

La violenza sui minori

Dr. Claudio Germani

Pediatria d' Urgenza-Pronto Soccorso Pediatrico

I.R.C.C.S. Burlo Garofolo

Trieste

Seminario al corso:

Violenza su donne e minori: una questione di salute pubblica, AA 2016-17

Corso di Laura in Medicina, docente: prof.ssa Patrizia Romito

Le dimensioni del fenomeno

Difficoltà dal punto di vista epidemiologico :

- gli studi che si basano sui dati di incidenza oppure di prevalenza con dati forniti dai Servizi di Protezione dell' Infanzia sottostimano il fenomeno in quanto misurano solo i casi emersi
- risultati più vicini alla realtà con studi retrospettivi mediante questionari a adolescenti/adulti : misurano gli episodi di violenza subiti nel corso dell' infanzia/adolescenza; dati a volte disomogenei a causa di diverse definizioni usate

OMS 2014

**soggetti che durante la loro infanzia/adolescenza
hanno subito violenza**

Maltrattamento fisico 25%

Abuso sessuale :

donne 20%

uomini 8%

A Global Perspective on Child Sexual Abuse: Meta-Analysis of Prevalence Around the World

Child Maltreatment

16(2) 79-101

© The Author(s) 2011

Reprints and permission:

sagepub.com/journalsPermissions.nav

DOI: 10.1177/1077559511403920

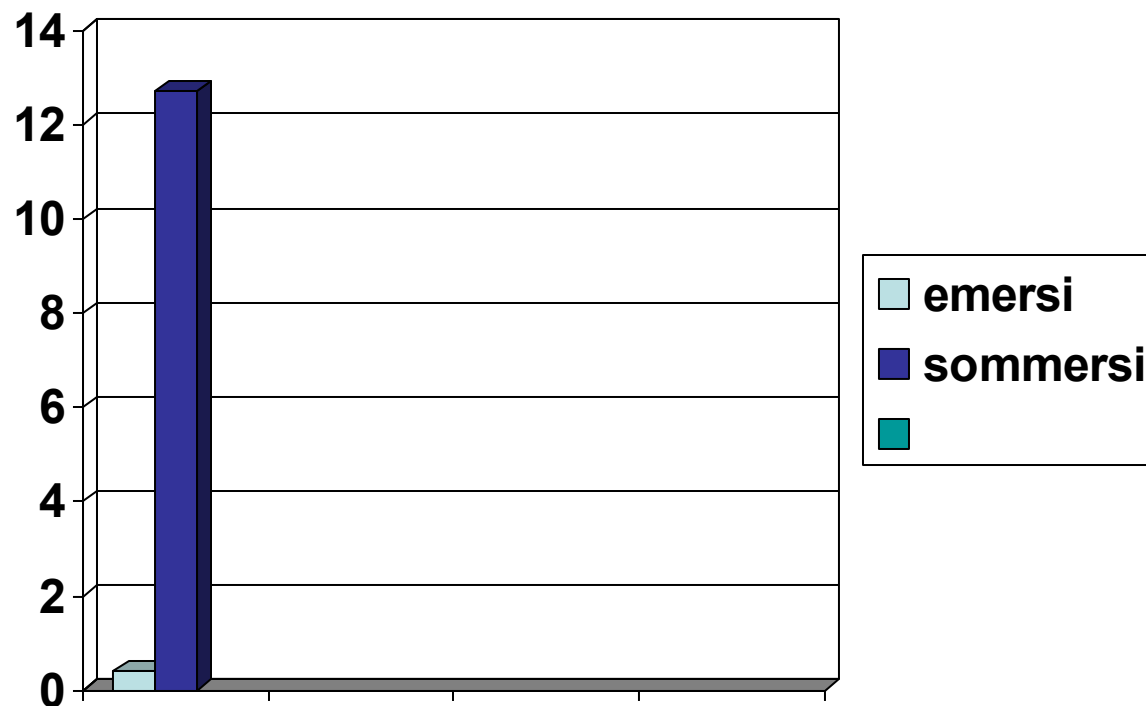
http://cm.sagepub.com



**Marije Stoltenborgh¹, Marinus H. van IJzendoorn¹,
Eveline M. Euser¹, and Marian J. Bakermans-Kranenburg¹**

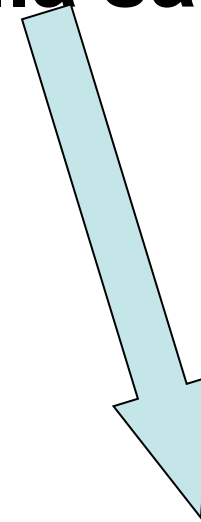
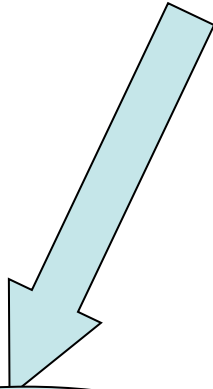
Abstract

Our comprehensive meta-analysis combined prevalence figures of childhood sexual abuse (CSA) reported in 217 publications published between 1980 and 2008, including 331 independent samples with a total of 9,911,748 participants. The overall estimated CSA prevalence was 127/1000 in self-report studies and 4/1000 in informant studies. Self-reported CSA was more common among female (180/1000) than among male participants (76/1000). Lowest rates for both girls (113/1000) and boys (41/1000) were found in Asia, and highest rates were found for girls in Australia (215/1000) and for boys in Africa (193/1000). The results of our meta-analysis confirm that CSA is a global problem of considerable extent, but also show that methodological issues drastically influence the self-reported prevalence of CSA.



