



UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI
DI PADOVA

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA
DIPARTIMENTO DELLA SALUTE DELLA DONNA E DEL BAMBINO

Corso di Dottorato di Ricerca in: Medicina dello Sviluppo e Scienze della Programmazione Sanitaria

Curriculum: Scienze della Programmazione Sanitaria

Ciclo: XXXII

**LA DIAGNOSI DI ABUSO SESSUALE SUL MINORE:
STUDIO DI UN MODELLO PREDITTIVO**

Coordinatore: Ch.mo Prof. Carlo Giaquinto

Supervisore: Ch.ma Prof.ssa Paola Facchin

Co-Supervisore: Ch.ma Prof.ssa Anna Aprile

Dottorando: Dott.ssa Marianna Russo

“These are incredibly time-consuming cases and they cost money, but when we do it right, the kids are protected, the outside systems work better, and social services are much more likely to make the right decisions. If it’s a criminal case, it is more likely to proceed in an orderly way. And just as important, if we do it right, people who haven’t abused their kids are not going to be accused of abuse and we’re not going to be spending money putting kids in foster care who don’t need to go into foster care.”

Carole Jenny, M.D., M.B.A., FAAP Director, Child Protection Program
Hasbro Childrens Hospital, Providence, RI

INDICE

<i>Riassunto</i>	4
<i>Abstract</i>	11
INTRODUZIONE	17
Capitolo 1. L'abuso sessuale su minore: un problema clinico	33
1.1 Uno sguardo al passato	33
1.2 Definizioni	40
1.3 Epidemiologia	47
1.4 Fattori rischio	50
1.5 Segni e Sintomi clinici: gli indicatori di abuso sessuale	54
1.6 Il quarto indicatore: il racconto	61
1.7 L'iter diagnostico	68
Capitolo 2. L'abuso sessuale su minore: il reato	81
2.1 La legislazione italiana	81
2.2 Esempi di normativa internazionale	84
Capitolo 3. Diagnosi e flow-chart: esiste un gold standard per la diagnosi di abuso sessuale?	88
3.1 Linee guida	89
3.2 Limiti	90
Capitolo 4. Sistemi "intelligenti" di automazione del percorso diagnostico	95
4.1 Esempi in tema di maltrattamento	96
4.2 Limiti	101
OBIETTIVI DELLA TESI	103
MATERIALI E METODI	104
Fase 1: Revisione sistematica della letteratura ed elaborazione di un linguaggio universale	104
Fase 2: Applicazione ad una casistica reale e definizione di un modello di diagnosi	106
Disegno	106
Setting	106
Campione	108
Fonte informative	109
Analisi statistica	110
RISULTATI	111
Fase 1	111
Selezione delle variabili	111
Standardizzazione del linguaggio	112
Fase 2	119
Inquadramento diagnostico	119
Caratteristiche generali e fattori di rischio	125
Indicatori comportamentali	130
Il racconto	137
Indicatori fisici	145
Dati informativi sull'abuso sessuale	149
Dati forensi	150
Analisi multivariata	151
DISCUSSIONE	153
CONCLUSIONI	176
APPENDICE	178
BIBLIOGRAFIA	193

Riassunto

Introduzione

L'abuso sessuale sul minore o *Child Sexual Abuse* (CSA) è stato riconosciuto dall'Organizzazione Mondiale della Sanità come un grave problema di salute in tutto il mondo che, quando non fatale, produce gravi conseguenze fisiche e psicosociali a breve e lungo termine. Il riconoscimento tempestivo e il trattamento precoce migliorano i risultati a lungo termine, ma in molti casi la diagnosi, sia per l'assenza di chiari criteri orientativi sia per un'elevata variabilità intrinseca ed estrinseca nella valutazione del singolo caso, resta un compito particolarmente arduo, rimanendo spesso indeterminata.

Ad oggi, infatti, non esiste un *gold standard* diagnostico in grado di fornire al clinico la giusta combinazione di segni e sintomi e le linee guida finora sviluppate non considerano il fenomeno nella sua interezza. Numerosi studi si sono concentrati soltanto su specifici aspetti (ad esempio, la presenza di lesioni anali o imenali oppure la presenza di disturbi comportamentali o emotivi), rischiando, quindi, di frammentare il bambino in unità multiple (ad esempio, l'anamnesi, l'esame obiettivo, la valutazione psicologica) e di inficiare l'integrità del processo diagnostico. In generale, il sospetto che un bambino sia stato vittima di abuso sessuale nasce in presenza, singola o in combinata, dei cosiddetti indicatori, rappresentati dai segni fisici, dalle alterazioni del comportamento oppure dalla rivelazione di abuso fornita dal minore. Ognuno di questi indicatori costituisce, tuttavia, una potenziale fonte di variabilità, non specificità e fraintendimento.

I segni fisici sono solitamente assenti o non specifici, dal momento che l'abuso sessuale può essere perpetrato con varie modalità (penetrazioni oro-genitali, genito-genitali, genito-rettali; toccamenti in sede genitale, anale o in altre sedi erogene; baci; esibizionismo; mostrare materiale pornografico a un bambino o sfruttare quest'ultimo per la produzione di tale materiale), la maggior parte delle quali potrebbe non produrre affatto segni fisici nelle vittime. Inoltre, la visita medica può essere tardiva rispetto all'evento sia per il frequente racconto dell'abuso sessuale a notevole distanza dalla sua perpetrazione sia, talora, per motivi organizzativi, dal momento che non tutte le strutture ospedaliere dispongono di una *équipe* multispecialistica in grado di valutare questi casi. Per tali motivi, unitamente alla rapidità del processo di guarigione dei tessuti genitali (spesso nell'arco di ore o giorni), le "prove del trauma", presenti in prossimità dell'abuso, possano essere sparite al momento dell'esame medico.

Anche qualora siano rilevati segni fisici specifici (ad esempio, una transezione imenale), il

processo decisionale può essere messo a dura prova nei casi in cui il racconto dell'abuso è completamente assente o aspecifico – evenienza comune nella fase preverbale dello sviluppo - o viene interpretato erroneamente. In alcuni casi, il racconto del minore può essere, infatti, influenzato dalle domande suggestive poste dall'adulto o costituire una falsa accusa fabbricata dalla presunta vittima o dal *caregiver*, situazione quest'ultima che si verifica di frequente nei contesti di elevata conflittualità familiare.

I segni comportamentali o psichiatrici sono di solito molto aspecifici e potrebbero non essere necessariamente una conseguenza diretta dell'abuso sessuale, il quale deve quindi essere posto in diagnosi differenziale con le altre possibili cause, incluse le altre forme di maltrattamento all'infanzia.

Una ulteriore criticità riguarda il valore diagnostico dei fattori di rischio ambientale. Come altre forme di maltrattamento, l'abuso sessuale è infatti il risultato della complessa interazione di molti fattori che operano a quattro livelli (individuale, familiare, comunitario e socio-culturale). Nessun singolo fattore di rischio, tuttavia, presenta una relazione talmente forte con l'occorrenza dell'abuso sessuale da poter assumere un ruolo chiave per confermare o escludere la diagnosi.

Tale quadro clinico poliedrico richiede una valutazione esperta, completa, multidimensionale e multiprofessionale, che non può essere espletata da parte del singolo professionista o della singola struttura sanitaria. Infatti, il medico che per primo s'interfaccia di solito con queste situazioni è il pediatra di libera scelta o il medico di pronto soccorso, i quali potrebbero non essere adeguatamente formati a riconoscere tutti i possibili segni e sintomi dell'abuso sessuale, rischiando quindi di sottovalutare o sopravvalutare la gravità del caso. D'altra parte, i centri specializzati che forniscono *teams* multidisciplinari (medici di pronto soccorso pediatri, ginecologi, medici legali, psichiatri e neuropsichiatri infantili) sono piuttosto rari.

Infine, l'obbligatorietà della segnalazione, qualora sia ravvisabile il reato, e il coinvolgimento delle forze dell'ordine possono determinare una paralisi del processo decisionale, portando il clinico a ritenere che la diagnosi verrà chiarita in ambito giudiziario oppure a escludere clinicamente l'abuso sessuale ritenendo che non vi siano prove "oltre ogni ragionevole dubbio". Per tutte queste ragioni, la decisione di sostanziare il sospetto di abuso sessuale sul minore rimane un compito particolarmente ostico per il clinico e la realizzazione di un modello decisionale resta ancora un obiettivo da raggiungere.

Obiettivi

Lo studio si prefigge di individuare i criteri che orientano il processo decisionale nelle fasi di accertamento di un sospetto abuso sessuale sul minore e, in subordine, l'elaborazione di un modello diagnostico predittivo da adottare uniformemente in tutti i casi di sospetto abuso sessuale in età pediatrica.

Materiali e metodi

Punto di partenza per lo sviluppo del modello sono stati i limiti individuati negli studi scientifici ad oggi disponibili, in particolare la mancanza di una sistematizzazione lessicale e tassonomica delle variabili tradizionalmente associate all'abuso sessuale sul minore.

Pertanto, si è proceduto innanzitutto ad una revisione critica della letteratura nazionale ed internazionale maggiormente indicizzata in tema di abuso sessuale sul minore, in modo da selezionare le variabili ritenute maggiormente rilevanti nel processo diagnostico e da standardizzare la terminologia adoperata per le singole variabili in modo da ridurre una possibile fonte di *bias*. Successivamente è stato condotto uno studio osservazionale trasversale retrospettivo su un campione di 256 bambini infradiciottenni valutati al Centro Regionale per la Diagnostica del Bambino Maltrattato dell'Azienda Ospedaliera Universitaria di Padova in un periodo di 18 anni per sospetto abuso sessuale e suddivisi in tre classi in base alla diagnosi conclusiva di abuso sessuale sostanziato, indeterminato o escluso.

Per ciascun caso le informazioni relative alle variabili selezionate sono state raccolte in un apposito database e, effettuata una prima analisi descrittiva, è stata elaborata una analisi bivariata in modo da stabilire quali variabili sono più fortemente associate alle conferme o alle esclusioni diagnostiche. In fine, l'elaborazione ha compreso un'analisi multivariata per identificare quali variabili possano predire l'esito giudiziario.

Risultati

Dalla revisione della letteratura sono state selezionate 134 variabili, suddivise in 12 macro-aree relative a: dati personali, motivo della valutazione, anamnesi generale, anamnesi correlata all'evento sessuale, reperti dell'obiettività generale e genito- anale, alterazioni comportamentali e comportamenti sessuali, racconto, dati familiari, valutazione psico-diagnostica, audizione protetta, dati giudiziari. Sono stati adottati sistemi codificati di classificazione per dati diagnostici, disturbi alimentari / del sonno ed eliminazione, anamnesi medica passata e risultati fisici generali.

I sistemi codificati sono stati adottati per classificare i dati diagnostici, disturbi alimentari, del

sonno e dell'eliminazione, l'anamnesi patologica remota e l'obiettività generale. Sistemi non codificati ma riconosciuti a livello internazionale sono stati impiegati per categorizzare i reperti dell'esame genito- anale, la struttura familiare, gli abusanti e la scolarità dei genitori. Laddove i sistemi internazionali non sono risultati disponibili, le variabili sono state classificate facendo riferimento ad un terzo livello di evidenza scientifica, rappresentato da studi trasversali o caso-controllo. In particolare, gli studi epidemiologici internazionali sull'abuso sessuale hanno costituito la fonte per classificare l'inviante, il contesto familiare, le alterazioni comportamentali e i comportamenti sessualizzati. Solo un piccolo numero di variabili è stato classificato in base all'esperienza maturata dall'*équipe* del Centro Regionale per la Diagnostica del Bambino Maltrattato.

Rispetto all'intera casistica analizzata, l'abuso sessuale è stato confermato nel 31% dei casi, escluso nel 39.5 %, mentre nel restante 29.7% non è stata formulata alcuna conclusione diagnostica.

In un terzo dei casi esclusi e confermati è presente una comorbidità diagnostica. Nonostante il *neglect* sia una diagnosi alternativa riscontrata frequentemente nelle conferme diagnostiche, esso risulta significativamente associato con i casi nei quali l'abuso sessuale rimane indeterminato ($p < 0.001$).

L'analisi dei fattori di rischio ha evidenziato che, sebbene nelle conferme diagnostiche vi sia una notevole prevalenza del sesso femminile e di bambini con cittadinanza italiana, non vi è associazione statisticamente significativa tra queste due variabili e le classi diagnostiche. Si è invece riscontrata un'associazione tra la conferma di abuso sessuale e la fascia di età adolescenziale della vittima ($p = 0.0240$), nonché con l'assenza dell'abitudine al *cosleeping*. Il 68.32% dei casi esclusi rientrano nei cosiddetti quadri di denunce infondate; in particolare, nel 70% di questi casi sono identificabili elementi di elevata conflittualità familiare, assenti nei soggetti confermati ($p < 0.0001$). Se si considerano altri fattori di rischio nelle famiglie di provenienza (violenza, trascuratezza, patologie mentali), nei casi in cui è stata formulata la diagnosi di abuso sessuale la frequenza di provenienza da nuclei familiari normofunzionanti è maggiore rispetto all'atteso, mentre la relazione è opposta nel caso dei nuclei multiproblematici ($p = 0.0009$).

In merito agli indicatori comportamentali, le alterazioni del comportamento sono presenti nell'82.85% dei soggetti, con una prevalenza più alta nel genere femminile e nell'età adolescenziale, sebbene solo quest'ultima associazione sia risultata statisticamente significativa ($p = 0.0264$). Rispetto alla diagnosi di abuso sessuale, i disturbi esternalizzanti risultano strettamente associati nelle esclusioni diagnostiche ($p = 0.0851$).

Alcuni rilievi anamnestici, quali i disturbi dell'alimentazione, del sonno e dell'eliminazione, sono risultati complessivamente indipendenti dalla conclusione diagnostica. I comportamenti sessualizzati sono riscontrati nel 56% del campione ma solo gli atteggiamenti seduttivi risultano statisticamente associati all'abuso sessuale sostanziato ($p = 0.0964$), mentre assumono segno opposto, essendo più correlati all'esclusione dell'abuso sessuale, i comportamenti sessualizzati espressi dal minore attraverso il contatto fisico.

Un racconto di abuso sessuale è stato riportato dal minore nel 70% della casistica e rappresenta l'indicatore che maggiormente correla con la diagnosi di abuso sessuale, in quanto è presente nelle diagnosi sostanziate in misura significativamente maggiore di quelle escluse ($p = 0.0009$). In particolare, le caratteristiche del racconto che correlano più frequentemente con la diagnosi di abuso sessuale sono: la spontaneità ($p = 0.1350$), la specificità ($p < 0.0001$), i riferimenti sensoriali ($p = 0.0545$), le emozioni negative ($p = 0.0012$) e la molteplicità della rivelazione, quando i racconti sono coerenti ($p = 0.0016$). Ciò che invece, in contrasto con i precedenti studi di letteratura, non è risultato associato alla diagnosi di abuso sessuale è l'intervallo di tempo tra l'abuso e il racconto dello stesso.

In merito agli indicatori fisici, alterazioni a carico dell'obiettività genito-ale sono state riscontrate nel 74% del campione, ma solo il 23% di questi casi è stato sostanziato. Sebbene reperti specifici siano stati rilevati più frequentemente nelle conferme diagnostiche rispetto alle classi degli esclusi e degli indeterminati (44% vs 38% e, rispettivamente, 15%), tale associazione non è risultata statisticamente significativa ($p = 0.6979$), in modo analogo a quella tra obiettività specifica e storia anamnestica di abusi subiti attraverso modalità penetrative.

Rispetto all'abusante, un familiare non genitoriale è più frequentemente identificato nelle conferme diagnostiche ($p = 0.0001$).

Dal confronto tra le diagnosi conclusive di abuso sessuale con l'esito giudiziario è evidente che l'associazione tra conferma diagnostica e condanna giudiziaria, nonché tra esclusione diagnostica ed archiviazione del caso, è risultata molto significativa, con bassissima probabilità di errore.

Infine, è stato elaborato un modello per predire l'esito giudiziario a partire dai dati diagnostici; è emerso che la conferma diagnostica di abuso sessuale è favorente l'esito giudiziario positivo con probabilità di errore molto bassa (<0.0001). In modo analogo, tale esito è predetto dal sospetto di abuso psicoemozionale e di *neglect*, nonché dalla diagnosi di *neglect* e violenza domestica. Al contrario, l'indeterminatezza per la diagnosi di abuso sessuale predice l'archiviazione giudiziaria.

Discussione

L'abuso sessuale sul minore è un fenomeno multiforme in cui si intrecciano aspetti che afferiscono alle più diverse discipline del sapere; le linee guida attualmente esistenti non coprono tutti questi ambiti, per cui non esiste un *gold standard* per la diagnosi di quella che può essere considerata, analogamente a tutte le altre forme di maltrattamento sul minore, una vera e propria patologia.

In tale contesto, il presente studio casistico, volto ad individuare i criteri idonei ad orientare il processo diagnostico nei casi di sospetto abuso sessuale sul minore, si caratterizza per essere l'unico finora condotto ad analizzare accuratamente tutti gli aspetti del fenomeno.

Poiché una criticità emersa dalla revisione della letteratura scientifica di merito consiste nella notevole discrepanza terminologica e tassonomica con cui è classificata o definita la maggior parte delle variabili selezionate per il presente studio, si è ricorso, nella prima fase dello studio, alla elaborazione di un linguaggio standardizzato basato su un modello quadrigerarchico del livello di evidenza fornita dai vari studi e sul rispetto di criteri appositamente individuati.

Alcuni dei risultati ottenuti dall'analisi della casistica hanno confermato alcuni elementi acquisiti da parte della comunità scientifica internazionale, quali la rilevanza di alcune caratteristiche del racconto (spontaneità, specificità, riferimenti sensoriali e assenza di domande suggestive) per la conferma dell'abuso sessuale, il frequente riscontro di un'obiettività genito-ale del tutto normale o aspecifica anche nei casi di conferma diagnostica, l'associazione dell'abuso sessuale con alcuni fattori di rischio, come l'età adolescenziale delle vittime, nonché la frequente esclusione dell'abuso nelle coppie caratterizzate da elevata conflittualità familiare. Rispetto ai disturbi dei ritmi bio-istintuali, l'associazione dei quali con l'abuso sessuale è diversamente riportata dai vari studi di letteratura, i risultati del presente studio, probabilmente per il disegno retrospettivo dello stesso che non consente un sufficiente *follow-up* temporale per valutarne la comparsa, si pongono in linea con quelli che ritengono tali disturbi poco specifici ai fini della formulazione diagnostica.

Per alcune variabili sono emersi risultati non confrontabili con quanto riportato in letteratura.

La maggior frequenza della diagnosi di *neglect* nella classe in cui l'abuso sessuale resta indeterminato è indicativa della maggiore complessità dell'accertamento dell'abuso sessuale in questi casi.

L'abitudine del minore al *cosleeping*, un argomento ancora poco trattato in letteratura, è risultata associata alla diagnosi di esclusione dell'abuso sessuale, riscontro che può essere spiegato dalla più elevata frequenza nelle esclusioni diagnostiche dei bambini in età prescolare per i quali questa abitudine è considerata accettabile, nonché dalla maggiore prevalenza nel gruppo delle

conferme diagnostiche degli abusi intra-familiari, situazioni nelle quali il *caregiver*, timoroso di accrescere il sospetto del medico, può essere indotto a negare tale abitudine.

In contrapposizione con gli studi scientifici secondo i quali più breve è il lasso di tempo tra l'evento e il racconto maggiore è la attendibilità di questo, il fattore temporale, per come emerso dal presente studio, non sembra supportare la diagnosi di abuso sessuale.

La maggiore frequenza nelle conferme diagnostiche e nel gruppo degli indeterminati dei casi nei quali l'abusante è stato identificato in una figura familiare differente dai genitori e, rispettivamente, in un estraneo, può trovare un razionale nelle modalità di conduzione della valutazione presso il *setting* del presente studio.

Una ulteriore diversità evidenziata dal presente studio consiste nel minore divario emerso tra le conclusioni diagnostiche per abuso sessuale e gli esiti giudiziari, da ricondurre al fatto che l'approccio valutativo posto in essere da un centro di terzo livello ha molto probabilmente condizionato l'esito giudiziario in misura più rilevante rispetto alle valutazioni parziali che si focalizzano su singoli aspetti del fenomeno.

Infine, la comorbidità per alcune tipologie di maltrattamento (diagnosi di abuso sessuale, *neglect* e violenza domestica) può condizionare in modo determinante i provvedimenti emessi dell'Autorità Giudiziaria competente.

Abstract

Background

Child Sexual Abuse (CSA) has been recognized by the World Health Organization as a major worldwide health problem that, if not fatal, produces severe short and long-term physical and psycho-social consequences. Timely recognition and early treatment improve long-term outcome, but, in several cases, the diagnosis is a particularly challenging task due to unclear diagnostic criteria and high intrinsic and extrinsic variability, and, for many cases, it remains undetermined.

Which is the right combination of signs and symptoms to make this diagnosis is still debated. To date, there is no *gold standard* for the diagnosis or no guideline has been developed to drive the clinician during the diagnostic process. A large amount of studies has focused on specific aspects (for example, the presence of anal or hymenal injuries, as well as the presence of behavioral or emotional impairments), but none of them provides a comprehensive guideline. The clinical approach so far ends up in fragmenting the child into multiple and separate units, threatening the diagnostic process in its entirety.

In general, suspects for CSA may rise when a child presents one of the following or a combination of physical signs, behavioral signs, psychological/psychiatric signs or provides a disclosure of being abused. Each one of these indicators is a potential source of variability, non-specificity and misinterpretation.

Except for few cases, physical signs during the medical evaluation are often absent or nonspecific. The term CSA includes a vast range of activities - oral-genital, genital-genital, genital-rectal, hand-genital or hand-rectal contact/penetration; hand-breast or hand-thigh contact; exposure/forced viewing of sexual anatomy; showing pornography to a child or using a child in the production of pornography - most of which may not produce physical signs in the victims at all. Furthermore, medical examination may be delayed from the event due to late disclosure or organizational hampering, so that the “evidence of trauma”, if present, may already have healed (the healing process is usually very fast and with a *restitutio ad integrum* of the involved tissues in few hours/days).

Even when specific physical signs are found – i.e. an hymenal transection - the disclosure of the abuse may totally miss (i.e. in pre-verbal children) or may be very aspecific or be misinterpreted, so as to challenge the decision-making process. In some cases, the child disclosure may be induced by the adult with suggestive questioning or may be a deliberate false

allegation, brought by both the alleged victim or the caregiver, occurring in the context of divorce and child-custody battles.

Behavioral or psychiatric signs are usually very aspecific and may not necessarily be a direct consequence of CSA, presenting various possible differential diagnosis (even other forms of child maltreatment).

