

La violenza sui minori

Le dimensioni del problema

Gli esiti

Gli indicatori

Claudio Germani

Pediatria d'Urgenza-Pronto Soccorso Pediatrico

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

Trieste

Di cosa stiamo parlando?

Alcune definizioni

DEFINIZIONE OMS 1999

“L’abuso o il maltrattamento sull’infanzia è rappresentato da tutte le forme di cattivo trattamento fisico e/o affettivo, 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”.

Soggetti (singoli, istituzioni) che hanno con il bambino una relazione di responsabilità, fiducia, potere.



Atti che turbano gravemente il bambino



Provocano al bambino un danno alla sua salute, sopravvivenza, sviluppo, dignità

MALTRATTAMENTO FISICO

Si intende la presenza di un danno fisico dovuto ad aggressioni fisiche, maltrattamenti, punizioni corporali, o gravi attentati all'integrità fisica e alla vita del bambino, che determinano lesioni varie (cutanee, viscerali,oculari, scheletriche...)

MALTRATTAMENTO PSICOLOGICO

Relazione emotiva caratterizzata da ripetute e continue pressioni psicologiche, ricatti affettivi, indifferenza, rifiuto, denigrazione e svalutazioni che danneggiano o inibiscono lo sviluppo di competenze cognitivo-emotive fondamentali quali l'intelligenza, l'attenzione, la percezione, la memoria.

TRASCURATEZZA O INCURIA

Si intende con tale termine una grave o persistente negligenza nei confronti del bambino e nello specifico si caratterizza in tutte quelle situazioni in cui i genitori o le persone deputate alla cura del bambino, non provvedono adeguatamente ai suoi bisogni fisici e psichici, tanto da comportare una grave compromissione del suo sviluppo.

Ipercura : fenomeno emergente?

Sindrome di Munchausen per procura

ABUSO SESSUALE

Coinvolgimento di un minore, in attività sessuali che egli non può pienamente comprendere e per le quali non è in grado di dare il proprio consenso e che violano i tabù sociali.

L'abusatore è un adulto o chi per età o sviluppo è in una relazione di responsabilità, potere, fiducia.

Comprende varie pratiche sessuali e l'uso del bambino nella pornografia o nella prostituzione.

VIOLENZA ASSISTITA

Qualsiasi atto di violenza:

fisica, verbale, psicologica, sessuale ed economica

compiuta su figure di riferimento

di cui il bambino può fare esperienza

direttamente (quando la violenza avviene nel suo campo percettivo)

o indirettamente (quando il bambino è a conoscenza della violenza) e/o percepisce gli effetti.



**E' un fenomeno importante
per la salute pubblica?**

**L'OMS considera la violenza
contro i minori come uno dei
maggiori problemi di sanità
pubblica**

OMS 2002

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.

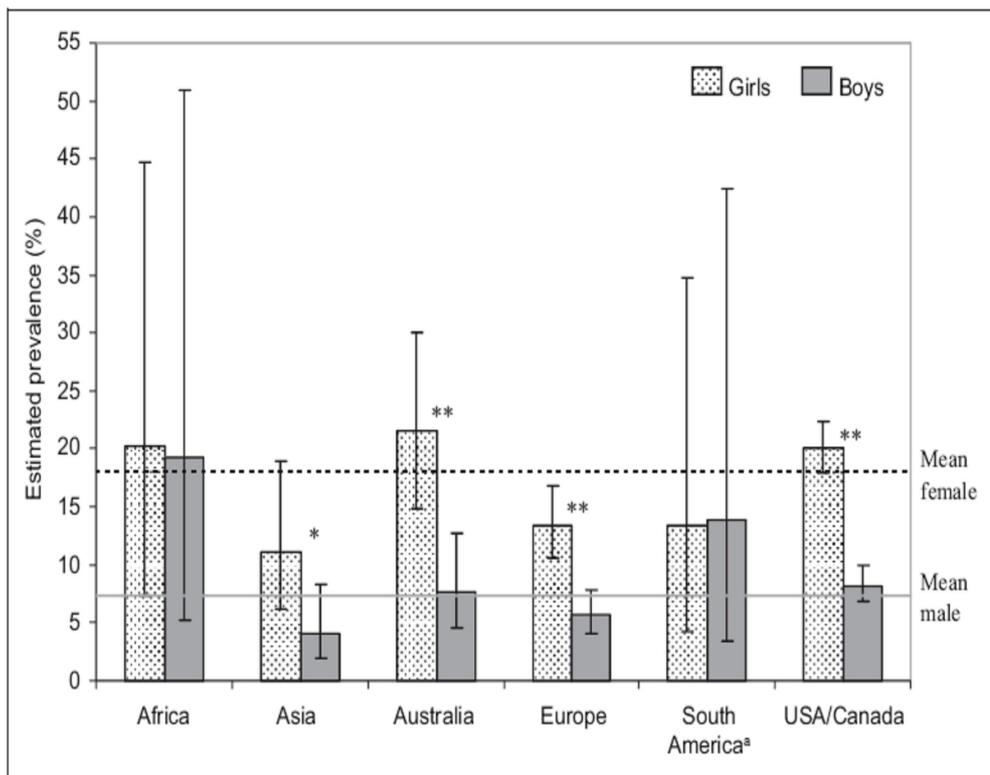


Figure 1. Estimated combined prevalence for self-report studies of CSA, separated according to geographical area of origin of the sample and to gender, including the overall combined prevalence for girls and boys. Stars represent a significant difference between girls and boys within a geographical area of origin of the sample (* $p < .05$; ** $p < .01$).

^aThe significance of the analyses on the South American samples could not be tested, due to $k < 4$.

Prevalenza

dati forniti dagli operatori/dati ottenuti con recall anamnestico : 1/30



NIH Public Access

Author Manuscript

Violence Vict. Author manuscript; available in PMC 2014 January 01.

Published in final edited form as:

Violence Vict. 2013 ; 28(3): 381–402.