Per un caso diagnosticato 30 rimangono sconosciuti

Le conseguenze sulla salute

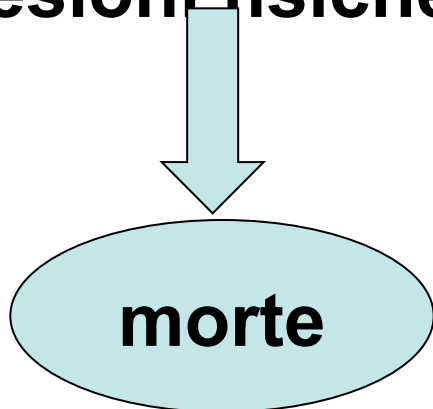


Dirette/immediate

Esiti a distanza

Conseguenze dirette-immediate

Lesioni fisiche più o meno gravi



USA 4° causa di mortalità infantile

Hoyert 2006

OMS 2002 :

nei paesi “ricchi” il maltrattamento è una delle principali cause di mortalità nella prima infanzia

USA ogni anno :

119.000 bambini vittime di grave
maltrattamento

600 morti

124 bilioni di dollari di spesa conseguente

Trauma cranico da maltrattamento (TCM)

60% morti per maltrattamento

Incidenza (dati sottostimati : solo una parte viene diagnosticata)

< 12 mesi 20/100.000

< 6 mesi 36/100.000

Mortalità

TCM 8% nonTCM 1,7%

Danno neurologico permanente

TCM 53% nonTCM 7%

Esiti a distanza





Malacrea 2007

Merrit 2013

Disturbo psico-patologico

```
graph TD; A[Disturbo psico-patologico] --> B[Più grave se :]; A --> C[Meno grave se :];
```

Più grave se :

**Ripetuto nel
tempo**

**Rimane non
identificato**

**Il vissuto
traumatico
rimane non
espresso e non
elaborato**

**Forte legame tra
vittima e
abusante**

Meno grave se :

Presenza di fattori protettivi :

**Legame di attaccamento
sicuro con almeno una figura
familiare (madre)**

**Possibilità di condividere
socialmente il trauma**

**Risposta attenta e solidale da
parte della comunità**

Forte correlazione tra violenza subita durante l'infanzia e :

- ▶ **Disturbo Post traumatico da Stress**
- ▶ **Ansia/depressione/psicosi**
- ▶ **Comportamenti sessuali a rischio**
- ▶ **Rischio (per le donne) di subire ulteriori vittimizzazioni**
- ▶ **Suicidio**
- ▶ **Abuso di alcool/nicotina/sostanze**
- ▶ **Disturbi della sfera alimentare/obesità**
- ▶ **Disturbi “funzionali”**

Sexual Abuse and Lifetime Diagnosis of Psychiatric Disorders: Systematic Review and Meta-analysis

LAURA P. CHEN, BS; M. HASSAN MURAD, MD; MOLLY L. PARAS, BS; KRISTINA M. COLBENSON, BS;
AMELIA L. SATTLER, BS; ERIN N. GORANSON, BS; MOHAMED B. ELAMIN, MD; RICHARD J. SEIME, PhD;
GEN SHINOZAKI, MD; LARRY J. PROKOP, MLS; AND ALI ZIRAKZADEH, MD

Mayo Clin Proc. • July 2010;85(7):618-629 • doi:10.4065/mcp.2009.0583 • www.mayoclinicproceedings.cc

TABLE 3. Summary of Outcomes^a

Outcome	No. of studies	OR (95% CI) ^b	<i>I</i> ^c	<i>P</i> value
Anxiety disorders	8	3.09 (2.43-3.94)	40	.001
Depression	16	2.66 (2.14-3.30)	57	.001
Eating disorders	11	2.72 (2.04-3.63)	20	.001
Posttraumatic stress disorder	3	2.34 (1.59-3.43)	0	.001
Schizophrenia	3	1.36 (0.81-2.30)	0	.45
Sleep disorders	1	16.17 (2.06-126.76)	NA	.01
Somatoform disorders	3	1.90 (0.81-4.47)	4	.17
Suicide attempts	19	4.14 (2.98-5.76)	60	.001

^a CI = confidence interval; NA = not applicable; OR = odds ratio.

Table 4. Overall Mean Effect Sizes for Health Outcomes

Health Outcome	K	ES +	SE	z	95% CI
Continuous health outcomes ^a					
General health	10	.41	.12	3.48**	.18–.64
GI symptoms	3	.34	.20	1.74	–.04–.72
Pain	9	.39	.12	3.36**	.15–.61
Obesity	4	.15	.18	.82	–.21–.51
Dichotomous health outcomes ^b					
General health	3	.39 (1.48)	.04	9.10**	.31–.47
GI symptoms	7	.75 (2.12)	.14	5.28**	.47–1.03
Gynecologic symptoms	9	.64 (1.90)	.08	7.94**	.48–.80
Pain	12	.50 (1.65)	.06	8.05**	.38–.62
Cardiopulmonary symptoms	6	.31 (1.36)	.04	7.26**	.23–.39
Obesity	7	.55 (1.73)	.05	10.23**	.44–.66

Note. GI: gastrointestinal; K: number of studies; ES+: weighted effect size.

^aES+: d_+ ; ^bES+: LOR+ (OR).

