



Marzo 1998 Quaderni  
del Centro Nazionale  
di Documentazione  
ed Analisi sull'Infanzia  
e l'Adolescenza

# PIANETA INFANZIA

## *Questioni e documenti*

Istituto degli Innocenti  
di Firenze

1  
uno

Dossier monografico:  
VIOLENZE SESSUALI  
SULLE BAMBINE E SUI BAMBINI

**Centro Nazionale  
di Documentazione e Analisi  
sull'Infanzia e l'Adolescenza**  
Istituto degli Innocenti  
Piazza della SS. Annunziata, 12  
50122 Firenze  
Tel. 055/2491743  
Fax 055/2491744  
E-mail: [cndm@minori.it](mailto:cndm@minori.it)  
<http://www.minori.it>

*Direttore scientifico:*  
Alfredo Carlo Moro

*Comitato di redazione:*  
Valerio Belotti  
Antonella Schena

*hanno collaborato a questo numero:*  
Giovanni Amodio, Melita Cavallo,  
Adriana Demuro, Paola di Blasio,  
Paola Facchin, Piero Forno,  
Claudio Foti, Marianna Giordano,  
Maria Maffi, Stefano Marinucci,  
Francesco Montecchi,  
Joseph Moyerson,  
Maria Teresa Pedrocco Biancardi,  
Cristina Roccia, Laura Terragni,  
Tiziana Terribile, Silvia Vegetti Finzi

*Gruppo di lavoro:*  
Maria Bortolotto, Mara Cardona,  
Ermenegildo Ciccotti,  
Liuba Ghidotti, Enrico Moretti,  
Alessandra Poli, Riccardo Poli,  
Stefano Ricci, Milena Rosso,  
Cristina Ruiz, Paola Sanchez-Moreno,  
Paola Senesi, Paola Vezzosi,  
Roberto Volpi

*Progetto grafico:*  
Rauch Design, Firenze

*Realizzazione grafica:*  
Elena Secci

# SOMMARIO

7	<b>EDITORIALE</b> .....
9	<b>DOSSIER MONOGRAFICO: VIOLENZE SESSUALI SULLE BAMBINE E SUI BAMBINI</b>
9	<b>CONTRIBUTI</b> .....
11	- La violenza sessuale ( <i>Melita Cavallo</i> )
24	- L'incesto e le conseguenze sull'infanzia ( <i>Silvia Vegetti Finzi</i> )
36	- La pedofilia fra immaginario sociale e realtà di sofferenza ( <i>Claudio Foti, Cristina Roccia</i> )
60	- I percorsi di uscita dal trauma psichico dei bambini abusati ( <i>Stefano Marinucci</i> )
73	- Le diagnosi di maltrattamento ( <i>Paola Facchin</i> )
84	- La violenza sulle bambine e sui bambini in Italia dall'analisi delle fonti giudiziarie ( <i>Laura Terragni</i> )
100	- Violenza sessuale sui minori e ruolo del giudice penale: bilanci e prospettive ( <i>Piero Forno</i> )
115	Riferimenti bibliografici
123	<b>DOCUMENTAZIONE</b> .....
125	<b>Dati statistici</b>
125	- Premessa
127	- Indice delle tavole
140	<b>Scheda sperimentale per la rilevazione degli abusi sessuali</b>
143	<b>Legislazione vigente</b>
143	- Scheda di sintesi della legislazione italiana in materia di sfruttamento sessuale dei minori
151	- Scheda di comparazione legislativa di diritto straniero
163	<b>Attività parlamentare</b>
163	- Testo unico del Disegno di legge: "Norme contro lo sfruttamento sessuale dei minori quale nuova forma di riduzione in schiavitù", approvato dalla Camera dei deputati il 3 luglio 1997
167	- Relazione al Disegno di legge: "Norme contro lo sfruttamento sessuale dei minori quale nuova forma di riduzione in schiavitù"
188	- Sintesi del dibattito parlamentare in aula sulla pedofilia (novembre 1997 - marzo 1998)

