



Dalla parte del bambino

20

A cura di Giovanni Borrelli*

INTRODUZIONE

Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità il maltrattamento e l'abuso sessuale sul bambino costituiscono un problema primario di salute pubblica e rappresentano un fenomeno dilagante che può determinare conseguenze devastanti sullo sviluppo psicofisico infantile [1,2]. Il "maltrattamento o abuso sui minori" è definito come tutte le forme di maltrattamento fisico e/o emotivo, abuso sessuale, incuria o trattamento negligente nonché sfruttamento sessuale o di altro genere che provocano un danno reale o potenziale alla salute, alla sopravvivenza, allo sviluppo o alla dignità del bambino, nell'ambito di una relazione di responsabilità, fiducia o potere [3,4]. L'OMS ha stimato che nel 2002 i bambini morti, in tutto il mondo, in seguito a maltrattamento sono stati quasi 53.000. Per ogni omicidio di minore si contano altre 20-40 vittime di violenze non mortali che richiedono trattamento ospedaliero; 150 milioni le ragazze e 73 milioni i ragazzi minori di 18 anni che sono stati costretti ad avere rapporti sessuali o hanno subito altre forme di violenza sessuale.

Un recente studio condotto dall'Organizzazione delle Nazioni Unite sulla violenza ai bambini [5] ha fornito un quadro più chiaro della complessità, dell'ampiezza e della diffusione del problema. Secondo questo studio, i neonati ed i bambini in età prescolare sono a grandissimo rischio di maltrattamento

Il maltrattamento e l'abuso sessuale sul bambino: approccio in Pronto Soccorso Pediatrico al Regina Margherita di Torino

con esito letale, in ragione della loro dipendenza, della loro vulnerabilità e della loro relativa invisibilità sociale. Il rischio di un abuso che si riveli letale è due o tre volte maggiore nei paesi a basso e medio reddito rispetto a quelli ad alto reddito. È inoltre maggiore in società caratterizzate da disuguaglianze economiche, rispetto a quelle dove la ricchezza è distribuita più uniformemente. La causa di morte più comune è la ferita alla testa, seguita dalla ferita addominale e dal soffocamento intenzionale. Sebbene non sia possibile specificare la proporzione di omicidi di minori commessi dai genitori e da altri membri della famiglia, studi particolari, condotti soprattutto in paesi ad alto reddito, suggeriscono che i membri della famiglia sono responsabili della maggioranza degli omicidi di minori tra zero e quattordici anni [6-8]. Sono tante le controversie in gioco,



sul piano valutativo e culturale, che ne rendono complessa la rilevazione e la diagnosi; tuttavia un approccio esplicativo e un ascolto competente e sensibile consentono sia di dare significato ai "segnali" ed agli indicatori dell'abuso, sia di illuminare e dare



voce ai sentimenti penosi e inquietanti del bambino [9,10]. Allo scopo di garantire un'efficace accoglienza in Pronto Soccorso Pediatrico (PSP) del bambino vittima di abuso e/o maltrattamento, nella nostra realtà operativa è stato implementato un approccio al fenomeno di tipo interdisciplinare promuovendo il lavoro d'equipe, per fronteggiare i limiti psicologici individuali. Tale approccio assistenziale si prefigge di perseguire gli obiettivi di diagnosi precoce e cura, prevenzione, formazione e ricerca.



IL RICONOSCIMENTO DEL MALTRATTAMENTO E DELL'ABUSO SESSUALE IN PSP

Sospettare e accertare un caso di abuso sessuale o di maltrattamento sul minore in PSP, significa operare un intervento delicato e complesso che presuppone un alto grado di competenza e professionalità in ciascuno degli operatori che, pur con compiti e modalità diverse, ne prendono parte. Il riconoscimento del caso richiede una formazione specifica degli operatori del PSP soprattutto per l'infermiere di triage. Il primo contatto avviene con l'infermiere di triage la cui formazione, in questo campo, riveste un'importanza cruciale nell'obiettivo di formulare una giusta valutazione non solo nell'applicare protocolli operativi sanitari, ma nel porre in atto una serie di strategie efficaci alla gestione dell'ansia del bambino e dei suoi accompagnatori. La complessità e la delicatezza del caso impone all'infermiere triagista di possedere, oltre alla disponibilità personale che è "innata", anche conoscenze psicologiche ed abilità relazionali quali l'empatia, la capacità di ascolto, di sintesi in modo efficace, ma soprattutto conoscenze tecniche e metodologiche di base affinate, disciplinate ed implementate tramite adeguati corsi di formazione e di retraining. L'approccio al bambino vittima di abuso sessuale o maltrattamento implica, dunque, un'attenzione particolare alla relazione interpersonale fra il personale sanitario e il bambino stesso: tale relazione costituisce il microcosmo all'interno del quale si producono importanti processi che influenzano in modo significativo i risultati