** $p < .01$.

The Long-Term Health Consequences of Child Physical Abuse, Emotional Abuse, and Neglect: A Systematic Review and Meta-Analysis

Rosana E. Norman^{1,2*}, Munkhtsetseg Byambaa², Rumna De², Alexander Butchart³, James Scott^{4,5,6}, Theo Vos²

1 Queensland Children's Medical Research Institute, University of Queensland, Herston, Queensland, Australia, **2** School of Population Health, University of Queensland, Herston, Queensland, Australia, **3** Department of Violence and Injury Prevention and Disability, Noncommunicable Diseases and Mental Health, World Health Organization, Geneva, Switzerland, **4** Queensland Centre for Mental Health Research, The Park Centre for Mental Health, Wacol, Queensland, Australia, **5** Metro North Mental Health, Royal Brisbane and Women's Hospital, Herston, Queensland, Australia, **6** The University of Queensland Centre for Clinical Research, Herston, Queensland, Australia

Abstract

Background: Child sexual abuse is considered a modifiable risk factor for mental disorders across the life course. However the long-term consequences of other forms of child maltreatment have not yet been systematically examined. The aim of this study was to summarise the evidence relating to the possible relationship between child physical abuse, emotional abuse, and neglect, and subsequent mental and physical health outcomes.

Vittimizzazione e Rischio Relativo di

	DEPRESSIONE	ABUSO SOSTANZE	TENAMEN	COMPORTAMENTI SESSUALI A RISCHIO
MALT. FISICO	1,54	1,92	3,4	1,78
MALT. PSICOLOGICO	3	1,41	3,37	1,75
INCURIA	2,11	1,36	1,95	1,57

Conclusions: This overview of the evidence suggests a causal relationship between non-sexual child maltreatment and a range of mental disorders, drug use, suicide attempts, sexually transmitted infections, and risky sexual behaviour. All forms of child maltreatment should be considered important risks to health with a sizeable impact on major contributors to the burden of disease in all parts of the world. The awareness of the serious long-term consequences of child maltreatment should encourage better identification of those at risk and the development of effective interventions to protect children from violence.

Chi ha subito una forma di maltrattamento durante l'infanzia nel 23-30% dei casi diventerà a sua volta un genitore maltrattante (contro il 10% di chi non ha subito nessuna forma di maltrattamento)

Pears 2001

La trasmissione da una generazione all'altra del maltrattamento

Quando un esito diventa fattore di rischio

I fattori di rischio

**Nessun fattore di rischio preso
singolarmente può predire la
violenza sui minori**

Società/comunità

Accettazione della violenza
Rapporti tra i sessi caratterizzati
da valori patriarcali e maschilisti
Forti disuguaglianze sociali
Scarso capitale sociale

Bambino

Bambini “difficili” :
handicap,
pretermine,
disturbi del sonno/delle condotte alimentari

Fattori di rischio

Famiglia

Violenza domestica
Violenza subita durante l'infanzia
Separazione conflittuale
Famiglia monoparentale
Presenza di un genitore acquisito
Approvazione delle punizioni corporali

Difficoltà a comprendere le tappe
dello sviluppo del bambino
Isolamento sociale
Basso livello socio/economico
Psicopatologia nei genitori
Abuso di sostanze
Età molto giovane della madre
Gravidanza precoce
o non desiderata

L' identificazione dei bambini vittime di violenza

Segni fisici :

nel maltrattamento fisico,

nella trascuratezza

rari nell'abuso sessuale

Sintomi psicologici/comportamentali :

nell'abuso sessuale,

nel maltrattamento psicologico,

nella violenza assistita,

presenti in tutte le forme di maltrattamento

Il racconto da parte del bambino è un elemento fondamentale per la diagnosi di violenza

Ogni racconto di violenza riferito da un bambino va tenuto in grande considerazione.

Quasi sempre corrisponde a verità anche se esso è successivamente ritrattato

Il racconto del bambino dovrebbe essere raccolto da personale esperto al fine di evitare domande suggestive o atteggiamenti che possano indurre il bambino a ritrattare.

Una diagnosi di maltrattamento e soprattutto di abuso sessuale il più delle volte sarà una diagnosi multidisciplinare.