A further critical issue relates to the diagnostic value of environmental risk factors. Like other forms of child abuse, CSA is the result of many factors coming together in a complex interplay and operating at four levels (individual, family, community and the broader societal and cultural values). No single risk factor bears a strong enough relationship to the occurrence of abuse to play a confirming or disconfirming role in identifying an actual case.

Such multifaceted clinical picture requires an experienced, comprehensive, multidimensional and multiprofessional assessment, not easy to be provided by a single professional or a single health care service. The first physician who evaluates the child, usually a primary healthcare provider or a professional in an emergency setting, may not be properly trained for a prompt recognition of all possible signs and symptoms of CSA, and may underestimate or overestimate the severity of the case. On the other hand, specialized centers providing multidisciplinary teams (pediatricians, gynecologists, forensic pathologists, pediatric psychiatrists and psychologists, physicians in emergency service) and a multidisciplinary assessment are quite rare.

Finally, the mandatory reporting and the involvement of the law enforcement may “paralyze” the clinician in the substantiation process, letting the professional think that “the Court will clarify the diagnosis”, or may disconfirm a clinical diagnosis, given the absence of evidence that withstands “beyond any reasonable doubt”.

For all the aforementioned reasons, the decision to substantiate a suspicion of child sexual abuse remains a very difficult task for the physician and the realization of a uniform decision-making model still remains a challenging purpose.

Aims

The study aims to develop a predictive diagnostic model for Child Sexual Abuse through establishing the rules, both implicit and explicit, driving the clinician in the diagnostic pathway to substantiate or exclude a suspected CSA case; and inferring a methodology from the former point.

Materials and Methods

A specialized literature review was carried out in order to identify the list of variables more strongly connected with CSA. A subsequent procedure of operational definitions was settled, in order to standardize the language and to provide a constant measurement of the identified variables. Once the variables were identified and the operational definitions were standardized, a retrospective observational study was carried out on the casuistry of a tertiary referral hospital for Child Abuse & Neglect of Padua university-hospital, retrieving in a period of 18 years 256 children under 18 years old suspected to be sexually abused and finally diagnosed as confirmed, undetermined or excluded Child Sexual Abuse.

For each case the collected information was inserted in a dedicated database classifying them according to the developed standardized language.

After a descriptive analysis, an expert system that employs a combination of bivariate and multivariate analysis was designed to identify the most predictive variables to confirm or exclude the sexual abuse and to predict the legal outcome.

Results

The revision of literature resulted in a list of 134 variables, grouped in 12 macro-areas concerning personal data, reason of evaluation, general anamnesis, anamnesis related to the sexual event, physical and genito-anal findings, behavioral alterations and sexualized behaviors, disclosure, family data, psycho-diagnostic evaluation, expert testimony, judicial data. Codified systems of classifications were adopted for diagnostic data, eating/sleep and elimination disorders, past medical history and general physical findings. Non-codified internationally recognized systems were used for genito-anal examination, family structure, abusers and parents' schooling. Wherever international systems were not available, other scientific evidence, especially the international epidemiological studies on CSA, was the source to categorize variables as referral source. Family background, behavioral concerns and sexualized behaviors. Only a small number of variables was classified according to the experience of the Padua Child Abuse & Neglect center team.

In the entire casuistry, sexual abuse was substantiated in 31% of the sample, excluded in 39.5% and remained undetermined in 29.7%. Another form of maltreatment was diagnosed in one third of both excluded and confirmed cases. Although neglect is a common alternative diagnosis in the confirmed cases, its association is significant only with the undetermined group ($p < 0.001$). Concerning risk factors, the prevalence of female sex gender and Italian citizenship is higher in the confirmed cases, but this relation is not statistically significant. Instead, an association was

found between the confirmation of sexual abuse and the adolescent age ($p = 0.0240$), as well as the absence of the cosleeping habit. As much as 68.32% of excluded cases belonged to the so-called erroneous concerns of child sexual abuse and two thirds of this proportion were due to a very high couple conflict, utterly absent in confirmed cases ($p < 0.0001$). Respect to other familiar risk factors (violence, neglect and mental pathology), the confirmed cases were more likely to come from normal functioning families than the other diagnostic groups, while the correlation was opposite for children who lived in multiproblematic families ($p = 0.0009$).

The prevalence of behavioral alterations was very high in the casuistry (82.85%). Although females and teenagers were more likely to express an atypical behavior, only the second variable was statistically significant ($p = 0.0264$). Externalizing disorders were more prevalent in excluded case ($p = 0.0851$).

Most of anamnestic variables, as feeding, sleep and elimination disorders, were independent of the diagnostic conclusion.

In 56% of the sample were present sexualized behaviors, but only seductive behaviors were more likely to be founded in substantiated cases ($p = 0.0964$), while inappropriate physical contacts are more prevalent in excluded cases.

Around 70% of children revealed to be victims of sexual abuse and abused children were more likely to report a disclosure than the non-abused ones ($p = 0.0009$). Spontaneity ($p = 0.1350$), specificity ($p < 0.0001$), sensory details ($p = 0.0545$), negative emotions ($p = 0.0012$) and multiple consistent disclosures ($p = 0.0016$) are more frequent in substantiated cases. On the contrary, the time interval between sexual abuse and disclosure was not related to the final diagnosis.

Concerning physical indicators, genito-anal findings were objectified in 74% of the sample, but only a small percentage, equal to 23%, was substantiated. Although specific findings were found more frequently in diagnostic confirmations than in the excluded and indeterminate classes (44% vs 38% and, respectively, 15%), this association was not statistically significant ($p = 0.6979$); likewise, the specificity of genito-anal findings and the history of penetration were not significantly related.

In the confirmed cases the abuser was more likely to be a non-parent family member than in the other diagnostic classes ($p = 0.0001$).

Comparing the diagnostic conclusions with legal outcomes, a conviction was sentenced much more frequently in substantiated cases while the excluded ones were more likely to be dismissed.

Finally, a predictive model was developed to predict the judicial outcome by means of

diagnostic data; the diagnosis of child sexual abuse predicts a positive judicial outcome with a very low probability of error (<0.0001). Similarly, this outcome is predicted by the suspicion of psycho-emotional abuse and neglect, as well as the diagnosis of neglect and domestic violence. On the contrary, uncertainty for child sexual abuse predicts judicial dismissal.

Discussion

The evaluation of child sexual abuse is a complex multidimensional decision-making process where intersect various aspects of knowledge. Nevertheless, currently existing guidelines are not comprehensive of all these areas, reason that prevents the identification of a diagnostic gold standard.

Up to now, the present study is the only one analysing this phenomenon in all its aspects in order to identify the suitable criteria to guide the diagnostic process in suspected sexual abuse cases.

As most of the variables associated to CSA were variously named and systematized according to multiple diagnostic classifications, a standardization was developed respecting specific criteria and a quadri-hierarchical model where the levels of evidence offered by the reviewed studies were organized.

A few results of the presented study were coherent with literature, such as some characteristics of disclosure (spontaneity, specificity, sensory details and absence of leading questions) and a normal or non-specific genito-anal examination in confirmed sexual abuses; the association of individual or family risk factors with final diagnosis, as the adolescent age with confirmations and the conflicting couples with exclusions.

Concerning feed, sleep and elimination disturbs, whose relation with child sexual abuse is variously described in literature, the results of the present study, probably due to its retrospective design that does not include the necessary follow-up to assess their appearance, were in line with those that consider these disorders not enough specific to influence the diagnosis.

A few results were not comparable to those reported in the literature. For example, the greater frequency of the diagnosis of neglect in the group classified as undetermined suggests that in these cases the ascertainment of sexual abuse is more complex.

The cosleeping habit, a still little discussed topic in the literature, resulted more associated with the excluded cases. This finding may be explained by the higher frequency in this diagnostic class of preschool children who commonly practice this habit, as well as by the greater prevalence in the confirmed subjects of intra-family abuses. In these latter eventualities the

caregiver, fearful of increasing the physician's suspicion, may deny this habit.

As opposed to literature data, according to which the shorter is the time interval between the episode of sexual abuse and the disclosure the more reliable is the child who reveals, the present study found that this temporal factor is not related to the final diagnosis of CSA.

The prevalence in confirmed and undetermined cases of non-parent family abusers and, respectively, strangers may be explained by the peculiar approach of evaluation applied in the setting of the study.

A further interesting evidence in comparing the results of this study to the others is the smaller gap between the diagnostic conclusions for sexual abuse and the judicial outcomes. This aspect may be due to the greater influence that a complete evaluation, as the one carried out by a tertiary level center, plays on judicial outcome the evaluation approach put in place compared to the partial assessments that focus on single aspects of the phenomenon.

Finally, the coexistence of various forms of maltreatment, as sexual abuse, neglect and domestic violence, resulted to greatly influence the measures issued by judicial authority.

INTRODUZIONE

Il fenomeno del maltrattamento minorile (*Child Maltreatment* = CM), in ogni sua forma e declinazione, sta assumendo sempre maggiore rilevanza negli ultimi decenni, tanto da essere considerato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (*World Health Organization* = WHO) come una delle principali minacce mondiali per la salute e il benessere dei soggetti in età pediatrica¹.

Il *Global Status Report on Violence Prevention 2014*², pubblicato dalla WHO, è il risultato di un lungo lavoro effettuato su 133 Paesi, con una copertura pari all'88% della popolazione mondiale, volto a fornire una stima del fenomeno della violenza in tutte le sue forme. Dal Rapporto è emerso che i minori di 18 anni nel mondo subiscono maltrattamento fisico nel 23% dei casi, abuso psicoemozionale nel 36%, mentre il 16% è trascurato o è stato vittima di abuso sessuale; in quest'ultimo caso la proporzione delle femmine (18%) è prevalente rispetto ai maschi (8%). I dati riportati nel *National Child Abuse and Neglect Data System* (NCANDS) e ufficializzati nei *Reports* annuali *Child Maltreatment*, elaborati a cura del Dipartimento della Salute e dei Servizi Umani degli Stati Uniti, consentono un'analisi del maltrattamento su una scala territorialmente più ristretta. Dall'ultima edizione del Rapporto³ - la 28^a - risulta che per l'anno 2017 il tasso di vittimizzazione in tutta la popolazione pediatrica è approssimativamente del 9.1‰, che corrisponde ad un totale nazionale di 674,000 bambini, con un incremento del 2.7% rispetto al 2013 (**Figura 1**).

Exhibit 3–E Child Victimization Rates, 2013–2017						
Year	Reporting States	Child Population of Reporting States	Victims from Reporting States	National Victimization Rate per 1,000 Children	Child Population of all 52 States	National Estimate/Rounded Number of Victims
2013	52	74,378,641	656,359	8.8	74,378,641	656,000
2014	52	74,339,990	675,429	9.1	74,339,990	675,000
2015	52	74,360,792	683,221	9.2	74,360,792	683,000
2016	51	73,658,812	671,716	9.1	74,352,938	677,000
2017	52	74,312,174	673,830	9.1	74,312,174	674,000

The number of victims is a unique count. The national victimization rate is calculated by dividing the number of victims from reporting states by the child population of reporting states and multiplying by 1,000.

If fewer than 52 states report data in a given year, the national estimate/rounded number of victims is calculated by multiplying the national victimization rate by the child population of all 52 states and dividing by 1,000. The result is rounded to the nearest 1,000. If 52 states report data in a given year, the number of rounded victims is calculated by taking the number of reported victims and rounding it to the nearest 1,000. Because of the rounding rule, the national estimate/rounded number could have fewer victims than the actual reported number of victims.

Figura 1. Tassi di vittimizzazione dei bambini negli Stati Uniti negli anni 2013-2017.
(Tratto da *Child Maltreatment 2017*)

L'elevato tasso di mortalità per abuso, pari a 2.32 per 100,000 bambini, è stato estrapolato dagli eventi fatali occorsi nel 2017 (1,688) e fornisce una misura allarmante della conseguenza più tragica del fenomeno che interessa i soggetti con meno di 3 anni in quasi i tre quarti dei casi

(72%). Per quanto concerne la distribuzione in base alle tipologie di maltrattamento, il 77% delle vittime è trascurato, mentre gli abusi fisici e sessuali riguardano il 18% e l' 8.6% dei casi rispettivamente.

Sempre negli Stati Uniti è stato condotto un recente studio⁴ che ha utilizzato i dati del Censimento e del NCANDS per stimare la prevalenza delle indagini per maltrattamento da parte dei servizi di tutela per l'infanzia. Secondo i risultati, il rischio cumulativo che tali servizi si attivino a seguito di una segnalazione riguarda oltre un terzo (37.4%) dei minori infradiciottenni, con un tasso più elevato per i bambini afro-americani (53%).

Un altro contributo interessante e di notevole impatto, volto a dimostrare e comprendere l'entità del problema del CM, è quello pubblicato dall'associazione americana *Every Child Matters*. Esso rivela che in un periodo di 10 anni (2008 – 2017) i decessi di minori negli Stati Uniti a seguito di maltrattamento⁵ sono stati quasi cinque volte superiori rispetto alle morti militari della coalizione avvenute in Iraq e Afghanistan⁶ (**Tabella I**).

Tabella I. USA: Confronto tra morti per maltrattamento VS morti militari della coalizione in Iraq e Afghanistan 2008-2017 (*modificata da www.everychildmatters.org*).

Anno	Morti per maltrattamento minorile	Morti militari
2008	1,740	617
2009	1,770	670
2010	1,560	772
2011	1,570	621
2012	1,640	404
2013	1,520	162
2014	1,580	79
2015	1,670	36
2016	1,750	35
2017	1,720	41
Totale	16,520	3,437

Sul territorio nazionale, la recente indagine sul maltrattamento condotta dal Coordinamento Italiano Servizi Maltrattamento All'Infanzia (CISMAI) con Terre des hommes⁷, che ha coperto un bacino effettivo di 2.4 milioni di minori residenti in Italia, pari al 25% della popolazione minorile italiana, ha rilevato che, rispetto al totale dei minorenni seguiti dai Servizi Sociali (457,453), il 20% (91,000) era stato preso in carico per maltrattamento. L'estrapolazione di queste risultanze alla popolazione minorile italiana complessiva ha identificato una prevalenza di CM pari al 9,5 %, comparabile quindi con le stime statunitensi.

Dati sul “*burden of disease*” provengono anche dagli ospedali, soprattutto quelli pediatrici, che rappresentano spesso il primo luogo in cui il “problema” viene portato al di fuori delle mura

domestiche. Il *Dossier* sull'attività dei cinque centri ospedalieri italiani altamente specializzati nella diagnostica dell'abuso minorile ha rilevato che i casi di CM valutati cumulativamente solo nel quinquennio 2011-2015 ammontano a circa 3.000⁸.

Un altro elemento da cui dedurre l'entità del problema consiste nel fatto che il CM non esaurisce il suo potenziale nocivo nello specifico momento o periodo di tempo in cui il bambino subisce le azioni maltrattanti. Come ben delineato nello studio di Djeddah et al.⁹ (**Figura 2**), gli effetti avversi possono estrinsecarsi in qualsiasi momento della vita della vittima, dal breve al lungo termine, e intaccare tutte quelle dimensioni che, secondo la storica definizione WHO del 1948, modificata nel 1998, integrano il concetto moderno di salute, intesa come *“uno stato dinamico di completo benessere fisico, mentale, sociale e spirituale, non mera assenza di malattia”*.

Abuso Fisico	<ul style="list-style-type: none"> Contusioni e lividi Ustioni/scottature Danni oculari Lacerazioni ed abrasioni Fratture Lesioni toraco/addominali Avvelenamento Asfissia Lesioni del sistema nervoso centrale Sindrome Munchausen per procura
Abuso psico/emozionale	<ul style="list-style-type: none"> Difficoltà di autostima Iperattività Lesioni autoinflitte Difficoltà di relazione con i propri pari Senso di colpa/vergogna Disordini somatici Peggioramento del rendimento scolastico Disordini alimentari Ansia, depressione Abuso di alcool/droghe
Trascuratezza e negligenza	<ul style="list-style-type: none"> Malattie infettive Ritardo di crescita - <i>failure to thrive</i> Distrofia – morte
Abuso Sessuale	<ul style="list-style-type: none"> Gravidanza indesiderata HIV/AIDS/ malattie sessualmente trasmesse Morbilità causata da esiti avversi di salute riproduttiva
Conseguenze lungo termine	<ul style="list-style-type: none"> Conseguenze sullo sviluppo Disabilità Disordini alimentari Abuso di alcool/droghe Ansia, depressione Delinquenza, comportamenti violenti auto-distruttività condotte rischiose accresciuta probabilità di divenire genitore abusante esiti avversi di salute riproduttiva a lungo termine Disfunzioni sessuali Infertilità
Conseguenze fatali	<ul style="list-style-type: none"> Omicidio Suicidio Infanticidio AIDS IVG sesso dipendente Mortalità causata da esiti avversi di salute riproduttiva

Figura 2. Le conseguenze del maltrattamento sulla salute dei minori.
(Tratta da Djeddah C et al. Soc Sci Med. 2000)

La letteratura scientifica sull'argomento, in particolare, ha rilevato un'associazione del CM con una serie di conseguenze psico-fisico-sociali, quali un generale deterioramento della salute fisica; la disabilità da postumi permanenti¹⁰; lo sviluppo di deficit cognitivo-intellettuali e di disturbi comportamentali¹¹; l'incremento del rischio di comportamenti pericolosi o delinquenti^{12,13}; la manifestazione di patologie croniche e di patologie mentali come il disturbo post-traumatico da stress^{14,15}; il peggioramento della qualità di vita in età adulta con livelli inferiori di benessere economico^{16,17}.

Lo sviluppo di questo malfunzionamento dell'individuo poggia su un complesso substrato neuro-psico-endocrinologico^{18,19}. Le esperienze traumatiche, in ragione della loro intensità e durata, attivano una reazione allo stress multisistemica che coinvolge l'asse ipotalamo-ipofisurrene (HPA = *Hypothalamic Pituitary Adrenal*), il sistema catecolaminergico e quello serotoninergico.

Sebbene la trattazione dell'argomento sia troppo vasta per essere esaurita in questa parte introduttiva della presente tesi, la ricostruzione sintetica degli eventi biologici che si attivano in risposta al trauma è di seguito riportata.

Inizialmente, vengono sollecitati i sistemi delle catecolamine (adrenalina e noradrenalina, dopamina) e della serotonina, centrali nella c.d. reazione "*fight or flight*" (attacco o fuga). Successivamente, nel tentativo di diminuire l'esposizione all'iperattivazione dei precedenti neurotrasmettitori, soprattutto quando alla loro presenza non può far seguito alcuna utile reazione di fuga dal pericolo o di attacco e neutralizzazione dell'agente traumatico (componente intrinseca delle situazioni di stress cronico), si attivano dei sistemi compensatori. Essi sono sostanzialmente di due tipi:

- a) prevalente attivazione del sistema dopaminergico che esita nella produzione paradossa di endorfine, con "spegnimento" della reazione "*fight and flight*" e importanti conseguenze sul piano fisico ("congelamento", diminuzione del ritmo cardiaco) e mentale (dissociazione);
- b) iperproduzione di cortisolo che media il *coping* nelle situazioni traumatiche e provoca un adattamento allo stress, attraverso molteplici azioni che comportano un aumento della glicemia mediante stimolazione della gluconeogenesi epatica e inibizione dell'azione dell'insulina; aumento del catabolismo proteico muscolare, con maggiore disponibilità di amminoacidi da impiegare nella gluconeogenesi; stimolazione della lipolisi, con incremento della produzione di energia; effetto antinfiammatorio mediante induzione di linfopenia e conseguente ridotta secrezione di citochine e istamina; regolazione della pressione sanguigna e dei processi dell'apprendimento e della

memoria. Il cortisolo è un ormone secreto dalla parte corticale della ghiandola surrenale in risposta all'attivazione dell'asse HPA. L'input parte dall'ipotalamo, il quale libera il CRH (*Corticotropin-Releasing Hormone*), un ormone che va a stimolare a sua volta l'adenoipofisi a produrre ACTH (*Adreno-Cortico-Tropic Hormone*). L'ACTH, legandosi ai suoi specifici recettori sulla parte corticale del surrene, induce la secrezione di cortisolo. Tale secrezione segue un ritmo circadiano che inizia ad emergere durante i primi due mesi di vita e arriva a maturazione attorno ai 5 anni di età²⁰. In particolare, al mattino si osserva un picco del livello di cortisolo in circolo corrispondente all'ora del risveglio, in seguito al quale si assiste ad un calo progressivo della concentrazione fino ad un secondo picco di entità inferiore che si verifica all'ora di pranzo. Nella restante parte della giornata il cortisolo continuerà a calare, raggiungendo i livelli più bassi attorno alla mezzanotte, per poi ricominciare a salire tra le due e le quattro del mattino. L'asse HPA è regolata anche tramite un *feedback* negativo, in cui il cortisolo va a contrastare e controllare la sua stessa secrezione agendo su adenoipofisi e ipotalamo, per fare in modo di mantenere una concentrazione plasmatica di cortisolo adeguata alle necessità. In caso di stress il *feedback* inibitorio viene temporaneamente interrotto in modo che aumenti la secrezione dell'ormone.

I sopra citati eventi, se limitati nel tempo e nelle situazioni necessarie, hanno una funzione definitivamente benefica per l'organismo, proteggendolo dalle situazioni rischiose e preparandolo ad affrontare il pericolo; invece, se perduranti, diventano dannosi e possono produrre conseguenze irreparabili per la salute.

Infatti, l'esposizione a fonti di stress eccessivo nei periodi vulnerabili per lo sviluppo – proprio come si verifica nei casi di maltrattamento - genera una disregolazione dei sistemi neurobiologici implicati nella risposta allo stress, la quale compromette il regolare svolgimento di quei processi (*i.e.*, mielinizzazione, apoptosi selettiva neuronale, incremento del volume degli assoni e della numerosità delle sinapsi) che scandiscono la maturazione delle aree cerebrali (sistema limbico, corpo calloso e corteccia pre-frontale) responsabili del neurosviluppo nelle sue varie dimensioni (motorio, emozionale, comportamentale, linguistico, psicosociale e cognitivo). Ad esempio, un'eccessiva sollecitazione dei sistemi che attivano la risposta di fuga e attacco provoca un danno nel funzionamento della corteccia prefrontale, sede della memoria operativa, della concentrazione e dell'efficienza comportamentale sul versante cognitivo. Nel lungo termine, questa reazione può esitare in una diminuzione del volume cerebrale, soprattutto in alcune aree del corpo calloso (fondamentale connessione tra gli emisferi), e in una relativa espansione dei ventricoli cerebrali.

