

È abuso sessuale? I dubbi nell'ambulatorio pediatrico

Alessandra Paglino, Maria Grazia Apollonio
Gruppo ACP Maltrattamento all'infanzia

Definizioni e caratteristiche del fenomeno

Per *abuso sessuale* si intende il coinvolgimento, intenzionale e interpersonale, di un minore in esperienze sessuali forzate o comunque inappropriate dal punto di vista del proprio stadio di sviluppo, a cui non può liberamente consentire in ragione della sua giovane età e della preminenza dell'abusante, o che violi le leggi e i tabù della società. Tali esperienze possono non comportare violenza esplicita o lesioni; possono avvenire senza contatto fisico e/o essere vissute come osservatori passivi, con modalità ludiche e ambigue che sfruttano la relazione affettiva, utilizzando una comunicazione di tipo sessuale assolutamente inadeguata e dannosa.

L'abuso può essere compiuto da adulti o altri minori che, in virtù della loro età o stadio di sviluppo, siano nei confronti della vittima in una posizione di responsabilità, fiducia o potere. Spesso l'adulto abusante è una figura di riferimento per il bambino, nell'ambito familiare o extrafamiliare (luoghi di aggregazione, attività sportive, scuola).

Si tratta di un problema sociale e di salute pubblica, e si configura sempre come un attacco confusivo e destabilizzante alla personalità del minore e al suo percorso evolutivo: ogni abuso sessuale lascia segni destinati a perdurare nel tempo, che, se non adeguatamente individuati e trattati, possono determinare danni permanenti sulla salute fisica e psichica.

È di fondamentale importanza individuare l'estensione del fenomeno, in modo da definire ed applicare modalità personalizzate ed efficaci per affrontarlo: è necessario essere in grado di rilevare, lavorare in contesti multidisciplinari e avere le competenze per assistere le vittime, per mettere in atto le cure più adeguate e implementare strategie di prevenzione.

Entità del fenomeno

L'abuso sessuale è un fenomeno diffuso, trasversale a tutti i ceti sociali, indipendente da etnia di appartenenza, livello di istruzione e condizioni economiche.

L'esatta prevalenza dell'abuso sessuale sui bambini è difficile da

determinare per l'assenza di protocolli unificati e condivisi, difficoltà nella rivelazione da parte della vittima a causa della natura e della dinamica dell'abuso sessuale, basso numero di condanne nei percorsi giudiziari. Si stima che nel mondo la prevalenza, a seconda degli studi, vari dal 3 al 31%.

Secondo la *II indagine nazionale sul maltrattamento di bambini e adolescenti in Italia*, realizzata dall'Autorità Garante per l'infanzia e l'adolescenza, Fondazione Terres des Hommes e Cismai, il 3,5% dei minori in carico ai servizi territoriali è vittima di abuso sessuale, ma molti casi rimangono sconosciuti in quanto solo un bambino su otto giunge all'attenzione dei servizi. Le indagini retrospettive rilevano una prevalenza superiore anche di dieci volte. Infatti molto spesso le storie di abuso sessuale vengono svelate dai bambini in età adulta. In uno studio della National Society for the Prevention of Cruelty to Children (NSPCC), condotto su 2.869 adulti tra i 18 e i 24 anni, risulta che l'11% di tali soggetti ha riferito di essere stato abusato in età infantile.

Gli ultimi dati del 2023 elaborati dal Servizio di Analisi Criminale della Polizia per il nuovo dossier della campagna *InDifesa* di Terres des Hommes, hanno riportato una cifra record nel numero dei minori vittime di reati in Italia: 6.952 casi nel 2023, il 25% in più rispetto a dieci anni fa. Si stima che il 61% delle vittime siano bambine e ragazze (89% per la violenza sessuale). Anche se in crescita nel decennio (+18%), risulta invece in calo nell'ultimo anno il numero dei minori vittime di reati legati alla pedopornografia (con "pedopornografia" si intende il materiale pornografico che utilizza minori in età prepuberale): -18% per la detenzione di materiale pornografico [Figura 1].

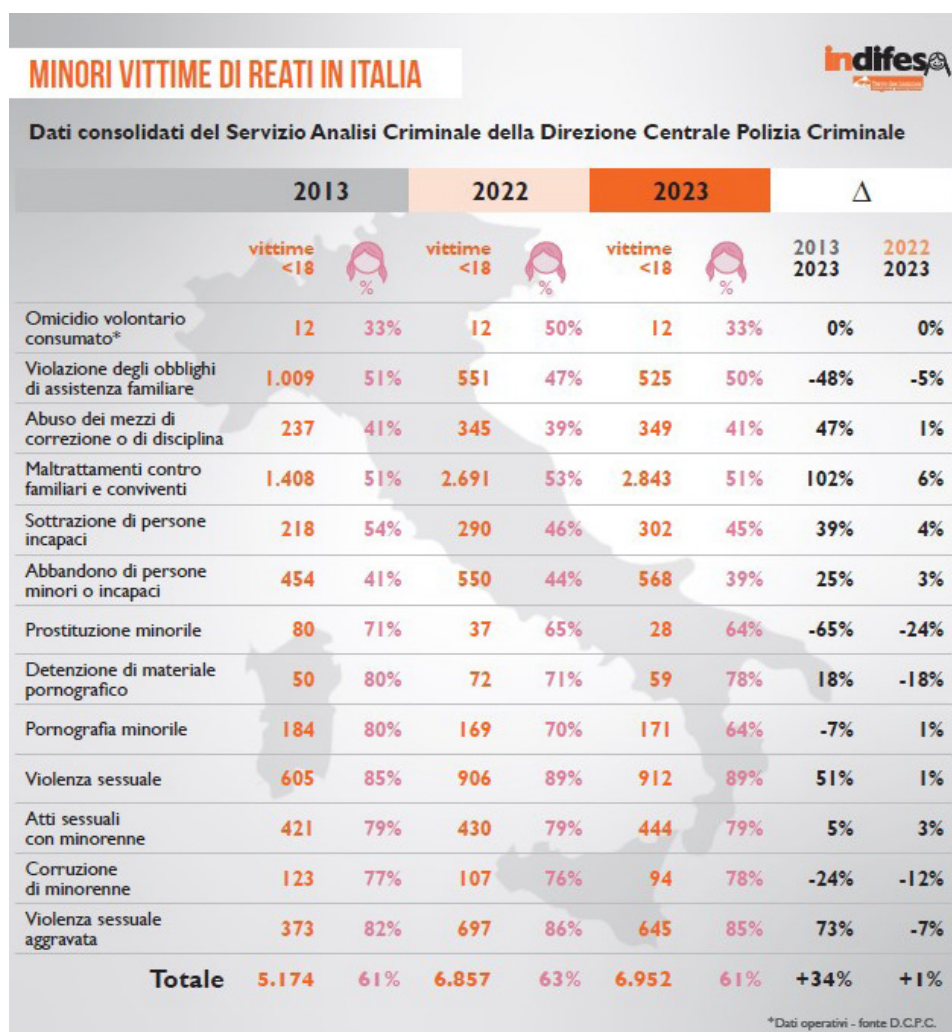


Figura 1. Minori vittime di reati, da dossier *InDifesa* 2024.

Perché l'abuso sessuale fa male. Conseguenze a livello psicologico e comportamentale

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (WHO, 2002) e più in generale la psicotraumatologia (National Child Traumatic Stress Network, Van der Kolk, 2005; APA, DSM-5, 2013) riconoscono l'abuso sessuale come un'esperienza traumatica, capace di determinare sofferenza psicologica e psicopatologia, diversi danni alla salute psicofisica e esiti post traumatici (il trauma è un'esperienza che sovrasta la nostra capacità di elaborazione e di fronteggiamento: la mente viene sottoposta a un eccesso di stimoli che non è in grado di gestire e integrare nel sistema psichico. Le usuali strategie difensive e di coping vengono sopraffatte e, pertanto, l'esperienza non è sostenibile emotivamente).

In un bambino vittima di trauma, soprattutto se cronico e precoce, si potranno osservare vari esiti, anche mediati da reazioni neurofisiologiche difensive rispetto a ciò che rappresenta una minaccia per la propria integrità e per la propria sopravvivenza.