197	<b>Documenti delle istituzioni europee ed internazionali (1995-1997)</b>
197	- Unione Europea - <i>Elenco delle Raccomandazioni e delle Risoluzioni</i>
197	- Consiglio d'Europa - <i>Elenco delle Risoluzioni</i>
198	- Assemblea Generale delle Nazioni Unite - <i>Elenco dei Rapporti</i>
198	- Commissione delle Nazioni Unite sui diritti umani - <i>Elenco dei Rapporti e delle Risoluzioni</i>
199	- Parlamento Europeo: Risoluzione del 6 novembre 1997 <i>sull'abuso e lo sfruttamento dei bambini</i>
206	- Commissione dell'Unione Europea: Comunicazione del 27 novembre 1996 <i>sulla lotta al turismo sessuale che coinvolge l'infanzia</i>
221	- Consiglio dell'Unione Europea: Azione comune del 24 febbraio 1997 <i>per la lotta contro la tratta degli esseri umani e lo sfruttamento sessuale dei bambini</i>
225	- Congresso mondiale contro lo sfruttamento sessuale dei minori a fini commerciali, Stoccolma, agosto 1996 - <i>Documento di sintesi</i>
235	<b>Documenti di organismi civili ed ecclesiali</b>
235	- Coordinamento Nazionale dei Centri e dei Servizi di Prevenzione e trattamento dell'abuso in danno ai minori: <i>Dichiarazione di consenso sulle procedure nei casi di abuso sessuale</i> , Roma, marzo 1998
239	- Vescovi statunitensi sulla pedofilia: <i>Camminare nella luce</i>
247	- Presidenza diocesana dell'Azione Cattolica di Milano: <i>La piaga della pedofilia</i>
250	- Comune di Genova, Terre des hommes Italia: Convegno <i>Il bambino e la violenza sessuale</i> , dicembre 1996
255	- Terre des hommes Italia: <i>L'Appello di Losanna</i> , novembre 1997
265	- Tribunale permanente dei popoli: Sentenza " <i>La violazione dei diritti fondamentali dell'infanzia e dei minori</i> ", Napoli, aprile 1995
271	- Attività dell'ECPAT
275	<b>Atti e protocolli</b>
275	- Presidenza del Consiglio dei Ministri: Istituzione della Commissione contro gli abusi, i maltrattamenti e lo sfruttamento sessuale dei minori
277	- Un'intesa tra uffici giudiziari di Torino per i casi di abuso sessuale ai danni di minori
283	<b>Rassegne</b>
283	Rassegna di giurisprudenza (1995-1997)
290	Rassegna bibliografica (1992-1997)

**299 Esperienze dei servizi territoriali**

- 299** - Napoli: *Progetto di rete per la prevenzione e il trattamento del maltrattamento e dell'abuso all'infanzia*
- 303** - Marghera, Venezia: *Il Centro per la prevenzione, lo studio e la presa in carico delle situazioni di abuso sessuale sui minori*
- 306** - Milano: *Centro per il bambino maltrattato e la cura della crisi familiare (C.B.M.)*
- 310** - Cagliari: *Numero Blu - Ricerca di un modello terapeutico di intervento nei casi maltrattamento ad un minore*
- 313** - Roma: *Ospedale Pediatrico Bambino Gesù IRCCS- Servizio di Psichiatria e Psicoterapia*
- 318** - Sasso Marconi: *Progetto di Comunità Casa Montebello*

**327 Indirizzi dei Centri associati al Coordinamento Nazionale dei Centri e dei Servizi di Prevenzione e trattamento dell'abuso in danno ai minori**

**331 Siti Internet**

- Maltrattamento dei minori (*Child abuse*)

**333 Attività del Centro Nazionale di Documentazione ed Analisi sull'Infanzia e l'Adolescenza**

(Paola Facchin \*)

1. Premessa; 2. La clinica del maltrattamento; 3. L'organizzazione dei servizi per la diagnosi

### 1. Premessa

Il maltrattamento presenta un quadro clinico fortemente variabile, sia perché comprende al proprio interno le conseguenze di eventi "attivi", come la violenza fisica, emozionale o l'abuso sessuale, che di eventi "passivi", come la mancanza di cure adeguate tipica della trascuratezza, sia perché tali quadri possono, di volta in volta, o presentarsi come isolati, o associarsi in diverso modo tra loro, determinando manifestazioni polimorfe e variabili nel tempo.

D'altra parte qualsiasi tipo di maltrattamento produce una complessa ricaduta sul paziente, con implicazioni di regola multiple, che vanno direttamente a minare la salute fisica e la sicurezza del bambino, ma anche il suo equilibrio emotivo e il suo sviluppo psico-relazionale, la stima di sé e il presente e futuro ruolo sociale. In questi termini il maltrattamento va considerato come una patologia sindromica, nella cui storia naturale sono comprese evoluzioni gravi a lungo termine, che intaccano la successiva possibilità dell'adulto maltrattato nell'infanzia di stringere legami affettivi stabili e di svolgere un competente ruolo genitoriale.

Per tali ragioni la diagnosi di maltrattamento o abuso (termine di derivazione dalla classificazione anglosassone e sinonimo di maltrattamento) è quasi sempre complessa e difficile, richiede quasi costantemente la stretta collaborazione di diverse figure professionali e presuppone che i professionisti, che sono chiamati a porla, abbiano la sensibilità e attitudine a ricordarla tra le possibili diagnosi e la preparazione tecnica per accertarla. D'altra parte porre diagnosi di abuso o maltrattamento è di importanza essenziale sia per la sopravvivenza fisica del bambino, sia per il suo successivo sviluppo, poiché la condizione di maltrattamento è automantenentesi e non è possibile che un bambino maltrattato esca da questo stato se non grazie a un intervento terapeutico esterno.