Anche l'attivazione dei sistemi compensatori, se eccessiva in quantità e durata, diventa pericolosa; nel primo caso (a), il grande dispiego di energie psichiche necessarie a raggiungere il disimpegno dalla realtà impedisce la reazione all'evento traumatico; nel secondo caso (b), l'eccesso di cortisolo, risultando tossico per i neuroni, provoca danni a vari livelli cerebrali, sia diminuendo globalmente il volume del cervello – sinergicamente alle catecolamine – sia rendendo inefficienti particolari aree ad elevata densità per i recettori dei glucocorticoidi, come l'ippocampo e l'amigdala, sedi nelle quali vengono integrati i differenti aspetti della memoria ed elaborati vari stati emozionali, oppure la corteccia prefrontale, deputata alla pianificazione delle funzioni esecutive, ossia di quei processi cognitivi complessi che permettono di porre in atto strategie di *problem-solving* per raggiungere un determinato obiettivo e che garantiscono la flessibilità cognitiva, la capacità decisionale, il controllo attenzionale e il “controllo” sociale, cioè la capacità di sopprimere comportamenti automatici non congrui alla situazione.

Queste evidenze correlano con l'elevato rischio da parte delle vittime di CM di sviluppare deficit nel funzionamento cognitivo e nell'apprendimento, nonché patologie mentali caratterizzate dalla presenza di disfunzioni cognitive, quali la depressione maggiore, il disturbo bipolare, la schizofrenia e il disturbo post-traumatico da stress²¹.

Oltre ad un effetto neurotossico, lo stress cronico causa ipersensibilizzazione nei confronti di questi sistemi neurobiologici, modificando in modo permanente la regolazione del sistema “soglia-spegnimento-riattivabilità”, dove per soglia s'intende la quantità di stimolo necessaria a produrre una risposta allo stress, per spegnimento la capacità del bambino di interrompere la reazione e per riattivabilità l'attitudine a tornare in stato di eccitazione dopo lo spegnimento.

L'epifenomeno di queste alterazioni biochimiche corrisponde sul piano psicologico all'attuazione di vari meccanismi di difesa che condizionano le espressioni relazionali della vittima²². In particolare:

- l'ipersensibilizzazione al sistema catecolaminergico provoca uno stato di *hyperarousal*, ossia di ipereccitazione connessa ad un abbassamento della soglia e ad un aumento della riattivabilità, con permanente stato di allarme. L'iperattività, l'ansia, l'impulsività e i disturbi del sonno sono tipiche modalità con le quali si manifesta il comportamento improntato all'*hyperarousal*, che è più comunemente osservato nei maschi adulti e nei bambini più grandi;
- un opposto meccanismo di difesa, comune nei bambini più piccoli e connesso ad una produzione paradossa di endorfine, si caratterizza per un innalzamento della soglia e un aumento dello spegnimento; in questi casi, prevale uno stato dissociativo, dove i bambini manifestano una distorsione del senso del tempo, dello spazio e della realtà;

- la cronica stimolazione dell'asse HPA può invece determinare effetti diversi²³. In alcuni casi il sistema va incontro ad una ipersensibilizzazione nei confronti dei livelli plasmatici di cortisolo che conduce ad un potenziamento del sistema di *feedback* negativo e, inibendo il rilascio dell'ormone, abbassa la reazione allo stimolo stressante, con serie conseguenze di depressione delle risorse cerebrali preziose per la crescita. Tali evidenze sono state supportate da autori come Hart et al.²⁴, i quali, analizzando le reazioni dei bambini maltrattati ai conflitti in ambiente scolastico, hanno rilevato che, quando intervengano circostanze di stress momentaneo, questi soggetti sopprimono la secrezione del cortisolo. In altri casi, come dimostrato nei bambini gravemente deprivati e accolti negli orfanotrofi della Romania²⁵, si verifica un appiattimento della curva giornaliera del cortisolo, con una riduzione dei livelli mattutini ed un relativo aumento di quelli pomeridiani rispetto ai controlli, che porta a delle ripercussioni sulla capacità dell'individuo di modulare la propria reazione allo stress.

Questi meccanismi di difesa post-traumatici tendono ad alternarsi nello stesso soggetto come in un vortice, rendendo il suo funzionamento ancora più incomprensibile e imprevedibile.

Infine, la disregolazione dei sistemi di compenso può avere delle ripercussioni anche sulla salute fisica.

L'iperattivazione dopaminergica è associata ad un aumento del tono vagale e ai relativi correlati fisiologici (diminuzione della frequenza cardiaca e della pressione arteriosa) e, in virtù della produzione paradossa di oppioidi, ad un'alterazione della percezione del dolore.

L'eccessiva stimolazione stressogena dell'asse HPA influisce negativamente sul sistema immunitario. Infatti, gli ormoni prodotti dalle ghiandole surrenali modulano la funzione leucocitaria, generando uno *switch* dei linfociti T Helper dal tipo 1 (mediatori di una risposta immunologica prevalentemente cellulare) al tipo 2 (mediatori della risposta umorale con secrezione di IgE), e riescono ad inibire la secrezione di alcune citochine importanti per la risposta infiammatoria. L'esposizione a stress importanti e prolungati può quindi rappresentare un rilevante fattore causale nell'insorgenza o nel peggioramento di patologie croniche notoriamente associate ad alterazioni della risposta immunitaria, quali le malattie cardiovascolari, l'asma, l'artrite, il diabete, il dolore cronico, l'obesità e i disturbi psichiatrici²⁶ (**Figura 3**).

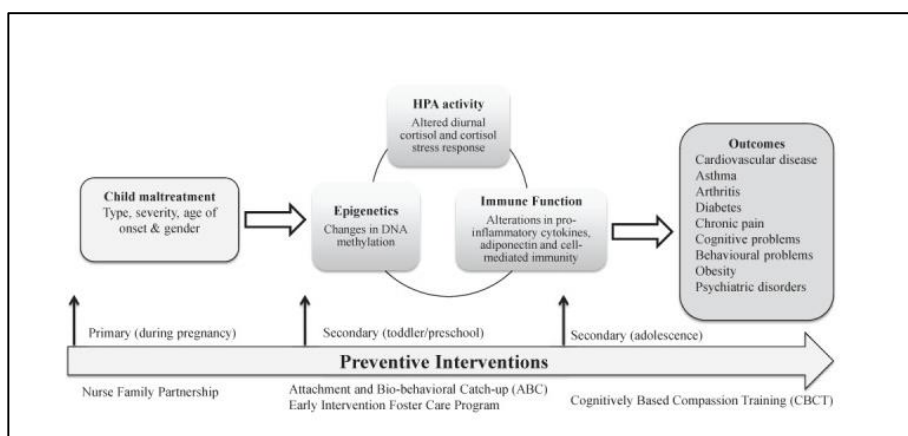


Figura 3. Conseguenze tardive del CM e ruolo dei sistemi biologici.
(Tratta da Gonzalez A et al. *Paediatr Child Health*. 2013)

In tutti questi aspetti, si evidenzia che la reazione al trauma è pericolosa quanto il trauma stesso in quanto compromette un'interazione equilibrata tra il soggetto e l'ambiente (umano, fisico, biologico, sociale) che lo circonda, minando quelle capacità di adattamento e di auto-gestione di fronte alle sfide sociali, fisiche ed emotive, le quali, secondo alcuni Autori, dovrebbero rappresentare i principali requisiti della futura concettualizzazione del termine salute²⁷.

Una ulteriore misura della rilevanza del fenomeno, che si aggiunge a quelle ottenibili dall'elevata incidenza e dalla gravità delle conseguenze psico-fisiche, si ricava dai costi per la società. Uno studio condotto negli Stati Uniti ha stimato che in un singolo anno il carico economico totale derivante dalle denunce di CM ammonta a circa 585 miliardi di dollari, quasi equivalente al 4% del prodotto interno lordo²⁸.

I costi si mantengono elevati anche nella realtà ospedaliera, dove i piccoli pazienti ricoverati per maltrattamento, rispetto ai bambini affetti da altra patologia, hanno degenze più lunghe (8.2 vs 4.0 giorni), profili di patologie più complessi, con il doppio del numero delle diagnosi alla dimissione (6.3 vs 2.8) e il doppio dei costi (19,266 \$ vs 9,513 \$), e, non ultimo, una probabilità più elevata di morire durante il ricovero (4.0% vs 0.5%)²⁹.

Da quanto sinora esposto si comprende, pertanto, la *ratio* per la quale il CM debba essere considerata una questione afferente alla sfera della Salute Pubblica.

Tale concetto è in realtà abbastanza recente ed è stato ufficialmente sancito nel 1996, anno in cui si verificarono due avvenimenti importanti. Innanzitutto, il maltrattamento venne incluso all'interno dell'elenco delle patologie diagnosticabili dell'*International Classification of Diseases* (ICD), con la specificazione di tutte le sue principali sottoforme nosologicamente definite³⁰. In secondo luogo, la 49^a Assemblea Mondiale della Sanità (*World Health Assembly* = WHA) approvò la Risoluzione WHA49.25 in cui dichiarava la violenza un maggiore e

crescente problema di salute pubblica mondiale e richiedeva al Direttore Generale della WHO di stabilire un piano di azioni sanitarie pubbliche in risposta al problema. The *Plan of Action on Violence and Health* fu promosso dalla WHA nel 1998 e l'anno seguente, nell'ambito della riunione sulla prevenzione dell'abuso sui bambini organizzata dalla WHO, un gruppo di esperti elaborò una definizione di CM, tuttora accettata, secondo la quale *“costituiscono abuso all'infanzia tutte le forme di maltrattamento fisico e/o emozionale, abuso sessuale, trascuratezza, nonché sfruttamento commerciale o di altro genere, le quali comportino un pregiudizio reale o potenziale per la salute, per la sopravvivenza, per lo sviluppo o per la dignità del bambino, nell'ambito di una relazione caratterizzata da responsabilità, fiducia o potere”*³¹. Questa definizione supera il tema dell'intenzionalità o meno dei comportamenti omissivi od attivi, include le violenze che possono insorgere nei contesti extra-familiari e classifica il maltrattamento dei minori come un problema non solo sociale, ma anche sanitario, in quanto interferisce con il benessere fisico e psichico dei bambini compromettendo la salute nell'accezione globale del termine.

Anche l'Italia si allineò con questi cambiamenti; nel 2001 fu emanato il Decreto della Presidenza del Consiglio dei Ministri riguardante la definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), il quale prevedeva che la cura, la presa in carico ed il trattamento terapeutico-riabilitativo delle vittime di maltrattamento rientrassero nell'ambito dei LEA³².

A fronte di questi recenti progressi in materia di prevenzione e contrasto del maltrattamento minorile, l'interesse giuridico nei confronti di tale materia affonda radici più profonde.

Il primo intervento legale risale al 1874, quando un'infermiera di New York, preoccupata per i continui pianti di una vicina di casa di nove anni, riuscì a penetrare nell'abitazione della piccola trovandola incatenata al letto con lesioni in tutto il corpo. Non potendo avvalersi delle leggi statunitensi che conferivano ai genitori diritti assoluti sui propri figli, la donna si rivolse alla società per la protezione animali che riconobbe la compatibilità del caso con il proprio statuto. Una tappa fondamentale per la tutela dei diritti del minore risale al 1924 quando la Società delle Nazioni approvò a Ginevra la “Dichiarazione dei Diritti del Fanciullo” in cui si affermava che il bambino doveva essere posto in condizione di svilupparsi in maniera normale, sia sul piano fisico che spirituale, dal momento che egli aveva diritto di essere nutrito, curato, soccorso e protetto da ogni forma di sfruttamento e maltrattamento. In seguito, nel 1959, fu proclamata dall'Assemblea dell'ONU la “Carta dei diritti del Fanciullo”, nella quale venivano ribaditi il diritto di nascita e di cure adeguate alla madre e al bambino nel periodo pre- e post-natale; la protezione dalle discriminazioni razziali e religiose e il diritto di poter vivere in un clima di comprensione e tolleranza. Nel gennaio 1986 il Parlamento Europeo approvò le stesse

raccomandazioni del precedente documento, con una particolare attenzione al problema dell'abuso infantile e alla necessità di protezione del minore. La “Convenzione delle Nazioni Unite sui Diritti del Bambino” (*Convention on the Rights of the Child – CRC*, 1996)³³ approvata dall'assemblea generale delle Nazioni Unite il 20 Novembre 1989 a New York e ratificata in Italia con legge n. 176 del 1991 va considerata il documento base per supportare politiche di protezione dei minori, ed è stata inoltre riconosciuta come un potente strumento per le attività di prevenzione primaria. L'articolo 19 richiama specificamente il maltrattamento ai minori e raccomanda un approccio aperto per quanto riguarda l'identificazione, la segnalazione, l'accertamento, il trattamento, il follow-up, e la prevenzione, relative al problemaⁱ. La CRC, negli articoli 34 e 35, pone l'accento anche su specifiche forme di maltrattamento quali l'abuso sessuale, la pornografia e la prostituzione minorile come anche lo sfruttamento ed il rapimento di minoriⁱⁱ. Altri articoli danno risalto all'importante ruolo svolto dalla sanità come vero e proprio strumento di operatività della tutela legale e come diretto supporto tecnico per i Paesi. Analogamente a quanto accaduto in ambito normativo, la stessa classe medica prese coscienza del fenomeno dell'abuso oltre un secolo prima che venisse adottata la succitata Risoluzione della WHA.

Nel 1852, a Parigi, scoppiò il caso “Celestine Doudet”, istitutrice francese che, seviziando e maltrattando cinque ragazze inglesi che le erano state affidate, provocò la morte di due di loro. La notizia fece così scalpore che l'ambiente scientifico affidò al francese Ambroise Tardieu (1818-1879), anatomo-patologo e docente di Medicina Legale all'Università di Parigi, uno studio su queste ed altre inspiegabili morti infantili. Tardieu pubblicò, nel 1860, un lavoro scientifico in cui, per la prima volta, cercò di definire un nuovo quadro nosologico, quello del bambino battuto, delineandone le caratteristiche demografiche, sociali, psicopatologiche ma, soprattutto, mediche³⁴. In un altro lavoro pubblicato nel 1868, “*Étude medico-légale des blessures*”, Tardieu pose una relazione (familiare, educativa, sociale) più o meno diretta tra l'abusante ed il minore abusato, ipotizzando che gli artefici dei maltrattamenti sui minori fossero prevalentemente coloro che più di altri ne esercitavano la tutela³⁵. Su 32 casi studiati il

ⁱ *States Parties shall take all appropriate legislative, administrative, social and educational measures to protect the child from all forms of physical or mental violence, injury or abuse, neglect or negligent treatment, maltreatment or exploitation, including sexual abuse, while in the care of parent(s), legal guardian(s) or any other person who has the care of the child.*

ⁱⁱ *States Parties undertake to protect the child from all forms of sexual exploitation and sexual abuse. For these purposes, States Parties shall in particular take all appropriate national, bilateral and multilateral measures to prevent: a) The inducement or coercion of a child to engage in any unlawful sexual activity; b) The exploitative use of children in prostitution or other unlawful sexual practices; c) The exploitative use of children in pornographic performances and materials - States Parties shall take all appropriate national, bilateral and multilateral measures to prevent the abduction of, the sale of or traffic in children for any purpose or in any form.*

coinvolgimento diretto di uno dei due genitori, o addirittura di entrambi, venne accertato in ben 24 casi.

Negli anni '40 e '50 altri settori specialistici della medicina cominciarono ad occuparsi di bambini maltrattati. Nel 1939 Inghram, neurochirurgo americano, riconobbe per primo l'origine traumatica degli ematomi subdurali nei neonati sottoposti a maltrattamenti. Il radiologo Caffey nel 1946 rilevò un'associazione tra emorragia cerebrale e fratture ossee precedentemente interpretate come fragilità costituzionale dei bambini³⁶. I pediatri Wolley ed Evans nel 1955 pubblicarono uno studio sistematico realizzato su minori ospedalizzati per ematoma subdurale o per fratture i cui risultati deposero a favore di gravi forme di incuria o di violenza fisica³⁷. Nel suo articolo intitolato "*The battered child syndrome*" pubblicato nel 1962 il pediatra americano Kempe cercò, per la prima volta, di classificare, secondo una serie di dati anamnestici, clinici e radiologici, quegli elementi necessari per poter porre un'accurata diagnosi di "bambino battuto"³⁸. Nell'arco di un breve tempo, il concetto di maltrattamento divenne comprensivo non solo di abuso fisico, ma anche di maltrattamento psicologico e di malnutrizione. Si passò, quindi, dalla definizione clinica della "*Battered child syndrome*" al concetto di "*Maltreatment Syndrome*"³⁹.

Nonostante il rilevante impatto epidemiologico e socio-sanitario ed una consolidata coscienza medico-giuridica sull'argomento, il raggiungimento di un adeguato livello di *standard* che garantisca un approccio integrato al CM è una meta ancora lontana.

Le spiegazioni sono molteplici, a partire dalla complessità diagnostica intrinseca nella natura della materia e dalla mancanza di una solida rete che consenta un efficace scambio d'informazioni tra i soggetti che più frequentemente s'imbattono nei bambini maltrattati.

Innanzitutto, l'inquadramento nosologico può essere confondente a causa della molteplicità delle tipologie di abuso possibili. La "Classificazione di Montecchi" (**Tabella II**)⁴⁰, che è tuttora considerata dagli esperti una delle più complete tra quelle esistenti, identifica le seguenti categorie di abuso su minore:

- Maltrattamento fisico;
- Abuso psicoemozionale;
- Patologia delle cure (incuria fisica ed emotiva, discuria e ipercura);
- Abuso sessuale (extrafamiliare, intrafamiliare, sfruttamento sessuale e pedofilia);
- Violenza assistita.

Tabella II. Classificazione delle forme di abuso su minore (*modificata da Montecchi, 1994*).

FORMA DI ABUSO	SPECIFICA DELLA FORMA		DEFINIZIONE
MALTRATTAMENTO	FISICO		Il genitore o le persone che si prendono cura del bambino eseguono, permettono che si eseguano lesioni fisiche o mettono il bambino in condizioni di subirle
	PSICOLOGICO		Il bambino viene svalutato, umiliato, denigrato, sottoposto a violenze psicologiche in modo continuato e duraturo nel tempo attraverso frasi o comportamenti.
PATOLOGIA DELLE CURE	INCURIA		Il bambino riceve cure carenti rispetto ai bisogni fisici, emotivi, psicologici propri del suo momento evolutivo.
	DISCURIA		Il bambino riceve cure distorte e inadeguate rispetto all'età attraverso: <ul style="list-style-type: none"> • la richiesta di prestazioni superiori all'età/possibilità; • l'accudimento tipico di bambini più piccoli; • l'iperprotettività.
	IPERCURA		Il bambino riceve eccessive per lo stato fisico, caratterizzate da una inadeguata e dannosa medicalizzazione. Comprende: <ul style="list-style-type: none"> • la sindrome di Munchausen per procura; • il <i>chemical abuse</i>; • il <i>medical shopping</i>.
ABUSO SESSUALE	INTRA-FAMILIARE	Manifesto	Contatti fisici a valenza incestuosa, in cui generalmente una figura maschile con funzione paterna abusa di una figlia femmina; più raramente i casi in cui ad essere abusanti sono le madri, i padri nei confronti dei figli maschi, i fratelli maggiori nei confronti delle sorelle.
		Mascherato	Consistenti in pratiche genitali inconsuete, quali frequenti lavaggi dei genitali da parte di un genitore, ispezioni genitali ripetute, applicazioni di creme nelle zone intime senza che vi sia una reale necessità.
		Pseudoabuso	Consistenti in quelle situazioni in cui un bambino o una bambina sono fatti assistere all'abuso sessuale che un genitore agisce su un fratello o una sorella o alle attività sessuali della coppia genitoriale.
	EXTRA-FAMILIARE		Esperienze simili alle precedenti ma che sono avvenute al di fuori del contesto familiare.
VIOLENZA ASSISTITA			Bambini testimoni della violenza fisica, psicologica, sessuale, agita da un genitore su un altro genitore o su un altro figlio/a.

Tale differenziazione risulta opportuna ai fini di pervenire ad una forma di classificazione del fenomeno, ma nella realtà l'esperienza della violenza è particolarmente complessa, in quanto le sue diverse espressioni sfumano l'una nell'altra e si sovrappongono.

In secondo luogo, non esiste un *gold standard* diagnostico, poiché le modalità con le quali questa patologia si esprime nel bambino o si presenta al momento della valutazione medica sono oltre modo variabili e correlate a un numero di fattori troppo elevato da poter essere governato efficacemente.

Una corposa revisione sistematica⁴¹, che ha preso in esame oltre 2,000 articoli, ha messo in evidenza i grossi limiti dei test diagnostici attualmente proposti per identificare precocemente i bambini maltrattati. Oltre a un *bias* di fondo, consistente nell'impossibilità di valutare l'accuratezza degli *standard* di riferimento con cui confrontare i test proprio per la peculiare natura della patologia in esame, l'analisi dei 13 studi selezionati ha rilevato numerose carenze che ne inficiano la qualità. In tre casi non erano riportati i dettagli necessari a riprodurre il test diagnostico, in altri non erano descritti i criteri di selezione dei pazienti o non erano impiegati gli stessi standard di riferimento e in uno studio non vi era indipendenza tra il test diagnostico e quello di riferimento in quanto i risultati del primo erano stati utilizzati per formulare la diagnosi finale. Inoltre, le evidenze a sostegno dell'accuratezza dei test diagnostici sono risultate complessivamente di scarsa qualità, sia per la bassa sensibilità (> 90% solo in 3 studi) sia per la tardiva identificazione dei bambini abusati (quando le conseguenze del maltrattamento erano già gravi), non consentendone l'impiego come test di *screening* per la diagnosi precoce.

Lo stesso abuso fisico, che è considerato la tipologia a minore complessità diagnostica per la chiara visibilità dei suoi effetti sul corpo della vittima, può rappresentare una vera e propria sfida clinica. Le situazioni controverse, note come "*gray cases*" nella letteratura anglosassone, sono infatti numerose, rappresentando, a seconda degli studi, il 14.5 - 26.1% della totalità dei casi esaminati⁴². Si tratta di quadri clinici accomunati da un'ambiguità sia delle circostanze durante le quali sarebbe occorso il trauma sia delle lesioni stesse che risultano indistinguibili da quelle accidentali.

Per facilitare la categorizzazione probabilistica di un'ipotesi di abuso fisico, negli Stati Uniti sono state sviluppate delle scale. Alcune si basano su sistemi ordinali nei quali l'attribuzione ai reperti riscontrati di uno specifico punteggio, coincidente con i due estremi della scala (abuso certo; evento accidentale certo) o compreso tra di essi, è regolata da specifici criteri^{43,44}. Tuttavia, molti studi hanno dimostrato che non vi è un ottimale grado di correlazione tra gli

osservatori che le adoperano, soprattutto se provenienti da settori specialistici diversi o con un diverso livello di esperienza^{45,46}.

Insidie maggiori s'incontrano nella valutazione di tipologie più subdole di CM, come l'abuso psico-emozionale, che può sfuggire all'individuazione per molto tempo fino a quando non siano evidenti gli effetti devastanti sullo sviluppo della personalità del bambino, oppure l'abuso sessuale, le cui peculiari problematiche verranno discusse nei capitoli successivi della presente tesi.