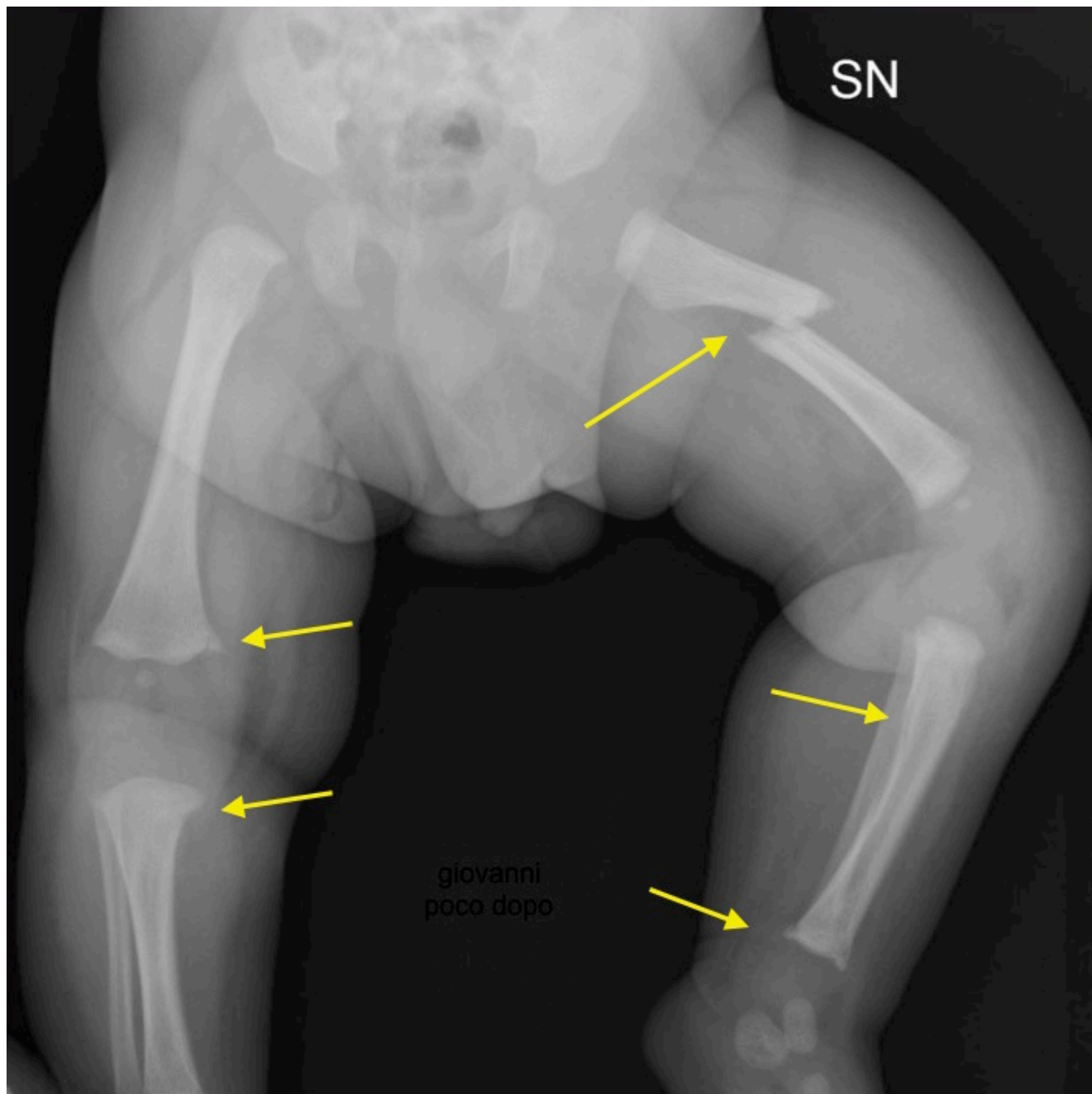
Raramente un operatore socio/sanitario avrà in mano gli elementi per fare diagnosi

Per una diagnosi multidisciplinare è fondamentale individuare i segnali di sospetto ed attivare un lavoro di rete

La mamma vi dice ha notato queste lesioni, il piccolo piangeva tanto. Lei era via tutto il giorno e il bambino era con il papà.