Il procedimento diagnostico, in qualsiasi forma di abuso o maltrattamento, tenderà ad accertare:

1. il riscontro di elementi nella storia del bambino e della sua famiglia suggestivi per maltrattamento o di fattori di rischio per lo stesso;
2. la presenza di segni fisici indicativi o compatibili con la diagnosi di maltrattamento fisico, o emozionale, o di trascuratezza, o di abuso sessuale;

---

\* Pediatria, Università di Padova.

Tavola 1 - Segni e sintomi di abuso sessuale

Circostanza di presentazione/ dubbio	Segni obiettivi	Comportamento
<b>Visita richiesta per evidenza di lesioni traumatiche ai genitali o di infezioni sessualmente trasmesse</b>  Gravidanza in adolescente che non vuole riferire l'identità del padre (adolescente che chiede una IVG accompagnata dal padre)	Lesioni traumatiche della vulva, perineo, zona perianale (edema, abrasioni, ecchimosi, ferite, ulcerazioni o lesioni cicatriziali)	<b>Cambiamenti imponenti e recenti del comportamento (scomparsa dei giochi abituali, pianto senza ragione, tristezza, ecc.)</b>
<b>Rivelazione da parte del bambino o adolescente a un familiare, amico, adulto</b>	<b>Deflorazione dell'imene o aumento del diametro trasverso dell'imene</b>  Segni di malattie sessualmente trasmesse (condilomi, scolo purulento, ulcerazioni, ecc.)	Cattivo rendimento scolastico, improvviso disinteresse a scuola  <b>Rifiuto di rientrare a casa, paura di andare a dormire, rifiuto di spogliarsi, paura brutale degli uomini, ecc.</b>
Incesto in un'altra sorella/fratello	<b>Tracce di sperma (spermatozoi o fosfatasi alcalina) in sede vulvare, anale, buccale, ecc.</b>	Interessi e conoscenze sessuali non adeguati all'età
<b>Disturbi comportamentali gravi e improvvisi</b>	Dilatazione anale	<b>Rifiuto di lavarsi o lavaggi frequenti e ossessivi dei genitali</b>
Sintomi aspecifici come vaginiti altamente recidivanti, prurito e bruciore vulvare, enuresi, encopresi, dolori addominali recidivanti, cefalee, disturbi del sonno e dell'alimentazione	<b>Fessurazioni multiple a ragiera della mucosa anale</b>  Lesioni traumatiche peribuccali, labbra e mucosa endobuccale (ecchimosi, ematomi, abrasioni, edema, ecc.)	Condotta antisociale in adolescenti (fuga, prostituzione, tossicodipendenza).
<b>Autolesioni, tentativi di suicidio in adolescenti</b>		

- il vissuto del bambino, come esso lo riferisce verbalmente o utilizzando altre modalità di comunicazione non verbale, come il gioco, il disegno, l'animazione, ecc. e le caratteristiche della sua personalità e la qualità delle relazioni che egli stabilisce con le figure genitoriali, con gli altri adulti e con i coetanei;
- la struttura della personalità dei genitori, la loro storia personale e di coppia, il gioco di relazioni intrafamiliari e in particolare la qualità di quella che essi presentano con il bambino;
- le condizioni di vita e le risorse della famiglia nucleare e la presenza di eventuali risorse nella famiglia più allargata.

Tale percorso diagnostico si può ritenere concluso solo quando si sia data una risposta alle domande "si tratta di maltrattamento, e di quale forma?" e "qual è il potenziale residuo di questa famiglia e di quella allargata?"

Il sospetto di maltrattamento viene di solito generato con modalità che possono essere grossolanamente riportate a tre eventi essenziali:

1. il riscontro di segni fisici, di segnali vari lanciati dal bambino, come alterazioni del comportamento, o di condizioni di vita che suscitino perplessità o interrogativi specifici in medici, insegnanti, assistenti sociali o altri professionisti che nel corso della loro attività vengano in contatto con il bambino e la sua famiglia,
2. la denuncia, segnalazione o richiesta di aiuto che giunge direttamente da qualche membro della famiglia o da conoscenti e vicini,
3. la confidenza o rivelazione del bambino stesso.

Tutte e tre queste situazioni impongono l'immediata messa a punto diagnostica, poiché qualsiasi procrastino dell'accertamento è dannoso per il bambino oltre che per la sua famiglia e per la credibilità stessa dell'intero sistema dei servizi.