A livello comportamentale, le risposte difensive di attacco o fuga di fronte al pericolo determinano uno stato di sovra-ecitazione, di perdita di controllo razionale, di iperarousal, con possibili manifestazioni di agitazione psicomotoria, di oppositività e, a volte, anche aggressività. Questo quadro comportamentale assume una valenza difensiva, nel senso che l'iperattivazione permette di non prendere contatto con le emozioni dolorose ("se rimango sempre in movimento, non entro in contatto con la sofferenza che mi porto dentro").

Più spesso, tuttavia, un bambino non può né combattere né fuggire dal proprio aggressore (soprattutto se si tratta, come spesso avviene, di un familiare). Prevale, allora, la risposta difensiva di ipoarousal, di estrema sottomissione, di ripiegamento su di sé, di rassegnazione fino ad agire strategie dissociative di estraneazione, che permettono di non sentire il dolore e di enucleare le parti di sé sofferenti. A livello comportamentale potremo vedere bambini apparentemente depressi, inerti, poco reattivi, acquiescenti, adesivi alle richieste ambientali, sempre distratti.

Possiamo pertanto osservare:

- Stati d'ansia, con sentimenti di allarme e di paura generalizzati.
- Alterazioni della percezione di sé, con senso di impotenza, indegnità, vissuti di colpa e di vergogna che possono esitare in depressione, anche con pensieri e tendenze suicidarie.
- Alterazioni nei rapporti con gli altri, con senso di sfiducia e un'irrisolvibile oscillazione tra il bisogno della vicinanza protettiva e la paura della valenza minacciosa di tale vicinanza; la paura induce a tentativi di controllo della relazione tramite comportamenti violenti ed aggressivi, o, al contrario, comportamenti di dipendenza, di compiacenza, o ancora con comportamenti sessualizzati. Questi comportamenti implicano il rischio di vittimizzazione dell'altro e/o di rivittimizzazione del soggetto.
- Alterazioni nella percezione dell'abusante, rispetto al quale il bambino si trova in una posizione di estrema dipendenza, per cui si può comportare nei suoi confronti in modo acquiescente e aderire all'idea trasmessa dall'abusante di responsabilizzazione della vittima e di autogiustificazione. Il risultato è che la vittima si adatta alla situazione di violenza per l'estremo senso di dipendenza, per lo sviluppo delle credenze patogene e per ottenere un minimo di vicinanza affettiva.
- Somatizzazioni: cefalee, disturbi del sistema digerente, sintomi cardiopolmonari, dolori cronici, maggiore vulnerabilità alle malattie organiche, sintomi da conversione, sintomi da disfunzioni sessuali.
- Frequenti disturbi del sonno, incubi e disturbi del comportamento alimentare.

- Disturbi comportamentali derivanti da manovre di auto-conforto, quali masturbazione cronica, stereotipie motorie, automutilazioni. In adolescenza questi comportamenti possono esitare in devianza sociale, abuso di alcool e di droghe, attività sessuale indiscriminata o al contrario fortemente inibita, comportamenti di automutilazione, disturbi del comportamento alimentare e attività ad alto rischio.
- Difficoltà cognitive: pensieri distorti e disfunzionali principalmente relativi alla rappresentazione del mondo (che viene pensato come malvagio, del quale non ci si può fidare, dal quale non ci si può attendere nulla di buono) e del sé (pensato come svilito e spregevole).
- Frequenti anche le difficoltà a livello di memoria, di concentrazione, di apprendimento e di rendimento scolastico, soprattutto perché il bambino non ha energie mentali da dedicare alla concentrazione sui compiti scolastici, preso com'è dagli sforzi di evitare, anche con meccanismi dissociativi, il contatto con la sofferenza.
- Giochi ripetitivi in cui vengono espressi temi riguardanti l'evento traumatico o che riattualizzano il trauma, ma anche limitazione del gioco e del comportamento esplorativo.
- Comportamenti sessualizzati, che compaiono con una certa frequenza nei bambini abusati sessualmente, soprattutto in quelli in età prescolare. Pur non essendo un indicatore specifico (possono comparire anche in bambini non abusati ed essere assenti in bambini abusati) devono destare attenzione: la gravità dell'abuso subito pare correlarsi alla quantità/qualità dei comportamenti sessualizzati. I comportamenti sessualizzati maggiormente indicativi di abuso (ovvero che compaiono raramente nei bambini non abusati) sono i seguenti (Friedrich et al., 1992) [Box 1].

Box 1. Indicatori che esprimono precoce e impropria sessualizzazione

- Conoscenze di aspetti della sessualità adulta anomale e inadeguate per l'età
- Tendenza all'erotizzazione dei rapporti come mezzo di socializzazione e richiesta di attenzioni
- Richieste di tipo sessuale ad adulti
- Ricerca compulsiva di giochi sessualizzati
- Iniziazione sessuale precoce in età infantile
- Disegni a contenuto sessuale
- Masturbazione compulsiva e che non cessa ai richiami dell'adulto
- Inserimento di corpi estranei in vagina o nell'ano
- Mimare contatti orogenitali
- Imitare il coito
- Emettere suoni solitamente collegati all'atto sessuale
- Baciare con la lingua
- Spogliare altre persone

Il quadro comportamentale descritto aiuta a capire quanto sia difficile per un bambino vittima di abuso sessuale ribellarsi e chiedere aiuto: la modalità di difesa più efficace appare la sottomissione, il bambino tende a non credere nelle proprie capacità di reazione e nella capacità protettiva dell'ambiente esterno e, paradossalmente, a legarsi e a sperare nella clemenza proprio dell'aggressore adottando comportamenti di acquiescenza per ingraziarselo.

Questo meccanismo può indurre confusione anche negli operatori: un bambino che manifesta ambivalenza affettiva e acquiescenza comportamentale può venir letto come un bambino che non teme il genitore abusante, ma anzi vi è legato.

Inoltre, purtroppo, ancora oggi le persone traumatizzate, adulte o bambine, sono vittime di letture diagnostiche o interpretative sbagliate: per esempio alcune diagnosi di ADHD, di disturbo oppositivo-provocatorio, di struttura borderline di

personalità, di depressione nascondono invece un quadro di disturbo da stress post traumatico. Pertanto, onde evitare di esporre queste persone a una vittimizzazione secondaria derivante da un mal-trattamento sanitario, è importante conoscere e tenere presente le reazioni e i disturbi post traumatici e nella valutazione includere sempre domande relative a esperienze traumatiche, vista anche l'ampia diffusione di tali esperienze (Raccomandazione n. 1, AACAP Official Action, 2010). Pertanto è di fondamentale importanza che il pediatra conosca e sia adeguatamente formato sugli indicatori anche comportamentali e psicologici di un sospetto abuso sessuale e che analizzi attentamente alcune variabili:

- Il momento in cui emergono i sintomi: in quel momento nella vita del bambino erano presenti altri fattori stressanti che potrebbero spiegarne il malessere?
- La modalità con la quale i sintomi compaiono: si presentano improvvisamente in un bambino che generalmente stava bene. Per esempio, il disturbo del sonno o del comportamento alimentare compare in un bambino che aveva sempre dormito e mangiato normalmente; un bambino che si era sempre recato volentieri a scuola improvvisamente inizia ad averne paura e a opporre resistenza alla frequentazione scolastica; un bambino in genere di buon umore cambia divenendo triste, apatico, scontroso ecc.
- La ricorrenza e la stabilità del quadro sintomatologico che perdura nel tempo e tende a stabilizzarsi. Tutti i bambini possono presentare occasionalmente delle paure notturne, fare degli incubi, avere delle ansie di separazione, apparire tristi... ma se questi sintomi si ripetono con frequenza e stabilità possono essere indicatori di un malessere che va approfondito:
- Il comportamento del genitore, che può per esempio ritardare nel portare il bambino dal medico anche in caso di lesioni, riferire una dinamica causale poco coerente con quanto osservato, apparire poco preoccupato per il bambino e piuttosto controllante verso lo stesso e verso il medico...
- La relazione genitore-bambino: il bambino può apparire spaventato dal genitore o estremamente passivo e acquiescente verso il genitore, può cercare la sua approvazione prima di rispondere a eventuali domande...
- Il comportamento del bambino: appare spaventato o iperacquiescente? Appare come congelato e in ipercontrollo rispetto all'ambiente e alle proprie reazioni comportamentali? Si rifiuta di sottoporsi alla visita medica e in particolare rifiuta di spogliarsi?