4 mesi
Portato in PS
perché non
muoveva l'arto
inferiore sx



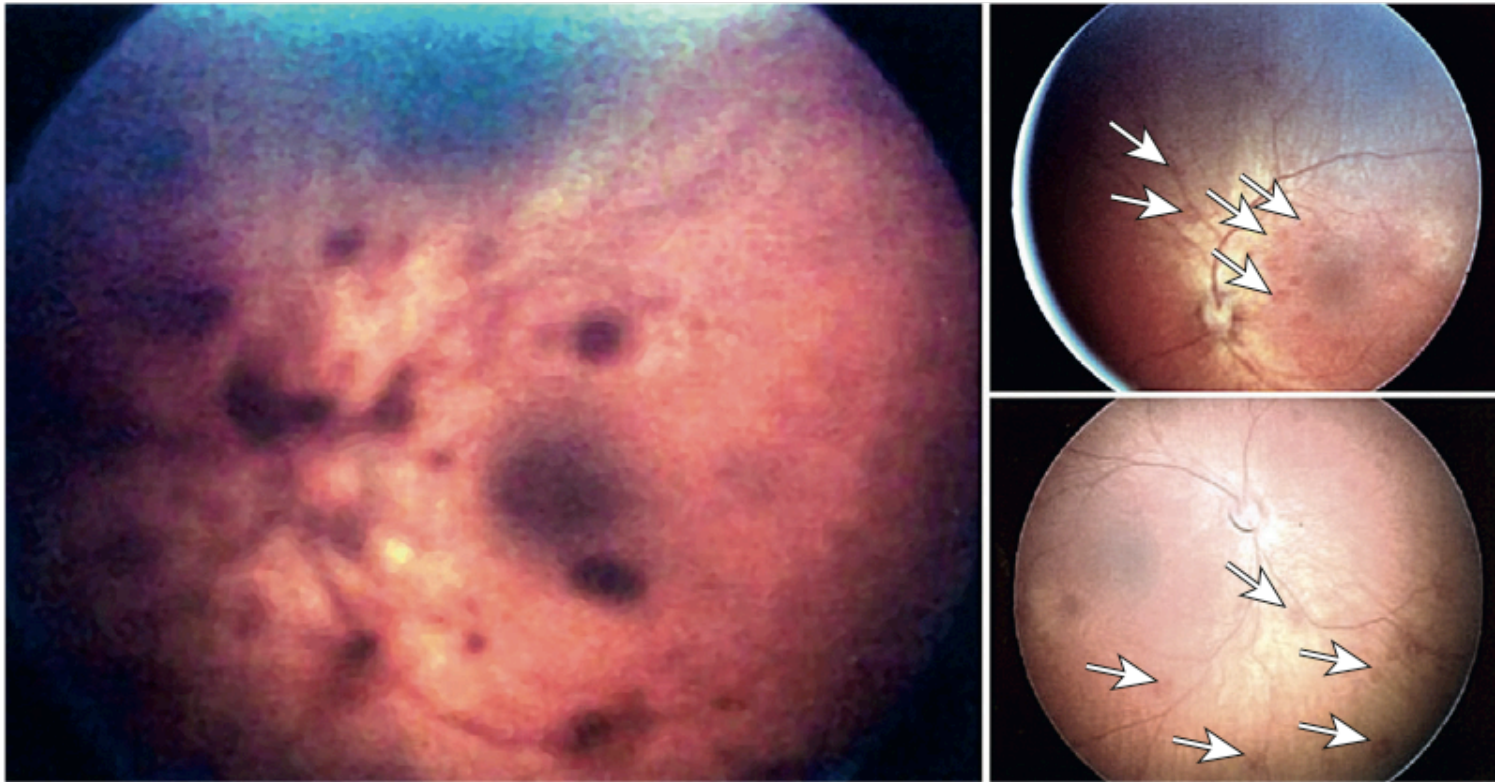


Figure 37-7 Retinal hemorrhages. Lines point to hemorrhages of various sizes.

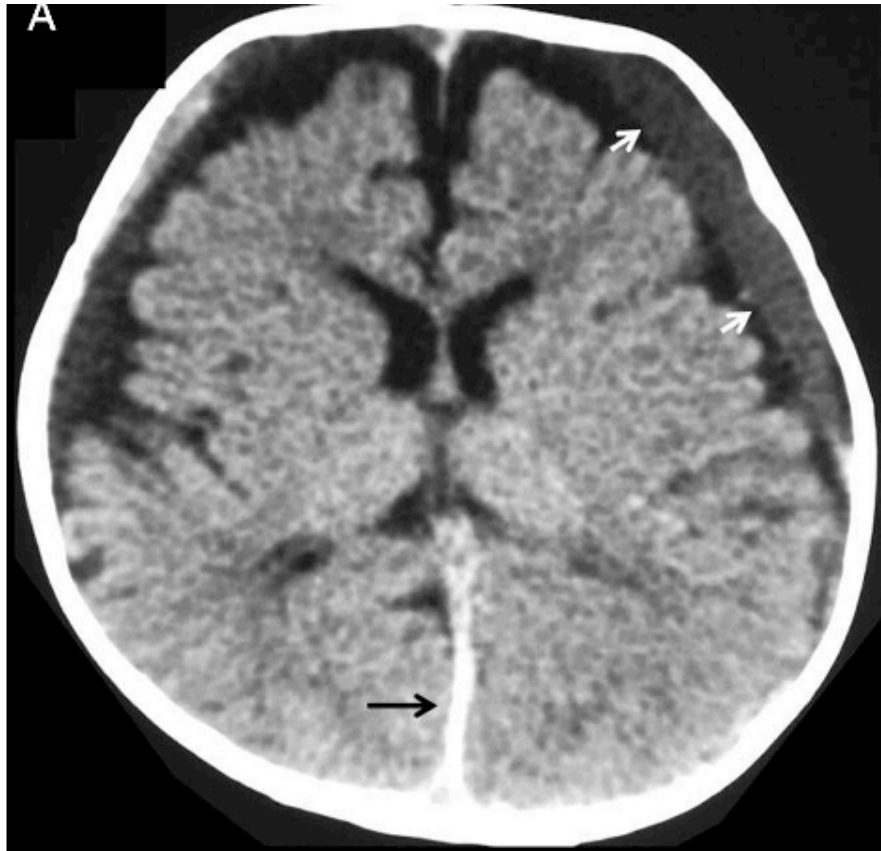
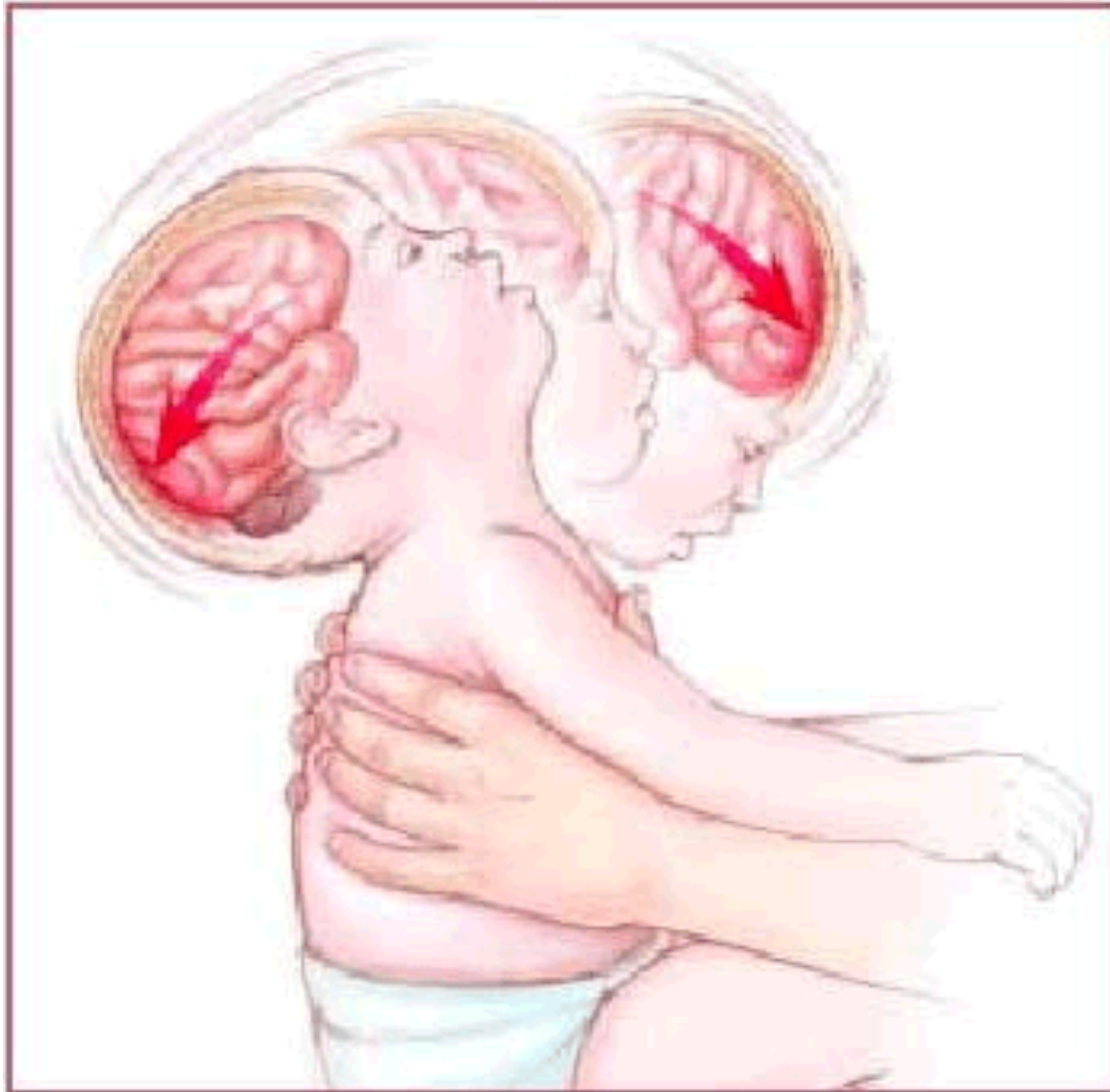