**Prevalence and Overlap of Childhood and Adult Physical,
Sexual, and Emotional Abuse: A Descriptive Analysis of Results
from the Boston Area Community Health (BACH) Survey**

Gretchen R. Chiu, Karen E. Lutfey, Heather J. Litman, Carol L. Link, Susan A. Hall, and
John B. McKinlay

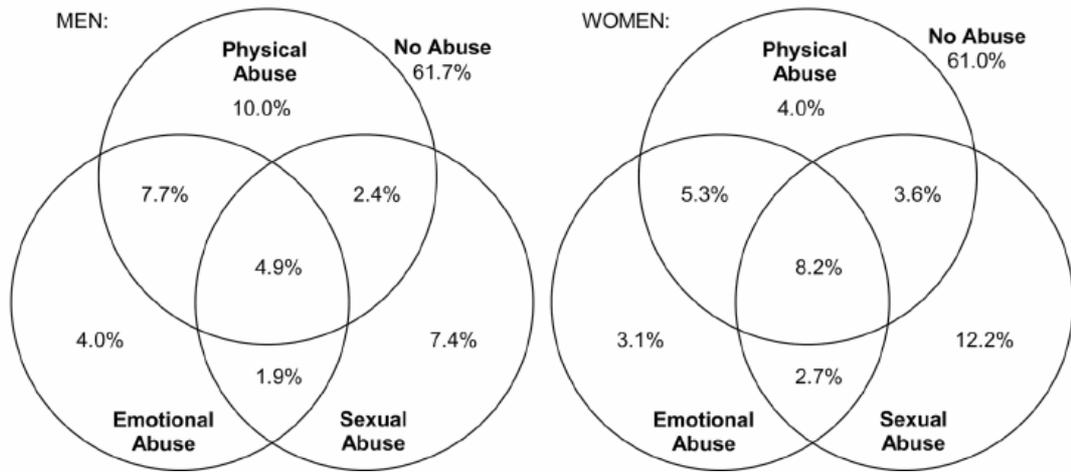
New England Research Institutes, 9 Galen Street, Watertown, MA 02472, U.S.A

Table 3

Prevalence of abuse by gender.

	Men (N=2 301)	Women (N=3 201)	p-value*
Physical Abuse			
Child	25.0%	21.1%	0.07
Adult	18.4%	20.9%	0.15
Lifetime	30.6%	29.8%	0.73
Sexual Abuse			
Child	16.7%	26.7%	<0.001
Adult	13.2%	25.8%	<0.001
Lifetime	23.3%	37.7%	<0.001
Emotional Abuse			
Child	18.6%	19.2%	0.71
Adult	15.3%	23.0%	<0.001
Lifetime	22.1%	27.4%	0.007

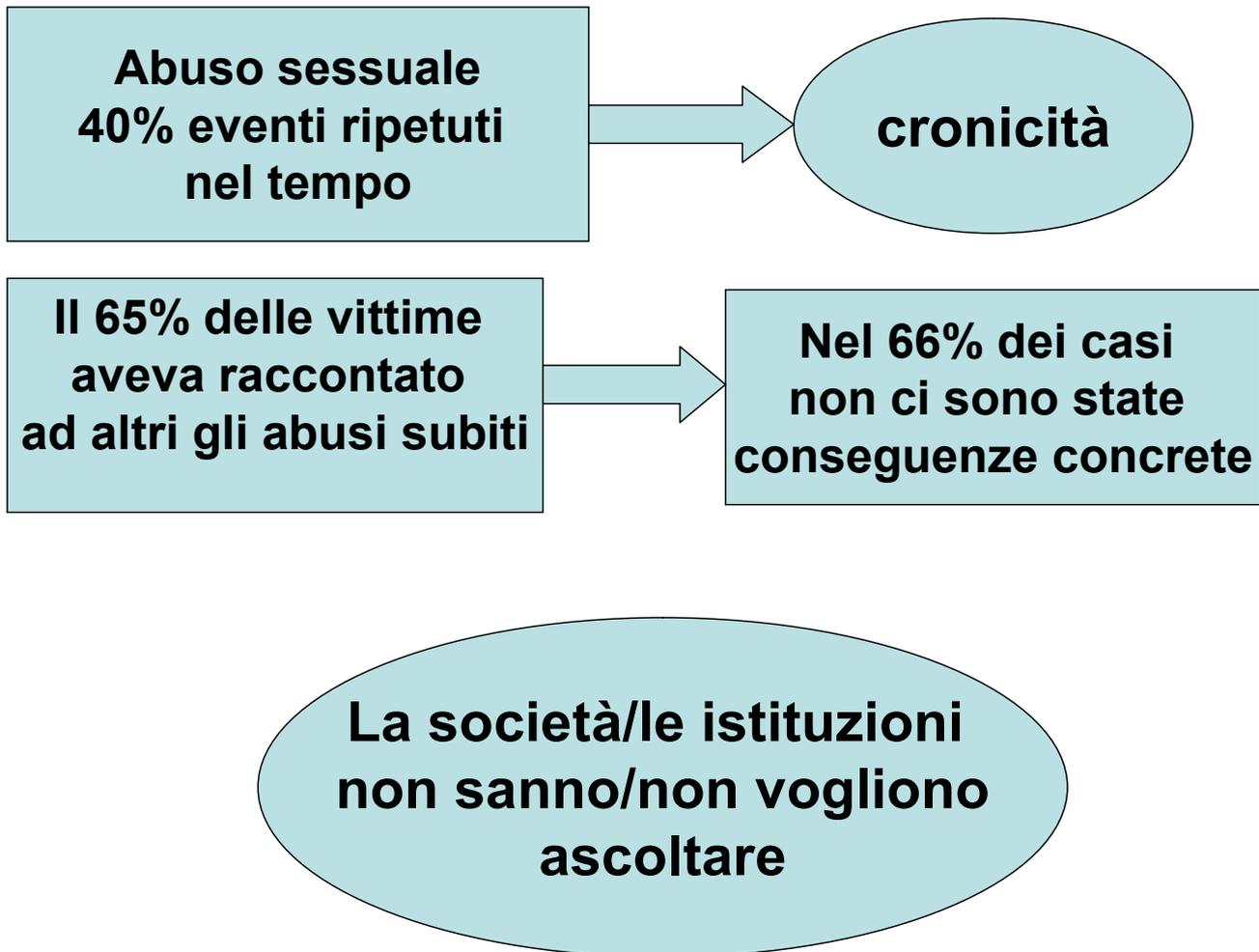
CHILDHOOD ABUSE:



