Montecchi F. Dal bambino minacciato al bambino minacciato. Gli abusi sui bambini e la violenza in famiglia: prevenzione, rilevamento e trattamento. Franco Angeli Editore, 2005.
- [5] Leeb RT, Paulozzi L, Melanson C, et al. Child maltreatment surveillance. Uniform definitions for public health and recommended data elements. Centers for Disease Control and Prevention, 2008.
- [6] Giolito MR. L'abuso sessuale nei bambini prepuberi. Requisiti e raccomandazioni per una valutazione appropriata. Il Pensiero Scientifico Editore, 2010.
- [7] Giolito MR. Una guida per i medici in tema di abuso sessuale dei bambini prepuberi. *Medico e Bambino* 2012;31:291-7.