FIGURE 1

CT images of a 5-month-old infant who suffered multiple shakings over more than 1 month. Multifocal SDHs of different densities can be seen in separate locations. A, Lateral hypodensity (white arrows) associated with interhemispheric hyperdensity (black arrow); B, tentorium cerebelli hyperdensity (black arrow).

Shake Baby Syndrome



Indicatori “fisici” di maltrattamento fisico

- Lesioni cutanee traumatiche che riproducono la forma di un oggetto
- Lesioni cutanee traumatiche in aree normalmente protette
- Segni di morsicature
- Ustioni a guanto, calzino, o con altre distribuzioni che suggeriscono un' immersione volontaria
- Ustioni a margini ben delimitati o che riproducono la forma di un oggetto
- Fratture/avulsioni dentarie riscontrate casualmente
- Ecchimosi palpebrali bilaterali con storia di trauma singolo
- Aree di alopecia traumatica
- Emorragie retiniche
- Sintomatologia neurologica importante con storia di TC minore
- Frattura cranica complessa con storia di TC minore
- Fratture costali multiple senza storia compatibile
- Frattura ossa lunghe in bambino che non cammina
- Fratture multiple in vari stadi di guarigione

MARKS from INSTRUMENTS

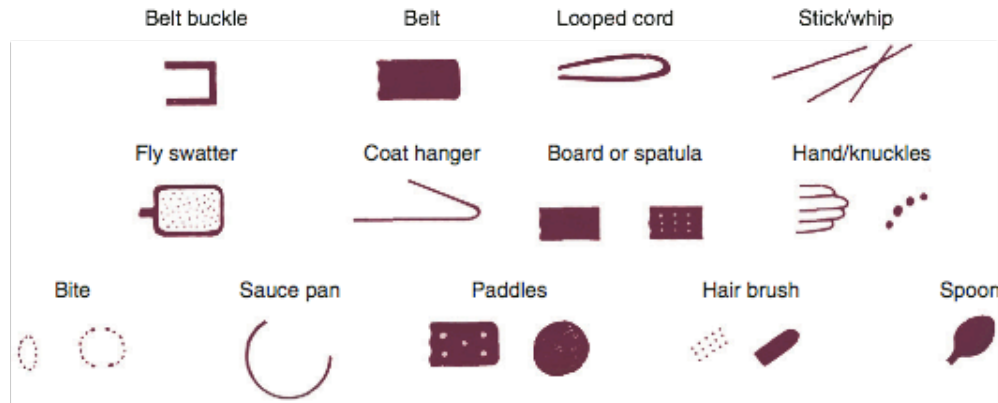


Figure 37-2 A variety of instruments may be used to inflict injury on a child. Often the choice of an instrument is a matter of convenience. Marks tend to silhouette or outline the shape of the instrument. The possibility of intentional trauma should prompt a high degree of suspicion when injuries to a child are geometric, paired, mirrored, of various ages or types, or on relatively protected parts of the body. Early recognition of intentional trauma is important to provide therapy and prevent escalation to more serious injury.