## 2. La clinica del maltrattamento

### a. Lesioni non accidentali (maltrattamento fisico)

Le lesioni conseguenza di un maltrattamento fisico debbono essere distinte da quelle derivanti da un incidente. Di regola infatti è proprio un meccanismo "accidentale" quello che viene riferito nel corso delle visite mediche come causa delle lesioni dai genitori o dagli adulti che hanno in carico il bambino. Alcuni elementi generali, comunemente presenti in corso di maltrattamento fisico, devono essere ricordati preliminarmente. Ad esempio, suggestivi sono il ritardo nel cercare aiuto medico, il racconto vago, povero di dettagli e variabile da persona a persona di quanto sarebbe accaduto, la descrizione della dinamica dell'incidente all'origine delle lesioni non compatibile con la loro tipologia, sede, estensione e gravità. Anche l'atteggiamento del genitore, che presenti un comportamento ed un coinvolgimento emotivo non adeguati alle circostanze ed alle condizioni del bambino, che si dimostri oppositivo e ostile oppure l'atteggiamento del bambino triste, impaurito o viceversa iperattivo, incontenibile, possono suscitare ragionevoli perplessità. Infine la storia di numerosi incidenti o ricoveri precedenti, di maltrattamenti già diagnosticati per altri fratelli o di violenza intrafamiliare nota costituisce elemento di grave rischio. Va comunque sottolineato che nessuno dei fattori sopra descritti può condurre con certezza alla diagnosi di maltrattamento, anche se la loro presenza, specie se in associazione, impone al medico di valutare questa diagnosi differenziale.



**Tavola 2 - Lesioni traumatiche cutanee, scheletriche, al capo e viscerali in caso di maltrattamento fisico**

Sede	Tipologia	Localizzazione
<b>Cute</b>	<b>Ecchimosi, ematomi, abrasioni, arrossamenti:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- multipli</li> <li>- di diversa epoca (stadi di guarigione)</li> <li>- a impronta (mani, denti, corda, fibbia, ecc.)</li> <li>- a decorso regolare e parallelo</li> </ul> <b>Ferite:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- graffiature (colpo d'unghia, morso)</li> <li>- lineari e multiple, superficiali</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- tronco posteriormente (specie se multiple e parallele)</li> <li>- faccia anteriore e laterale cosce</li> <li>- collo latero-posteriormente o latero-anteriormente, orecchie, bocca lateralmente, mucosa endobuccale</li> <li>- genitali, natiche</li> <li>- avambracci e torace</li> <li>- palpebre e zona periorbitale</li> <li>- caviglie e polsi</li> </ul>
<b>Scheletro</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Fratture diafisi a spirale da torsione e trasverse da forza diretta</li> <li>- Fratture metafisarie, con immagine di riarrangiamento cuneiforme metafisario e frammenti ossei staccati</li> <li>- Fratture epifisarie e scollamento epifisario</li> <li>- Formazione di nuovo osso periostale</li> </ul>	- Ossa lunghe
	- Fratture multiple bilaterali	- Coste, spesso posteriormente
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Fratture multiple lineari dei processi spinosi</li> <li>- Fratture corpi vertebrali</li> <li>- Ernia discale, diminuzione spazi intervertebrali</li> </ul>	- Vertebre, spesso toraciche inferiori e lombari superiori
<b>Capo</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Abrasioni, zone di alopecia traumatica, ematoma sottogaleale</li> <li>- Fratture craniche, spesso multiple, interessanti più ossa, estese e larghe con più punti di depressione</li> <li>- Ematoma sottodurale</li> <li>- Edema, infarcimento emorragico</li> <li>- Emorragia retinica</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Scalpo</li> <li>- Cranio, specie in occipitale bilateralmente o in parietale</li> <li>- Strutture intracraniche</li> <li>- Parenchima cerebrale</li> <li>- Retina</li> </ul>
<b>Visceri</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Contusione, pneumotorace, emotorace</li> <li>- Trauma e/o rottura fegato, milza, rene e pancreas</li> <li>- Ematoma intramurale (duodeno/ileo)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Torace</li> <li>- Addome</li> </ul>

Bisogna ricordare inoltre che anche in assenza di tutti gli elementi sopra descritti, la presenza di segni specifici all'esame obiettivo può ugualmente condurre alla diagnosi di maltrattamento. In ogni caso è essenziale spendere del

tempo in un'anamnesi accurata della dinamica dell'incidente e nell'osservazione del comportamento spontaneo di adulto e bambino ogni qual volta un paziente giunga alla osservazione per una lesione presunta accidentale. Il successivo esame obiettivo e i conseguenti accertamenti strumentali devono essere altresì particolarmente accurati e mirati a evidenziare alcune specifiche caratteristiche delle lesioni cutanee, scheletriche e viscerali, delle ustioni o delle eventuali intossicazioni o asfissie.

Le lesioni cutanee sono frequenti in caso di maltrattamento, anche se la loro assenza non esclude un maltrattamento fisico. Per ben valutare la presenza e le caratteristiche di queste lesioni è essenziale che l'ispezione avvenga minuziosamente con il bambino completamente spogliato.