2006-Vite in bilico-Indagine retrospettiva su maltrattamenti e abusi in età infantile

**Istituto degli Innocenti-Firenze
Questionario a 2.200 donne 19-60 aa**

Nessuna forma di maltrattamento/abuso	26,4%
Solo abuso sessuale	5,9%
Solo maltrattamenti	49,6%
Maltrattamenti+abuso sessuale	18,1%



Paediatr Child Health Vol 18 No 8 October 2013

REVIEW ARTICLE

Children's exposure to intimate partner violence: Impacts and interventions

C Nadine Wathen PhD¹, Harriet L MacMillan MD MSc FRCPC²

Esposizione a violenza domestica durante l'infanzia : 8-25%

**Nel 60-75% delle famiglie dove c'era una donna maltrattata
c'erano dei bambini maltrattati**

La violenza assistita

Il 62,4% delle donne italiane che hanno subito violenza ripetute da parte del partner avevano figli minorenni presenti

ISTAT 2008

La violenza diretta

**Gli uomini che sono violenti con la loro partner
nel 30-60% dei casi lo sono anche nei
confronti dei figli**

Bair-Merrit Pediatr Rev 2010

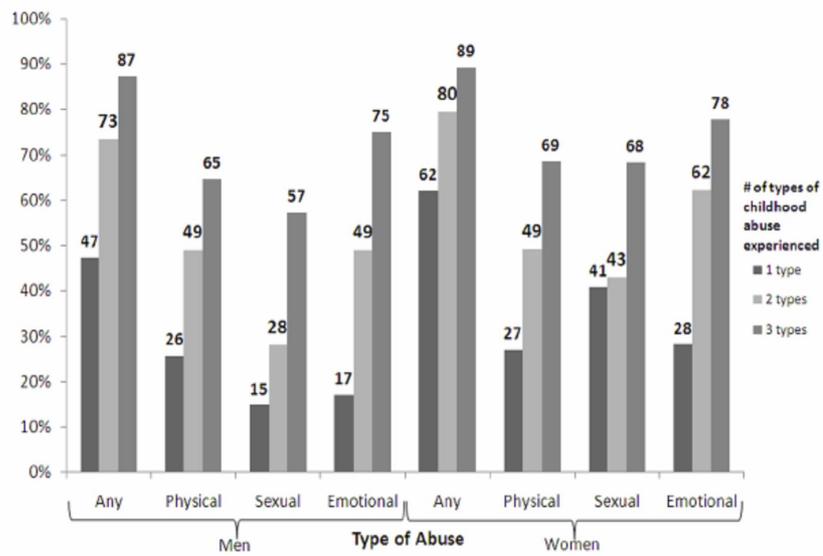
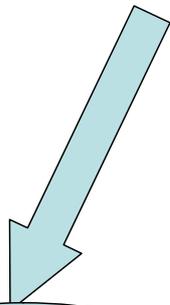


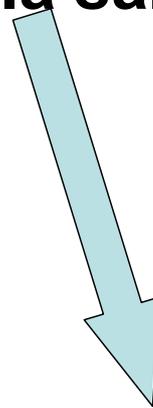
Figure 2. Prevalence of adolescent/adult abuse in men and women who experienced 1, 2, or 3 types of abuse as a child.

**Più si è vittimizzati da piccoli
Più si rischia di essere vittimizzati da adulti**

Le conseguenze sulla salute



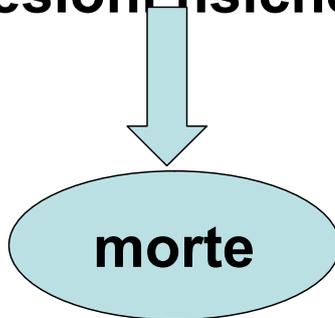
Dirette/immediate



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**

REVIEW

The relation between child death and child maltreatment

C Jenny, R Isaac

Arch Dis Child 2006;91:265–269. doi: 10.1136/adc.2004.066696

Table 1 Ranking of homicide as a cause of death by age group in the USA, 2002¹⁶

Age range (y)	Ranking of homicide as cause of death
1–4	Third
5–9	Fourth
10–14	Fifth
15–18	Second

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

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"