BURN MARKS

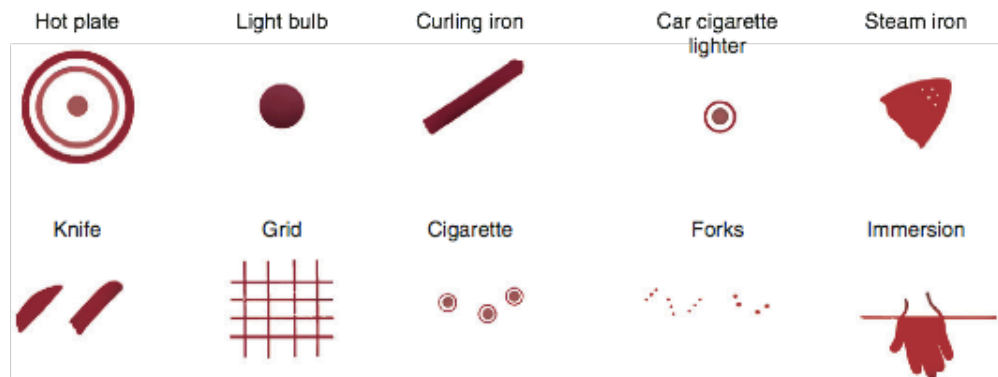


Figure 37-3 Marks from heated objects cause burns in a pattern that duplicates that of the object. Familiarity with the common heated objects that are used to traumatize children facilitates recognition of possible intentional injuries. The location of the burn is important in determining its cause. Children tend to explore surfaces with the palmar surface of the hand and rarely touch a heated object repeatedly or for a long time.

LIVIDI-PREVALENZA
B. CHE NON CAMMINANO <1%
B. CHE CAMMINANO 50%

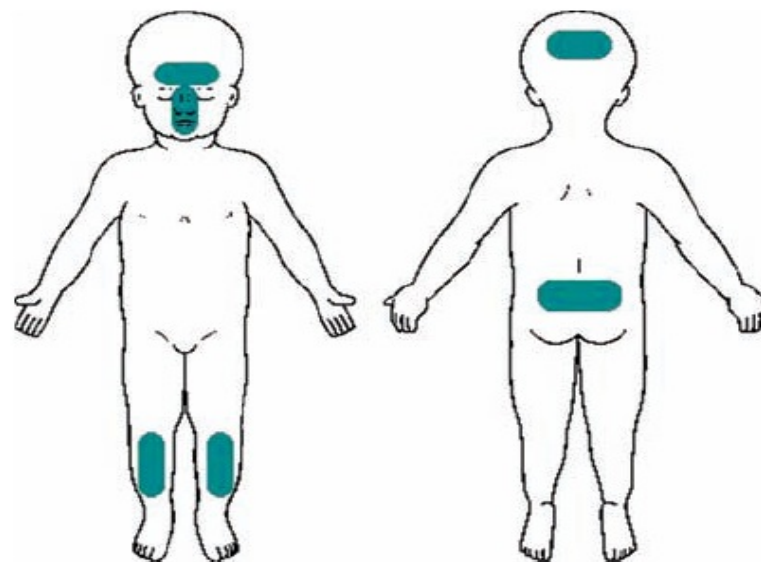


Figure 1 Accidental bruising patterns.

Lividi+ petecchie
(escluse coagulopatie)
Potere Predittivo Positivo
per maltrattamento
80%

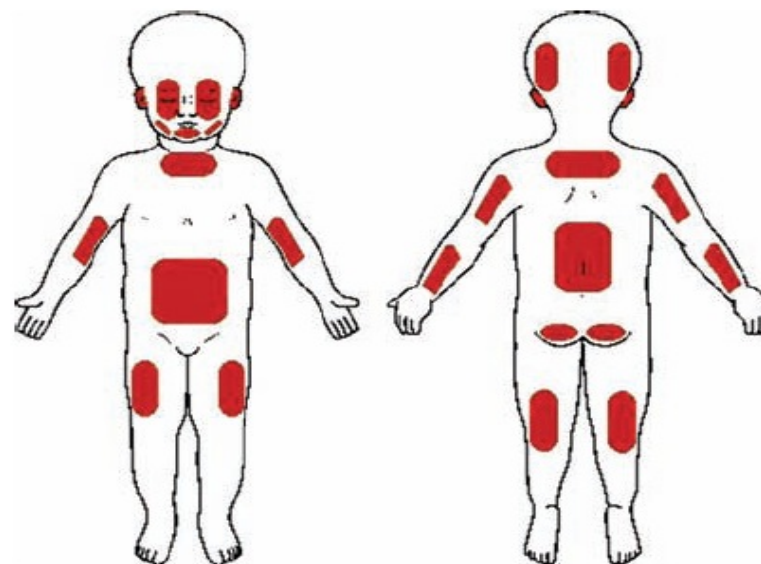


Figure 2 Abusive bruising patterns.

USTIONI



Figure 3 Accidental scald pattern.

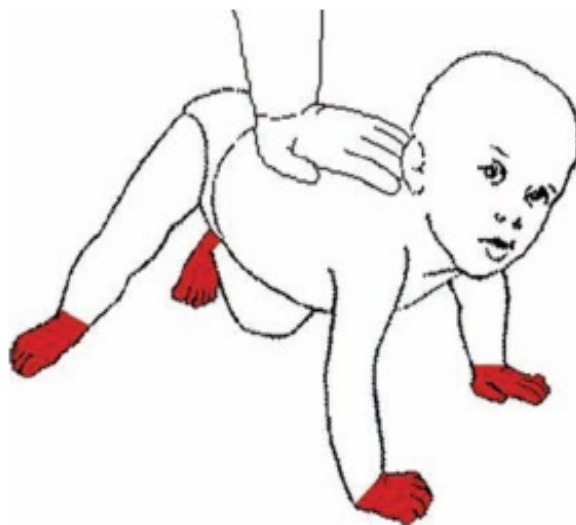


Figure 5 Abusive scald 'glove and stocking' pattern.