Le lesioni scheletriche sono presenti in circa un caso su tre di maltrattamento fisico. Spesso possono essere un reperto casuale, perché rinvenute in fase già avanzata di riparazione, oppure con segni obiettivi scarsi o del tutto silenti. Nel caso vi siano lesioni scheletriche multiple o associazioni di lesioni scheletriche e cutanee il sospetto è reso più rilevante. Fortemente sospette sono le fratture che interessano la parte mediale delle ossa lunghe (diafisi) derivanti da meccanismi di torsione specie in lattanti sotto i 9 mesi, e le fratture che interessano la metafisi, cioè il congiungimento tra la parte centrale e le estremità delle ossa lunghe, che derivano da fortissime torsioni, allungamenti e scuotimenti che non possono di regola essere provocati da una caduta o da altro incidente.

Più rare sono le lesioni a carico delle estremità delle ossa lunghe (epifisi), la cui documentazione richiede sovente indagini di tipo ecografico e artroscopico.

Nei lattanti infine sono ritrovabili fratture costali posteriori, legate quasi esclusivamente ad abuso, non potendo essere provocate nemmeno da intense manovre di rianimazione cardiopolmonare. Tali fratture frequentemente sfuggono all'osservazione, essendo clinicamente silenti e osservabili con una radiografia frequentemente eseguita per altri motivi dai 10 ai 20 giorni dopo l'aggressione.

Le lesioni al capo sono molto frequenti nel maltrattamento e costituiscono la principale causa di morte per abuso fisico: si calcola che la maggioranza delle lesioni cerebrali più gravi nel primo anno di vita siano da ascrivere ad abuso fisico. Varie sono le sedi e tipologie di lesioni rinvenibili. Si spazia da quelle meno severe che interessano la cute e quelle gravi intracraniche. Da sottolineare come anche in caso di trauma accidentale le fratture craniche siano più frequenti nel bambino e soprattutto nel lattante rispetto all'adulto. La presenza di tali fratture, generalmente lineari e semplici, non si associa di regola a lesioni intracraniche né aggrava, pertanto, la prognosi nel paziente. In caso di abuso fisico invece molto più frequentemente si presentano lesioni intracraniche gravi e le eventuali fratture risultano più lunghe, interessanti più ossa, spesso mul-

tiple e a volte con più punti di depressione. La lesione al cranio più caratteristica e temibile dell'abuso fisico è senz'altro l'ematoma sottodurale, ovvero una raccolta ematica saccata tra le meningi provocata dalla rottura traumatica delle vene a causa di una forza diretta o più frequentemente di rapide estensioni e flessioni del capo dovute allo scuotimento del bambino (*shaking baby syndrome*). La clinica si rende evidente per la comparsa acuta e isolata di segni quali crisi convulsive, coma o deficit del tono muscolare e del movimento. A volte il quadro appare più subdolo con vomito, irritabilità o sonnolenza, crisi di apnea, pallore e/o cianosi. È da sottolineare come nei lattanti vittime di scuotimento di regola non siano presenti altri segni di abuso o lesioni, ad eccezione di emorragie retiniche: in questo caso la conferma di abuso è quasi assoluta.

Nel caso di sintomatologia neurologica sia in quello di multiple lesioni scheletriche va sempre eseguita una risonanza magnetica o una tomografia computerizzata cerebrale. Più rare, ma gravissime, sono le lesioni della sostanza cerebrale, come l'edema, le suffusioni e l'infarcimento emorragico legato spesso a danni della irrorazione sanguigna ed ossigenazione cerebrale dati da soffocamenti, strangolamenti, ecc. In questi casi spesso si giunge alla morte cerebrale.

I traumi degli organi interni del torace e dell'addome sono la seconda causa di morte nel bambino fisicamente abusato: spesso si associano ad altre lesioni, cerebrali e scheletriche. I traumi toracici di regola si associano a fratture costali multiple e a volte sternali; quelli addominali possono manifestarsi con sintomatologia acutissima di reale emergenza medica o in modo più subdolo, come massa addominale posteriore o gradi di subocclusioni o occlusioni intestinali.

Oltre alle lesioni traumatiche fin qui descritte, un altro tipo di lesioni frequentemente presenti nel maltrattamento fisico è dato dalle ustioni. Si calcola circa una ustione ogni sette ricoverata in ospedale sia avvenuta in un contesto di abuso.

Anche per le ustioni volontarie, come per le accidentali, i liquidi bollenti (specie acqua) costituiscono le modalità principali; sono frequenti anche le ustioni da superfici urenti, da sigaretta, da fiamma e da elettricità. Oltre alle caratteristiche delle lesioni, sono rilevanti elementi diagnostici i comportamenti dei genitori, specie la madre, ostile, negante l'accaduto, spesso depressa, senza alcun senso di colpa per quanto successo, non adeguata nella reazione emotiva rispetto all'accaduto ed alle condizioni del figlio. La genericità del racconto, come l'attribuzione delle responsabilità ad altro (il fratello, la sorella) o allo stesso bambino, o l'affermazione di non sapere cosa possa essere successo, sono ancora elementi diagnostici di rilievo e frequentemente presenti.