Infine, l'accuratezza di questa diagnosi risiede altresì nella stretta collaborazione di diverse figure professionali e presuppone che i professionisti abbiano la sensibilità e l'attitudine a prevederla tra le possibili diagnosi e la preparazione tecnica per accertarla. Come messo in evidenza dallo stesso Kempe³⁸, il medico che affronti un caso di maltrattamento deve interagire contemporaneamente non solo con il bambino e i suoi genitori, ma anche sé stesso. Il confrontarsi con simili situazioni può infatti far nascere nel soggetto che le sta valutando emozioni discordanti, dall'angoscia suscitata dalla sofferenza del bambino fino al senso di colpa determinato dal giudizio negativo espresso sulla famiglia. Una gestione non ottimale dell'emotività nel professionista può condurre ad una gestione altrettanto non ottimale del percorso diagnostico-terapeutico, con effetti deleteri che possono andare dal ritardo nella presa in carico, all'errore di diagnosi fino alla totale negazione dell'abuso.

Tutte le predette criticità minano la correttezza con cui deve essere affrontata questa delicata materia. Infatti, se nella maggior parte dei paesi occidentali la legge è perentoria nell'obbligare alla segnalazione all'Autorità Giudiziaria quanti nell'esercizio di una professione sanitaria abbiano un sospetto ragionevolmente fondato che un minore sia vittima di abuso, l'effettivo funzionamento di questo sistema è fortemente influenzato dalla elevata soggettività del percorso decisionale clinico. In altri termini, per uno stesso caso clinico, la percezione che gli elementi raccolti siano sufficienti a fondare il sospetto può variare da un operatore all'altro⁴⁷.

Un altro ostacolo che inficia un approccio organico al CM deriva da un'insufficiente formazione degli operatori – in particolare socio-sanitari e scolastici - che dovrebbero saperlo riconoscere. Questo problema è particolarmente rilevante in Italia, in cui lo stesso piano di studi dei futuri professionisti sanitari non prevede l'insegnamento della diagnostica del maltrattamento sui bambini. Queste carenze conoscitive sono state l'oggetto di un'indagine condotta nel 2013 da Terre des Hommes con il Servizio di Soccorso Violenza Sessuale e Domestica (SVSeD) della Clinica Mangiagalli di Milano⁴⁸. Tra i dati emersi dai questionari inviati a 1170 medici del territorio cittadino (pediatri di libera scelta e medici di medicina generale), il 66% degli intervistati dichiarava di avere sospettato una situazione di CM; tuttavia

in circa la metà dei casi (48.51%) tale sospetto non era stato segnalato alle autorità competenti per le seguenti motivazioni: mancanza di elementi di sospetto sufficientemente forti (55.1%); mancata conoscenza di come e a chi segnalare il fatto (11.3%); timore delle ripercussioni sul contesto familiare di una eventuale segnalazione (13.6%). Inoltre, il 55% del campione riteneva erroneamente che soltanto il medico fosse la figura sanitaria preposta a redigere la segnalazione in caso di sospetto abuso, quando, invece, la legislazione nazionale vigente statuisce l'obbligatorietà per chiunque eserciti una professione sanitaria e ne sanziona l'omissione nei termini previsti dall'art. 365 del Codice Penale (C.P.).

Esposta questa ampia premessa sul maltrattamento in generale, i successivi capitoli verteranno sulla specifica tipologia dell'abuso sessuale, partendo da una digressione storica, per poi inquadrare il fenomeno sul piano epidemiologico e terminologico e, infine, dedicare ampio spazio al problema della complessità diagnostica.

Capitolo 1. L'abuso sessuale su minore: un problema clinico

1.1 Uno sguardo al passato

1.1.1 Cenni storici

L'abuso sessuale affonda le sue radici nella storia dei tempi; è un errore, quindi, pensare ad esso come un fenomeno tipico della società contemporanea.

I termini pedofilia e pederastia traggono origine dalla lingua greca e derivano dalla fusione del sostantivo *pais* = ragazzo con *philia* = amore e, rispettivamente, *erastés* = amante. Nonostante l'assonanza, si tratta di concetti differenti, sebbene siano spesso usati in modo interscambiabile. Con il primo termine si fa riferimento ad un "disordine" psichico ricompreso all'interno della 5ª edizione del *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-5) con il nome di *Pedophilic disorder*, il quale si caratterizza per un'attrazione sessuale verso i bambini prepuberi, persistente da almeno 6 mesi ed egodistonica. Il secondo termine identifica un rapporto omosessuale di un uomo adulto con un adolescente di genere maschile.

Tale distinzione trova un corrispettivo anche sul piano storico.

Nell'antica Grecia le relazioni amorose tra uomini adulti e ragazzi puberi erano una pratica diffusa e ben accettata socialmente tanto da assumere carattere educativo. Si riteneva, infatti, che i rapporti sessuali con persone più anziane di provato valore etico potessero essere strumento di maturazione personale e di comunicazione di tali valori. Nella sua "Storia della sessualità" Michel Foucault sottolinea infatti che nella riflessione greca l'"amore" per i ragazzi trascende il rapporto fisico e trasforma la relazione "in un legame definitivo e socialmente prezioso, quello della *philia*", che porta a condividere gli stessi sentimenti e le stesse gioie in vista della piena maturazione del giovane⁴⁹.

Se questo "amore" nei confronti degli adolescenti di età compresa tra i 12 e i 18 anni, di natura perlopiù omosessuale, non era connotato da un'accezione morale negativa in quanto parte di una più importante relazione pedagogica, la legislazione ateniese sanzionava severamente i rapporti sessuali con i bambini prepuberi. Dalla letteratura dell'epoca e, in particolare, dagli scritti di Plutarco, si evince, però, che, nonostante le norme, le congiunzioni carnali con bambini di età inferiore ai 12 anni da parte dei pedagoghi avvenivano con regolarità e né la riprovazione sociale né le sanzioni penali servivano a porre un freno.

Prendendo spunto dall'equivalente greco, nell'antica Roma la pedofilia era ufficialmente condannata. La prima forma di regolamentazione giuridica risale all'età repubblicana, con la *Lex Scatinia*, la quale fissava un limite legislativo alla pederastia e alla pedofilia. La legge

puniva esplicitamente lo *stuprum cum puero*, ove perpetrato su bambini liberi, e, nella fattispecie, i rapporti tra adulti e *praetextati*, termine con cui si identificavano i bambini che indossavano la *praetexta* – una tunica bianca con gli orli di porpora - per evidenziare il mancato raggiungimento della maturità sessuale. Con la *Lex Iulia de adulteriis* (18 a.C.), emanata dall'imperatore Augusto, oltre alla punizione dello stupro nei confronti degli individui liberi, veniva prevista una forma di condanna per le condotte pedofile nei confronti degli schiavi e dei liberti. Si trattava, tuttavia, di un risarcimento concepito in favore del *dominus*, connesso al danno da egli subito sulla proprietà. Inoltre, la *Lex Iulia* puniva indifferentemente lo *stuprum* e l'*adulterium*, sebbene il primo comprendesse l'unione sessuale con fanciulli oppure con donne vergini, mentre il secondo identificasse il rapporto sessuale con donne unite in matrimonio. Peraltro, la punizione contemplata - la confisca dei beni del colpevole – ricadeva nell'ottica della *Lex Aquilia*, mirando quindi al risarcimento del danno di proprietà. Soltanto lo *stuprum* violento e perpetuo era prevista la pena di morte⁵⁰.

Analogamente al modello greco, tale impianto normativo, già di per sé poco tutelante, veniva di fatto smantellato da contraddizioni inveterate nella società e sulle quali la letteratura romana offre un quadro ampio e particolareggiato.

Petronio nel *Satyricon* descrive una scena di un'orgia durante la quale il protagonista Gitone è chiamato a giacere con Pannichide, una bambina di 7 anni, mentre le sacerdotesse applaudono. A differenza della Grecia classica in cui le fanciulle si sposavano tra i 18-20 anni, a Roma i matrimoni precoci erano consentiti dalla legge che fissava l'età minima a 12 anni per le femmine e 14 anni per i maschi. Tuttavia, la stessa legge non era rispettata riguardo ai limiti di età stabiliti, a partire dagli stessi genitori che dichiaravano il falso per accelerare i matrimoni dei loro figli.

Nel periodo bizantino, per agevolare le unioni finalizzate a stabilire alleanze politiche, era possibile contrarre matrimonio con bambine di età inferiore al limite consentito con la clausola che il marito avrebbe dovuto aspettare il compimento di 12 anni per avere rapporti sessuali.

Anche in questo caso le violazioni erano frequenti. Famoso è l'esempio della Principessa Simonide, unica figlia dell'Imperatore Andronico II Paleologo (1282-1328 d.C.), che all'età di 5 anni venne offerta in sposa al quarantenne sovrano della Serbia, Stefano Milutin, per ragioni di stato. Il marito, come conferma lo storico Niceforo Gregora (quattordicesimo secolo), “non si conformò ai requisiti di legge, ma la violentò a 8 anni, causandole danni ai lombi che le impedirono di avere figli, e sofferenze mentali che la spinsero a tornare in patria in lacrime per farsi suora”⁵¹.

Come sopra riportato, per molto tempo gli abusi sessuali extra-familiari sono stati considerati reati compiuti contro la proprietà, e, di conseguenza, le punizioni per i colpevoli erano ricondotte al valore attribuito alla perdita della verginità della vittima, intesa come "proprietà" dell'uomo, e quindi del padre o del marito o del fratello⁵².

Questa visione venne superata in Italia solo nella seconda metà dell'Ottocento quando i codici penali preunitari (come quello toscano del 1853 e quello sardo-italiano del 1859) e il Codice Zanardelli (1889) non solo recuperarono la punibilità dei colpevoli, ma inserirono i reati sessuali all'interno dei delitti contro il buon costume e l'ordine delle famiglie, essendo quindi il loro verificarsi subordinato all'evento del pubblico scandalo.

Tale inquadramento è stato mantenuto anche nel vigente Codice Penale (1930) fino a non molto tempo fa, quando una grande innovazione in materia di reati sessuali è stata apportata dalla Legge 15 febbraio 1996 n. 66 - "Norme contro la violenza sessuale". Primo punto cardine della riforma è stato lo spostamento della normativa sui reati sessuali dal capo relativo ai delitti contro la moralità pubblica e il buon costume a quello dei delitti contro la libertà personale, con ciò mettendo in evidenza come la tutela offerta da tali disposizioni è rivolta prevalentemente al diritto di autodeterminazione dell'individuo nella sfera dell'attività sessuale⁵³.

Spostando ora l'attenzione su una delle forme più diffuse di abuso sessuale, quella intra-familiare, la sua interdizione, anche se storicamente accompagnata da gradi di punizioni diversi, si può definire universale, tranne che per poche e remote eccezioni, tra le quali le più conosciute sono quelle dell'Egitto tolemaico, nel quale il matrimonio incestuoso veniva praticato dalla classe regnante, e dell'antica Persia, nella quale, sempre limitatamente alla casta reale, era molto diffusa non solo l'unione tra padre e figlia, ma anche tra madre e figlio. Tale consuetudine era presente anche in società geograficamente e culturalmente lontane dal mondo occidentale, come quella hawaiana o quella dei regni Bantù⁵⁴. Per quanto riguarda "l'antichità" del divieto, già nell'Antico Testamento (Levitico, 20,17-21) si trova un'esplicita proibizione delle unioni incestuoseⁱⁱⁱ.

L'incriminazione vera e propria dei comportamenti incestuosi risale, invece, alle origini del diritto romano che prevedeva la pena capitale per chi si macchiava del reato di incesto, termine

ⁱⁱⁱ **17** Se uno prende la propria sorella, figlia di suo padre o figlia di sua madre, e vede la nudità di lei ed ella vede la nudità di lui, è una infamia; ambedue saranno sterminati in presenza dei figli del loro popolo; quel tale ha scoperto la nudità della propria sorella; porterà la pena della sua iniquità. **18** Se uno giace con una donna che ha i suoi corsi, e scopre la nudità di lei, quel tale ha scoperto il flusso di quella donna, ed ella ha scoperto il flusso del proprio sangue; perciò ambedue saranno sterminati dal loro popolo. **19** Non scoprirai la nudità della sorella di tua madre o della sorella di tuo padre; chi lo fa scopre la sua stessa carne; ambedue porteranno la pena della loro iniquità. **20** Se uno giace con la moglie di suo zio, scopre la nudità di suo zio; ambedue porteranno la pena del loro peccato; morranno senza figli. **21** Se uno prende la moglie di suo fratello, è una impurità, egli ha scoperto la nudità di suo fratello; non avranno figli.

che deriva proprio dal latino *incestum* - “atto impuro, turpitudine” – e che ricomprendeva i rapporti sessuali tra i consanguinei nell’ambito dei gravi attentati alle leggi religiose⁵⁵.

Tuttavia, i divieti normativi imposti dalla legge romana e mantenuti nel periodo bizantino non costituivano un efficace deterrente⁵⁶. Lo storico Agazia, vissuto nel VI secolo d.C., dichiarava che “il fenomeno dell’incesto è largamente diffuso e molti fratelli intrattengono relazioni immorali con le proprie sorelle, i padri con le proprie figlie, e, fatto abominevole, i figli con le proprie madri”. Il problema era di fatto endemico e riguardava in tutte le classi sociali. Un esempio eclatante riguarda il caso di Eraclio (610-641 d. C.), il più noto imperatore incestuoso che, col suo secondo matrimonio, “legalizzò” la sua lunga relazione incestuosa con Martina, la figlia quattordicenne di suo fratello, dalla quale ebbe 10 figli, molti dei quali soffrirono di vari handicap fisici. Sebbene non fosse stata comminata una effettiva punizione nei confronti dell’imperatore, la stigmatizzazione sociale fu talmente forte che gli storici bizantini dell’epoca (Niceforo, Leone Grammatico e Giovanni Zonara) attribuirono l’anomalia congenita del sistema urinario dell’imperatore (epispadia) all’ira divina per il suo matrimonio incestuoso.

La realtà appena illustrata rispecchiava la scarsa sensibilità con cui, fino alla prima metà del XXI secolo d.C., era trattata la tematica del maltrattamento minorile e che era conseguente alla posizione di sottomissione che il bambino occupava all’interno di una famiglia a impronta patriarcale. Tale condizione socio-culturale consolidava principalmente due opinioni: quella per cui i bambini erano considerati proprietà dei genitori (quindi, si riteneva naturale che essi avessero pieno diritto a trattare i figli come pensavano fosse più giusto) e conseguentemente quella secondo cui i genitori erano considerati responsabili dei figli, per cui un trattamento severo veniva giustificato dal fatto che solo così i genitori sarebbero riusciti a mantenere la disciplina, a trasmettere le buone maniere e a correggere le cattive inclinazioni⁵⁷.

La stessa Chiesa si è mostrata piuttosto ambigua sull’argomento, assumendo posizioni molto diverse a seconda dei periodi storici, dal promuovere per mezzo degli imperatori cristiani, come Teodosio e Giustiniano, un inasprimento delle pene, prevedendo per i colpevoli anche la vivicombustione, fino a considerare l’incesto - soprattutto se questo portava alla procreazione - un crimine meno grave dell’adulterio o del *coitus interruptus*.

Anche gli assetti legislativi che si sono avvicinati nelle varie epoche storiche non sono stati unitari nel perseguire l’incesto, variando tra la previsione della pena capitale fino, all’estremo opposto, all’abolizione della repressione del reato. Quest’ultimo orientamento ebbe seguito nel periodo illuminista e fu condiviso dai compilatori del codice civile francese del 1810, che infatti non annoverava l’incesto tra i delitti. La medesima scelta fu operata in Italia nei codici preunitari delle Due Sicilie del 1819 e di Parma del 1820. Fu il codice toscano del 1853 il primo

a ripristinare l'incriminazione dell'incesto, seguito poi, nel 1859, da quello sardo-italiano. Quest'ultimo puniva, peraltro, l'unione incestuosa di per sé, senza condizionarne la rilevanza penale al pubblico scandalo. Il codice Zanardelli del 1889, che ribadì – all'art. 337 – l'incriminazione, adottò invece la soluzione di compromesso di punire l'incesto “scandaloso”, poi ripresa dal codice vigente⁵⁸.

1.1.2 Storia dell'abuso sessuale nella medicina

Il primo studio specifico sull'abuso sessuale, noto con il titolo di “*Etude Médico-Légale sur les Attentats aux Mœurs*”, fu pubblicato nel 1857 da Tardieu il noto patologo forense che alcuni anni dopo si sarebbe occupato anche del maltrattamento fisico (*cf. Introduzione*).

Nel XIX secolo l'attenzione era principalmente focalizzata sulla valutazione clinica dell'anatomia vulvare, finalizzata a documentare i reperti imenali altamente specifici di deflorazione, mentre sotto il profilo della lesività anale si ricercavano sicuri segni riferibili a sodomia. Nel 1859 Casper, nella descrizione nel suo Manuale Pratico di Medicina Legale della semeiotica anale del sospetto abuso sessuale, segnalava la presenza di ragadi nel fatto acuto e, citando Zacchia, attribuiva ad eventi cronici la presenza dell'appianamento delle pliche radiate e dell’*“anus infundiboliformis”*, termine quest'ultimo, traducibile nell'attuale *“funneling”*, che tratteggiava la peculiare morfologia assunta dall'ano in seguito al rilasciamento dello sfintere esterno. Similmente il termine *marisca*, sovente impiegato da entrambi i predetti Autori, può essere sovrapponibile al contemporaneo *“tag”*, definito come una protrusione cutanea che interrompe la simmetria delle pieghe perianali. Alla fine del XIX secolo Vibert, nelle *Questions relatives à l'instinct sexuel et à la génération*, trattate nella XII Sezione del *Précis de Médecine Légale*, descrivendo con accuratezza il fenomeno della “pederastia”, nell'accezione attuale di pedofilia, riprendeva la distinzione tra lesioni anali tipiche della fase acuta (escoriazioni, ragadi, ecchimosi) e della fase cronica (*funneling*, dilatazione anale riflessa, appianamento delle pliche radiate, *marische*), affermando altresì la frequente inconsistenza dei segni prodotti dalla “pederastia” passiva qualora l'atto fosse stato praticato con gradualità.

Per quanto concerne i testi italiani del XX secolo, nei quali sono complessivamente riportati ben pochi dati analitici in materia, la tematica dell'abuso sessuale sul minore risulta particolarmente approfondita nei suoi aspetti medicolegali da Cevitali⁵⁹, il quale, sottolineando la mancanza di valore assoluto dei reperti imenali, di frequente assenti anche a seguito di penetrazione peniena, affermava che quest'ultima evenienza potesse essere dichiarata possibile o, viceversa, esclusa mediante un'analisi integrata di differenti variabili della membrana imenale, quali la morfologia, distensibilità ed ampiezza dell'ostio. Raccomandava, inoltre, l'esecuzione

della visita medica entro i primi due giorni dall'abuso per poter constatare le lacerazioni imenali nella fase acuta, in quanto i fenomeni di cicatrizzazione potevano rendere "assai ardua" la diagnosi differenziale con le "intaccature congenite" del margine libero.

Come riportato in un interessante *excursus* sull'abuso sessuale del minore⁶⁰, la medicina del mondo anglosassone, impegnata per tutta la prima metà del XX secolo sul versante del "*battered child*", ha iniziato a prendere realmente coscienza del fenomeno solo tra la fine degli anni '70 e l'inizio degli anni '80, tanto da indurre alcuni studiosi a definirlo "l'ultima frontiera del *Child Abuse*". La forte resistenza da parte del mondo medico, sociale e giuridico nell'affrontare in modo scientifico questo argomento derivava dalla convinzione che la società non potesse accettare l'esistenza di individui attratti sessualmente dai bambini o in cerca, attraverso di essi, di gratificazioni sessuali per colmare disagi personali ed esistenziali.

Nei primi decenni, la ricerca, promossa da autori del calibro di Anderson, Brant, Ellerstein e Kempe, rimase focalizzata soltanto su aspetti limitati, quali le modalità con cui bisognava raccogliere l'anamnesi dal genitore e dal bambino, le dinamiche psicosociali dell'abuso sessuale e la responsabilità della segnalazione e della protezione. Lo stato di conoscenze sull'anatomia del prepubere era molto scarso poiché la maggior parte degli articoli pubblicati agli albori di questo nascente settore scientifico non si erano posti tra gli obiettivi lo studio dei reperti riscontrabili alla visita medica e, in particolare, di quelli associabili a traumi pregressi.

L'importanza di stabilire degli indicatori di abuso cronico o pregresso divenne nel tempo evidente, principalmente per due fattori: da una parte, l'elevata frequenza di valutazioni mediche negative per i tipici segni osservati nel "*rape*" dell'adulto, quali ecchimosi o lacerazioni; dall'altra, la necessità da parte dei medici di interagire con il sistema giudiziario cercando di fornire prove robuste per dimostrare la fondatezza dell'unica diagnosi pediatrica che, oltre all'omicidio, comportava automaticamente un'indagine penale. Pertanto, gli studi che si proponevano di valutare determinati aspetti dell'anatomia genito-ale, quali l'ampiezza dell'ostio imenale (Cantwell, 1983), il grado di rilassamento anale (Hobbes & Wynne, 1990) le sinechie peri-imenali o l'assenza della porzione ventrale dell'imene (Emans, 1987; Kerns, 1992), diventarono via via più frequenti.

Negli anni '90 l'uso del colposcopio, che si era mostrato efficace nel distinguere i reperti normali dalle alterazioni e per identificare possibili microtraumi, diventò una componente indispensabile della valutazione clinica e forense. Le fotografie acquisite con tale strumento hanno costituito la base per la maggior parte delle evidenze ottenute in questa materia negli ultimi vent'anni, divenendo lo *standard* di riferimento per la maggior parte dei centri che in tutto il mondo si occupano di abuso sessuale. Tale documentazione fotografica è risultata

particolarmente utile anche per effettuare le *peer review* e, quindi, per raggiungere un consenso su ciò che i valutatori percepivano come normale o meno. A fianco dei riscontri che potevano essere agevolmente definiti in modo dicotomico - normali/anormali - si andavano aggiungendo reperti considerati non specifici, i quali, spesso, erano già presenti alla nascita.

Il contributo apportato nel mondo scientifico dal colposcopio che, proprio per l'oggettività con cui validava i racconti dei bambini, veniva chiamato "*the magic machine*", relegò a un ruolo di secondo piano il valore di questi stessi racconti, portando a conseguenze molto negative quando un determinato *pattern* osservato nei bambini abusati veniva considerato sufficiente per sostanziare automaticamente l'abuso in altri bambini che alla visita presentavano quello stesso *pattern*.