OMS 2006; Leha 2010

ORIGINAL ARTICLE

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.c

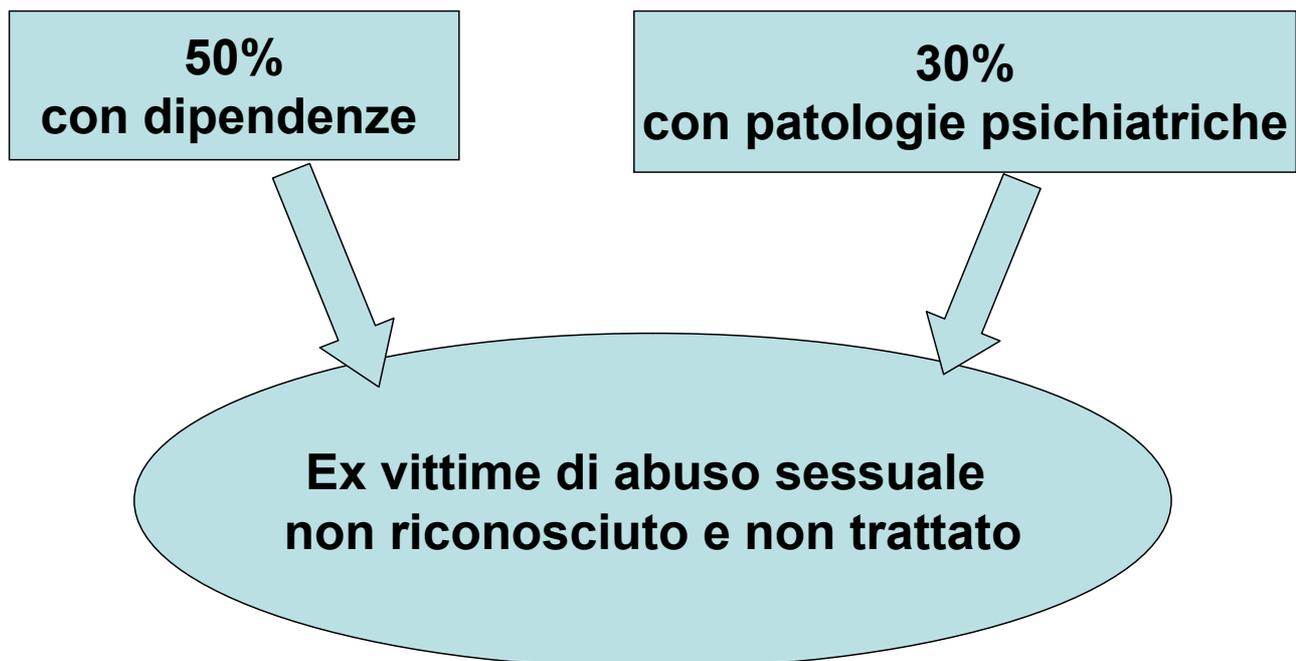
TABLE 3. Summary of Outcomes^a

Outcome	No. of studies	OR (95% CI) ^b	I ² ^c	P 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.

Ricerca italiana su donne adulte utenti dei Servizi per dipendenze e igiene mentale

Malacrea 2002



Long-term Physical Health Consequences of Childhood Sexual Abuse: A Meta-Analytic Review

Leah Irish,¹ MA, Ihori Kobayashi,¹ MA, and Douglas L. Delahanty,² PHD

¹*Department of Psychology, Kent State University, and* ²*Center for Clinical and Translational Research, Akron, Ohio*

Objective The purpose of the present article was to systematically review the literature investigating the long-term physical health consequences of childhood sexual abuse (CSA). **Methods** Literature searches yielded 31 studies comparing individuals with and without a history of CSA on six health outcomes: general health, gastrointestinal (GI) health, gynecologic or reproductive health, pain, cardiopulmonary symptoms, and obesity. Exploratory subgroup analyses were conducted to identify potential methodological moderators.

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	COMPORAMENTI 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

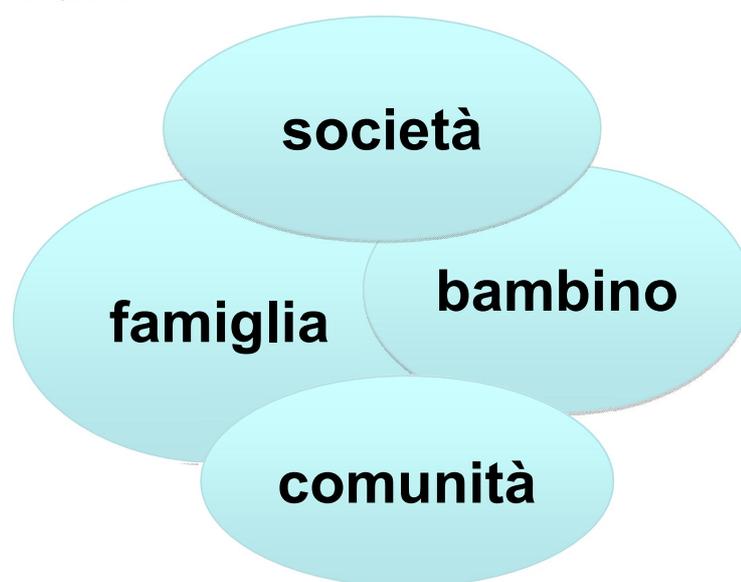
La trasmissione da una generazione all'altra del maltrattamento

Quando un esito diventa fattore di rischio

I fattori di rischio

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

**Bisogna considerare
l'interazione di
diversi fattori a vari
livelli**



Principale fattore di rischio : violenza domestica

La violenza verso i minori il più delle volte si sviluppa in un contesto di violenza intrafamiliare : stretta correlazione fra maltrattamento ai bambini e violenza sulle donne

Dove c'è una donna maltrattata dal partner molto probabilmente ci saranno dei bambini maltrattati dal compagno della madre

Dove ci sono bambini maltrattati molto probabilmente ci sarà una donna maltrattata

**American Accademy of Pediatrics
1998 :**

**L'identificazione delle donne
maltrattate da parte del partner e
l'intervento a loro vantaggio è una
delle azioni più efficaci per prevenire
la violenza sui bambini**

L'identificazione dei bambini vittime di violenza

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

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.

Indicatori fisici :

soprattutto nel maltrattamento fisico e nella trascuratezza

molto rari nell'abuso sessuale

Indicatori psicologici/comportamentali :

in tutte le forme di violenza

Marco 5 mesi

- **ricovero in neo per un mese per prematurità, “genitori fantastici, mamma un pò giù “**
- **4 mesi accesso in PS per pianto serale :”colica gassosa”**
- **rientra dopo 48 ore per sintomi persistenti : gamba flessa : frattura femore**
- **sospetta osteogenesi imperfecta >> genetica**

Marco dopo 20 giorni

- rientra in PS per “ALTE” , episodio critico
- “sembrava si soffocasse” è diventato cianotico, l’ho stimolato e si è ripreso
- visita oculistica