dell'intervento sanitario. L'identificazione in fase iniziale è particolarmente importante, in quanto permette di intervenire efficacemente, evitando le ripercussioni sullo sviluppo del bambino. Molti casi non sono identificati in relazione a fattori diversi:

- incertezza nella sua delimitazione, in ambito fisico e psichico, rispetto a usi e tradizioni familiari e sociali;
- mascheramento da parte non solo degli aggressori e della famiglia, ma anche delle vittime stesse, per timori di ulteriori violenze o senso di colpa;
- resistenza psicologica ad ammettere un fenomeno ritenuto aberrante, e quindi a ricercarlo oppure a riconoscerlo se lo si incontra;

scetticismo sulla efficacia degli interventi;

- inosservanza dei doveri di legge, che impongono la denuncia/segnalazione all'Autorità dei reati per i quali si procede d'ufficio (abbandono, abuso dei mezzi di correzione, maltrattamento in famiglia, violenza sessuale) e dei quali si venga a conoscenza nell'esercizio dell'attività sanitaria.

Il maltrattamento è talvolta segnalato dal bambino stesso, da un familiare, spesso un genitore separato, o da estranei, ma più frequentemente viene sospettato nel corso di un controllo medico per altro motivo, in base alla storia, ai comportamenti, ai dati obiettivi. Questi elementi non sono assoluti e vanno valutati con prudenza, per la delicatezza del problema, per la necessità di salvaguardare il bambino e la sua famiglia e per evitare false diagnosi, con possibili gravi conseguenze. Singolarmente essi hanno un valore relativo, a parte i casi estremi; associati tra loro acquistano maggior valenza rendendo più chiaro l'approfondimento del caso. Per ciascuno di essi vanno opportunamente considerate situazioni accidentali o naturali che escludono ogni volontarietà.

ELEMENTI DI SOSPETTO DEL MALTRATTAMENTO FISICO

Nel caso in cui l'infermiere triagista venga a conoscenza del fenomeno direttamente da chi accompagna il bambino, assegna il codice di priorità gial-



lo (al fine di creare un percorso clinico-assistenziale e terapeutico preferenziale) e raccoglie una breve anamnesi in un ambiente tranquillo. Qualora il quadro clinico non sia ben chiaro, al fine di individuare il sintomo principale, risulta necessario indagare ulteriormente: in questo caso l'anamnesi va raccolta senza pregiudizi né atteggiamenti inquisitori e con senso di disponibilità all'aiuto dell'intero nucleo familiare e non solo del bambino. Gli elementi desumibili dalla storia sono elencati nella tabella 1. Nel maltrattamento familiare infatti vanno tenute presenti tre componenti di rischio:

- 1) Bambini "predisposti": disabili, immaturi, illegittimi, caratteropatici, iperattivi sono più frequentemente vittime rispetto agli altri;
- 2) Genitori "a rischio" (immaturi, depressi, socialmente aggressivi, spesso a loro volta maltrattati in età infantile) e famiglie "a rischio" (degrado morale, economico, culturale, disgregazione, isolamento, promiscuità);
- 3) Eventi scatenanti anche banali (malattie intercorrenti, pianto incoercibile del lattante) o importanti (perdita del lavoro, decesso di un familiare, separazione familiare, dipendenze da alcool o droghe). Si deve pertanto sempre approfondire l'anamnesi familiare, oltre che quella personale, raccogliendola separatamente dagli accompagnatori e dai due genitori nonché dallo stesso bambino, ove l'età lo permetta, ed eventualmente ripetedola in tempi brevi.

Vedi tabella 1.

Nell'abuso sessuale, particolarmente se ripetuto, gli elementi anamnestici da considerare sono in parte diversi e caratteristici (tab. 2) mentre i comportamenti dei familiari e/o del bambino sono spesso indicativi (tab. 1, punti 5,6), ma anche a questo riguardo bisogna tener presente le possibili situazioni non collegate al maltrattamento.