Il professionista medico è anche coinvolto, nell'ambito di una rete multi-disciplinare, nella valutazione delle risorse residue in ambito familiare e, dunque, nella prognosi circa la recuperabilità o trattabilità della famiglia e nel trattamento del minore stesso.

È importante sottolineare che l'intervento in ogni sua fase deve caratterizzarsi per multidisciplinarietà e interistituzionalità. Infatti, sia la diagnosi che il trattamento di abuso non devono mai essere compito di un solo professionista né di un'unica figura professionale. Fin dal primo sospetto è essenziale che il caso venga congiuntamente discusso e analizzato da coloro che hanno contatto con il bambino e con la famiglia e che i diversi professionisti (pediatra, magistrato, assistente sociale, psicologo, medico, ecc.) possano confrontarsi. Solo dalla collaborazione di équipe integrate, infatti, possono emergere interventi efficaci, capaci di tenere conto di tutte le complesse esigenze del minore e del suo nucleo familiare.

Tanto più precoce è il riconoscimento della violenza e specifico, integrato e multi-professionale il trattamento posto in atto, tanto migliore è la prognosi circa la possibile guarigione del bambino dagli esiti post traumatici e circa la recuperabilità della famiglia.

Rilevazione e valutazione

La valutazione di un sospetto abuso sessuale può essere paragonata alla realizzazione di un puzzle composto da diversi pezzi: la storia medica, la storia psicosociale, l'esame fisico, i reperti laboratoristici. Il racconto spontaneo del minore è considerato da tutta la letteratura internazionale l'indicatore più specifico di abuso sessuale, ma la maggior parte dei bambini e delle bambine non ne parla spontaneamente o ne parla molto tardi e spesso solo in età adulta.

I bambini possono esprimersi attraverso sintomi ai quali è necessario prestare attenzione. Molti di questi sono aspecifici, ma devono essere presi in considerazione perché indicativi di un disagio del bambino. I comportamenti sessualizzati e autolesivi dei minori sono segnali che hanno al contrario una maggiore specificità nell'ipotesi di un abuso sessuale, pur non essendo patognomonici di abuso.

È necessario integrare vari indicatori, al fine di delineare un'ipotesi di abuso sessuale: il singolo segnale può infatti non essere significativo da solo di un'esperienza traumatica, mentre una lettura complessiva della situazione del bambino permette di orientare gli operatori verso una situazione che può essere valutata di grave pregiudizio per il minore.

L'intervento del pediatra

Le vittime spesso non riescono a dare un nome a quanto è loro successo e non riescono ad esprimere i loro sentimenti in parole, ma il corpo può raccontare le loro storie.

Ci sono diversi possibili scenari in cui il pediatra può trovarsi ad effettuare la visita medica:

- Visita medica per bilancio di salute (l'ispezione dell'area genitale dovrebbe sempre essere effettuata dal pediatra durante i bilanci di salute e il pediatra dovrebbe prendere confidenza con l'area genitale).
- Visita medica per sintomi non associati ad abuso sessuale dove si rileva un sospetto.
- Visita medica dopo che i genitori o il bambino hanno rivelato un evento avvenuto tempo prima.
- Visita medica effettuata in occasione di un evento appena occorso.

Sono tipi di visite con approcci e tempistiche diverse:

- Visita in emergenza (cioè subito) se sono presenti segni o sintomi medici o psicologici di allarme quali dolore o sanguinamento, idee suicidarie, abuso verificatosi nelle precedenti 72 ore, per la raccolta di tracce biologiche, necessità di contraccezione d'urgenza o di profilassi per IST, incluso HIV. In questo caso la visita è da effettuarsi possibilmente in un ambiente dedicato e non dal pediatra di famiglia.
- Vista urgente, da effettuarsi entro 1-7 giorni se il contatto sessuale si è verificato nelle precedenti 2 settimane. La letteratura raccomanda di effettuare la visita urgente comunque non appena siano state messe in atto tutte le misure di sicurezza per la tutela del minore.
- Visita non urgente: sospetto abuso per racconto, comportamenti sessualizzati o altro, ma l'abuso si è verificato da più di 2 settimane (Adams, 2016).

Gli obiettivi di una visita precoce sono molteplici:

- individuare lesioni genito/anali e malattie sessualmente trasmissibili;
- prevenire gravidanze mediante la contraccezione di emergenza per le bambine puberi;
- raccogliere reperti di interesse medico legale e documentazione che potrebbe essere utile in sede giudiziaria;
- tutelare l'integrità fisica ed il benessere psicologico della vittima assicurandola sul suo stato di salute.

La visita medica andrebbe posticipata solo nel caso in cui il bambino non sia collaborante e non acconsenta a effettuarla, nonostante le rassicurazioni.

Se il medico che dovrà eseguire la visita clinica non ha specifiche competenze è raccomandabile inviare il minore al centro ospedaliero o territoriale specializzato più vicino.

La visita medica raramente fornisce una prova definitiva dell'abuso sessuale avvenuto e l'assenza di segni fisici non lo esclude mai. A conferma di questo, anche nei bambini e negli adolescenti in cui c'è evidenza certa che l'abuso sessuale sia avvenuto (es. gravidanza, documentazione fotografica dell'abuso), l'esame anogenitale può essere del tutto normale.

L'esame medico è però importante per il riconoscimento di eventuali segni di origine traumatica e per predisporre trattamenti finalizzati ad avviare il processo di guarigione. Quanto più precocemente si individua l'abuso sessuale tanto più è possibile limitarne le conseguenze. In questo, gli operatori sanitari hanno un ruolo chiave nell'identificazione, trattamento e segnalazione dei casi sospetti.

Nonostante sia ampiamente documentata in letteratura la necessità di training specifici, spesso gli operatori sanitari non posseggono adeguate conoscenze e competenze tecniche ed emotive per la presa in carico di un minore sospetta vittima di abuso sessuale. Pertanto, per limitare gli errori diagnostici (falsi negativi/falsi positivi) e ulteriori traumi per il minore, è di vitale importanza che la visita sia effettuata da operatori con specifiche competenze. Gli operatori sanitari devono saper identificare segni e sintomi di abuso, diagnosticare e fornire cure mediche in caso di lesioni, infezioni o altre condizioni patologiche che siano correlate o meno all'abuso. È importante che facciano una completa e accurata valutazione medica e che li rassicurino circa il loro stato di salute. È importante garantire privacy e riservatezza, senza mai usare la forza o l'inganno. In particolare, se il minore non è tranquillo nella valutazione dell'area genitale e non collabora, è opportuno riprogrammare la visita, se le circostanze lo permettono. È importante osservare il comportamento e lo stato emotivo durante la visita, che deve essere riportato nella documentazione. Soltanto in rarissimi casi si procede alla sedazione, quando i benefici risultino indubbiamente superiori ai potenziali rischi (per esempio in caso di lesioni vaginali e/o anali che richiedano trattamento chirurgico, oppure corpi estranei vaginali e/o anorettali o sanguinamenti importanti o di natura da diagnosticare).

Da un punto di vista psicologico è fondamentale che il bambino sia preparato alla visita medica da parte di operatori competenti, in modo da ridurre lo stress e aumentarne la collaborazione. Inoltre, la visita medica può veicolare al bambino un messaggio di integrità corporea, rassicurandolo sullo stato del suo corpo e contrastando il vissuto, comune nei bambini abusati, di un "corpo danneggiato e non normale".

Accoglienza

Poiché non sempre è possibile programmare la prima valutazione medica di un bambino sospetta vittima di abuso sessuale, spesso la visita può non essere effettuata nel migliore dei contesti.

È comunque fondamentale cercare di garantire, per non traumatizzare ulteriormente i bambini, un ambiente quieto e riservato, quando possibile con la presenza di un secondo operatore sanitario, che sia di supporto sia per chi effettua la visita, sia per il minore. È importante effettuare, se possibile, la visita alla presenza di un adulto di fiducia, che rimanga accanto al bambino durante la valutazione clinica e che lo assista mentre si sveste e si riveste. È fondamentale disporre di adeguato tempo per poter ottenere la fiducia dei bambini e avere il loro consenso alla visita, fornendo spiegazioni sulle modalità e sulle ragioni della visita, utilizzando un linguaggio adeguato all'età.