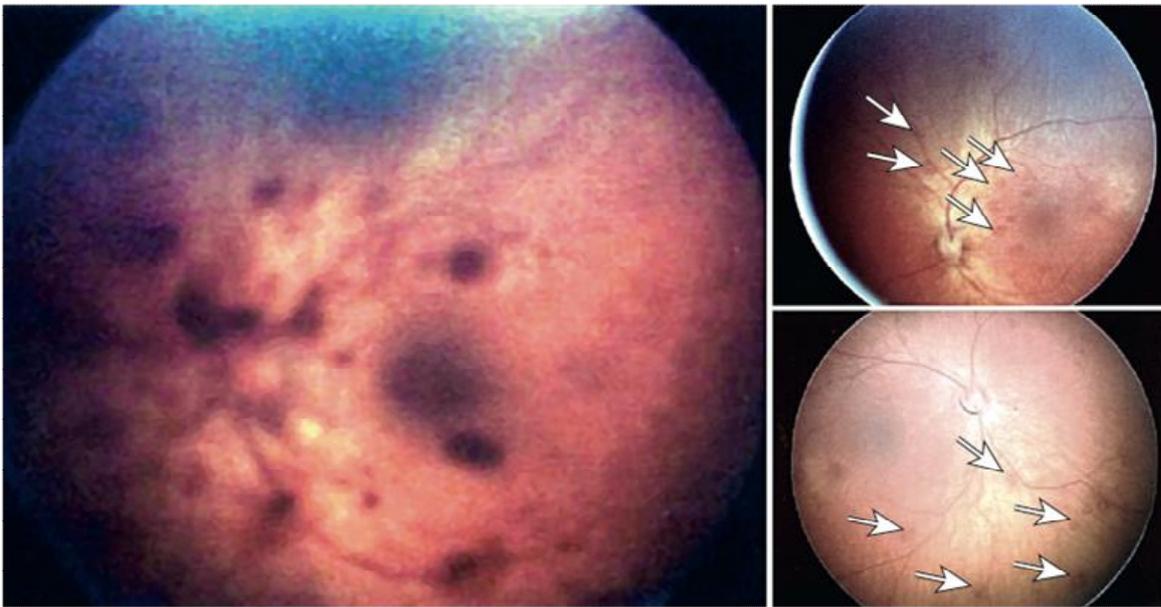


Figure 37-7 Retinal hemorrhages. Lines point to hemorrhages of various sizes.

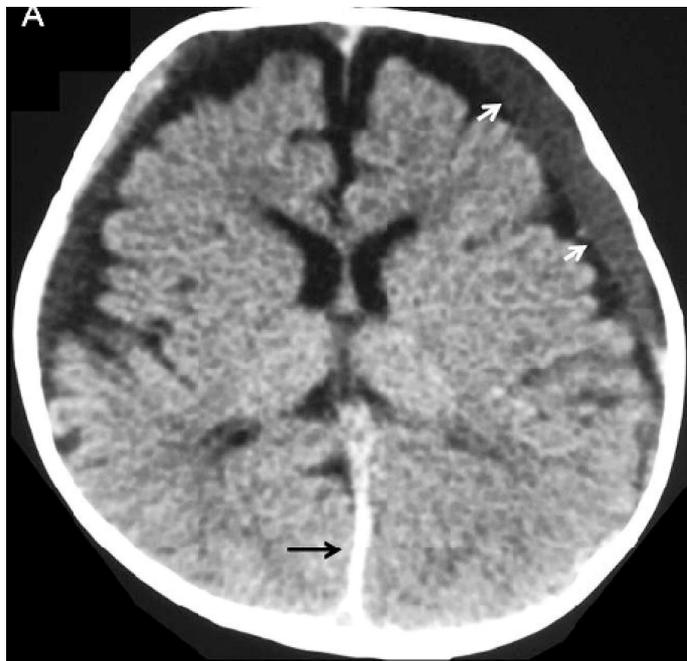


FIGURE 1
CT images of a 5-month-old infant who suffered multiple shakings over more than 1 month. Multifocal SDHs of different densities can be seen in separate locations. A, Lateral hypodensity (white arrows) associated with interhemispheric hyperdensity (black arrow); B, tentorium cerebelli hyperdensity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

PEDIATRICS[®]

OFFICIAL JOURNAL OF THE AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS

**Yield of Diagnostic Testing in Infants Who Have Had an Apparent
Life-Threatening Event**

Donald A. Brand, Robin L. Altman, Kerry Purtill and Karen S. Edwards

Pediatrics 2005;115:885

DOI: 10.1542/peds.2004-0847

TABLE 4. Final Diagnoses, Categorized According to the Sources of Data That Contributed to the Diagnosis

	Category 1 (N = 119)	Category 2 (N = 52)	Category 3 (N = 33)	Category 4 (N = 39)	Total (N = 243)
Source of data					
History and physical examination	☒	☒	☐	☐	
Diagnostic testing	☒	☐	☒	☐	
Final diagnosis					
Gastroesophageal reflux	28	13	27		68
Bronchiolitis	42	6			48
Afebrile seizure	7	5			12
Pneumonia	11		1		12
Abusive head injury	6				6
Febrile seizure	1	5			6
Apnea of prematurity	3	1			4
Choking episode		4			4
Upper respiratory infection		4			4
Bacterial meningitis	3				3
Breath-holding spells		3			3
Urinary tract infection			3		3
Viral syndrome		3			3
Croup		2			2
Double aortic arch	2				2
Infantile spasm	2				2
Periodic breathing	1		1		2
Pertussis	2				2
Sepsis	2				2
Other	9*	6†	1‡		16
Cause unknown				39	39

Table shows the number of patients in each category who were discharged with each diagnosis. When >1 discharge diagnosis was listed in a patient's medical record, the diagnosis that was most likely to have caused the ALTE is reported here. Boxes denote contributory (☒) and noncontributory (☐) data sources, respectively.

* One each of the following: periodic breathing, aseptic meningitis, cerebral artery infarct, dehydration, drug ingestion, foreign body aspiration, inborn error of metabolism, neonatal jaundice, pleural effusion, and ventriculoperitoneal shunt malfunction.

† One each of the following: feeding difficulty, laryngomalacia, mucous plug, nasopharyngeal reflux, upper gastrointestinal bleed, and vasovagal response

‡ Birth trauma.