Vedi tabella 2.

BAMBI - AMBULATORIO DEDICATO

L'esame obiettivo deve essere generale e accurato, con una descrizione minuziosa delle lesioni e possibilmente con la loro documentazione fotografica. Esso richiede la massima delicatezza per non aggiungere ulteriori violenze, particolarmente in caso di abuso sessuale.

A completamento dei dati clinici va ricordato che alcuni accertamenti, di per sé, rivelano un maltrattamento insospettato:

- fratture delle ossa lunghe a livello delle metafisi o a spirale, in un bambino che non cammina (in assenza di malattie responsabili di fratture patologiche);
- fratture costali in età inferiore a 5 anni;
- ematomi sottodurali o subaracnoidei in lattanti, soprattutto in assenza di segni esterni (sindrome del bambino scosso);
- malattie sessualmente trasmesse in caso di abuso sessuale, purchè sia esclusa la possibilità, nei primi anni di vita, della trasmissione perinatale;
- livelli incompatibili con l'asserita assunzione accidentale di tossici esogeni.

Il ricovero ospedaliero è indispensabile nei casi gravi ed è utile comunque per interrompere una crisi in atto, per approfondire le indagini e per effettuare consulenze specialistiche. In molti casi tuttavia il ricovero può essere evitato mediante l'osservazione temporanea per breve periodo o l'esecuzione degli accertamenti ambulatoriali.

Le indagini vanno finalizzate a confermare il sospetto di maltrattamento e a documentarne l'entità e le conseguenze; devono pertanto mirare a:

- 1) Escludere le patologie che mimano il maltrattamento fisico;
- 2) Documentare le lesioni fisiche, con un preciso esame obiettivo, corredato da fotografie e dalle opportune metodiche di diagnostica per immagini;
- 3) In caso di violenza sessuale recente (72 ore):
 - a. raccogliere e conservare elementi probatori del contatto (peli pubici e capelli presenti sul corpo o nei vestiti della vittima, eventuale sperma o sangue);
 - b. documentare eventuali agenti di malattie a trasmissione sessuale;
 - c. ricercare segni indicativi del Disturbo Reattivo dell'Attaccamento dell'Infanzia o della Prima Fanciullezza;
 - d. approfondire la situazione psicologica del bambino e quella relazionale della famiglia, senza limitarsi all'invio allo specialista.

I passi successivi sono rappresentati dalla **segna-**



Tab. 1 - Elementi di sospetto del maltrattamento fisico

ELEMENTI DI SOSPETTO	DA CONSIDERARE
1. Mancato/tardivo ricorso alle cure mediche (effettuato in genere per complicazioni del maltrattamento)	Comparsa tardiva di sintomi (es. ematoma esterno nel trauma cranico del lattante)
2. Anamnesi incerta o contraddittoria	Genitori non presenti all'incidente; non necessariamente finalizzata a mascherare un maltrattamento (bambino che nasconde la trasgressione di un divieto)
3. Contrasto tra anamnesi e obiettività <ul style="list-style-type: none"> - ustione importante da contatto fugace; - trauma isolato (es. frattura di zigomo in asserita caduta dalle scale); - intossicazione da farmaco non alla portata di un lattante; - trauma cranico grave da caduta accidentale in casa. 	Bambino affidato ad altri (asili nido, baby-sitter)
4. Ripetizione degli "eventi" con tendenza a progressivo aggravamento	Bambino "accident prone", storia naturale della malattia
5. Atteggiamento dei familiari: <ul style="list-style-type: none"> - Indifferenza rispetto a situazioni serie - Minimizzazione/negazione dell'evidenza - Colpevolizzazione di altri 	Senso di colpa dei genitori per l'incidente o preoccupazione per l'aggravamento dei sintomi della malattia
6. Comportamento del bambino <ul style="list-style-type: none"> - Pianto del lattante non consolato dal genitore - Bambino impaurito, reticente, passivo, apatico o violento, aggressivo o iperattivo - Attaccamento indiscriminato verso estranei 	Valutazione delle varianti individuali del comportamento