Anamnesi

La raccolta dei dati anamnestici e del racconto costituiscono la base per la valutazione medica. È importante che gli operatori siano competenti, empatici, non giudicanti e obiettivi. È

fondamentale non fare domande induttive, ma raccogliere il racconto spontaneo, avendo cura di riportare le frasi dei bambini integralmente ed evitando di far ripetere il racconto più volte. È necessario valutare la congruenza tra la dinamica, i tempi dei fatti e il quadro clinico riscontrato e programmare eventuali ulteriori indagini.

Come raccogliere il racconto di un bambino traumatizzato

Al piccolo e al suo genitore protettivo vanno offerti spazio, tempo e disponibilità all'ascolto. La narrazione degli eventi traumatici è un momento particolarmente importante e delicato per il minore vittima. Un atteggiamento freddo, poco accogliente, poco empatico, o spaventato da parte di chi ascolta potrà facilmente indurre il bambino al silenzio. Il Coordinamento italiano dei servizi contro il maltrattamento e l'abuso dell'infanzia (CISMAI) raccomanda di raccogliere attentamente e approfondire sempre la rivelazione anche se si presenta frammentaria, confusa e bizzarra e avviene per fasi che possono non risultare lineari e logiche, certamente facendo attenzione a evitare elementi di suggestione negativa e positiva.

Alcuni punti chiave da seguire sono:

- Porre particolare attenzione ai vissuti e alle emozioni del bambino, esplicitando che siamo consapevoli che si tratta di un momento difficile in cui gli si chiede di parlare di fatti dolorosi. Può venire riformulato il comportamento non verbale osservato ("vedo che ti viene da piangere, vedo che stai tremando, mi rendo conto che stai parlando di cose che fanno male, difficili da dire").
 - Usare un linguaggio semplice.
 - Evitare domande complesse, poco chiare e lunghe o domande doppie.
 - È preferibile rivolgere al bambino domande aperte (es. "raccontami quello che ti ricordi", "cosa è successo dopo?", "dimmi ancora qualcosa a proposito di...", "c'è dell'altro?"), anche spiegandogli che l'intervistatore non era presente agli eventi e che, quindi, ha bisogno di apprendere dal bambino stesso.
 - Può anche essere utile ricordare al bambino di essere interessato a quanto da lui direttamente vissuto e non a ciò che gli è stato riferito o ha sentito raccontare.
 - Gli va spiegato che ha il diritto di dire "non lo so, non ricordo, non voglio rispondere, non ho capito la domanda", di chiedere chiarimenti.
 - Evitare domande di tipo suggestivo-direttivo, ovvero quelle che introducono elementi e particolari degli eventi mai riferiti dal bambino: per esempio "papà ti ha fatto vedere il pene?", quando questa cosa non è stata detta dal bimbo; o se il bambino dice "ho fatto un gioco con il papà" è scorretto chiedere "papà ti ha toccato sui genitali?" ed è corretto invece chiedere "com'è questo gioco?"; o ancora se il bambino dice "papà è stato cattivo" è preferibile chiedere "in che modo è stato cattivo?", piuttosto che "cosa ti ha fatto papà?"
 - Al termine del colloquio, è importante ringraziare il bambino per quanto detto e riconoscergli la fatica fatta e il coraggio necessario per affrontare tale fatica.
 - Da evitare promesse non sostenibili, per esempio che di quanto detto non si parlerà con nessuno o che non dovrà mai più ripetere il racconto o che l'abusante verrà sicuramente punito: è rispettoso nei confronti del bambino dirgli la verità, ovvero che per tutelarlo e aiutarlo dobbiamo condividere quanto ci ha raccontato con altri adulti che possono intervenire e che vorranno ascoltare da lui quanto accaduto anche al fine di valutare se e come punire l'abusante.
- Per effettuare una corretta rilevazione qualunque professionista deve anche fare i conti con le proprie emozioni, che spesso inducono a respingere l'idea di un possibile abuso, tanto da "rendere invisibili" gli indicatori e a determinare un mancato o inadeguato intervento.

Esame obiettivo

Nel corso della visita medica il minore deve essere visitato “dalla testa ai piedi” esaminando ogni singola parte del corpo, compresa l’area genitale, avendo cura di ricoprire le varie parti man mano che si procede. È bene ricordare di ispezionare l’orofaringe, dal momento che i contatti orogenitali sono frequenti nell’abuso sessuale. Devono essere valutati eventuali segni di trascuratezza e di maltrattamento fisico, ponendo particolare attenzione all’igiene del corpo, all’igiene orale e ai capelli. Devono essere misurati il peso e l’altezza e valutato lo stadio puberale, secondo la stadiazione di Tanner. Si ribadisce l’importanza di effettuare una valutazione complessiva per poter restituire ai bambini il concetto di “integrità corporea”, cosa che potrebbe essere preclusa se si limita la visita alla sola area genito-anale.

Esame dell’area genito-anale

Per visitare la regione genito-anale nelle bambine si utilizzano tre posizioni, come illustrato nelle **Figure 2-3-4**.

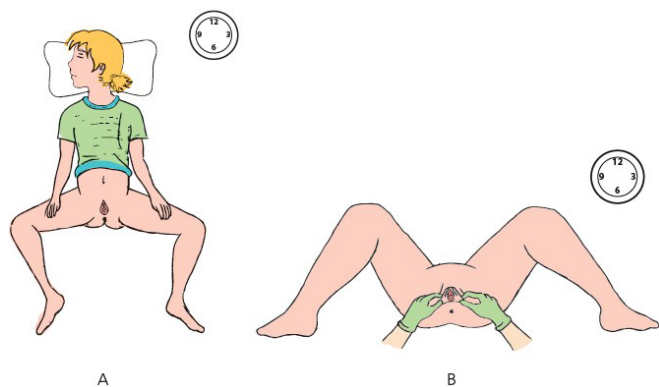


Figura 2: la *posizione supina*, solitamente ben accettata, permette una buona visualizzazione dell’area vulvare, dell’introito vaginale e dell’ano (A). È possibile visitare le bambine più piccole in questa posizione tenute in braccio da un adulto di fiducia. Per una chiara visualizzazione dell’anello imenale si utilizza la tecnica di trazione delle piccole e grandi labbra (B).

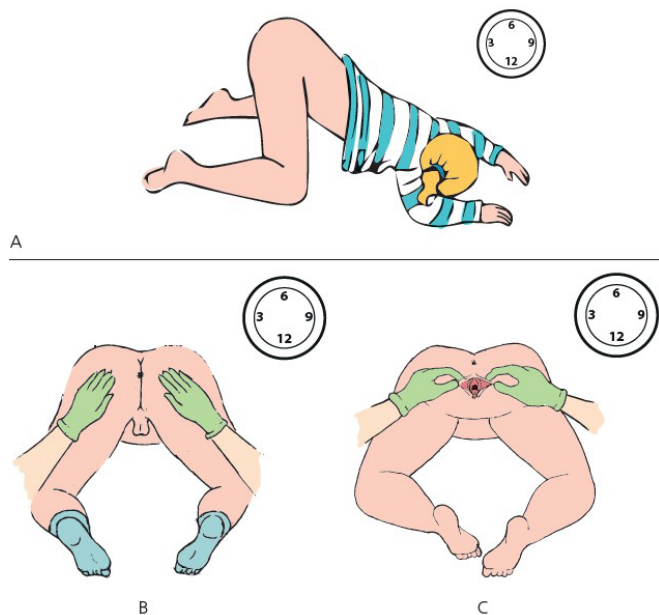


Figura 3: in *posizione genupectorale* la bambina si posiziona sulle mani e sulle ginocchia (C). Questa posizione è talvolta meno gradita, perché l’operatore sanitario sta alle spalle, fuori dalla vista della bambina, ma è fondamentale per confermare segni rilevati nella posizione supina. Per una chiara visualizzazione dell’ano si effettua una leggera trazione dei glutei (D);

per la visualizzazione dell’anello imenale si utilizza la tecnica di trazione delle piccole e grandi labbra (E).