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

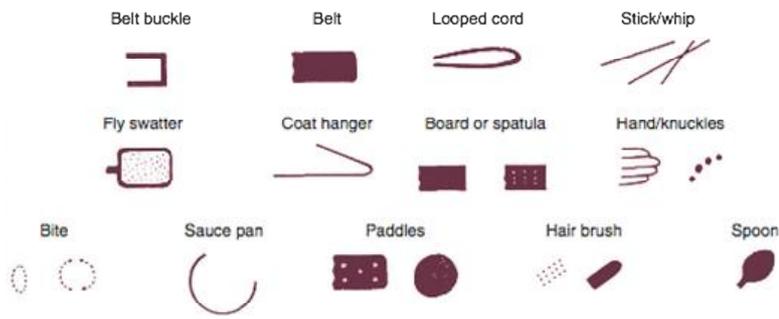


Figure 37-2 A variety of instruments may be used to inflict injury on a child. Often the choice of an instrument is a matter of convenience. Marks tend to silhouette or outline the shape of the instrument. The possibility of intentional trauma should prompt a high degree of suspicion when injuries to 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

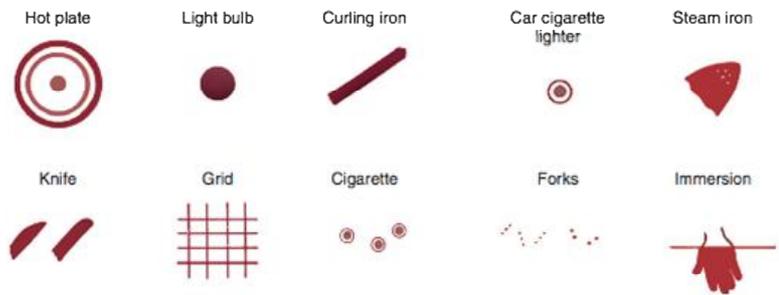


Figure 37-3 Marks from heated objects cause burns in a pattern that duplicates that of the object. Familiarity with the common heated objects that are used to traumatize children facilitates recognition of possible intentional injuries. The location of the burn is important in determining its cause. 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%

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

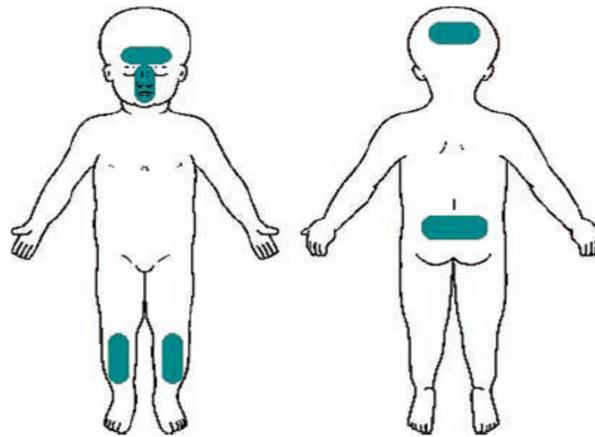


Figure 1 Accidental bruising patterns.

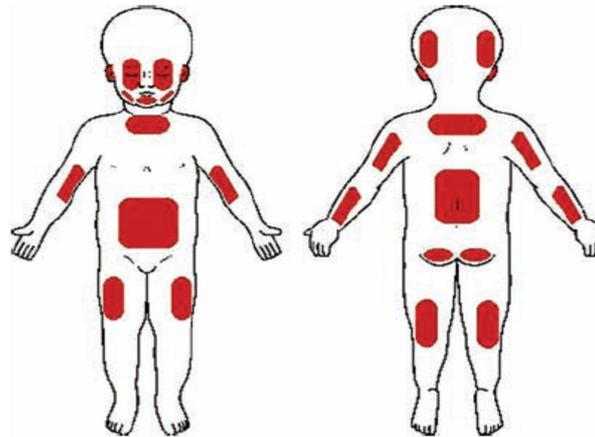
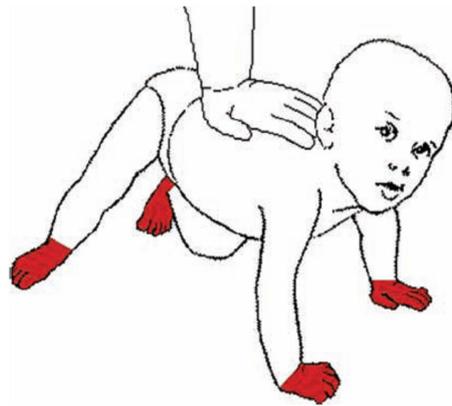


Figure 2 Abusive bruising patterns.

USTIONI



Figure 3 Accidental scald pattern.



173

Figure 5 Abusive scald 'glove and stocking' pattern.

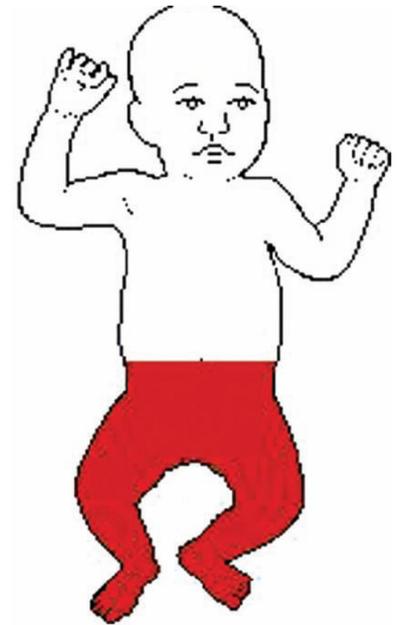


Figure 4 Abusive scald pattern.

Best practice

Abusive head trauma: recognition and the essential investigation

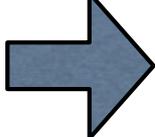
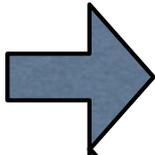
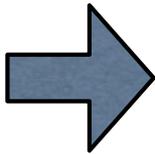
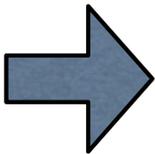
Alison M Kemp

Table 2 Clinical indicators of abusive head trauma

	AHT	Non-discriminatory	Non-AHT
Neuroradiology			
Extra-axial haemorrhage	<ul style="list-style-type: none"> ▶ SDH ▶ Multiple ▶ Interhemispheric ▶ Convexity ▶ Posterior fossa 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ SAH ▶ Bilateral SDH 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ EDH
Intracerebral features	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Hypoxic ischaemic injury ▶ Cerebral oedema 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Parenchymal injury 	
History and clinical features			
History	<ul style="list-style-type: none"> ▶ No history of trauma ▶ Low impact fall, with persistent neurological impairment ▶ Out-of-hospital CPR ▶ Initial history changes ▶ Other trauma explanations 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Low impact trauma, normal neurology ▶ Late presentation ▶ Sibling involvement 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ High impact trauma
Clinical features	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Rib fractures ▶ Retinal haemorrhage ▶ Apnoea ▶ Seizures ▶ Head and neck bruising 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Skull fracture 	
Retinal haemorrhage	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Bilateral ▶ Multilayered ▶ Extend to periphery ▶ Numerous 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Other retinal features 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Rare but when occur ▶ Unilateral ▶ Posterior pole ▶ Scattered ▶ Few in number

AHT, abusive head trauma; CPR, cardiopulmonary resuscitation; EDH; extradural haematoma; SAH, subarachnoid haemorrhage; SDH, subdural haematoma.