ELEMENTI DI SOSPETTO DI ABUSO SESSUALE

Tab. 2 - Elementi di sospetto di abuso sessuale

ELEMENTI DI SOSPETTO	DA CONSIDERARE
Racconto del minore	Da raccogliere separatamente, in ambiente riservato
Racconto di altri	Soprattutto nella violenza ripetuta
Disturbi urinari (disuria, infezioni ripetute, enuresi)	Soprattutto nella violenza ripetuta
Turbe dell'alvo (stipsi, ematochezia, encopresi)	Soprattutto nella violenza ripetuta
Ragadi, emorroidi	Soprattutto nella violenza ripetuta
Turbe del sonno, incubi, pavor nocturnus	
Turbe del comportamento: anoressia, bulimia; ridotto rendimento scolastico; masturbazione, atteggiamenti o comportamenti sessuali da adulto; depressione.	Soprattutto nella violenza ripetuta
Tentativi di suicidio	Soprattutto nella violenza ripetuta

lazione ai Servizi Sociali Ospedalieri o del Territorio e gli obblighi di segnalazione alle Autorità Giudiziarie.

Il principio su cui si fonda l'"Ambulatorio Dedicato" vuole essere quello di ridare ad un bambino, che è stato violato nel corpo e nello spirito, la considerazione come "persona" e la rassicurazione sul suo stato di salute fisico. L'obiettivo del PSP (e quindi dell'Ambulatorio Dedicato) è quello di garantire al bambino con sospetto abuso e/o maltrattamento che accede alla struttura un percorso preferenziale che permetta di:

- gestire il livello d'ansia presente nel minore e in chi lo accompagna impedendone così ripensamenti e fughe;

- eseguire una visita al minore da parte di personale "dedicato" con competenze specifiche e strumentazione adeguata;
- documentare in modo adeguato l'iter del minore al suo arrivo in ospedale;
- attivare nel minor tempo possibile, in tutti i casi in cui vi sia la necessità, una indagine sociale sulla famiglia;
- impedire "intasamento" del PSP;
- trasmettere in tempi brevi le necessarie segnalazioni alla procura adulti e minori;
- permettere l'applicazione di un protocollo di un intervento univoco a tutti i bambini;
- effettuare prestazioni strumentali e di laboratorio esenti da ticket.



LA NOSTRA CASISTICA

ANNO	NUOVI CASI
2002 (dal 1° giugno al 31.12.02)	22
2003	39
2004	43
2005	70
2006	125
2007	138
2008	154

ANNO 2008	NUOVI CASI
Primi accessi	154
Controlli in follow-up	71
Totale visite	225
Prese in carico sociali	60
Referti/segnalazioni in Procura, Tribunale Minori e/o Tribunale Ordinario di Torino e Regione Piemonte	103

BIBLIOGRAFIA

- [1] WHO, World Report on Violence and Health (Ginevra), 2002.
- [2] Chard KM. An Evaluation of cognitive processing theraping for the treatment of posttraumatic stress disorder related to childhood sexual abuse. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 2005; 73 (5):965-71.
- [3] Report of the consultation on child abuse prevention, 29-31 March 1999, World Health Organization, 1999 (document WHO/HSCPV/99.1).
- [4] Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA *et al.* eds. World report on violence and health. Geneva, World Health Organization, 2002.
- [5] Organizzazione delle Nazioni Unite Studio sulla Violenza ai bambini. 2006. www.violencestudy.org/r25. Ultima consultazione 09 settembre 2009.
- [6] Manna E. Censis: sintesi della ricerca "Sfruttamento sessuale e minori", Pianeta Infanzia due, Firenze, Centro di documentazione e analisi dell'infanzia e dell'adolescenza, Istituto degli Innocenti, maggio 1998.
- [7] Foti C. l'ascolto dell'abuso e l'abuso nell'ascolto. Abuso sessuale sui minori: contesto clinico, giudiziario, sociale. Franco Angeli Editore, Milano, 2003.
- [8] Candelori C, Mancone A. Genitorialità: situazioni a rischio e psicopatologiche. In M. Ammaniti (a cura di), *Manuale di psicopatologia dell'infanzia*, Milano, Raffaello Cortina Editore, 2001, pp. 91-124.
- [9] Walsh WA, Cross TP, Jones LM *et al.* Which sexual abuse victims receive a forensic medical examination? The impact of Children's Advocacy Centers. *Child Abuse & Neglect*, Volume 31, Issue 10, October 2007, Pages 1053-1068.
- [10] Edinburgh L, Saewyc E, Levitt C. Caring for young adolescent sexual abuse victims in a hospital-based children's advocacy center. *Child Abuse & Neglect* Volume 32, Issue 12, December 2008, Pages 1119-1126.