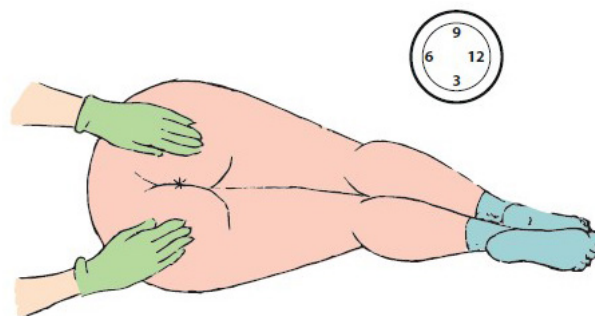


Figura 4: posizione in decubito laterale sinistro. È importante conoscere bene l’anatomia dell’area genito-anale delle bambine prepuberi, le tante varianti anatomiche e i processi di estrogenizzazione tipici dell’età puberale. L’ostio vaginale è circondato da un bordo di tessuto che è chiamato imene. È consuetudine descrivere l’imene e l’ano avvalendosi del paragone con il quadrante dell’orologio (le ore 12 corrispondono alla zona sub-uretrale e le ore 6 alla linea mediana del retto in posizione supina) [**Figure 5-6**].

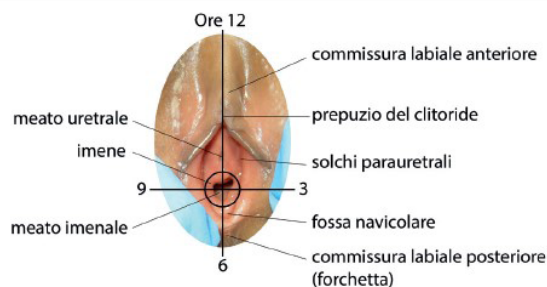


Figura 5. Imene.

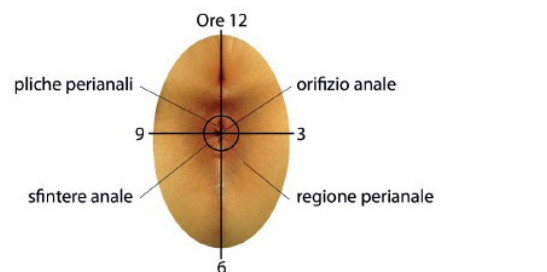


Figura 6. Ano.

Nella bambina prepubere il tessuto imenale può essere completamente assente nella zona sub-uretrale. La porzione di tessuto presente posteriormente può essere più o meno rappresentata per cui il bordo posteriore può essere più o meno alto, configurando il cosiddetto imene semilunare, il più frequente nelle bambine. In un’altra comune conformazione dell’imene il tessuto circonda completamente l’ostio vaginale (imene anulare). L’imene, come gli altri organi genitali, è sotto l’influenza degli ormoni sessuali. Gli estrogeni, per esempio, rendono il tessuto imenale più ridondante, in modo che spesso si ripiega su se stesso rendendo i margini ondulati e copre spesso l’ostio vaginale.

Il mito che l’imene si “rompa” con il primo rapporto ha portato al pregiudizio che con la sola visita sia possibile determinare se ci sia stata attività sessuale in almeno un’occasione; spesso operatori non sanitari o medici senza esperienza specifica si aspettano che atti di tipo penetrativo lascino sempre segni fisici di chiara evidenza e credono che un medico possa determinare con assoluta certezza mediante la visita se una donna o un’adolescente sia “vergine”. La spiegazione scientifica che la

letteratura riporta sulla mancanza di segni fisici è che la penetrazione non porta sempre a visibili danni dei tessuti e/o che le ferite acute possono guarire senza lasciare alcun reliquato. Per i maschi vengono utilizzate la posizione supina per l'ispezione dell'area genitale e il decubito laterale per l'area anale. Nei bambini molto piccoli può talora essere utilizzata la posizione prona con rialzo del bacino (per esempio con un cuscino) oppure in braccio a un adulto che mantenga le gambe del bambino/a in posizione flessa e abdotta.

Segni fisici e tempi di riparazione delle lesioni

I segni fisici nei casi di abuso sessuale sono causati da traumi, ovvero azioni di natura meccanica (sfregamento, stiramento, compressione, ecc.). Gli effetti dei traumi sessuali possono essere di natura contusiva (ecchimosi, ematomi) o discontinuativa (abrasioni, escoriazioni, ferite). In linea più generale tali segni variano a seconda della presenza di diversi fattori:

- tipo di azione abusante;
- eventuale forza usata;
- età e stato puberale;
- frequenza degli atti abusanti;
- tempo intercorso dall'ultimo presunto episodio.

In riferimento ai soli segni fisici le indicazioni fornite dalla letteratura scientifica e le classificazioni proposte possono guidare nella corretta interpretazione (classificazione Adams, 2023) [Figura 7].

Spesso però l'abuso sessuale non produce segni evidenti e molte delle lesioni prodotte sono superficiali. Le lesioni anogenitali traumatiche, anche quando presenti, guariscono rapidamente, spesso senza lasciare traccia e nella maggioranza dei casi non sono più evidenziabili a breve distanza di tempo da quando sono state provocate perché il processo riparativo non ha lasciato reliquati.

Il processo riparativo delle lesioni anogenitali non differisce infatti da quello di qualsiasi altra lesione di ugual natura in altre regioni corporee e prevede la stessa evoluzione anatomopatologica: trombosi e attivazione delle cellule dell'infiammazione, rigenerazione delle cellule danneggiate, moltiplicazione di nuove cellule e differenziazione di nuovo epitelio. Nelle ferite più profonde, il processo di rigenerazione delle cellule danneggiate è completamente attivo tra le 48 e le 72 ore, e il processo di moltiplicazione e differenziazione ha inizio dal 5° al 7° giorno. Il completo ripristino dei tessuti richiede da 4 a 6 settimane; la maturazione di tessuto cicatriziale può richiedere un periodo di almeno 60-180 giorni.

Molti studi hanno dimostrato che il 90-95% dei bambini che hanno dichiarato in modo credibile di essere stati abusati hanno reperti clinici normali o segni fisici non specifici, infatti la risposta alla domanda "il minore è stato abusato?" si trova raramente sul corpo.

Vanno quindi evitate conclusioni che escludano con assoluta certezza che il fatto sia avvenuto. Il medico non può infatti, se non molto raramente, formulare un'ipotesi diagnostica definitiva solo sulla base dei risultati dell'esame obiettivo. Il racconto del minore è considerato in letteratura il fattore più importante nella diagnosi di abuso sessuale. Si ribadisce quindi l'importanza di una raccolta anamnestica corretta e non induttiva e di un approccio multidisciplinare alla diagnosi.

Malattie sessualmente trasmissibili

I bambini vittime di abuso sessuale sono a rischio di contrarre infezioni sessualmente trasmissibili (IST), seppure sia relativamente poco frequente la trasmissione, date le modalità che caratterizzano la maggior parte degli abusi. D'altra parte l'abuso sessuale risulta essere la più probabile modalità di trasmissione di infezioni sessualmente trasmissibili nei bambini.

Non è raccomandata in letteratura l'effettuazione di uno screening per IST su tutte le presunte vittime di abuso sessuale, ma è necessario saper valutare come e quando procedere ad approfondimenti diagnostici. Si raccomanda di sottoporre a screening per IST i bambini che hanno una storia di penetrazione vaginale e/o anale e/o orofaringea, quelli che vivono in aree ad alta prevalenza di IST o che sono stati abusati da un estraneo o da una persona a elevato rischio IST o i cui conviventi hanno una IST. Devono inoltre essere sottoposti a screening i minori a cui era stata precedentemente diagnosticata una IST, quelli che presentano segni e sintomi suggestivi di IST e tutti gli adolescenti in cui si sospetti sfruttamento sessuale online a scopo commerciale.