La frattura cranica non è un indicatore



FRATTURE

>5 a : 85% accidentali
<18 m : 80% da maltrattamento

Fratture da maltrattamento-incidenza
0-35 m : 15/100.000
<12 m : 36/100.000
12-35 m : 5/100.000

**30% dei bambini maltrattati ha fratture
molte delle quali sono occulte**

**Fratture multiple :
forte associazione con maltrattamento**

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"

L'abuso sessuale

Sara, 15 anni, arriva in PS alle 21 accompagnata da un'amica coetanea e dai carabinieri.

Al triage i carabinieri riferiscono che si tratta di un caso di abuso sessuale e che avevano portato la ragazzina in ospedale per fare eseguire gli accertamenti "del caso".

Il pediatra di guardia (giovane e senza formazione specifica in tema di violenza all'infanzia) invita i carabinieri ad accomodarsi in sala d'aspetto e si reca con la ragazza, la sua amica e un'infermiera in un box visita.

Sara racconta che una settimana prima aveva confidato all'amica di subire molestie sessuali da parte del padre e che quella sera l'amica l'aveva convinta a recarsi dalle Forze dell'Ordine per sporgere denuncia.

In evidente stato di ansia Sara racconta che le attenzioni del padre nei suoi confronti erano iniziate quando aveva 9 anni, all'inizio con "semplici" carezze poi c'era stata una escalation di comportamenti sempre più invasivi nei suoi confronti. Nell'ultimo mese aveva evitato di rimanere sola con il padre e in questo modo era riuscita ad evitare ulteriori molestie.

La ragazza manifesta la volontà di non rientrare a casa per timore di altre molestie. Racconta inoltre di essersi confidata anche con la madre la quale non le aveva creduto e l'aveva rimproverata severamente dicendole che era lei ad avere atteggiamenti provocatori.

Che fare?

**Cosa è
stato fatto**

Il pediatra di guardia a questo punto redige un referto che viene inviato via fax alla Procura della Repubblica presso il Tribunale Ordinario e presso il Tribunale per i Minorenni

Vengono visionati i precedenti accessi della ragazza in PS : oltre ad accessi per traumi minori e patologie intercorrenti risulta che negli ultimi 2 anni Sara è venuta in PS per una crisi di panico e per un'intossicazione etilica acuta.

Nel frattempo la madre di Sara, accortasi che la figlia non era rinchiusa, dopo aver tentato invano di contattarla al cellulare, telefona all'amica e da questa apprende che la figlia si trova in PS.

Dopo più di un'ora la signora arriva in ospedale e una volta appreso il motivo per cui la figlia si trova in PS manifesta la sua incredulità e aggredisce verbalmente la ragazza accusandola di ingratitudine verso il padre.

A questo punto il pediatra di guardia

- spiega ai carabinieri che in quel momento non era il caso e nemmeno la necessità di eseguire accertamenti medico-legali

- appurato che si tratta di un abuso sessuale intrafamiliare senza figura protettiva all'interno della famiglia decide di mettere in protezione la ragazza attivando l'art. 403 del cc; a questo punto la madre viene inviata ad allontanarsi e la ragazza viene accompagnata in reparto

Il giorno successivo

-viene attivato il Servizio Sociale Ospedaliero che contatta il Servizio Sociale Territoriale il quale provvede a trovare una comunità di accoglienza per la ragazza

-il caso viene presentato al Gruppo Specialistico MalAb che prenderà in carico Sara per sostegno psicologico e per accompagnarla durante l'iter giudiziario

Anna, 12 anni, arriva in PS accompagnata dalla madre la quale al triage riferisce che la sera prima la bambina le ha raccontato di aver subito molestie sessuali da parte del padre; anche se al caso viene assegnato un codice di priorità bianco madre e bambina vengono fatte entrare subito.

Dall'anamnesi raccolta dal pediatra emerge

-i genitori sono separati da 11 anni, durante il matrimonio il marito aveva comportamenti violenti nei confronti della moglie (violenza verbale e fisica)

-il padre vedeva regolarmente le figlie ma negli ultimi 6 mesi gli incontri sono stati sospesi perché da parecchio tempo le ragazzine manifestavano un profondo disagio quando dovevano andare dal padre e chiedevano di non vederlo più

-la sera prima durante un litigio con la sorella maggiore (Laura 15 anni) Anna ad un certo punto le ha detto "tu stai male perché papà ti ha fatto le stesse cose che ha fatto a me". Laura è seguita in NPI per disturbo ansioso/depressivo ed episodi di autolesionismo. Successivamente Anna ha raccontato alla madre che dall'età di 5 anni, quando andava a dormire dal papà questi le faceva delle carezze nelle parti intime dicendole che faceva questo perché le voleva tanto bene

-Anna ha avuto un'enuresi secondaria, soffre di epigastralgie, ha disturbi del sonno

Che fare?

**Cosa è
stato fatto**

Il pediatra ascolta la storia, chiede ad Anna come si sente e lei gli risponde di essere stanca perché dorme male la notte, il medico le promette che le verrà dato un aiuto per superare l'attuale momento di disagio. Non viene fatto nessun accertamento.

Viene redatto un referto che viene inviato via fax alla Procura della Repubblica presso il Tribunale Ordinario e il Tribunale per i Minorenni

Alla madre viene detto che nei prossimi giorni verrà messa in contatto con il Gruppo specialistico MalAb per sostegno alla bambina e alla madre e per eventuale accompagnamento durante l'iter giudiziario

Maria 5 anni, viene portata in PS dalla madre nel tardo pomeriggio. La madre racconta che da un po' di tempo la bambina si comporta diversamente dal solito (non vuole mai stare da sola, ha tante paure, non vuole che le si faccia il bidet), inoltre a ripreso a fare la pipì a letto. Quel pomeriggio aveva detto alla madre di avere un grande segreto, la mamma con calma era risuscita a farsi raccontare il segreto.