Nel tempo questo approccio acritico è cambiato, a fronte della sensibilizzazione sul fatto che molti bambini abusati non riportano l'evento e che in molti di quelli che lo riportano l'obiettività fisica è completamente negativa per alterazioni.

In particolare, gli ultimi 20 anni hanno segnato un notevole progresso nella diagnostica dell'abuso sessuale sui minori ed è oramai assodato che i medici non dovrebbero essere relegati al ruolo di "tecnici dell'esame genitale", ma dovrebbero prendere in esame una serie di elementi, tutti egualmente importanti per un'accurata diagnosi, a partire dalla raccolta anamnestica che continua a essere la fase più importante di ogni valutazione.

Il raggiungimento di quella che si può considerare la "*best practice*" nella diagnosi dell'abuso sessuale rappresenta uno dei principali obiettivi della maggior parte dei programmi di formazione pediatrica, tanto da essere uno dei temi trattati costantemente durante conferenze e convegni.

A conferma del crescente impatto clinico e scientifico di questa materia, nei Paesi occidentali, sono sorti numerosi centri ospedalieri di eccellenza, la maggior parte dei quali ubicati negli Stati Uniti (**Figura 4**), che, nell'ambito di una più ampia presa in carico di tutte le forme di maltrattamento ai minori, rispondono all'esigenza di dare una risposta integrata all'abuso sessuale, dalla diagnosi e trattamento - nelle fasi acuta e cronica - alla riabilitazione e prevenzione fino alla formazione del personale.

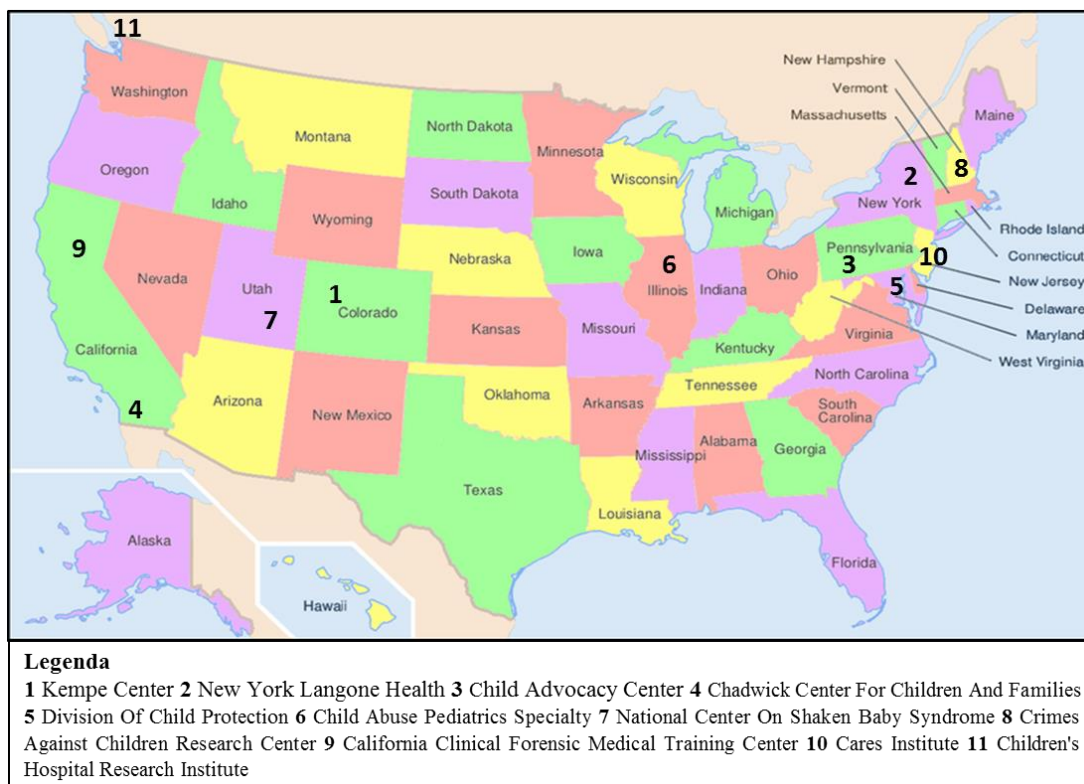


Figura 4. Ubicazione dei principali poli ospedalieri nord-americani per la diagnosi e il trattamento del CM.

1.2 Definizioni

La rilevazione e l'accertamento di un fatto di abuso sessuale è un'operazione estremamente complessa. Il primo punto per comprendere questa complessità è l'assenza di una definizione condivisa.

Infatti, diversamente da altre forme di abuso, sussiste tra gli specialisti molta incertezza su cosa debba intendersi per “abuso sessuale”, essendo il fenomeno soggetto a letture interpretative molto differenziate in base allo specifico contesto valutativo di riferimento, medico, socio-psicologico o giuridico. Questa materia, infatti, non ricade esclusivamente nel dominio di uno specifico settore scientifico ma coinvolge sfere del sapere estremamente diverse tra loro, motivo per cui risulta difficile armonizzare in un singolo enunciato tutti gli aspetti, interessi e finalità delle singole discipline.

La più antica definizione ufficialmente riconosciuta, elaborata dal pediatra Karl Heinz Kempe alla fine degli anni '70 del secolo scorso, intende per abuso sessuale sul minore o, secondo la letteratura anglosassone, *Child Sexual Abuse (CSA)*, “il coinvolgimento del minore in attività sessuali che egli non può pienamente comprendere, per le quali non ha raggiunto un adeguato sviluppo psico-fisico e per le quali non può fornire un consenso consapevole, e/o che violano

leggi e tabù sociali”⁶¹. Questa definizione che, risalendo al 1977, si pone agli albori del lungo ed ancora aperto processo di studio e comprensione del fenomeno, risulta particolarmente attuale nell'enfatizzare i due aspetti preminenti di questa problematica: la natura sessuale dell'atto e la mancanza del consenso.

L'anno successivo il *National Centre on Child Abuse and Neglect* definisce l'abuso sessuale come “il contatto o l'interazione tra un bambino ed un'altra persona, la quale sfrutta il minore per soddisfare i propri bisogni sessuali. L'abuso può essere commesso anche da un soggetto infracidiotenne, che, rispetto alla vittima, abbia un'età significativamente maggiore e/o rivesta una posizione di potere o di controllo”⁶². Si tratta di una definizione di ampio raggio che ricomprende le componenti essenziali del fenomeno, in riferimento alle modalità dell'abuso (contatti fisici ed altra tipologia di interazione), all'intenzionalità ed alla superiorità dell'abusante - anche nell'eventualità della minore età di quest'ultimo - in ragione di motivi generazionali, di autorità e di fiducia. In una consimile relazione, il bambino occupa una posizione di subordinazione, per cui non è solito opporre resistenza. Quest'ultimo aspetto, che rappresenta il principale elemento distintivo rispetto all'analoga condotta offensiva perpetrata sull'adulto, è esplicativo che nel CSA l'uso della violenza non appare essere il principale determinante ed è sovente sostituito dall'esercizio di potere ed autorità da parte dell'abusante. Sebbene queste definizioni abbiano rappresentato un primo passo per circoscrivere il fenomeno, l'acceso dibattito sulla natura dei contatti o, ancora più, delle interazioni che integrano il concetto di abuso sessuale, così come sull'entità della differenza di età che deve sussistere tra vittima e abusante quando quest'ultimo sia anch'egli minorenne, ha portato alla nascita, tra gli operatori in questa materia, di una “polarizzazione”:

- tra quanti ritengono giustificabile l'intervento esterno solo nei casi più estremi e sono favorevoli ad una definizione di abuso sessuale assai circoscritta;
- e quanti sostengono che l'adozione di una definizione più ampia possibile possa concorrere a prevenire una *escalation* da forme di abuso meno gravi ad altre più gravi.

Tutto ciò ha delle rilevanti ripercussioni nel campo della ricerca, come già evidenziato negli anni '80 del secolo scorso da alcuni autori⁶³ i quali, nel condurre un attento esame comparativo dei principali studi sull'incidenza del fenomeno, hanno osservato che i risultati erano fortemente influenzati dalle definizioni operative del termine "abuso sessuale sui minori".

In particolare, come mostrato in **Figura 5**, le divergenze si concentrano in quattro punti fondamentali:

1. la tipologia di condotta abusante, inclusiva o meno delle forme che non prevedono un contatto fisico col minore;

2. il limite di età della vittima;
3. l'inclusione o meno delle aggressioni commesse dai coetanei;
4. la differenza di età tra vittima e aggressore.

In merito al primo punto, molti ricercatori usano una definizione molto estesa di abuso sessuale che comprende, oltre agli abusi sessuali con contatto fisico (*contact abuse*), anche atti che non contemplano un contatto fisico tra vittima e aggressore (*non contact abuse*). Per esempio, secondo Finkelhor (1984) la definizione di abuso include un'ampia gamma di atti, comprendenti il rapporto sessuale, la masturbazione, l'esposizione degli organi genitali, la visione di filmati pornografici e il discutere di argomenti sessuali in modo erotico.

Per altri autori sono da ricomprendere anche gli atti di esibizionismo e le proposte oscene. Essi sostengono la loro scelta in base a due ragioni:

- l'esibizionismo è considerato un atto criminale il cui scopo è spaventare e colpire moralmente la vittima;
- le proposte oscene, quando provengono da un adulto con cui il minore ha una relazione affettiva significativa e di dipendenza, hanno un considerevole impatto psicologico sul minore.

Altri autori, invece, esitano ad accomunare l'esibizionismo e le proposte oscene all'abuso sessuale caratterizzato da contatto fisico, dal momento che quest'ultimo implica un ben più alto grado di gravità nelle conseguenze, soprattutto quelle psicologiche. Alcune ricerche sostengono infatti che sia improbabile che l'abuso sessuale perpetrato senza contatto fisico possa determinare disturbi psicologici a lungo termine.

Per quanto attiene al limite di età della vittima, le definizioni variano da ricerca a ricerca, spaziando dall'età prepuberale (Kinsey et al., 1953) fino ai 17 anni. Nessuna delle età considerate dagli studi coincide con i 14 anni, limite stabilito dall'attuale legge italiana per considerare valido il consenso del minore agli atti sessuali.

Alcuni autori (Finkelhor, 1984), considerando la discrepanza di età quale criterio fondamentale per definire il CSA, escludono dalle loro casistiche gli eventi perpetrati da coetanei, mentre per altri (Russel, 1983) l'inclusione di questi casi è subordinata all'identificazione della principale caratteristica di definizione nell'esperienza non voluta o avvenuta in modo strumentale.

L'ultima divergenza è costituita dalla differenza minima di età tra vittima ed aggressore, necessaria perché si possa ricorrere alla definizione di abuso sessuale indipendentemente dall'esistenza di un apparente consenso da parte della vittima. In genere, tutti sono d'accordo nel ritenere sempre abuso sessuale ogni relazione tra un adulto ed un bambino prepubere. Quando però gli episodi sessuali interessano vittime adolescenti, i confini necessari a definire

l'abuso sessuale si fanno più confusi. Alcuni autori (Finkelhor, 1979 e Fromuth, 1983) stabiliscono che, per definire l'evento come CSA, la differenza di età minima tra vittima e abusante, usualmente stabilita a 5 anni fino al raggiungimento dell'età del consenso, deve essere innalzata a 10 anni nel periodo dell'adolescenza, cioè a partire dai 13 anni. Altri autori (Russell, 1983) operano una distinzione a seconda del contesto in cui è stato esperito l'evento sessuale, sostenendo che, a prescindere dalla differenza di età tra vittima e abusante, dopo i 14 anni sono considerati abusi solo gli episodi avvenuti con violenza e in un contesto extra-familiare, mentre quelli intra-familiari mantengono una natura abusante anche se non connotati da coercizione.

<i>Study</i>	<i>Limit</i>	<i>Types of Behavior</i>	<i>Defining Characteristics</i>
Burnam (1985)	15	all types of contact abuse, plus verbal propositions	sexual experience occurred as a result of pressure or force
Finkelhor (1979)	16	all types of contact and noncontact abuse	age discrepancy: 5 years up to age 12 10 years ages 13-16
Finkelhor (1984)	18	all types of contact and noncontact abuse	age discrepancy of 5 years and respondent considered the experience to have been sexual abuse
Fromuth (1983)	16	all types of contact and noncontact abuse	age discrepancy: 5 years up to age 12 10 years ages 13-16 and perpetrator at least 16 years old
Kinsey et al. (1953)	Pre pubertal	all types of contact and noncontact abuse	age discrepancy of 5 years and perpetrator at least 15 years old
Lewis (1985)	17	all types of contact and noncontact abuse	respondent considered it to be sexual abuse
Russell (1983)	17	narrow definition: Intrafamilial—All types of contact abuse Extrafamilial—All types of contact abuse up to age 13; completed or attempted forcible rapes only, ages 14-17 broad definition: adds all types of noncontact abuse to above	sexual experience was unwanted (extrafamilial) or exploitative (intrafamilial)
Seidner and Calhoun (1984)	17	all types of contact and noncontact abuse	age discrepancy of 5 years
Wyatt (1985)	17	all types of contact and noncontact abuse	age discrepancy of 5 years or sexual experience was wanted and involved some degree of coercion

Figura 5. Principali differenze nella definizione di CSA negli studi degli anni '80. (Tratta da Peters SD et al. *A sourcebook on child sexual abuse*.1986)

Gli attuali orientamenti di letteratura tendono a convergere verso una definizione estensiva di atto sessuale che comprenda anche le più sfumate manifestazioni di interessamento e seduzione rivolte dall'adulto al bambino. A tal proposito, l'Accademia Americana di Pediatria (AAP) nelle sue *Guidelines for the evaluation of sexual abuse of children: subject review* pubblicate nel 1999 esplicita che il CSA "include uno spettro di attività che va dallo stupro all'abuso sessuale meno intrusivo" e che nella sua definizione devono essere comprese "tutte le forme di contatto oro-genitale, genitale o anale con il minore, o abusi senza contatto diretto quali l'esibizionismo, il voyeurismo o il coinvolgimento del bambino/a nella produzione di materiale pornografico"⁶⁴.

In **Tabella III** sono sintetizzate le varie modalità di azione dell'abuso in linea con l'interpretazione estensiva proposta dall'AAP.

Tabella III. Principali modalità di perpetrazione del CSA in linea con le linee guida AAP 1999.

CSA SENZA CONTATTO FISICO		
Adescamento	Produzione di materiale pedopornografico	
Molestie sessuali	Induzione all'autoerotismo	
Esibizionismo/Voyeurismo	Prostituzione minorile (induzione/favoreggiamento/sfruttamento)	
Esposizione ad atti sessuali o a materiale pornografico	Promozione del turismo sessuale minorile	
CSA CON CONTATTO FISICO		
NON INVASIVO		INVASIVO
Sfregamenti/ toccamenti/ carezze in aree erogene	Inserimento di corpi estranei	Anale Vaginale Ano-Vaginale
Richiesta di pratiche masturbatorie eteroagite	Penetrazione digitale	Anale Vaginale Ano-Vaginale
Contatti sessuali orali (<i>fellatio</i> non penetrativa; <i>cunnilingus</i> , <i>anilingus</i>)	Penetrazione peniena	Anale Vaginale Ano-Vaginale Orale (<i>fellatio</i>)
Coinvolgimento in giochi sessuali		
Pratiche genitali inconsuete (lavaggi; ispezioni; interventi medici)		

Anche per quanto riguarda gli episodi che vedono quali autori del reato coetanei della vittima, la tendenza più recente è di includere nella definizione di CSA anche queste esperienze ogni volta che esse implicino coercizione e non siano ricercate dal bambino.

Se questa tipologia di definizioni sembra favorire la tutela del minore e colmare alcuni vuoti lasciati dalla maggior parte delle leggi emanate in materia di CSA (ad esempio, l'indeterminatezza circa la tipologia degli atti sessuali incriminati), sul piano pratico solleva altrettante perplessità in quanto, al ridursi della specificità della definizione, si amplia lo spazio

dedicato alla discrezionalità di chi si trova ad esaminare un possibile caso. Si rischia dunque una contraddizione in termini, dato che ciò che è stato creato con lo scopo di tutelare nella maniera più completa possibile il soggetto rischia di diventare la causa di valutazioni parziali o distorte, sia in eccesso che in difetto.

Altro fattore che può falsare la valutazione nasce dal confronto di queste definizioni di stampo prettamente clinico con lo specifico contesto giuridico di riferimento e, quindi, come si discuterà più avanti, con l'opportunità o meno di comunicare, a mezzo segnalazione, la vicenda clinica all'autorità Giudiziaria.

Questo processo può condurre a confondere la realtà dell'abuso sessuale, inteso in senso clinico, con quella più circoscritta del reato sessuale nelle forme in cui è disciplinato dalla legge.

Facendo riferimento al Codice penale (c.p.) italiano, la definizione del reato implica, ai sensi dell'articolo 609 *bis* c.p.^{iv}, la costrizione del soggetto-vittima, mediante violenza, minaccia o mediante abuso di autorità, a compiere o subire atti sessuali. Inoltre, ai sensi dell'art. 609 *quater* c.p.^v, il reato è integrato, anche in assenza di costrizione, nel caso in cui gli atti sessuali siano compiuti nei confronti di soggetto minorenni infraquattordicenni o infradiciottenne limitatamente a specifiche categorie di colpevoli. Tali circostanze, infatti, rappresentano per la legge presupposto di violenza dell'atto e d'inferiorità psico-fisica della vittima, indipendentemente dal consenso espresso da quest'ultima. Si tratta, cioè, dei casi di cosiddetta violenza sessuale presunta, in cui sussiste presunzione assoluta dell'invalidità del consenso. Il fondamento logico della prima presunzione, enunciata nel comma 1, n.1, dell'articolo 609 *quater* c.p., consiste nel fatto che il minore infraquattordicenne non è considerato in grado di avvertire in maniera chiara e non traumatica i mutamenti fisiologici, inerenti allo sviluppo, che si sono appena verificati o che si stanno verificando in lui. La seconda presunzione,

^{iv} **609-bis**: “Violenza sessuale: Chiunque con violenza o minaccia o mediante abuso di autorità, costringe taluno a compiere o subire atti sessuali è punito con la reclusione da cinque a dieci anni. Alla stessa pena soggiace chi induce taluno a compiere o subire atti sessuali: abusando delle condizioni di inferiorità fisica o psichica della persona offesa al momento del fatto; traendo in inganno la persona offesa per essersi il colpevole sostituito ad altra persona. Nei casi di minore gravità la pena è diminuita in misura non eccedente i due terzi”.

^v **609-quater**: “Atti sessuali con minorenne: Soggiace alla pena stabilita dall'articolo 609 bis chiunque, al di fuori delle ipotesi previste in detto articolo, compie atti sessuali con persona che, al momento del fatto: non ha compiuto gli anni quattordici; non ha compiuto gli anni sedici, quando il colpevole sia l'ascendente, il genitore anche adottivo, o il di lui convivente, il tutore, ovvero altra persona cui, per ragioni di cura, di educazione, di istruzione, di vigilanza o di custodia, il minore è affidato o che abbia, con quest'ultimo, una relazione di convivenza. Fuori dei casi previsti dall'articolo 609-bis, l'ascendente, il genitore anche adottivo, o il di lui convivente, il tutore, ovvero altra persona cui, per ragioni di cura, di educazione, di istruzione, di vigilanza o di custodia, il minore è affidato o che abbia, con quest'ultimo, una relazione di convivenza, che, con l'abuso dei poteri connessi alla sua posizione, compie atti sessuali con persona minore che ha compiuto gli anni sedici, è punito con la reclusione da tre a sei anni. Non è punibile il minorenne che, al di fuori delle ipotesi previste nell'articolo 609-bis compie atti sessuali con un minorenne che abbia compiuto gli anni tredici, se la differenza di età tra i soggetti non è superiore a tre anni. Nei casi di minore gravità la pena è diminuita fino a due terzi. Si applica la pena di cui all'articolo 609-ter, secondo comma, se la persona offesa non ha compiuto gli anni dieci”.

enunciata nel comma 1, n. 2, e nel comma 2 del medesimo articolo, è relativa ai minori di età compresa tra i quattordici e i diciotto anni: essi, in linea di principio, sono ritenuti capaci di esprimere un valido consenso ai fini del compimento di atti di natura sessuale, ma non nei confronti di persone alle quali siano legati da rapporti qualificati. In queste situazioni può accadere che i sentimenti non si sviluppino in maniera consapevole e libera da condizionamenti, risentendo il più delle volte di fattori inerenti alla situazione concreta, i quali possono indurre il minore - a questa età ancora confuso sia sotto il profilo sia esistenziale sia fisio-psicologico - a delle scelte compiute con poca riflessione.

Una specifica esimente che esclude la punibilità riguarda il caso in cui gli atti sessuali siano compiuti con un minorenni infraquattordicenne che abbia però compiuto i tredici anni quando la differenza di età tra i due soggetti non sia superiore ai tre anni.

Nonostante la particolare tutela che la legge ha voluto riservare nei confronti della libertà sessuale dei minorenni, dalla definizione normativa rimangono escluse situazioni che, pur rientrando nella predetta esimente o non comportando veri e propri “atti”, espongono il minore ad un clima psicologico decisamente negativo e fuorviante per il corretto sviluppo della propria identità sessuale e personalità.

Pertanto, le due tipologie di definizioni, sebbene pongano l’accento sui due aspetti caratteristici già emersi all’epoca della definizione di Kempe, ossia la natura sessuale dell’atto e la mancanza di consenso, risultano definitivamente differenti poiché differenti sono gli scopi finali.

Per quanto riguarda i contenuti, la definizione clinica, come sopra esposto, è molto più estesa, mentre quella giuridica non specifica la tipologia

La definizione clinica mira a tutelare l'integrità del minore come persona, la quale può essere danneggiata da qualunque atto sessuale che subisce e chiunque sia il soggetto agente; quella giuridica da una parte si propone di accertare la responsabilità del colpevole al fine dell'applicazione delle pene e dall'altra fornisce una tutela dello sviluppo della sessualità del minore, prevedendo, a seconda della sua età o della relazione con il soggetto agente, l'intangibilità sessuale oppure la sua capacità di autodeterminazione in ambito sessuale. Quindi, mentre secondo un'ottica clinica l'intervento operativo di protezione e trattamento dovrà essere attivato indipendentemente da grado, durata, modalità dell'atto sessuale compiuto o dall'età del minore, perché la sua integrità come persona sarà stata comunque compromessa, secondo quella giuridica questi stessi elementi qualificanti il fatto sono importanti per poter valutare il grado di responsabilità del soggetto agente⁶⁵.

1.3 Epidemiologia

Gli obiettivi che la ricerca epidemiologica si pone in questo settore sono⁶⁶:

- valutazione della dimensione del fenomeno, attraverso calcoli di incidenza (nuovi casi anno in una popolazione di riferimento) e misure di prevalenza (quota di vittime di abuso in una popolazione di riferimento);
- miglioramento delle conoscenze in merito ai vari aspetti del fenomeno, quali fattori di rischio, sintomi subclinici, *outcome* e compromissione della salute a lungo termine;
- attuazione delle misure preventive e valutazione delle risorse economico-sanitarie da investire.