La sede e il tipo di esame da effettuare varia in base alle modalità di contatto sessuale e dipende da caso a caso; sono da preferirsi test diagnosti-

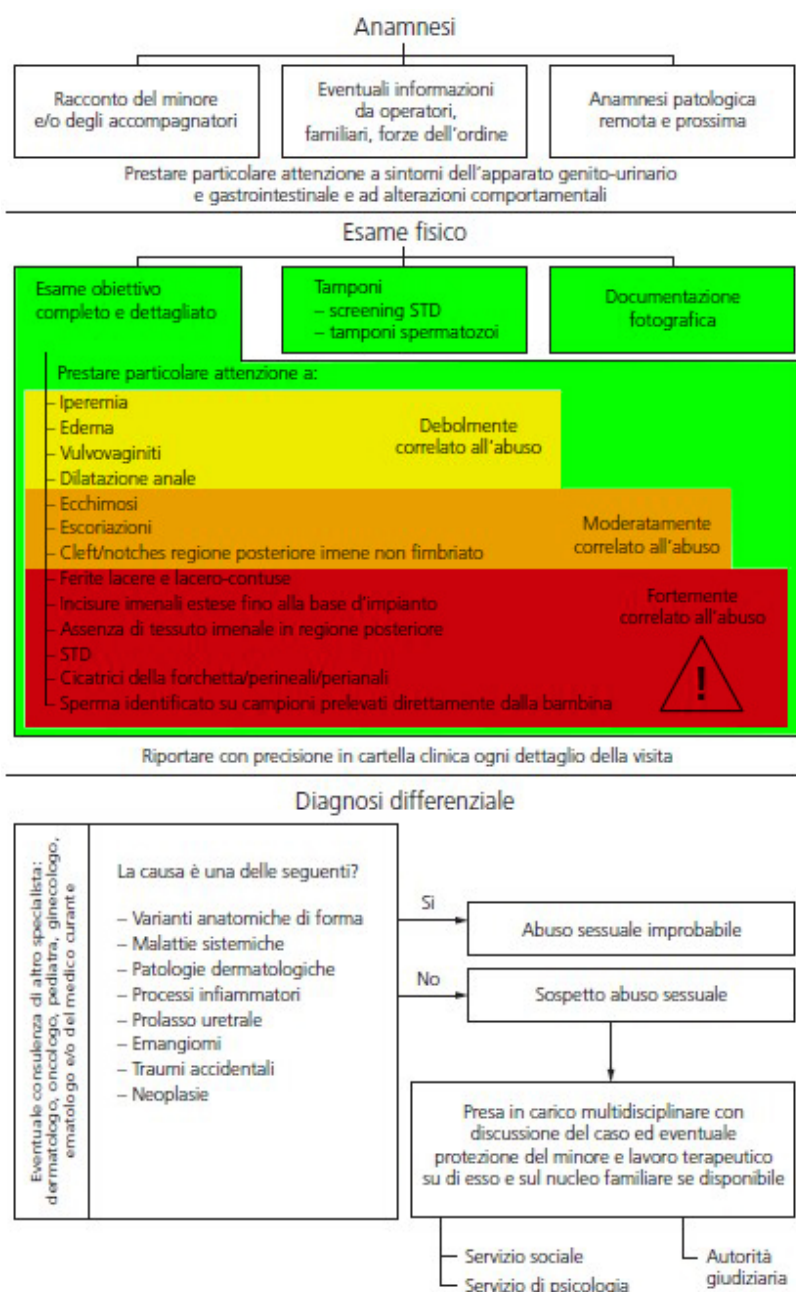


Figura 7. Anamnesi ed esame fisico, modificata da Fulghesu, 2018.

ci che utilizzino tecniche di amplificazione degli acidi nucleici (NAAT) su campioni di vario tipo (tamponi faringei, anali, vulvari, transimenali o vaginali o urine).

Determinare l'abuso sessuale come la fonte dell'infezione con un certo grado di certezza implica l'esclusione di altre possibili vie di trasmissione. Molte delle infezioni sessualmente trasmissibili possono essere infatti trasmesse verticalmente dalla madre al bambino durante la gravidanza, il parto o nel periodo perinatale. La trasmissione verticale è pertanto una possibilità, ma l'identificazione di una trasmissione non sessuale può non escludere a priori l'abuso. Le evidenze scientifiche non aiutano a stabilire a che età sia possibile escludere la trasmissione verticale e non esistono ricerche che indichino un'età *cut-off* definitiva.

Nella presa in carico di un bambino sospetta vittima di abuso sessuale, è da tenere in considerazione la possibilità di sottoporre a screening anche fratelli e sorelle, i genitori (per valutare anche la trasmissione verticale) ed eventuali altre persone conviventi.

Il significato di un'infezione sessualmente trasmissibile in un bambino prepubere con storia di sospetto abuso sessuale richiede quindi un'attenta interpretazione degli esami di laboratorio. Dall'analisi della letteratura risulta che sono da considerarsi probabili conseguenze di abuso sessuale, dopo aver escluso la trasmissione perinatale e dopo conferma con appropriati test diagnostici:

- le infezioni anali, genitali o faringee da *Neisseria gonorrhoea* (raramente acquisite in epoca perinatale e oltre il periodo neonatale);
- la sifilide;
- le infezioni da *Chlamydia trachomatis* faringee, genitali e anali in bambini di età superiore ai tre anni;
- le infezioni da *Trichomonas vaginalis* isolato da secrezioni vaginali o urine;
- le infezioni da HIV se esclusa anche la trasmissione attraverso prodotti ematici o aghi contaminati.

Sono invece infezioni trasmissibili sia per contatto sessuale che non sessuale e quindi richiedono ulteriori informazioni anamnestiche:

- mollusco contagioso anale o genitale;
- HSV 1 e 2 orale, genitale o anale e i condilomi acuminati (HPV) anali o genitali;
- *Gardnerella vaginalis* urogenitale (reperibile anche nella normale flora vaginale in prepuberi e adolescenti);
- *Mycoplasma genitalium* o *urealyticum* urogenitale (a trasmissione sessuale negli adolescenti, non ancora definitivamente chiarita la trasmissione e la prevalenza nei bambini).

La prevalenza di IST in diversi studi varia a seconda della distanza dall'abuso sessuale in cui vengono effettuati i test (più elevata per i test eseguiti entro 5 giorni), dei protocolli in uso e della competenza dell'esaminatore. Negli studi esistenti in letteratura nei casi in cui si può escludere la trasmissione verticale, la prevalenza di IST è del 7,9% per *Chlamydia* e del 2,5% per *N. gonorrhoea*. I test diagnostici vengono raccomandati anche nel follow-up [Figura 8].

Documentazione

Durante la visita medica l'operatore sanitario deve raccogliere tutti i dati della visita all'interno della cartella clinica, con attenzione e precisione. I termini utilizzati non devono essere ambigui o

frutto di interpretazione, soprattutto per quanto riguarda la storia raccontata dal minore e/o dagli accompagnatori. Si raccomanda di riportare esattamente i termini utilizzati dal minore per raccontare la storia, trascrivendola tra virgolette.

I dati da raccogliere ed annotare in cartella clinica sono:

- generalità del minore e degli accompagnatori;
- motivazione della richiesta della visita;
- racconto del minore e degli accompagnatori;
- anamnesi familiare, fisiologica, patologica remota e patologica prossima;
- esame obiettivo generale e genito-anale;
- materiale fotografico, qualora possibile e opportuno [Box 2];
- comportamento del minore durante la visita;
- test di laboratorio/strumentali e consulenze specialistiche se effettuati e/o richiesti;
- terapia e profilassi.

Cosa fa il pediatra dopo aver rilevato un sospetto. Segnalazione, protezione del minore, attivazione della rete

È obbligo del sanitario riferire all'autorità giudiziaria lo stato di pregiudizio del minore secondo le normative vigenti, ricordando che l'abuso sessuale contro un minore è sempre un rea-