La bambina le aveva raccontato che Matteo (un amico di famiglia che da alcuni mesi era ospite a casa loro) quando sono da soli la tocca sulla "farfallina" e le aveva raccomandato di non dire nulla ai genitori perché loro non avrebbero capito il gioco e si sarebbero arrabbiati con tutti e due.

I genitori avevano chiesto spiegazioni a Matteo davanti alla piccola il quale aveva accusato Maria di essere una bugiarda, ne era seguito un alterco tra i genitori di Maria e Matteo che alla fine della discussione era stato allontanato dall'abitazione.

Che fare?

**Cosa è
stato fatto**

Viene redatto un referto che viene inviato via fax alla Procura della Repubblica presso il Tribunale Ordinario e il Tribunale per i Minorenni. Il caso viene comunicato al Servizio Sociale Ospedaliero

Dopo aver inviato il referto il pediatra di guardia contatta una ginecologa esperta in abusi sessuali su minori e assieme programmano per il giorno dopo una sedazione procedurale per fare la valutazione ginecologica e gli esami medico legali.

Il mattino successivo vengono eseguiti gli accertamenti, alla visita non vengono riscontrate lesioni.

Nel frattempo il Procuratore del Tribunale per i Minorenni contatta la Direzione sanitaria : la famiglia è nota ai Servizi Sociali, il padre è seguito dal Dipartimento per le Dipendenze e ha precedenti penali; in pratica si tratta di una situazione a rischio sociale elevato; il procuratore chiede di non dimettere la bambina fino a quando i carabinieri non avranno verificato l'effettivo allontanamento del presunto abusante dall'abitazione della famiglia. Dopo tale verifica Maria viene dimessa

Nel frattempo i genitori vengono messi in contatto con il MaAb.

Nei giorni successivi viene organizzata una riunione di rete con il Servizio Sociale Territoriale, il medico del PS referente per tali problematiche, il pediatra della bambina, gli operatori del Dipartimento Dipendenze

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

American Accademy of Pediatrics; 2005 Pediatrics

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**

Comportamenti erotizzati

Presenti in circa il 40% dei bambini abusati sessualmente

Alto valore predittivo positivo :

La loro assenza non deve indurre ad escludere l'abuso sessuale

La loro presenza è fortemente indicativa di abuso sessuale

Brilleslijper; 2004 Child Abuse & neglect

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"

**Cosa fare quando si sospetta
una situazione di violenza su di un minore?**

Noi cosa facciamo?

**Maltrattamento/abuso sui minori :
lavoro di rete nella Provincia di
Trieste**

Uff.
Scolastico
Regionale
del MIUR

Comuni
provincia
TS

ASS 1

Comune
TS

GOAP

IRCCS
Burlo
Garofolo

Serv.
Sociale
Minorenni
del
Ministero
della
Giustizia

**Gruppo
specialistico
MaAb**

Educational paper

Detection of child abuse and neglect at the emergency room

Arianne Hélène Teeuw • Bert H. F. Derkx •
Willeke A. Koster • Rick R. van Rijn

**2-10% dei bambini visitati in PS sono vittime di
maltrattamento/abuso**

**Medico/infermiere PS può essere la prima figura che
può individuare un bambino maltrattato**

Presso il Pronto Soccorso Pediatrico è attivo un protocollo per la gestione dei casi dei minori vittime di violenza che giungono alla nostra attenzione

Tale protocollo prevede.....

Rischio sociale, incuria, presenza di segni/sintomi “sfumati”

Segnalare il caso al medico del PS referente per MalAb : contatterà il curante

Segnalare il caso al Servizio Sociale Ospedaliero : contatterà i Servizi Territoriali

Discussione del caso

Dati inconsistenti :

caso chiuso ma inserito in data base per eventuale rivalutazione

Dati che orientano verso una reale situazione di rischio :

segnalazione al Servizio Sociale Territoriale

eventuale segnalazione alla procura presso il Tribunale per i Minorenni

Nel corso di un accesso in PS vengono riscontrati segni evidenti di violenza ma il genitore o chi accompagna il bambino è reticente, minimizzante o cerca di indurre il bambino al silenzio

La violenza viene riferita da un minore non accompagnato

La violenza viene riferita da chi accompagna il minore

Che fare?

Segnalazione all'Autorità Giudiziaria

Protezione del minore

**Segnalazione del caso al Servizio Sociale
Ospedaliero, al Servizio Sociale Territoriale,
al MalAb**

**Eventuale esecuzione di accertamenti
"medico-legali"**

Segnalazione all'Autorità Giudiziaria

Va fatta SEMPRE di fronte al sospetto di violenza (maltrattamento fisico, abuso sessuale, violenza assistita)

Va inviata via FAX alla :

**Procura della Repubblica presso il Tribunale Ordinario
(perseguire l'autore del reato)**

**Procura della Repubblica presso il Tribunale per i Minorenni
(protezione del minore, perseguire l'autore del reato se questi >14 e < 18 aa)**

Eventualmente chiamare le Forze dell'Ordine

Protezione del minore

Porsi sempre la domanda : se lo rimando a casa cosa potrà succedere?

Valutare :

Presenza di genitori protettivi : può tornare a casa

Presenza di un solo genitore protettivo (di solito la madre) :

potrà tornare a casa solo se il genitore maltrattante viene allontanato

potrà andare con la madre da parenti/conoscenti

proteggere entrambi (attivare il GOAP)

Protezione del minore

Se assenza di genitori protettivi :

Attivare art. 403 cc

Chi può attivarlo ?

Forze dell'Ordine

Incaricati di Pubblico Servizio : il medico di PS

Come si attiva il 403?

Telefonare al Procuratore “in turno” del Tribunale per i Minorenni : spiegare la situazione

Compilare l'apposita modulistica e inviarla via FAX alla Procura della Repubblica presso il Tribunale per i Minorenni

Trattenere il minore in ospedale fino al reperimento di una struttura di accoglienza : questo spetta al Servizio Sociale Territoriale o alle Forze dell'Ordine