Nel capitolo del maltrattamento fisico vanno infine ricordate le intossicazioni volontarie e le asfissie provocate. Per quanto attiene alle prime, in caso di pazienti giunti all'osservazione medica in condizioni critiche, già deceduti e/o con quadri clinici e biochimici bizzarri, va tenuta presente anche la diagnosi di

intossicazione o avvelenamento volontario da parte di un genitore, e quindi sempre attuate le appropriate indagini tossicologiche. Un particolare genere di intossicazione volontaria è la somministrazione di droghe, in particolare cocaina, eroina, oppiacei e metadone, evento sempre più frequente nella nostra realtà. La sintomatologia è generalmente severa, fino ad episodi inspiegati di morte improvvisa. Anche le asfissie provocate sono forme relativamente rare di maltrattamento fisico. Più frequentemente si tratta di soffocamenti, che un genitore, di regola la madre, attua con cuscini o premendo il figlio al petto. Più rari sono gli strangolamenti. I soffocamenti possono presentarsi come episodi di morte improvvisa. Anche se nella grande maggioranza dei casi di morte improvvisa non esiste un contesto di abuso, una diagnosi differenziale si impone quando la morte sia stata preceduta da vari episodi di apnee inspiegate o quasi morti improvvise, o il lattante abbia un'età superiore ai 6 mesi, o il bambino abbia precedentemente presentato sintomi non spiegati e difficilmente inquadrabili, o infine ci siano state precedenti morti di bambini non spiegate nella stessa famiglia.

*b. Trascuratezza grave (child neglect)*

Questa forma di maltrattamento costituisce il quadro più frequente nel nostro Paese, sia come unica componente dell'abuso, sia frammista a forme di violenza fisica e sessuale.

Il quadro clinico presenta gradi diversi di alterazioni dello stato generale, ritardi dell'accrescimento staturo-ponderale e dello sviluppo psicomotorio, alterazioni del comportamento più o meno associate a segni esteriori di carenze di cura, come scarsa igiene, inadempienza dell'obbligo scolastico, ecc.

Le turbe delle condotte, come vedremo in seguito, sono tipiche dell'abuso psicologico o emozionale, ma s'incontrano anche nei *neglect* essendo comunque pressoché impossibile che un grave quadro di trascuratezza o privazione non comporti anche un maltrattamento emozionale conseguente alla mancanza di cure amorevoli da parte dei genitori.

I ritardi o arresti della crescita possono comportare quadri clinici differenti: in taluni soggetti si può assistere ad una vera e propria denutrizione. Questa circostanza è però eccezionale, mentre assai più frequenti sono i quadri subdoli, dove le carenze nutrizionali si manifestano soprattutto con frequenti episodi infettivi intercorrenti e condizioni generali francamente scadute, tanto da richiedere frequenti consultazioni mediche e ricoveri per accertamenti. La stessa stasi nella crescita (*failure to thrive* degli anglosassoni) comporta generalmente una serie di accertamenti organici con ricoveri ospedalieri. Un quadro specifico in questo contesto è dato dal nanismo psico-sociale, in cui un quadro franco di nanismo si manifesta in bambini dai 2 ai 10-12 anni e causa delle condizioni di vita in famiglia. In questi casi, oltre al nanismo, si associano al quadro clinico elementi comportamentali caratteristici, quali i disturbi rilevanti delle

condotte alimentari e del sonno, alterazioni nella defecazione e minzione, problemi comportamentali con crisi di aggressività, irritabilità e comportamenti antisociali o francamente devianti.

Si possono presentare anche gravi ritardi nel linguaggio, nell'apprendimento e nelle performance intellettive. Spesso si evidenzia un deficit nella secrezione dell'ormone della crescita. Il quadro clinico e bioumorale tende a migliorare drammaticamente ogni qualvolta il bambino è allontanato dall'ambiente maltrattante. Il deficit di secrezione dell'ormone della crescita si risolve generalmente nel corso del primo mese di ricovero lontano dai familiari e anche la crescita staturale tende a riprendere in modo eclatante. Proprio questa ripresa clinica costituisce l'elemento dirimente la diagnosi. È da sottolineare come solo una parte di questi casi si associ ad altri segni di abuso, tra cui quello sessuale, mentre in una quota non indifferente di essi il nanismo costituisca il solo segno di maltrattamento.

*c. Maltrattamento emozionale o psicologico (crudeltà mentale)*

Già trattando il quadro della trascuratezza abbiamo introdotto alcuni elementi clinici che concorrono a determinare il quadro di maltrattamento emozionale o psicologico, quali i deficit dello sviluppo psicomotorio e le turbe della condotta.

Nei casi estremi, il ritardo dello sviluppo può essere talmente accentuato da comportare un quadro drammatico in cui il bambino appare del tutto apatico, in posizione fissa, indifferente a quanto gli accade intorno. Più frequentemente nella prima infanzia si assiste a quadri di scarso tono muscolare generalizzato con difficoltà nelle motricità sia fine che grossolana, ritardi nelle acquisizioni psichiche, nel linguaggio e nel controllo degli sfinteri. Il quadro clinico migliora quando il bambino viene allontanato dalla famiglia a patto che la forma non sia ancora evoluta nei quadri più estremi.