Questi obiettivi si scontrano con i limiti relativi alla mancanza di una definizione univoca del CSA. Infatti, i dati epidemiologici molto spesso non rappresentano in modo puntuale la popolazione di minori abusata, derivandone delle distorsioni circa la reale percezione dell'entità del fenomeno e, conseguentemente, la necessità di attuare adeguate misure per prevenirlo e diagnosticarlo.

L'influenza sulle stime epidemiologiche di una definizione non uniforme di CSA è l'oggetto di alcuni studi, dai quali è emerso che nelle donne i tassi di prevalenza *lifetime* per l'abuso sessuale infantile variavano dallo 0.9%⁶⁷, quando veniva utilizzato il concetto di stupro come definizione di abuso, al 45%⁶⁸ se la definizione era molto più ampia.

Da un importante e recente articolo⁶⁹ che ha preso in esame i più autorevoli studi di prevalenza ed incidenza sul CSA, tra i quali quelli condotti in Canada e negli Stati Uniti dal 1990 al 2012 (CIS, NIS, NCANDS), è emerso che la sottostima dell'abuso sessuale varia a seconda di come è stato strutturato lo studio (di incidenza o di prevalenza retrospettivo; tipo di dati collezionati; tipologia e dimensione del campione), assestandosi comunque su valori particolarmente elevati e corrispondenti a oltre il 95% dei casi. Tali casi, quindi, vengono a costituire un serbatoio non fruibile sul piano scientifico, clinico e sociale, che, come comunemente indicato dalla letteratura anglosassone, rimane idealmente collocato "*below the surface*".

La tipologia di disegno, retrospettivo nella maggior parte degli studi epidemiologici a disposizione, viene a costituire una delle principali cause di inattendibilità dei dati. In questi casi la casistica viene ottenuta facendo riferimento al numero di segnalazioni e denunce effettuate da ospedali e destinate ai servizi sociali e ai tribunali oppure mediante l'utilizzo di questionari auto-somministrati proposti a popolazioni selezionate di soggetti di età superiore ai 18 anni. Quest'ultima modalità è una delle più diffuse, ma è purtroppo gravata da numerosi *bias* esitanti principalmente in un numero eccessivo di falsi negativi; può verificarsi, infatti, che il

soggetto abbia una percezione distorta di un fatto accaduto molti anni prima, o re-interpreti l'esperienza dell'abuso subito o, ancora, manifesti una completa amnesia nei confronti dello stesso dovuta a un fenomeno dissociativo⁷⁰.

Oltre alla difficoltà metodologica delle rilevazioni (mancanza di uniformità delle definizioni e dei criteri di campionamento) e agli effetti del trauma sulla memoria, la sottostima del fenomeno può essere anche riconducibile alla volontà di non denunciare gli abusi.⁷¹

Nel suo capitolo "*Elusive Numbers*" (numeri inafferrabili, t.d.r.), Kuehnle riporta che i bambini con ritardo nello sviluppo o difficoltà di comunicazione (ad esempio, per barriera linguistica), così come quelli che non godono del supporto materno, sono particolarmente riluttanti a denunciare oppure imprecisi nel raccontare gli eventi proprio perché consapevoli del rischio di non ottenere credito. Pertanto, il complesso intreccio di fattori che determina la volontà e la possibilità di rivelare l'accaduto, sostanzialmente connesse alla percezione di potere ottenere credito, incide profondamente sulla correttezza delle stime quantitative del CSA⁷².

Nonostante le evidenze sopra riportate, altri dati, estrapolati da documenti europei e intercontinentali, hanno rilevato come questa forma di abuso stia assumendo sempre più le fattezze di un fenomeno eclatante e diffuso in ogni angolo del globo. Dal citato Rapporto *Global Status Report on Violence Prevention 2014* della WHO emerge infatti che nel mondo circa il 20% delle bambine e il 10% dei bambini siano stati vittima di violenza sessuale; sempre la WHO nel suo *European Report on Preventing Child Maltreatment 2013*⁷³ stima una prevalenza del fenomeno nel contesto europeo pari al 13.4% delle bambine e al 7.6% dei bambini, per un totale di 18 milioni di casi.

Inoltre, i dati riportati nei vari studi e nei vari anni, per quanto con ampie fluttuazioni, continuano a restare concordanti sui valori medi.

Putnam ha revisionato tutti gli articoli in lingua inglese pubblicati dopo il 1989 che contengono dati empirici sull'abuso sessuale all'infanzia. I risultati indicano che l'abuso sessuale costituisce approssimativamente il 10% di tutti i casi di maltrattamento infantile, con una prevalenza media del 16.8% per la popolazione femminile e del 7.9% di quella maschile⁷⁴. Nello stesso periodo Lampe ha analogamente revisionato la letteratura inerente alla prevalenza del CSA in Europa: i numeri, ampiamente fluttuanti, indicano che dal 6 al 36% delle femmine sotto i 16 anni e dall'1 al 15% dei maschi sotto la stessa età sono stati vittime di abuso sessuale⁷⁵.

Più recentemente, Barth et al.⁷⁶ hanno pubblicato una rilevante metanalisi in cui sono stati sintetizzati i dati raccolti da diversi studi empirici al fine di valutare la prevalenza dell'abuso su scala mondiale. Nel complesso, è risultato che la prevalenza del fenomeno si attesta tra l'8 e il 31% per le femmine e tra il 3 e il 17% per i maschi, con un rischio per le bambine di essere

sessualmente abusate durante l'infanzia compreso tra il doppio e il triplo rispetto ai coetanei maschi. In merito alle tipologie di abuso risultano maggiormente prevalenti quelli che avvengono senza contatto sessuale (17% per i maschi; 31% per le femmine) o con tipologia mista (8% per i maschi; 15% per le femmine) rispetto a quelli perpetrati con baci, toccamenti o mediante penetrazione. Quest'ultima evenienza riguarda il 9% delle bambine e il 3% dei bambini.

La maggiore vulnerabilità del sesso femminile nei confronti delle violenze sessuali rispetto a quello maschile (il rapporto femmine/maschi è di 1,5-3/1) sembra essere un risultato costante di questi studi ed è supportata da numerose sono le evidenze. Infatti, sempre su scala internazionale, il tasso medio di prevalenza degli abusi sessuali sui maschi si mantiene al di sotto del 10%, mentre per le femmine è pari al 10-20%, come confermato dalla maggior parte degli studi analizzati^{70,77}.

Pe quanto riguarda il panorama italiano, uno dei più grandi studi epidemiologici è rappresentato dalla già citata *Indagine nazionale sul maltrattamento dei bambini e degli adolescenti in Italia* pubblicata nel 2015 e condotta dal Cismai e Terres des Hommes, per conto dell'Autorità Garante per l'Infanzia e l'Adolescenza⁷. Dai risultati emerge nella popolazione dei soggetti minorenni presi in carico dai servizi sociali l'abuso sessuale è la forma meno frequente (4.2%) rispetto ad altre forme di maltrattamento (7% abuso fisico, 14% abuso psicoemozionale e 47% trascuratezza). Tale prevalenza inoltre si attesta fra i valori più bassi registrati nei Paesi sviluppati (7% Canada, Inghilterra e Stati Uniti; 10% Australia ed Europa).

Da un'analisi retrospettiva svolta nella realtà milanese e pubblicata nel 2007 l'entità del fenomeno sembrerebbe maggiore; in un solo anno su una popolazione di circa 1.3 milioni di abitanti sono stati riportati 634 casi di violenza sessuale, il 17% dei quali perpetrati nei confronti di bambini infraquattordicenni. Tale percentuale si mantiene negli accessi al centro specialistico SVSeD per valutazione medica e medicolegale dei sospetti CSA⁷⁸.

Va precisato però che l'attendibilità di questi dati deve essere ridimensionata. La mancanza di un sistema nazionale di raccolta dati ostacola una rilevazione omogenea del CSA, motivo per cui la descrizione del fenomeno è limitata a realtà circoscritte e parziali (ad esempio, popolazione di minorenni presi in carico dai servizi sociali oppure di infraquattordicenni con sospetto abuso sessuale valutati in un centro specialistico di Milano), non suscettibili di confronto con gli studi internazionali.

Il monitoraggio epidemiologico, come già esposto nel preambolo introduttivo della presente tesi, è reso ulteriormente deficitario dall'inadeguata educazione formativa dei professionisti sanitari al riconoscimento ed alla corretta interpretazione, in termini di specificità, dei segni

fisici e delle manifestazioni psico-comportamentali riscontrabili su una sospetta vittima di abuso sessuale⁷⁹.

1.4 Fattori rischio

Negli anni '90 del secolo scorso Finkelhor dichiarava come una completa comprensione dei fattori che stanno alla base dell'abuso in una determinata società o modello culturale sia la più efficace modalità d'intervento preventivo⁷⁷.

Come illustrato in **Figura 6**, i principali livelli di rischio, che interagiscono tra loro secondo il complesso modello ecobiologico di Brofenbrenner⁸⁰, sono quattro e ineriscono alle sfere individuale, familiare, comunitaria e socio-culturale.

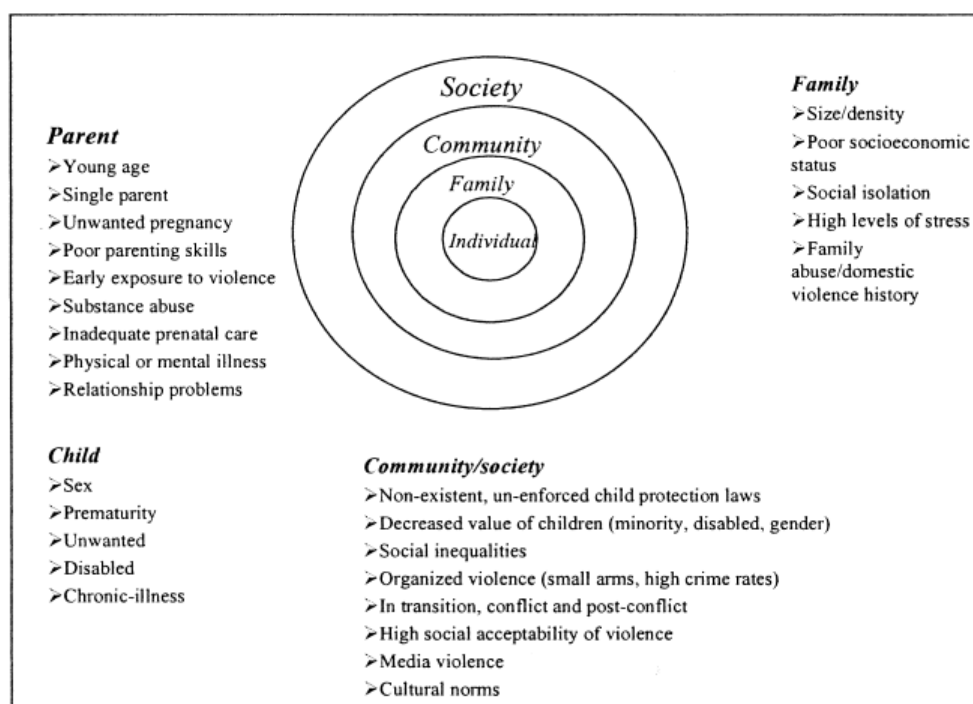


Figura 6. I Fattori di rischio per l'abuso ai minori suddivisi secondo quattro livelli principali. (Tratta da Djeddah C et al. Soc Sci Med. 2000)

Attualmente le conoscenze più approfondite riguardano alcune tipologie di abuso, come il maltrattamento fisico e la trascuratezza, mentre il bagaglio informativo è decisamente più limitato per l'abuso sessuale ed emozionale.

Come discusso nel precedente paragrafo, una puntuale identificazione dei fattori favorenti il CSA è inficiata dai numerosi limiti degli studi epidemiologici sul fenomeno. Dati utili, tuttavia, ci provengono da alcuni studi.

Per quanto riguarda il livello individuale, il CSA non risulta associato in misura statisticamente

significativa con l'etnia e lo status socioeconomico, contrariamente a quanto si potrebbe congetturare in prima istanza^{81,82}. Come già riportato nel precedente paragrafo, è invece stata riscontrata una correlazione con il sesso, essendovi una maggiore predominanza di vittime di sesso femminile⁸³.

Alcuni autori⁷⁰ hanno anche studiato la distribuzione geografica delle vittime in base al genere sessuale rivelando che tra la popolazione adulta la prevalenza di soggetti che hanno subito abusi sessuali in età infantile raggiunge – nella popolazione femminile – i valori più elevati (30-40%) in Australia, Costa Rica, Israele, Sudafrica e Tanzania. Per quanto riguarda la popolazione maschile, la prevalenza raggiunge i valori più elevati (20-60%) in Giordania, Sudafrica, Tanzania e Turchia. È importante rilevare come tassi di prevalenza superiori al 20% siano riscontrati non solo nei paesi non industrializzati: questo a conferma del fatto che il fenomeno degli abusi sessuali sui minori sembra non essere legato a fattori di carattere culturale o socio-economico. La nazione il cui tasso di prevalenza in termini di abuso sessuale infantile detiene i valori più elevati, sia per le donne che per gli uomini, è il Sudafrica. Possibili spiegazioni in grado di contribuire alla comprensione delle cause sono: il turismo sessuale; credenze locali che vedono nel rapporto sessuale con donne vergini o ragazze molto giovani un rimedio curativo per l'infezione da HIV e per altre malattie a trasmissione sessuale; una situazione di estrema povertà che, da un lato, incoraggia le femmine a prostituirsi e, dall'altro, spinge i genitori a supportare questa decisione; e infine, un contesto culturale locale che considera la donna inferiore all'uomo, contribuendo a favorire molteplici forme di abuso senza discriminazioni riguardo all'età.

Per quanto riguarda l'età, il tasso di abuso sessuale tende a salire dopo la pubertà, con valori massimi nell'adolescenza, per ambo i sessi⁸⁴. L'età pre-adolescenziale (< 13 anni) si configura come fattore di rischio per l'abuso intra-familiare; mentre la percentuale di abusi extra-familiari aumenta fino ad arrivare a circa il 50% nell'età adolescenziale, in cui s'instaurano più frequentemente relazioni sociali extra-familiari.

Il rischio di CSA è, inoltre, aumentato da fattori patologici individuali, sia a carico del bambino sia dei genitori, quali disturbi psico-fisici e/o di dipendenza da alcol e sostanze stupefacenti.

Un'analisi longitudinale caso-controllo, effettuata su una vasta coorte di partecipanti (13,995 madri con gli eventuali relativi *partners* e 14,138 bambini, dei quali 438 segnalati per sospetto abuso), si è prefissata di individuare quali fattori parentali possono influenzare la probabilità che un bambino possa subire un abuso. Alcuni questionari, che esploravano vari aspetti (stile di vita, stato di salute, anamnesi familiare, contesto socio-ambientale, storia di pregressi abusi in famiglia), sono stati somministrati sia alle madri, durante la gravidanza, sia ai loro *partners*.

I risultati dei questionari sono stati incrociati con i dati provenienti dai registri dei servizi sociali che identificavano i bambini per i quali era in atto un'indagine per maltrattamento. Dalla regressione logistica è emerso che significativi fattori di rischio materni per l'abuso dei propri figli appaiono un'età inferiore ai 20 anni, una presa in carico da parte della neuropsichiatria infantile o della psichiatria, una pregressa storia di abuso sessuale, l'assenza del padre durante l'infanzia, un basso livello di istruzione, una storia di malattie psichiatriche. Per quanto riguarda i *partners*, è stata dimostrata una correlazione significativa con una storia di affidamento alle autorità locali e con altri fattori in comune con le madri (età inferiore ai 20 anni, basso livello d'istruzione, storia di patologia psichiatrica). Un grosso limite di questo studio è che l'elaborazione dei risultati è stata complessiva e non ha previsto aggiustamenti per le specifiche categorie di abuso⁸⁵.

Variable	Final odds ratio	95% Confidence interval	Significance
Maternal age <20	3.17	2.12–4.75	<0.001
Maternal history of child guidance	3.65	1.98–6.72	<0.001
Mother sexually abused	3.08	1.74–5.45	<0.001
Mother's father absent in childhood	1.61	1.05–2.49	<0.05
Mother's highest educational level			
CSE/vocational training	2.61	1.48–4.58	<0.001
O level	1		
A-level/degree	0.18	0.05–0.60	<0.01
Psychiatric illness excluding depression	2.34	1.12–4.89	<0.05

Figura 7. Regressione logistica delle variabili materne significativamente associate ad un rischio di CSA dei propri figli.

(Tratta da Sidebotham P et al. *Child Abuse Negl.* 2001)

Per quanto concerne il livello familiare, da un'analisi generale dei contesti all'interno dei quali si verificano più spesso episodi di abuso sessuale su minore è possibile desumere che le situazioni più a rischio sono caratterizzate da un elevato numero di eventi stressanti, identificabili in vulnerabilità intrinseca della struttura familiare (conflitti di coppia, famiglie monoparentali), dissesto economico-finanziario, isolamento dal contesto sociale, condizioni abitative inadeguate per igiene e spazi, nonché storia pregressa di abusi e violenza domestica, che contribuiscono ad alimentare il cosiddetto ciclo intergenerazionale della violenza⁸⁶.

Vogeltanz et al.⁸⁷, nel condurre una indagine retrospettiva su donne adulte, si sono focalizzati sui fattori familiari che aumentano il rischio di abuso sessuale nelle bambine. Sono emersi tre *patterns* di associazione statisticamente significativi. Innanzitutto, la probabilità di riportare nel questionario un abuso sessuale subito nell'infanzia risulta più elevata per le donne che hanno percepito un rifiuto o la mancanza di amore da parte dei propri padri. Un secondo *pattern*

riguarda le donne che sono cresciute con entrambi i genitori biologici e, in particolare, nei contesti di dipendenza alcolica della madre piuttosto che del padre. Nei casi di dipendenza alcolica paterna la probabilità di riportare un evento di abuso sessuale risulta più elevata quando la famiglia biologica non era più unita ai 16 anni della donna.

Gli autori, pur non esprimendosi sull'ultimo *pattern*, offrono una interpretazione sui primi due. Quando in famiglia s'instaura una relazione di attaccamento interpersonale insicura, come quella tra una figlia ed un padre che sembra rifiutarla, il rischio di CSA intra-familiare può aumentare. Per esempio, un meccanismo alla base dell'incesto familiare è proprio connesso ad uno scarso controllo degli impulsi da parte del perpetratore adulto quando il suo attaccamento nei confronti dei propri figli è debole. Il secondo *pattern* può essere, in qualche misura, connesso al primo; infatti, nelle famiglie dove solo la madre è alcolizzata, i padri potrebbero presentare un eccessivo rigore e autocontrollo ed esprimere scarso affetto o approvazione nei confronti della figlia, mostrando in definitiva uno scarso attaccamento. Inoltre, tale discrepanza relativamente al *potus* può essere indice di tensioni o di conflittualità coniugali, le quali, come è ben noto in letteratura, esitano in una riduzione delle risorse emotive e delle attenzioni che i genitori dedicano ai bambini. Il risultato è che questi ultimi sono meno controllati e protetti, ma anche emotivamente più bisognosi e quindi vulnerabili ad un eventuale sfruttamento sessuale. Un altro studio interessante ha reclutato circa 200 madri non abusanti di bambini tra i 4 e i 12 anni, i quali presentavano storia documentata di abuso sessuale solo nella metà dei casi, e un centinaio delle relative nonne materne. I risultati hanno dimostrato che i principali fattori associati all'abuso sessuale erano disagio psicologico delle madri, cattive relazioni attuali tra madri e nonne e relazioni di accudimento frammentate durante l'infanzia delle madri. Tali risultanze sembrano indicare che in una famiglia in cui le relazioni di attaccamento intergenerazionale siano state problematiche il rischio di abuso sessuale di un bambino sia significativamente più alto⁸⁸.

I pochi studi che hanno analizzato il ruolo del contesto socio-comunitario nell'incrementare o meno la propensione verso l'abuso sessuale dei bambini che ne fanno parte hanno individuato fattori di rischio caratteristici, quali l'assenza di una legislazione a tutela del minore o di una rete di supporto familiare, disuguaglianze sociali e specifici valori culturali, come l'accettazione dello sfruttamento sessuale minorile o la radicazione di organizzazioni criminali nel tessuto sociale^{89,90}. Uno studio⁹¹ ha rilevato che i bambini che hanno ricevuto scarsa o totale assenza di informazioni sul CSA presentano un maggior rischio di futura vittimizzazione; tale evidenza è di particolare interesse in quanto si tratta di un aspetto che può essere agevolmente superato mediante attuazione di appositi programmi di istruzione.

1.5 Segni e Sintomi clinici: gli indicatori di abuso sessuale

Le modalità di presentazione del CSA sono oltre modo varie, così come varie sono le circostanze che portano gli specialisti ad imbattersi nei casi sospetti. Infatti, in questi casi la visita medica può essere richiesta⁶⁴: 1) come controllo di *routine* oppure per la valutazione di una patologia medica, reperto fisico o condizione comportamentale. In questi due casi il sospetto di CSA può emergere *ex novo* o, rispettivamente, rientrare nel repertorio delle possibili diagnosi differenziali; 2) dai genitori i quali manifestano la certezza o il sospetto che il bambino sia stato abusato sessualmente; 3) dai servizi sociali o dalle forze dell'ordine nell'ambito di un'indagine per abuso sessuale; 4) come valutazione urgente di Pronto Soccorso, per la valutazione, raccolta delle prove e gestione della crisi, a seguito di un sospetto episodio di abuso sessuale recente.

Eccetto i casi di rivelazione diretta da parte del minore o dei genitori, il sospetto è generalmente indirizzato dalla presenza dei cosiddetti indicatori di abuso sessuale, i quali non costituiscono una prova certa ma devono rappresentare uno spunto per effettuare ulteriori accertamenti.

Questi indicatori, tradizionalmente distinti in fisici/psicosomatici e psicologici/comportamentali, molto spesso, mancano di specificità e di una classificazione omogenea. Pur considerando questo limite, un valido elenco⁹², frutto della revisione di vari articoli, è illustrato in **Figura 8**.