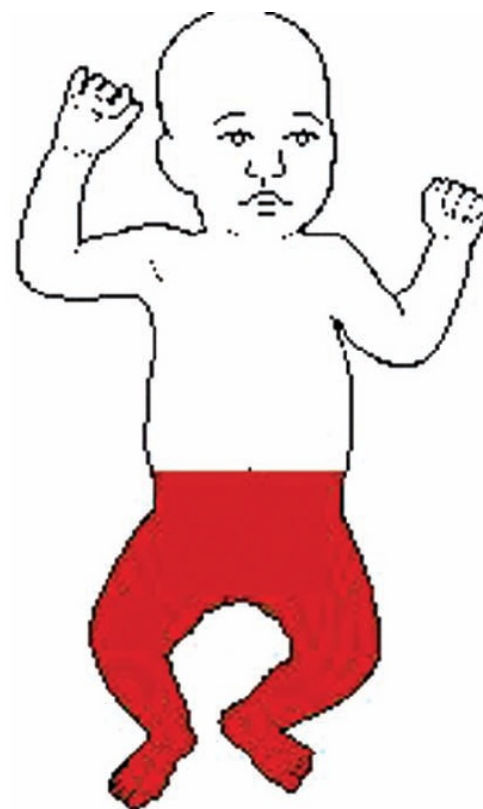


Figure 4 Abusive scald pattern.

Fratture sospette :

Femore < 1 a (spiroide, metafisaria)

Omero < 15 m (spiroide/obliqua)

Costole : multiple; posteriori/anteriori

**Tutti i bambini < 2 aa con fratture sospette
dovrebbero fare una rx “total body”**

**Da valorizzare la discrepanza tra la storia
del trauma e l'entità delle lesioni :**

Portato per trauma cranico

Grave lesione cerebrale

Riferito che è caduto dal fasciatoio

L' abuso sessuale

Guidelines for medico-legal care for victims of sexual violence

GENDER AND WOMEN' S HEALTH, FAMILY AND COMMUNITY HEALTH
INJURIES AND VIOLENCE PREVENTION, NONCOMMUNICABLE
DISEASES AND MENTAL HEALTH
WORLD HEALTH ORGANIZATION
GENEVA
2003

7° chapter Child sexual abuse

L' abuso sessuale sui minori ha delle caratteristiche molto diverse dalla violenza sessuale sulle donne adulte e per tale motivo non può essere gestito nello stesso modo.

per quali motivi?

Raramente viene usata violenza fisica da parte dell'abusante.

L'abusante cerca di manipolare la fiducia del bambino e nascondere l'abuso.

L'abuso sessuale è caratterizzato da numerosi episodi, ripetuti nel tempo, che tendono ad essere sempre più invasivi.

L'abusante coinvolge il bambino in un processo di sessualizzazione delle relazioni che si sviluppa nel tempo.

L'abusante il più delle volte è un adulto noto al bambino e verso il quale ha un rapporto di fiducia.

I sintomi aspecifici ed i problemi comportamentali costituiscono elementi determinanti per la diagnosi.

I sintomi più specifici sono quelli attinenti all'area del comportamento sessualizzato.

Il riscontro di lesioni fisiche specifiche è raro.

Il racconto da parte del bambino è molto importante

Indicatori fisici forti

Segni di penetrazione vaginale/anale

Malattie sessualmente trasmesse (escluse trasmissioni perinatali)

Gravidanza

Presenza di sperma

Il riscontro di lesioni genitali/anali diagnostiche è molto raro perché raramente l'abuso sessuale viene fatto con l'uso della violenza.

L'assenza di lesioni specifiche non esclude la diagnosi di abuso sessuale.

2384 bambini valutati per sospetto abuso sessuale preso un centro di 3°livello :

96% esame fisico normale



1134 bambini avevano raccontato di aver subito un abuso mediante penetrazione :

94% esame fisico normale

Heger ; 2002 Child Abuse Neglect

36 adolescenti in gravidanza :

34 senza lesioni genitali (94%)

American Accademy of Pediatrics; 2005 Pediatrics

Quando fare la visita e gli accertamenti in caso di sospetto abuso sessuale? :

-al più presto se :

sintomi vaginali/anali suggestivi

<72 ore dall' ultimo contatto con il sospetto abusante

-programmarli senza fretta se :

assenza di sintomi

>72 ore dall' ultimo contatto con il sospetto abusante

Indicatori comportamentali forti

Comportamenti sessualizzati inappropriati (erotizzazione dei rapporti sociali) :

- per età o frequenza (es. bambino di 10 aa che in pubblico gioca con il suo pene, bambina di 6 aa che si masturba ripetutamente a scuola)**
- perché interferiscono con lo sviluppo del bambino (uso di atteggiamenti sessualizzati per comunicare)**
- perché provocano stress emotivo al bambino**
- perché, se fatti come gioco con altri bambini, comportano atteggiamenti coercitivi**

Ma se ci ricordiamo degli esiti metteremo in diagnosi differenziale l' abuso sessuale di fronte ad una ragazzina con :

-storia di tentamen/autolesionismo

-disturbo psicologico/psichiatrico

-comportamenti devianti

-disturbi “funzionali”