I disturbi delle condotte si presentano in genere molto precocemente. I genitori raccontano che il bambino è stato sempre irritabile, fin dai primi giorni, con difficoltà a mantenere ritmi di vita regolari. Questi piccoli lattanti tendono ad evitare il contatto fisico con i genitori e perfino quello visivo, sfuggendo allo sguardo e non ricercandolo. Si manifesta a poco a poco uno stato di sorveglianza quasi frenata, in cui il lattante controlla ogni sua attività motoria, verbale, relazionale evitando di lanciare messaggi che possano irritare e turbare il genitore. D'altro canto alcuni lattanti tendono a ricercare avidamente il contatto con altri adulti, apparendo superficialmente "socievoli" e gratificanti per il personale che abbia l'incarico di occuparsi saltuariamente di loro. L'evoluzione successiva può presentare due quadri apparentemente opposti: il primo dell'agitazione, iperattività, opposizione e aggressività; il secondo della depressione, apatia e passività fino a quadri che evocano l'autismo. A questo contesto si associano pressoché costantemente gravi alterazioni del sonno e delle condotte a-

limentari e turbe del controllo degli sfinteri. Nei bambini più grandi gli aspetti di passività e inibizione oppure quelli di aggressività e instabilità psicomotoria si accentuano sensibilmente, innescando un circolo vizioso di provocazioni e punizioni conseguenti. Nella preadolescenza e adolescenza si possono manifestare gravi episodi, come incidenti ripetuti, fughe e tentativi di suicidio. In età scolare le gravi difficoltà di apprendimento sono spesso il motivo per cui tali pazienti giungono all'osservazione dei medici e dei servizi.

#### *d. L'abuso sessuale*

Nel capitolo dell'abuso sessuale sono comprese forme diverse di maltrattamento, che presentano peraltro tutte le caratteristiche di determinare un danno potenzialmente gravissimo nella personalità del bambino e adolescente, assai frequentemente evolventesi in patologia rilevante anche in età adulta. La forma più frequente di abuso sessuale è data dall'incesto, cioè atti sessuali o a sfondo sessuale tra parenti prossimi, generalmente padre - figlia, zio/nonno - nipote, fratello - sorella e più raramente padre - figlio e madre - figlio. L'incesto può avvenire nell'ambito di due contesti diversi: in un clima di atto violento, accompagnandosi a lesioni fisiche, oppure, assai più frequentemente, in un contesto di seduzione e segreto, in assenza di lesioni fisiche rilevabili. L'età di maggior rischio è quella compresa fra i 7 e i 10 anni, anche se può manifestarsi in bambini molto più giovani o in adolescenti. Le femmine sono molto più colpite dei maschi. Condizioni familiari a rischio sono date dall'alcolismo, l'isolamento, la povertà culturale e materiale, la promiscuità, ma certamente gli aspetti patologici della personalità del perpetratore e del suo legame con la vittima costituiscono gli elementi causali determinanti. L'incesto si riproduce spesso tra generazioni diverse, all'interno di un quadro familiare gravemente disfunzionante, in cui giocano in modo patologico non solo il perpetratore (generalmente il padre), ma anche la madre molto frequentemente complice, perlomeno per la tolleranza passiva, del marito.

Frequentemente l'incesto coinvolge in successione più sorelle: quando la maggiore diventa adolescente, l'interesse del padre si rivolge ad una sorella più piccola. L'alleanza tra sorelle e il tentativo della maggiore di proteggere la minore sono spesso i meccanismi che portano alla rivelazione dell'abuso. In effetti il clima di timore, ma più spesso di seduzione, è tale che difficilmente il bambino violerà il vincolo del segreto che lo lega al perpetratore, che spesso ama moltissimo e che teme di perdere. Lo stesso clima si può verificare anche quando l'abuso sessuale si svolge al di fuori della famiglia ristretta, ad opera di parenti più lontani o amici, o altri adulti che spesso hanno un ruolo di supplenza rispetto ai genitori carenti.

L'abuso al di fuori di questi due ambiti è molto più raro: può allora trattarsi di aggressioni compiute in un clima di violenza e minaccia, oppure di azioni anche seduttive compiute da pedofili. Tra i vari abusi sessuali possibili vanno

ricordati anche l'utilizzazione di bambini a fini pornografici e la prostituzione infantile e adolescenziale, presente anche nel nostro paese.