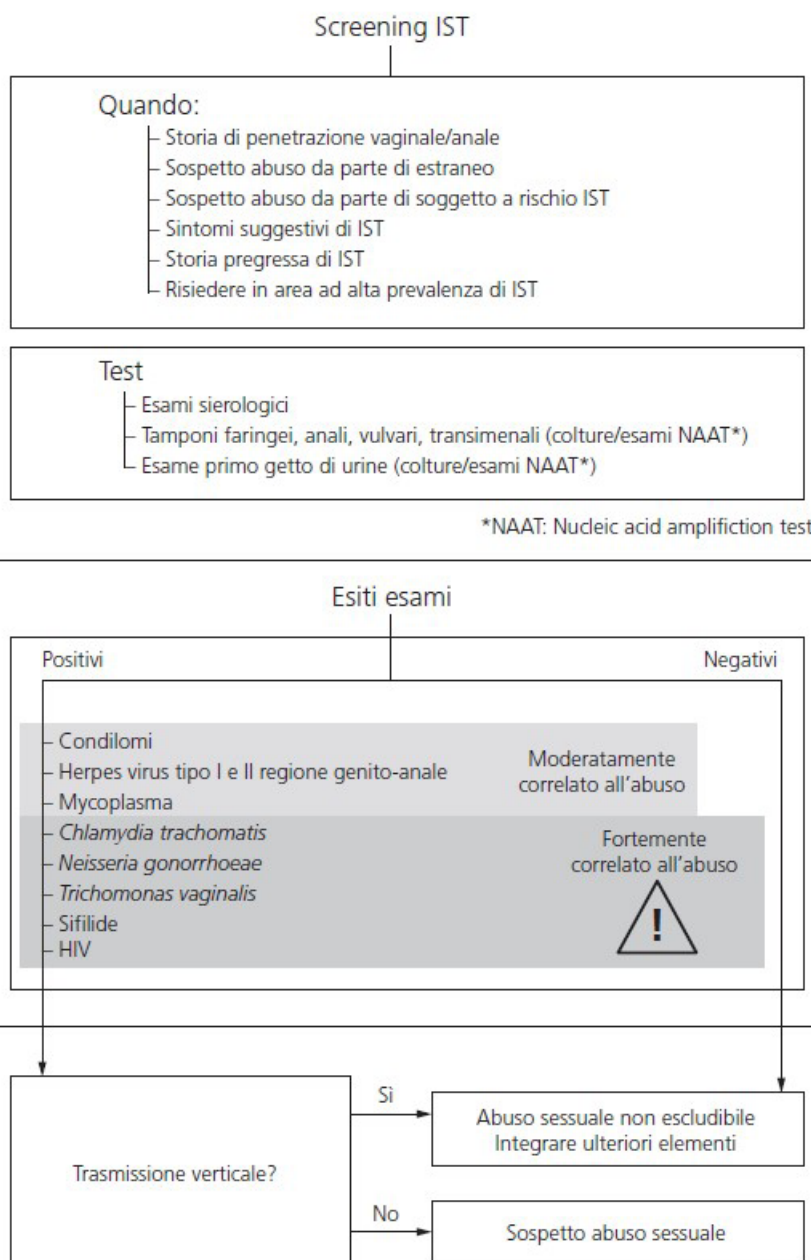


Figura 8. Screening per IST, modificato da Fulghesu, 2018.

Box 2. Documentazione fotografica

La necessità di raccogliere documentazione fotografica va attentamente valutata in base alla situazione e al medico che la può raccogliere. Infatti, anche se viene indicata in letteratura come metodica standard, in particolare in caso di lesioni fisiche evidenti, data la loro bassa frequenza anche in casi di abuso sessuale accertati, si deve tenere conto di alcuni elementi:

- Affinché possa essere di reale supporto all'esame clinico è necessario che le immagini siano di adeguata qualità, tali da rendere evidenti i segni clinici che si vogliono documentare (se ciò non è possibile è necessario evidenziare la discrepanza nella relazione).
- Per ottenere una buona documentazione fotografica vanno utilizzati apparecchi fotografici analogici o digitali di qualità.
- L'operatore dovrebbe avere conoscenze fotografiche di base e conoscere le implicazioni medico legali della fotodocumentazione.
- Va valutato lo scopo della documentazione, se clinico o ai fini forensi (che richiedono tecniche specifiche).
- Le foto dovrebbero essere archiviate, trasferite e conservate in accordo con la policy/raccomandazioni/indicazioni dell'ospedale o della clinica o istituzione dove vengono raccolte e la loro pubblicazione va valutata molto attentamente.
- Qualora la documentazione fotografica sia opportuna è raccomandato di richiedere il consenso esplicito al minore (se appropriato) o a un caregiver neutrale.

Gli obiettivi di una documentazione fotografica sono:

- supportare l'esame clinico ed evitare di sottoporre il minore a visite ripetute in caso di lesioni dubbie;
- permettere una successiva analisi da parte di altri specialisti, che altrimenti non potrebbe essere effettuata per la fisiologica riparazione delle lesioni.

Anche se foto e video di qualità diagnostica, possono essere revisionate da esperti per la garanzia della qualità e l'utilizzo nei procedimenti giudiziari, tuttavia le immagini non sostituiscono mai una dettagliata descrizione scritta dei reperti della visita medica

Un pediatra esperto in abuso può essere chiamato a valutare il rischio di abuso sulla base di documentazione fotografica, ma deve essere consapevole che la qualità della documentazione può direttamente influenzare gli esiti nei casi di abuso sessuale. Una testimonianza davanti alla Corte Giudiziaria necessita di competenze che non sempre sono acquisite nella pratica clinica. In letteratura sono pubblicate linee guida e indicazioni indispensabili per una corretta e adeguata testimonianza dei medici che spesso sono chiamati a spiegare perché la visita medica non può né provare né escludere che l'abuso sessuale sia avvenuto (Giolito, 2010; Adams, 2023)

Da Giolito, 2010; Adams, 2016; Adams, 2023; Ricci 2011; Smith 2020

to procedibile d'ufficio e vige per il pediatra l'obbligo di segnalazione/referto in caso di fondato sospetto [Box 3]. Spesso il pediatra evita di compiere questo passo per la preoccupazione che l'autorità giudiziaria o i servizi sociali possano intromettersi recando danno alla famiglia o allontanando il bambino.

Il pediatra deve occuparsi della sicurezza del bambino: sarà al sicuro al suo rientro a casa oppure il perpetratore potrà avvicinarsi nuovamente? Potrà essere punito o minacciato a causa della rivelazione? Se la risposta è "sì" o "forse", è suo dovere mettere in atto misure di protezione per evitare ulteriori abusi, eventualmente con l'ospedalizzazione o con l'inserimento urgente in comunità protette (applicazione dell'art. 403 c.c.).

Attivazione della rete

Il pediatra potrebbe sovrastimare la propria capacità di risolvere la situazione da solo senza chiedere l'intervento delle agenzie preposte a questi compiti.

La rilevazione, la diagnosi, la presa in carico e il trattamento dell'abuso sessuale costituiscono problemi complessi in cui si intrecciano aspetti medici, psicologici, sociali e giuridici; ciò rende indispensabile il coinvolgimento di più figure professionali e quindi l'unico strumento possibile e idoneo per affrontarlo è il lavoro in équipe multidisciplinari.

Qualsiasi situazione affronti, il pediatra deve quindi conoscere quali risorse sono disponibili presso il territorio in cui opera.

Per le condizioni di emergenza/urgenza è utile predisporre un elenco dei seguenti numeri telefonici: magistrato di turno presso la procura minorile; magistrato di turno presso tribunale ordinario; ufficio polizia minorile; servizi sociali territoriali o ospedalieri; medicina legale; neuropsichiatria infantile.

Note pratiche per il pediatra di famiglia

Se un genitore riferisce di un possibile abuso sessuale subito dal figlio, il pediatra dovrebbe immediatamente allontanare il bambino, se presente, per evitare di influenzarlo. Spesso il ge-

nitore 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 dovrebbe essere in grado di ascoltare il bambino e decidere il provvedimento più opportuno, come un invio immediato a una struttura specializzata o una segnalazione all'autorità competente. Talvolta la famiglia viene in ambulatorio rivelando direttamente il fatto, oppure il pediatra riscontra durante una visita segni ai genitali compatibili con abuso sessuale o accerta un'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. Se ha dubbi deve immediatamente contattare l'autorità giudiziaria e il servizio sociale per i necessari provvedimenti di protezione [Box 3].
- La segnalazione all'autorità competente [Box 3].
- 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 ed essere intrapresa un'opportuna terapia.
- La necessità di un esame clinico ispettivo. In caso di sospetto deve essere eseguito un corretto esame clinico con tempistiche e approcci diversi a seconda dei casi
- La necessità di una raccolta di prove medico-legali. Sono disponibili raccomandazioni italiane (Giolito, 2010).

Alla rivelazione di un abuso sessuale, 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 sé stessi tale esperienza; inol-

Box 3. Normative vigenti e segnalazione

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. Con la legge n. 69 del 19 luglio 2019 sono state aggravate le pene detentive già previste.

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-*septies* prevede che i delitti previsti dai precedenti articoli sono punibili a querela irrevocabile della persona offesa, proponibile nel termine di 12 mesi. Si procede tuttavia d'ufficio se il fatto è commesso nei confronti di minori di anni 18, se è commesso da genitore, ascendente, tutore o altra persona cui il minore è affidato, se è commesso da pubblico ufficiale o incaricato di pubblico servizio.