Table 1. Behavioral Indicators of Sexual Abuse ²¹⁻²⁴	Table 2. Complaint/Exam Indicators of Sexual Abuse ²¹⁻²⁴
BEHAVIORS SUGGESTIVE OF SEXUAL ABUSE	COMPLAINTS/FINDINGS SUGGESTIVE OF SEXUAL ABUSE
<ul style="list-style-type: none">Abrupt change in personalityAge-inappropriate knowledge of sexual actsAggressionAppetite disturbancesClingingDepressionEating disturbancesLow self-esteemNeurotic or conduct disordersNightmaresPhobias	<ul style="list-style-type: none">Abdominal painAnogenital bleedingAnogenital dischargeAnogenital itchingAnogenital painAnogenital traumaBruises to hard palateBruises to soft palateChronic constipationChronic pain
<ul style="list-style-type: none">Excessive fearProblems at schoolSexual behaviorSexual perpetration on othersSelf-injurySleep disturbancesSocial problems with peersSubstance abuseSuicidal ideationSuicide attemptTemper tantrumsWithdrawal	<ul style="list-style-type: none">DysuriaEncopresisEnuresisForeign bodies in vagina or rectumPregnancyRecurrent urinary tract infectionSexually transmitted diseaseVulvovaginitis

Figura 8. Lista dei principali indicatori di CSA
(Tratta da Ross PA. *Emergency Medline Reports*. 2002)

Quando in uno stesso bambino si riscontra un numero elevato di indicatori, in particolare se appartenenti a categorie differenti (fisici e comportamentali; comportamentali sessuali e non sessuali), l'entità del sospetto dovrebbe crescere. Ad esempio, una configurazione comune di indicatori riscontrata nelle vittime adolescenti di sesso femminile è data dalla promiscuità,

dall'abuso di sostanze stupefacenti e da tendenze suicidarie. Viceversa, l'assenza di tali indicatori non è sufficiente a escludere l'abuso sessuale⁹³.

1.5.1 Indicatori fisici - psicosomatici

Sebbene l'abuso sessuale costituisca un evento ad alto impatto traumatico, i suoi effetti sul piano fisico non sempre sono immediati ed evidenti come per altre forme di CM. Questa caratteristica è connaturata alla complessità del fenomeno, che, come già individuato a proposito della definizione (**Paragrafo 1.2**), si esplica secondo varie modalità di azione. Esempificando, se le percosse sono puntualmente foriere di lesioni (ecchimosi, escoriazioni, fratture) agevolmente riconoscibili e riconducibili ad una causa traumatica, una delle più frequenti tipologie di perpetrazione del CSA – le carezze oppure i toccamenti in sede genitale o anale – molto spesso non produce alcun segno o sintomo fisico oppure determina delle conseguenze per le quali non è affatto automatico risalire ad una origine sessuale.

Sulla peculiarità dei reperti riscontrabili in sede genito-animale, anch'essi potenziali indicatori di abuso, sebbene di più fine interpretazione, si discuterà nel paragrafo successivo **“Iter diagnostico”**, trattando adesso quegli indicatori che, potendo essere rilevati da chiunque, rappresentano degli iniziali **“red flag”** per orientare il successivo percorso decisionale.

Tenendo a mente il limite della scarsa specificità, i principali disturbi che possono essere l'espressione mascherata di un abuso sessuale sono i sintomi/segni urogenitali (i.e., dolore genitale, disuria, sanguinamento o secrezioni uro-genitali e problemi di incontinenza), talora riconducibili a infezioni sessualmente trasmesse, le quali, unitamente alla gravidanza, costituiscono gli indicatori più allarmanti in funzione dell'età del bambino.

Le alterazioni psicosomatiche che possono essere espressione dell'abuso sessuale includono:

1. disturbi gastrointestinali (sindrome del colon irritabile, dispepsia non dipendente da ulcera, dolore addominale cronico);
2. disturbi ginecologici (dolore pelvico cronico, dismenorrea, mestruazioni irregolari);
3. disturbi dell'eliminazione (incontinenza urinaria, enuresi, encopresi);
4. somatizzazione.

In particolare, molto frequente è la sintomatologia algica, specie a livello addominale, oppure l'insorgenza di disturbi dell'eliminazione, tra i quali, principalmente, l'enuresi e l'encopresi.

Questi ultimi sintomi, definiti dalla presenza di incontinenza fecale e, rispettivamente, urinaria notturna in un'epoca in cui i bambini dovrebbero aver acquisito il controllo sfinterico (4 e, rispettivamente, 5 anni), sono molto frequenti nella popolazione pediatrica e devono essere interpretati con molta cautela, anche alla luce dell'insorgenza, primaria o secondaria, del

disturbo.

L'associazione dell'enuresi con il CSA, così come con altri disturbi genito-urinari, è stata l'oggetto di molti studi. Sebbene i risultati abbiano dimostrato una prevalenza di tali condizioni maggiore nella popolazione abusata rispetto a quella generale, la differenza non è risultata statisticamente significativa (**Figura 9**)⁹⁴.

Author	Number of children	Girls/boys	Age	Abnormal genital findings	Genitourinary symptoms	Dysuria	Enuresis	Vulvovaginitis	Incontinence	Urgency	Sexually transmitted infection	Infection
Anderson [8]	1280	938/342	6m-18y	65.3%	-	-	13-18%	14%	-	-	-	-
Yildirim [4]	52	44/8	Mean 12.2y	-	-	-	17.1%	-	30.76%	42.9%	-	-
Klevan [9]	428	-	-	-	20%	-	-	-	-	-	-	0.5%
DeLago [10]	161	161/0	3y-18y	-	60%	37%	-	-	-	-	-	-
DeLago [11]	64	64/0	5-12y	-	53%	45%	-	-	-	-	-	-
Kelly [12]	2310	1975/ 335	1m-17y	2.8%	62.9%	-	-	-	-	-	1.9%	2.5%

Figura 9. Revisione degli studi inerenti all'associazione tra disturbi genito-urinari e CSA. (Tratta da Krajewski W et al. *Cent European J Urol.* 2016)

Quanto all'encopresi, si tratta di un fenomeno spesso conseguente alla ritenzione fecale che mettono in atto i bambini stitici. Questi ultimi, infatti, nel timore di un'evacuazione dolorosa, non assecondano lo stimolo alla defecazione, trattenendo le feci. Ne deriva una progressiva distensione del retto causata dall'accumulo di feci dure e di grandi dimensioni, che determina una perdita della funzione sensitivo-motoria dell'organo e, in ultimo, l'imbrattamento fecale tipico dell'encopresi.

In assenza di un'anamnesi positiva per stipsi, tuttavia, l'incontinenza fecale può essere provocata da anomalie anorettali, disturbi neurologici oppure può essere espressione di disturbo emotivo. In particolare, un esordio secondario dell'encopresi, definita dalla perdita del controllo sfinteriale raggiunto in precedenza, sembra essere correlata alla comparsa di eventi stressogeni. A tal proposito lo studio di Morrow⁹⁵ su un piccolo campione di ragazzi residenti in una comunità di recupero per problemi emotivo-comportamentali ha dimostrato un'associazione tra encopresi e abuso sessuale, avvenuto nella maggior parte dei casi con modalità sodomizzanti, nel 78% del campione. Queste risultanze sono state supportate da una revisione della letteratura operata dallo stesso Morrow che ha dimostrato significative analogie tra i bambini encopretici e le vittime di atti di sodomia relativamente ai reperti anatomici e fisiologici (**Figura 10**), ai disturbi psichiatrici e alterazioni comportamentali e alle dinamiche intra-familiari.

Table 1. Anatomic and Physiological Signs Reported in Encopretic Children and Sodomized Children

Encopresis	Sodomy
Anal fissures (Bellman, 1966)	Fissures and lacerations in anal verge tissues (Bays & Jenny, 1990; Finkle, 1989)
Rectal prolapse (Bellman, 1966)	Eversion of the anal canal (Bays & Jenny, 1990)
Loss of muscle tone of anal sphincter; megarectum; less consciousness of rectal discention (Dawson et al., 1990; Fitzgerald, 1987; Loening-Baucke, 1984; Loening-Baucke, et al., 1987; Meunier et al., 1976)	Anal dilation, laxity, spasms (Fletcher & Fraser, 1989; Reinhardt, 1987)

Figura 10. Comparazione dei segni anatomico-fisiologici tra bambini encopretici e sodomizzati
(*Tratta da Morrow J et al. Child Abuse Negl. 1997*)

All'opposto, altri studi più recenti hanno concluso che l'encopresi costituisce un fattore protettivo per l'abuso sessuale, mentre il riscontro di vulvovaginiti ed enuresi è significativamente più elevato nel gruppo degli abusati rispetto alla popolazione pediatrica generale⁹⁶.

Anche il riscontro di determinati *patterns* di ecchimosi può indicare l'eventualità che sia stato perpetrato un abuso sessuale. Hobbs e Wynne⁹⁷, in un lavoro che evidenzia la frequente coesistenza di abuso fisico e sessuale (1 caso su 6), hanno rilevato come nel gruppo di 130 bambini sessualmente e fisicamente abusati l'85% presentava lesioni dei tessuti molli, mentre nel 5% dei casi erano state accertate fratture ossee. Come illustrato in **Figura 11**, 110 bambini presentavano ecchimosi con un pattern topografico, che oltre alle sedi tipiche dell'abuso fisico (testa, collo, dorso), comprendeva i genitali (7), l'addome (19), le natiche (39) e le cosce (71). Si trattava, secondo gli autori, di impronte ecchimotiche formatesi laddove i bambini erano stati afferrati da parte dell'adulto.

Una percentuale significativa di graffi era inoltre presente nei soggetti abusati. Altre lesioni, seppur meno frequenti, erano rappresentate da ustioni e cicatrici inoltre, si riscontrava un ritardo di crescita complessivo non correlato ad una patologia organica.

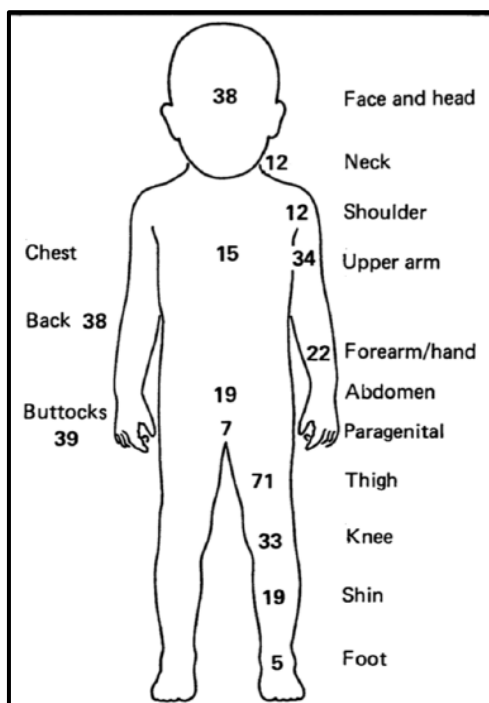


Figura 11. Distribuzione topografica delle ecchimosi in un gruppo di bambini sessualmente e fisicamente abusati. I numeri indicano la totalità di bambini che presentava la lesione sede-specifica (Tratta da Hobbs CJ et al. Arch Dis Child. 1990)

1.5.2 Indicatori psicologici - comportamentali

Tali indicatori includono varie manifestazioni, dalle alterazioni – sessuali o non sessuali - del comportamento fino a franche patologie mentali.

Dalla letteratura si evince un consenso generale riguardo all'associazione positiva che intercorre tra CSA e disturbi del comportamento e che trova un fondamento scientifico nelle alterazioni del neurosviluppo, già trattate nella parte introduttiva della presente tesi.

É altrettanto assodato che non esistono indicatori comportamentali o *patterns* di sintomi comportamentali che correlano in modo specifico con il fenomeno. La risposta comportamentale all'abuso, infatti, può essere oltre modo varia nelle sue manifestazioni oppure, come si verifica in una proporzione molto elevata dei bambini vittime di abusi sessuali (fino al 40%), non presentarsi affatto. Questa mancanza di sintomatologia è stata piuttosto definita “effetto quiescente”, in quanto nel 20% dei casi sottoposti a *follow-up* gli effetti psicologici si evidenziano dopo 12-18 mesi dall'evento traumatico sessuale⁹⁸.

Un'analisi longitudinale neozelandese⁹⁹ ha studiato i fattori che correlano con l'insorgenza o meno durante l'infanzia di sintomatologia comportamentale o emozionale nelle vittime di CSA. I risultati hanno dimostrato un'associazione lineare tra la comparsa di tali sintomi e modalità molto invasive di abuso, come quelle avvenute con penetrazione o contenimento fisico. Un altro

riscontro statisticamente significativo consiste in una maggior probabilità di comparsa di disturbi dell'adattamento se la vittima all'epoca dei fatti è infradecenne, ha uno scarso supporto paterno oppure frequenta coetanei dediti al consumo di sostanze stupefacenti. Al contrario, non è stata trovata alcuna associazione significativa tra i disturbi dell'adattamento e il tipo intra-familiare o extra-familiare di abuso sessuale, il genere della vittima o l'attaccamento nei confronti del gruppo dei pari.

Sebbene i disturbi comportamentali siano complessivamente aspecifici, alcuni autori hanno identificato il disturbo da stress post traumatico (PTSD = *Post Traumatic Stress Disorder*) e la comparsa di comportamenti sessualizzati come i due elementi chiave, nella sfera cognitivo-comportamentale, che possano differenziare i bambini abusati dai bambini non abusati^{100,101}.

I comportamenti sessualizzati comprendono una vasta gamma di manifestazioni e devono sempre essere commisurati al livello di sviluppo di chi li attua. Nei bambini molto piccoli possono essere considerati tali la masturbazione compulsiva, una ossessione per le parti intime degli altri o il compimento di atti sessuali inappropriati per l'età. Comportamenti sessualizzati tipici degli adolescenti sono identificabili nella promiscuità sessuale o in modalità insolitamente seduttive di vestire e agire.

Un altro gruppo di manifestazioni che si presenta comunemente nei bambini vittime di abuso sessuale è rappresentato dai sintomi "post-traumatici". Essi includono elevati livelli di paura e ansia, incubi e fobie, spesso specifici per determinati luoghi o persone. Altri sintomi comuni includono depressione, aggressività, fuga, problemi scolastici ad insorgenza improvvisa, abuso di sostanze stupefacenti e comportamento suicidario. Sembra che l'espressione di questa sintomatologia non risenta in modo significativo del genere sessuale, sebbene nei maschi siano lievemente più probabili condotte esternalizzanti, come l'impulsività e l'aggressività, mentre nelle femmine prevalgono quelle internalizzanti, come la depressione e il ritiro¹⁰².

Un altro aspetto che conferisce maggior significatività alla presenza di alterazioni del comportamento consiste nella loro comparsa improvvisa, successiva al presunto episodio di abuso, oppure, per alcuni di essi, in determinati *range* di età¹⁰³.

In particolare, nella prima infanzia (fino ai 6 anni) i bambini sessualmente abusati, rispetto ai controlli, manifestano più frequentemente sintomi compatibili con PTSD e tendono alla depressione, all'ansia e al ritiro sociale.

Nella tarda infanzia (7-12 anni) i sintomi di depressione, ansia e PTSD restano più frequenti rispetto ai soggetti non abusati. A differenza dei bambini più piccoli, in questa fascia d'età si assiste ad un aumento di ideazione suicidaria e ad una sottostima delle competenze sociali. Sebbene non siano state riportate chiare evidenze di un'associazione del CSA con i disturbi

alimentari, alcuni studi suggeriscono che in questi bambini più grandi abusati può iniziare a manifestarsi insoddisfazione per il proprio aspetto fisico, che comporta la messa in atto di condotte di eliminazione (uso di lassativi e restrizioni dietetiche).

La fascia di età in cui sono state più studiate le conseguenze psicologiche del CSA è l'adolescenza (13-18 anni). Proprio come nei precedenti periodi di sviluppo, depressione, ansia e DPTS sono ben documentati anche in questo gruppo di minori. Rispetto ai bambini più piccoli risultano più alti i tassi di sintomi depressivi e di bassa autostima. L'ideazione suicidaria e i suicidi effettivi sono aumentati tra le vittime del CSA, mostrando una maggiore prevalenza nei maschi rispetto alle femmine. In queste ultime invece è stata osservata una frequenza di autolesionismo quattro volte superiore rispetto ai controlli. I pensieri e le emozioni negative, con particolare riferimento a rabbia, vergogna e umiliazione, sono risultati direttamente collegati al CSA. Sembra che questo sistema di emozioni negative, che nel tempo conduce alla mancanza di autostima, sia attivato nell'adolescente dalla sensazione di essere attaccato e sconfitto. Sebbene i disturbi del sonno (insonnia, ipersonnia) siano un sintomo comune ad altre malattie psichiatriche, come il PTSD e la depressione, è stato dimostrato che nell'adolescenza tali disturbi sono indipendentemente correlati alla vittimizzazione.

Altra correlazione osservata negli adolescenti sessualmente abusati è il più elevato tasso di tratti antisociali, che comporta una maggior probabilità di fughe da casa e di affiliarsi a bande caratterizzate da un comportamento deviante.

Quanto ai disturbi dell'alimentazione, quali frequenti regimi dietetici, abbuffate e preoccupazione per il peso, vi è una chiara evidenza di un'associazione con il CSA.

Anche l'abuso di sostanze stupefacenti ed alcol, compresa l'abitudine del "*binge drinking*", è più elevato tra gli adolescenti vittime di CSA, i quali, rispetto ai loro coetanei, tendono a farne uso più precocemente, a consumarle più frequentemente e a ricorrere maggiormente al poliabuso di sostanze. Il rischio dell'abuso di sostanze psicoattive aumenta ancora di più nel caso in cui l'adolescente sia contemporaneamente vittima di abusi fisici e sessuali.

Dalla revisione dei dati di letteratura sopra riportati e da quanto indicato in un lavoro della pediatra statunitense Joyce Ann Adams¹⁰⁴ è possibile definire una scala di specificità delle alterazioni del comportamento in funzione del CSA che è riportata nella **Tabella IV**.

Tabella IV. Classificazione delle alterazioni comportamentali in funzione della specificità per il CSA.

COMPORAMENTI DA CONSIDERARE NORMALI	
Esplorare e toccare i propri genitali	Improvvisa paura degli sconosciuti (9 mesi)
Masturbazione	Resistenza al bagnetto (2-3 anni)
Giocare al dottore	Difficoltà nel distacco dal genitore (2-5 anni)
Resistenza al cambio del panno	
ALTERAZIONI COMPORAMENTALI DI DISAGIO NON SPECIFICHE	
Masturbazione eccessiva	Aggressività, rabbia e impulsività
Incubi	Comparsa di fobie
Enuresi ed encopresi	Disturbi psicosomatici (cefalea, dolori addominali)
Eccessivo attaccamento	Depressione
Condotte pericolose nell'adolescenza	Abuso di sostanze
Problemi scolastici	
ANOMALIE PIU' INDICATIVE DI ABUSO SUBITO	
Toccare ripetutamente i genitali di un adulto	Chiedere ad un adulto di toccare i propri genitali
Comportamenti erotizzati o seduttivi verso altri bambini o giocattoli	Discutere di o minacciare il suicidio

Infine, un ulteriore aspetto da considerare è che i disturbi del comportamento, oltre a essere una manifestazione del CSA, possono rappresentare essi stessi un fattore di rischio che rende i bambini più vulnerabili all'abuso sessuale.

1.6 Il quarto indicatore: il racconto

Il racconto, sia per quanto riguarda la formulazione del sospetto che per quanto concerne l'approfondimento diagnostico successivo, è un elemento chiave nella diagnosi di abuso sessuale, insieme all'obiettività genito-ale, e con questa condivide non solo l'importanza ma anche la natura controversa e spesso non dirimente.

Come esposto nel paragrafo precedente, laddove l'obiettività fisica e lo stato comportamentale del minore sono spesso completamente normali o aspecifici, rispetto alla popolazione dei bambini non abusati sessualmente, la testimonianza fornita dal minore può costituire l'unico indizio per impostare i successivi accertamenti e, al contempo, l'elemento fondamentale da cui tratte le conclusioni diagnostiche.

La rivelazione è però un percorso traumatico per il minore; l'equivalente anglosassone del termine "racconto" - "*disclosure*" (dal prefisso "*dis*", che conferisce un significato opposto alla parola a cui si associa, e dal verbo "*to close*" = chiudere) - rende bene il concetto dello sforzo operato dal bambino per "disseppellire" esperienze fino a quel momento inaccessibili alla memoria.

Secondo i risultati di vari studi, infatti, il tempo di latenza tra il racconto e il primo episodio di abuso sessuale si attesta tra i 3 e i 18 anni, implicando che solo una piccola percentuale delle vittime, inferiore al 50%, comunica tale esperienza durante l'infanzia¹⁰⁵. Tale intervallo temporale dipende da variabili interne o esterne al soggetto. Il modello concettuale della *Child Sexual Abuse Accomodation Syndrome* (CSAAS) proposto da Summit (1983)¹⁰⁶ illustra le reazioni emotive che si innescano nel minore e lo dissuadono dal fare testimonianza dell'abuso. Inizialmente il bambino è costretto dall'abusante a mantenere il segreto riguardo alle dinamiche maltrattanti, sentendosi così incastrato e indifeso. I sentimenti che s'instaurano successivamente - la paura di non essere creduto e la sfiducia di potere essere oggetto di futura protezione - spingono il minore ad assumere un atteggiamento accomodante nei confronti dell'esperienza vissuta e comportano ritardi e ritrattazioni del racconto.

Le contraddizioni e i turbamenti interiori che un bambino affronta nella rivelazione di un abuso sessuale emergono bene nel lavoro di Sorenson e Snow¹⁰⁷ i quali descrivono il racconto come un processo, piuttosto che come evento puntuale, identificando cinque fasi: negazione, tentativo di verbalizzazione, racconto intenzionale, ritrattazione, riaffermazione. Negli studi da loro condotti emerge come la maggior parte (74%) dei racconti sia accidentale, nel 22% dei casi vi sia una ritrattazione di quanto precedentemente verbalizzato, con un tasso di riaffermazioni molto elevato (93%). Altri Autori¹⁰⁸ prendono le distanze da questa posizione, segnalando che il 78% dei bambini fornisce un racconto completo nel corso del primo colloquio investigativo, con una bassa quota di ritrattazioni (4%).

Le conseguenze di un ritardo nel racconto possono essere gravi in termini di salute. I soggetti che rivelano tardivamente presentano, infatti, più frequentemente sintomi intrusivi e di evitamento, fino a manifestazioni conclamate di PTSD. Un ulteriore rischio è quello della rivittimizzazione. A tal proposito, Kogan¹⁰⁹, in uno studio condotto su un centinaio di adolescenti, ha segnalato come la rivelazione precoce dell'abuso correli inversamente con successive rivittimizzazioni e riduca l'impatto patogeno delle forme più gravi di abuso, come quelle penetrative.