È da sottolineare che:

- ogni racconto di abuso sessuale riferito da un bambino va tenuto in grande attenzione: in questi casi quasi sempre corrisponde a verità, anche se esso è successivamente ritrattato;

- il riscontro di lesioni fisiche specifiche è raro, sia perché spesso l'abuso non comporta atti di penetrazione e violenza, sia perché, anche in caso di penetrazione, essa non sempre lascia segni obiettivi evidenti. Il ritrovare un imene apparentemente intatto non esclude penetrazione vaginale, né, evidentemente, vulvare, orale o anale;

- i sintomi aspecifici e i problemi comportamentali costituiscono generalmente gli elementi determinanti la diagnosi. Anche se la presenza di ciascuno di essi non consente di fare diagnosi, il quadro che complessivamente determinano può essere fortemente indicativo e richiede comunque un'attenta valutazione delle relazioni familiari e delle personalità genitoriali.

L'intervista con il bambino e con i genitori è un passo estremamente rilevante nel processo diagnostico. Quella con il bambino va tenuta in un ambiente rassicurante e appartato, con grande cautela e, preferibilmente, una volta soltanto. Inchieste ripetute sono fortemente negative perché possono spaventare il bambino e condurlo a ritrattare quanto già affermato, oppure ad affermare quello che, continuamente richiesto, il bambino può pensare che si voglia che sostenga. Sarebbe ideale filmare il primo colloquio con il bambino. Anche l'esame obiettivo va condotto in un clima di distensione, spiegando, per quanto possibile, cosa si sta facendo. L'ispezione alla vulva, perineo e bocca deve essere molto accurata e documentata con materiale fotografico. La diagnosi di abuso sessuale riveste un'importanza fondamentale, poiché è la condizione imprescindibile per poter proteggere il bambino dalla perpetrazione dell'abuso e iniziare un trattamento del bambino e della famiglia abusante, sola possibilità di limitare le gravi sequele a distanza dell'abuso.

### 3. L'organizzazione dei servizi per la diagnosi

Per poter compiere l'iter diagnostico sopra illustrato è necessario che coesistano:

- a. un'équipe o gruppo di lavoro costituito da pediatri e altri medici, preparati sulla diagnosi di maltrattamento e facilmente supportati da servizi diagnostici come ad esempio radiologia, neuroradiologia, laboratorio biochimico clinico e tossicologico, ecc., oltre che da psicologi e neuropsichiatri esperti nell'utilizzo di test proiettivi, e altri supporti diagnostici (CAT, scena test, bambole anatomiche, ecc.);

- b. una rete territoriale di servizi sociali e sanitari a cui riferirsi e con cui collaborare strettamente in tutte le fasi di diagnosi;
- c. un collegamento stabile con le autorità giudiziarie (es. uffici minori della questura) e con la magistratura minorile e ordinaria;
- d. una situazione organizzativa e logistica che permetta di accorciare per quanto possibile i tempi della diagnosi e garantire nel frattempo la completa tutela del bambino.

In vari Paesi europei e non, queste condizioni sono state garantite da un'organizzazione dei servizi e degli interventi che comprende un centro di riferimento specializzato per la diagnosi di abuso circa ogni milione di abitanti (con una previsione di afflusso di circa 250-300 nuovi casi/anno). Generalmente tali centri sono aggregati o comunque collegati a strutture ospedaliere che consentano l'immediata disponibilità di diversi servizi diagnostici e notevoli risorse terapeutiche-assistenziali e sono strettamente connessi alla rete dei servizi per il bambino e la famiglia delle diverse aree territoriali di riferimento, oltre che a strutture, tipo comunità protette, che permettano l'accoglimento del bambino per periodi più protratti, quando questo si renda necessario o per completare un laborioso iter diagnostico o per garantire l'attuazione di un trattamento specifico o ancora per tutelare il bambino in attesa di un altro tipo di collocazione.

Le risorse necessarie per una tale organizzazione sono direttamente ricavabili attraverso una riconversione degli interventi attualmente prestati dai servizi. Indagini di popolazione condotte per aree campione di alcune regioni italiane, hanno evidenziato come le famiglie abusanti siano molto frequentemente già prese in carico da più servizi perché conosciute per altre problematiche indipendenti dal maltrattamento e come esse tendano comunque a sviluppare al loro interno un numero sempre crescente di problemi che richiede un ampio investimento di risorse per essere affrontato. Anche i bambini abusati, se non correttamente inquadrati e trattati, tendono a diventare, entro l'adolescenza nell'80% dei casi, multiproblematici a loro volta, richiedendo una molteplicità di interventi e quindi di risorse per il loro trattamento. L'investimento che privilegia uno svolgimento più ordinato e razionale delle fasi di diagnosi e primo approccio terapeutico a questi bambini e alle loro famiglie può ragionevolmente far supporre di ottenere, almeno in alcuni casi, un miglioramento di questo grave decorso naturale e quindi un risparmio futuro di risorse che oggi vengono comunque investite nella loro presa in carico. In tempi di razionalizzazione dell'uso delle risorse, anche questi argomenti dovrebbero spingere verso una riorganizzazione degli interventi in materia di abuso e maltrattamento.