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.

La segnalazione

Quindi la violenza sessuale contro una persona minorenni è SEMPRE un reato procedibile d'ufficio e vige per il pediatra l'obbligo di segnalazione/referto (art. 365 c.p.).

La segnalazione va effettuata quando si ha un fondato sospetto e non una diagnosi certa. È infatti poi compito della magistratura avviare i necessari approfondimenti. Un fondato sospetto può emergere a fronte di verbalizzazioni del bambino e/o del suo caregiver, di segni fisici compatibili (per quanto non patognomonic) e di indicatori psicologici e comportamentali ricorrenti e suggestivi di malessere nel bambino.

La segnalazione va inviata in forma scritta alla Procura della Repubblica presso il Tribunale per i Minorenni che avvierà il procedimento utile alla tutela del minore e alla Procura della Repubblica presso il Tribunale Ordinario che avvierà le indagini per valutare la presenza o meno di un reato.

La segnalazione deve contenere tutte le informazioni a disposizione del pediatra:

- contesto e modalità in cui è emerso il sospetto;
- dati anagrafici e anamnestici relativi al bambino e al suo nucleo familiare;
- lesioni osservate;
- storia clinica;
- atteggiamento alla visita medica;
- comportamenti, vissuti psicologici osservati;
- eventuali verbalizzazioni (riportate fedelmente);
- eventuali interventi attivati;
- non deve invece contenere ipotesi o elementi non oggettivi.

La segnalazione, essendo un obbligo, prevale sul segreto professionale e la privacy e, anche nel caso in cui si riveli infondata, non espone ad alcuna conseguenza legale. È reato, invece, ometterla (artt. 362 e 365 c.p.).

È difficile avere la certezza del ruolo dei genitori e delle loro possibili reazioni. Nel dubbio, da valutare caso per caso, è preferibile fare la segnalazione senza avvisare la famiglia, a meno che l'emersione del sospetto non derivi proprio dall'attivazione dei familiari.

Prima di fare la segnalazione il pediatra può confrontarsi con l'équipe, con i servizi sociali territoriali, con eventuali servizi specialistici presenti sul territorio. Rimane però un suo preciso obbligo segnalare il sospetto alla magistratura.

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; Live Webinar Abuso sessuale, 2023

Box 4. Guida per i pediatri

Il pediatra deve:

- conoscere le leggi in riferimento all'abuso sessuale;
- riconoscere che l'abuso sessuale avviene frequentemente e essere in grado di rispondere in modo competente su questo problema;
- conoscere il normale sviluppo e le variazioni del comportamento sessuale a ogni età pediatrica;
- conoscere le risorse disponibili nel suo territorio in riferimento a questa forma di maltrattamento;
- essere istruito riguardo all'anatomia e allo sviluppo dei genitali nell'infanzia;
- richiedere una consulenza a un esperto in caso di dubbio su una ispezione ai genitali;
- sapere quando e dove reperire un sospetto di abuso sessuale 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;
- conoscere l'importanza di usare domande aperte ed evitare domande allusive;
- sapere come supportare la famiglia in caso di sospetto di abuso sessuale;
- conoscere le conseguenze dell'abuso sessuale sulla salute mentale e conoscere i professionisti di riferimento per affrontare le possibili conseguenze sulla salute del bambino.

Modificato da Pediatrics 2013;132:e558

tre, 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. Il bambino in nessun modo dovrà sentirsi in colpa a causa del comportamento 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.

In conclusione al pediatra viene richiesto di porre un sospetto nel caso in cui la situazione clinica possa far ipotizzare un abuso sessuale, di possedere una valida formazione e conoscere le strutture, i percorsi sanitari e legali sul proprio territorio. 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 [Box 4]. ■

Bibliografia

- Cohen JA, Bukstein O, Walter H, et al. Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with posttraumatic stress disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2010 Apr;49(4):414-30.
- Adams JA, Kellogg ND, Farst KJ, et al. Updated Guidelines for the Medical Assessment and Care of Children Who May Have Been Sexually Abused. *J Pediatr Adolesc Gynecol*. 2016 Apr;29(2):81-7.
- Adams J, Mrug S, Knight DC. Characteristics of child physical and sexual abuse as predictors of psychopathology. *Child Abuse Negl*. 2018 Dec;86:167-77.
- Chiesa A, Goldson E. Child Sexual Abuse. *Pediatr Rev*. 2017 Mar;38(3):105-18.
- Coordinamento italiano dei servizi contro il maltrattamento e l'abuso all'infanzia – CISMAL. Dichiarazione di Consenso in tema di abuso sessuale all'infanzia. 2015, www.cismai.org.
- DSM-5. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder. American Psychiatric Association Press, 2013. (Trad. it. DSM-5. Manuale Diagnostico e Statistico dei disturbi mentali. Raffaello Cortina, 2014).
- Terres des Hommes. InDifesa 2024. La condizione delle bambine e delle ragazze nel mondo. 13° edizione.
- European Status Report on preventing child maltreatment. WHO Regional Office for Europe, 2013.
- Finkel MA, Randell A. Conducting the medical History. *J Child Sex Abus*. 2011; 20:486-504.
- Friedrich W, Grambsch P, Damon L, et al. Child Sexual Behavior Inventory normative and clinical comparisons. *Psychol Assess*. 1992;4:303-11.
- Fulghesu AM. Good Practice in Pediatric and Adolescent Gynecology. Springer, 2018:193-2019.
- Global Status Report on Preventing Violence Against children, WHO, 2020.
- Kellogg ND, Farst KJ, Adams JA. Interpretation of Medical Findings in Suspected Child Sexual Abuse: An Update for 2023. *Child Abuse Negl*. 2023 Nov;145:106283.
- L'abuso sessuale nei bambini prepuberi. Requisiti e raccomandazioni per una valutazione appropriata. A cura di Giolito MR e Gruppo di lavoro per l'abuso e il maltrattamento dell'infanzia. Il Pensiero Scientifico, 2010.
- Rizzotto MR, Giolito MR, Chiuchiù D, et al. Live Webinar "Bambini vittime di abuso sessuale: conoscere, riconoscere, intervenire". A cura di Gruppo Abuso acp, 14 ottobre 2023.
- Malacrea M, Lorenzini S. Bambini abusati. Linee-guida nel dibattito internazionale. Raffaello Cortina, 2002.
- Maltrattamento all'infanzia. Manuale per gli operatori di area pediatrica. A cura di C. Panza, C. Berardi, M.G. Apollonio, A. Paglino. Il Pensiero Scientifico Editore, 2020.
- Panza C. L'abuso sessuale: qualche appunto per il pediatra delle cure primarie. *Quaderni acp*. 2014;21:70-3.
- Ricci L.R. Photodocumentation in child abuse cases. In Jenny C. *Child Abuse and Neglect: Diagnosis, Treatment and Evidence*. Elsevier Saunders, 2011.
- Servizio Polizia Postale e delle Comunicazioni, Centro Nazionale per il Contrasto alla Pedopornografia online (CNCPO). Internet, il paese delle meraviglie...?, 5 maggio 2024.
- Smith T, Chauvin-Kimoff L, Baird B, Ornstein A. The medical evaluation of prepubertal children with suspected sexual abuse. *Paediatr Child Health*. 2020 Apr;25(3):180-194.
- Ilindagine nazionale sul maltrattamento dei bambini e degli adolescenti in Italia. Autorità Garante per l'infanzia e l'adolescenza, CISMAL, Fondazione Terres des Hommes, 2021.
- 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 Aug;132(2):e558-67.
- Van der Kolk B. Developmental Trauma Disorder. Towards a rational diagnosis for children with complex trauma histories. *Psychiatr Ann*. 2005;5:401-8.
- WHO. Report on Violence and Health. World Health Organization, 2002.
- International Society for Traumatic Stress Studies. Posttraumatic Stress Disorder Prevention and Treatment Guidelines. Methodology and Recommendations. 2019, https://istss.org/getattachment/Treating-Trauma/New-ISTSS-Prevention-and-Treatment-Guidelines/ISTSS_PreventionTreatmentGuidelines_FNL-March-19-2019.pdf.aspx.