Un altro aspetto di cui tener conto è che non sempre la rivelazione avviene attraverso intellegibili modalità verbali e, a tal proposito, Alaggia ha distinto le seguenti dinamiche di rivelazione¹⁰⁵:

- intenzionale, quando il bambino riporta volutamente e verbalmente l'evento traumatico;
- accidentale, quando la scoperta dell'abuso avviene casualmente da parte di una terza persona attraverso la testimonianza diretta dell'evento oppure le risultanze di esami di tipo medico;

- indotta, quando il bambino, restio al racconto, viene incoraggiato dall'interlocutore a rivelare, spesso anche tramite domande suggestive;
- comportamentale, quando il bambino volontariamente tenta di rivelare l'abuso attraverso specifici comportamenti o altre comunicazioni non verbali;
- intenzionalmente omessa, quando il bambino decide volutamente di non raccontare l'abuso o smentisce il verificarsi degli eventi;
- scatenata da *triggers*, quando la rivelazione scaturisce in seguito ad eventi che evocano il trauma subito.

Questa varietà implica, da una parte, che molti racconti, in quanto riportati con modalità atipiche, possono non essere interpretati come tali, determinando ritardi o franchi fallimenti diagnostici, e, dall'altra, che i racconti indotti o scatenati da fattori *trigger* possono essere meno affidabili.

Inoltre, è opportuno essere consapevoli che numerosi fattori possono inoltre influenzare la predisposizione individuale al racconto. Alcuni dei fattori più rilevanti, quali età, genere sessuale, relazione con l'abusante, aspetti culturali ed entità del supporto familiare sono di seguito discussi.

1.6.1 I fattori che influenzano la probabilità di rivelazione

Età. La correlazione dell'età con la propensione alla rivelazione dipende, di volta in volta, da vari parametri: la tipologia delle domande poste, il confidente al quale viene riportato il racconto, la dinamica della rivelazione.

Per quanto attiene alla tipologia di domande, risulta che quelle a risposta aperta consentono di ottenere risposte significativamente più dettagliate rispetto alle domande a risposta chiusa nei minori con età pari o superiore più di 5 anni, mentre i bambini più piccoli rispondono a domande dirette e specifiche in modo leggermente più informativo rispetto alla precedente classe di età. Ciò implica dunque che anche i bambini di 3 anni possano fornire informazioni sugli eventi occorsi quando i processi di richiamo sono attivati, mentre per quanto riguarda la capacità di fornire risposte narrative a seguito di domande a risposta aperta, essa diventa affidabile solamente ad età maggiore¹¹⁰. Infatti, bambini con scarsa abilità verbale, che di solito correla con le fasce di età più basse, sono in grado di fornire meno dettagli rispetto a bambini con capacità verbali medie-normali¹¹¹.

Rimane dunque fondamentale la capacità verbale del minore nel descrivere l'accaduto che normalmente matura con l'età.

Differenze età-correlate si riscontrano anche sulla tipologia di confidente; infatti, i bambini più

piccoli raccontano molto più facilmente ai propri genitori, mentre gli adolescenti tendono piuttosto a raccontare il fatto ai propri coetanei con cui hanno maggiore confidenza¹¹².

Anche la dinamica del racconto può variare in base all'età, visto che i bambini in età prescolare rilasciano più frequentemente dichiarazioni accidentali, stimulate in genere da eventi scatenanti e non correlati all'abuso stesso. Al contrario, i bambini in età scolare rilasciano dichiarazioni più mirate e non associate a un evento precipitante.

Infine, le tempistiche del racconto non sembrano differire particolarmente tra bambini e adolescenti, sebbene nelle vittime più giovani l'im maturità evolutiva e l'incapacità di sottrarsi alle tecniche manipolatorie dell'abusante possano inibire una pronta rivelazione¹¹³.

Pertanto, al fine di ottenere un racconto nella maniera più affidabile e precisa possibile, i professionisti devono essere consapevoli delle differenze di sviluppo nella rilevazione degli abusi sessuali¹¹⁴.

Genere sessuale. La letteratura clinica afferma che i maschi hanno meno probabilità, rispetto alle femmine, di rivelare gli abusi sessuali subito o, comunque, lasciano trascorrere molto tempo prima di decidersi a raccontare, soprattutto quando gli interlocutori sono le autorità legali o gli organi di tutela dei minori¹¹⁵. La maggior parte degli uomini, infatti, attende l'età adulta per rivelare l'abuso; la causa è da ricercarsi in diversi aspetti di natura psicologica, sociale, familiare ed etnica, indipendentemente dal tipo di abuso subito (con o senza contatto)¹¹⁶.

In particolare, l'abuso sessuale ha un significato peculiare per le vittime maschili abusate da persone dello stesso sesso; tali episodi agiscono profondamente sull'identità di genere e inducono a non rivelare i bambini che temono di essere stigmatizzati come omosessuali¹¹⁷.

Le bambine, invece, tendono a rivelare con minore frequenza in base al tipo di abuso sessuale che hanno subito (con o senza penetrazione), al numero di abusi subiti (singoli o multipli) e alla relazione che hanno con l'abusante (familiare o non familiare)¹¹⁸. Le femmine, inoltre, manifestano maggior preoccupazione, rispetto ai maschi, che la famiglia e gli amici possano scoprire l'abuso e riferiscono maggiore insicurezza sul comportamento da tenere in questa situazione¹¹⁹.

La probabilità di rivelazione dipende non solo dal genere sessuale del bambino ma anche da quello del soggetto che pone le domande al minore. Le femmine, in tutte le fasce di età forniscono più informazioni in risposta alle domande dirette poste dagli intervistatori di sesso femminile piuttosto che maschile, mentre i ragazzi tendenzialmente rispondono egualmente agli intervistatori di sesso maschile e femminile. Analizzando la tipologia di risposte per età, i bambini più piccoli e le adolescenti forniscono maggiori informazioni in risposta alle domande poste dagli intervistatori di sesso opposto. Dunque, è importante tenere conto sia del sesso del

minore che dell'intervistatore per ottenere un racconto valido e affidabile da poter utilizzare come indicatore di abuso sessuale¹²⁰.

Relazione con l'abusante. La percentuale di rivelazioni immediate decresce significativamente nel contesto di abusi intra-familiari. Se l'abusante fa parte della famiglia o è un conoscente stretto, sentimenti di disagio e vergogna, nonché la consapevolezza dell'impatto negativo che la rivelazione avrebbe sulla propria famiglia, dissuadono il bambino dal riportare l'evento. Inoltre, durante la prima infanzia, i bambini possono interpretare episodi di abuso sessuale mascherato come normali pratiche di accudimento da parte del genitore.

Al contrario, la probabilità di rivelare è maggiore nei casi di abuso extra-familiare¹²¹.

Aspetti culturali. Le norme culturali e l'autocolpevolizzazione del minore, oltre ad essere alcune delle ragioni più comuni nel determinare un ritardo o un'assenza di rivelazione dell'abuso¹²², incidono spesso anche sul fatto che le famiglie di bambini vittime di abusi non segnalino alle autorità tali episodi¹²³.

Un esempio emblematico è il continente africano, dove, nonostante il CSA sia molto diffuso, la sensibilizzazione nei confronti di questa problematica resta ancora scarsa, con conseguenze di particolare gravità, connesse alla trasmissione del virus dell'immunodeficienza umana (HIV). Infatti, il ritardo nella rivelazione degli abusi da una parte impedisce l'attuazione, in tempistiche adeguate, della profilassi post-esposizione al virus e dall'altra favorisce la reiterazione degli abusi, favorendo la stessa trasmissione dell'infezione¹²⁴.

Sempre in Africa (orientale e centrale), un'altra causa di non rivelazione riguarda specificamente il genere femminile; le bambine e le adolescenti infatti temono che rivelare l'abuso potrebbe ridurre le prospettive di matrimonio e aumentare la probabilità di maltrattamenti e stigmatizzazioni da parte della propria famiglia e dei membri della comunità¹²⁵. I maschi, invece, come in altre parti del mondo, tendono a non raccontare perché temono di essere considerati omosessuali, specialmente in alcune zone dell'Africa subsahariana, dove l'omosessualità è stigmatizzata e, a volte, criminalizzata¹²⁶.

Analogamente a quanto riscontrato in merito all'influenza del genere sessuale sul racconto, è stato dimostrato che quando l'etnia del bambino correla con quella del soggetto che raccoglie il racconto aumenta la probabilità di ottenere una rivelazione di abuso sessuale¹²⁷.

Entità del sostegno familiare. In caso di abuso sessuale extra-familiare, la famiglia può rappresentare il luogo in cui il minore decide di rivelare il trauma subito; in questi casi la probabilità e la rapidità della rivelazione sono inversamente proporzionali al sostegno offerto. È stato osservato, infatti, che il tasso di rivelazione è maggiore per i bambini che vivono con entrambi i genitori, mentre, all'opposto, in condizioni di sostegno sociale molto debole, come

nel caso degli orfani, la rivelazione è notevolmente ritardata.

Ostacoli alla rivelazione intra-familiare da parte del minore l'attesa di reazioni negative, specialmente quando l'abuso è stato più grave, la paura di non essere creduti oppure la vergogna e la preoccupazione di causare problemi alla famiglia¹²⁸.

1.6.2 L'altra faccia della medaglia: l'attendibilità del racconto

Sulla base di quanto esposto, la decifrazione del racconto costituisce un processo complesso che richiede conoscenze e competenze specifiche. Se da una parte è fondamentale saper accogliere la rivelazione del minore e riconoscerla in tutte le sue possibili modalità espressive, dall'altra è altrettanto importante valutare l'attendibilità della testimonianza, discriminando le informazioni veritiere e oggettive da possibili "*misinterpretations*" (errori d'interpretazione, n.d.t.) o "*false allegations*" (false accuse, n.d.t), le quali rientrano nel gruppo delle cosiddette denunce infondate. Si tratta di abusi dichiarati ma non concretamente consumati che, secondo Calamoneri et al.¹²⁹, comprendono:

- convinzioni errate, a volte delirante, che il figlio o la figlia siano stati abusati o consapevoli accuse di un coniuge contro l'altro all'interno di un conflitto genitoriale;
- gli effetti di una "sindrome di alienazione genitoriale";
- fraintendimenti delle parole dette da un bambino;
- dichiarazioni non veritiere o esagerate da parte dello stesso minore;
- dichiarazioni sorte all'interno di interviste suggestive o "dichiarazioni a reticolo" all'interno di una comunità scolastica o sociale.

Occorre tenere presente che il coinvolgimento di un bambino in una denuncia infondata, specie allorquando da essa derivano provvedimenti giudiziari e psicosociali che incidono sulle relazioni intra-familiari, può produrre effetti negativi sul suo funzionamento psicologico, sociale e adattivo sovrapponibili a quelli che si verificano nelle condizioni di abuso realmente esperite.

Errori d'interpretazione possono nascere in madri che hanno o ritengono di avere subito molestie o violenze sessuali durante l'infanzia o l'adolescenza; in questi casi, come dimostrato da alcune ricerche (Rossi e Benatti, 2009), i figli tenderebbero a subire delle pressioni suggestive¹³⁰.

Uno scenario particolare che tende a screditare l'attendibilità dei racconti è quello dei contesti di importante conflittualità parentale. Il fenomeno delle "*false allegations*" è particolarmente frequente nei contesti di elevata conflittualità intra-familiare, come nei casi di separazione del

nucleo familiare nei quali insorgono dispute per la custodia del minore. In alcuni casi i genitori manipolano dolosamente la situazione facendo insorgere il sospetto di abuso sessuale; in altri manifestano delle percezioni distorte, per lo più di origine carenziale e non collegabili ad una vittimizzazione sessuale dei figli. Infatti, i processi di elaborazione dello stress da separazione possono far emergere nei genitori vissuti interni in grado di alimentare la suggestione di abuso nei figli.

Il peso di queste situazioni emerge da una ricerca condotta da alcuni autori¹³¹ che hanno preso in esame 53 casi di separazioni conflittuali, nei quali era stata sporta una denuncia di abuso sessuale. I bambini coinvolti sono stati 62, 21 maschi (34%) e 41 femmine (66%), con un'età media di 4.7 anni. La denuncia di abuso si è rivelata fondata, con condanna dell'imputato, solo in 3 casi (5.6%), per un totale di 4 bambini coinvolti (5.4%), mentre nei restanti casi la denuncia si è rivelata infondata (92.4%), con archiviazione, proscioglimento o assoluzione in giudizio. Il denunciato è stato in 48 casi (90.4%) il padre; in 4 casi (7.6%) il convivente della madre ed infine, in un caso (1.92%), un amico paterno.

Anche gli autori anglosassoni si sono occupati di questo fenomeno, sin dagli anni '80 del secolo scorso. Jones et al.¹³² hanno analizzato un campione 576 pazienti, evidenziando un tasso di accuse non veritiere pari al 2%; Everson et al.¹³³, analizzando una coorte di 1249 casi, hanno addirittura evidenziato un tasso complessivo di "*false allegations*" pari al 5%, con un picco dell'8% tra i soggetti adolescenti e un valore minimo del 2% nei soggetti di età inferiore ai 6 anni.

Tali proporzioni sono state confermate più recentemente; nel campione di 551 casi reclutato da Oates et al.¹³⁴ il 2,5% (14 casi) è rappresentato da racconti non veritieri da parte del minore, attribuibili talvolta ad un contesto di conflittualità genitoriale che può culminare con una sindrome da alienazione parentale (3 casi), talvolta ad un'errata interpretazione da parte del minore (3 casi) oppure a vere e proprie bugie intenzionali, denominate "*false allegations*", le quali vengono riportate per i più svariati scopi, come suscitare interesse nei coetanei o ottenere attenzioni o beni materiali da parte dei familiari (8 casi).

Sebbene l'atmosfera litigiosa e confondente di questi casi possa facilmente costernare e travolgere il singolo professionista chiamato alla valutazione, è fondamentale che quest'ultima venga essere eseguita con la stessa obiettività e attenzione riposte nell'analisi degli altri racconti¹³⁵.

Un'ottima strategia per far fronte alle numerose fonti di errore è quella di lavorare in collaborazione, all'interno di un *team* multidisciplinare, in grado di garantire maggior oggettività e di distribuire il carico su diversi esperti. Un approccio intelligente e utile ai fini

diagnostici e di valutazione del dato (sia esso una lesione aspecifica all'esame obiettivo o affermazioni ambigue del minore di difficile interpretazione) è quello di interrogare l'*entourage* extrafamiliare del bambino: pediatra di libera scelta, maestre, terapeuta o neuropsichiatra se presente.

1.7 L'iter diagnostico

Le criticità finora rappresentate - la mancanza di una definizione unitaria del fenomeno, l'assenza o non specificità della maggior parte degli indicatori fisici o psichici tramite i quali può emergere il sospetto di CSA e, spesso, l'imperscrutabilità del racconto - si riflettono in un percorso diagnostico complesso e di difficile interpretazione che deve essere personalizzato in base al caso specifico. Infatti, il *modus operandi*, oltre a prevedere le fasi *standard* che caratterizzano qualsiasi accertamento medico - l'esecuzione della raccolta anamnestica e dell'esame obiettivo - deve essere integrato da operazioni differenti le quali, a seconda dei casi, possono consistere in un approfondimento ginecologico, nella raccolta di materiale biologico oppure nella valutazione neuropsichiatrica infantile.

Questo tipo di approccio rende indispensabile il coinvolgimento di più figure professionali, con l'obiettivo di riconoscere e trattare tutte le possibili manifestazioni dell'abuso sessuale e, allo stesso tempo, elaborare un linguaggio ed una modalità d'intervento comuni, in modo che le azioni di tutti i professionisti convergano sinergicamente verso un unico fine: quello della tutela della salute del minore.

Chiarito che non è possibile omologare l'*iter* diagnostico in pazienti con storie molto diverse di vittimizzazione, le conseguenze della quale si esprimono in modo altrettanto variegato, alcune fasi dell'accertamento, riportate nei successivi sottoparagrafi, sono ineludibili.

1.7.1 L'anamnesi

L'anamnesi costituisce la prima forma di contatto del professionista sanitario con il minore e la sua famiglia e si pone principalmente quattro obiettivi:

- valutare l'occorrenza di traumi recenti o la presenza di patologie che possano giustificare o meno i reperti eventualmente riscontrati durante la fase della visita medica;
- accertare la presenza di alterazioni somatiche o di disfunzioni fisiologiche (ad esempio, alterazioni dell'alvo, della diuresi e del sonno; sintomi algici nei diversi distretti corporei);

- evidenziare alterazioni comportamentali del minore che possono rappresentare dei veri e propri epifenomeni delle diverse forme di maltrattamento, incluso l'abuso sessuale;
- rintracciare eventuali fattori di rischio nel contesto ambientale e familiare in cui vive il minore (ad esempio, storia di abusi sessuali subiti dai genitori del minore);
- far emergere una eventuale comorbidità con altre forme di maltrattamento.

Alcune informazioni da raccogliere nel colloquio, per alcune delle quali si può ricorrere all'ausilio del *caregiver*, riguardano¹³⁶:

1. il collocamento temporale e il numero degli abusi sessuali, cercando di ricostruire il momento del primo e dell'ultimo abuso subito;
2. l'identificazione dell'abusante;
3. eventuali minacce ricevute;
4. la modalità di abuso perpetrata (penetrativa o non penetrativa). Il minore potrebbe non riconoscere il punto della penetrazione ma potrebbe essere capace di indicarlo;
5. la presenza di lesioni o di dolore in alcune parti del corpo;
6. la presenza di dolore vaginale e/o anale, sanguinamenti e/o perdite in seguito all'abuso;
7. l'eventuale difficoltà e/o dolore a urinare o defecare o di incontinenza sfinteriale;
8. il menarca e la data dell'ultima mestruazione (solo per le femmine);
9. l'eventuale attività sessuale del minore, spiegando il motivo per cui si necessita di questa informazione;
10. dettagli sull'igiene dopo l'abuso.

Considerata l'estrema delicatezza dell'argomento trattato, la raccolta anamnestica deve essere adattata allo stadio di sviluppo del minore, in modo da formulare domande comprensibili e impiegare un linguaggio adeguato, ad esempio indicando le varie parti del corpo con dei termini familiari per il bambino.

Qualora il minore abbia fornito un racconto, a prescindere che il confidente sia un professionista sanitario o una terza persona, è di fondamentale importanza valutare l'attendibilità dello stesso. Particolare attenzione deve essere posta nel capire se le affermazioni del bambino siano state spontanee o indotte, pronunciate cioè in risposta a domande suggestive di chi ha accolto il racconto. I bambini infatti, soprattutto in età prescolare (fino ai 5 anni), tendono ad assecondare l'adulto, se sollecitati da domande ripetute, poste in maniera suggestiva¹³⁷. Oltre alla spontaneità, altri parametri che possono essere d'aiuto nella valutazione dell'attendibilità del racconto sono: precisione del racconto e dettagli, coerenza delle affermazioni quando raccolte a più riprese nel tempo, connotazione del racconto con dettagli sensoriali, sapori, odori, sensazioni termiche o tattili specifiche; quest'ultimo aspetto in particolare quando presente, per

ovvie ragioni, dà notevole credibilità a quanto affermato.

Alcune di queste indicazioni operative sono contenute nelle Linee Guida in tema di abuso sessuale sui minori pubblicate dalla Società Italiana di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza (SINPIA)¹³⁸, secondo le quali le caratteristiche che depongono a favore della attendibilità della narrazione fornita dal minore sono le seguenti:

- rivelazione spontanea, esitante, a tratti confusa, spesso seguita da ritrattazioni, timori e paura;
- stato emotivo del minore agitato e ansioso;
- trama di base del racconto costante, che il bambino può completare gradualmente, apportando delle correzioni spontanee o affermando di non ricordare alcune cose;
- affettività adeguata alla circostanza;
- terminologia adoperata adeguata all'età del minore;
- contenuti mnemonici periferici rispetto all'evento centrale (i.e., riferimenti sensoriali);
- compatibilità tra il racconto fornito e gli indicatori fisico-comportamentali;
- assenza di una sindrome di alienazione genitoriale;
- assenza di domande suggestive, ripetute e mal condotte, da parte di familiari e/o altri soggetti, volte ad alimentare le dichiarazioni del minore.

Un aspetto da tenere a mente è che il rischio di formulare domande suggestive non riguarda solo il *caregiver*, ma anche il medico o qualsiasi professionista che s'imbatte in una valutazione per sospetto abuso sessuale. Infatti, il tasso di rivelazione ad un professionista, in assenza di racconto pregresso, si attesta attorno al 25%¹³⁹.

Si tratta di domande che contengono delle informazioni che vengono incorporate nella memoria del bambino, costruendo di fatto una nuova memoria e guidando le risposte, motivo per cui nella terminologia anglosassone sono note come "*leading questions*" (domande che orientano, n.d.t.).

A titolo esemplificativo, una domanda suggestiva è "*Cosa ti ha fatto il maestro quando ti ha portato in bagno?*", in quanto chi fa la domanda è convinto che il maestro abbia accompagnato il bambino in bagno e gli abbia fatto qualcosa.

Pertanto, per evitare di compromettere anche eventuali future indagini, è di estrema rilevanza non suggerire e/o guidare le risposte del minore; è piuttosto raccomandato porre domande aperte e documentare tutte le informazioni, trascrivendo letteralmente le risposte del bambino e includendo anche le osservazioni sugli stati d'animo del minore e sulle interazioni di questi con la famiglia.

In genere, sono raccomandate le domande che iniziano con "cosa," "chi," "dove," "quando," o

“come,” mentre sono altamente sconsigliate quelle chiuse, come quella dell’esempio precedente, o che iniziano con “perché”.

Un esempio di buona prassi clinica nel condurre la raccolta anamnestica può essere quella di approfondire dichiarazioni generiche del minore, come “... mi ha toccato”, con questo tipo di domande: (1) “Chi è questa persona?” (2) “Dove ti ha toccato?” e (3) “Con cosa ti ha toccato?”¹⁴⁰.

Di cruciale importanza nella valutazione è anche verificare la possibilità che si tratti di una delle cosiddette denunce infondate. Un valido orientamento in tal senso può essere dato dall’esclusione dei seguenti elementi¹⁴¹:

1. tratti psicotici nel bambino, il quale può aver riportato un racconto completamente distorto da fantasie persecutorie di tipo invasivo o di una enfattizzazione di vissuti edipici;
2. suggestionabilità del bambino, il quale può avere raccolto e introiettato le fantasie o preoccupazioni a sfondo sessuale di un adulto per lui particolarmente significativo;
3. fraintendimento da parte del *caregiver*, il quale può avere erroneamente attribuito un significato sessuale a normali comportamenti del bambino o di un altro adulto;
4. persuasione del bambino, il quale può essere stato convinto da un adulto a fabbricare volutamente un falso racconto di abuso sessuale.

1.7.2 Esame obiettivo generale

La visita medica valuta l’obiettività di tutto il corpo, secondo lo schema “*head-to-toe*” (dalla testa ai piedi, n.d.t.) che comprende anche le zone più nascoste come il cavo orofaringeo, e comprende:

- la descrizione di eventuali lesioni (ecchimosi, soluzioni di continuo, cicatrici, etc.), specificando per ognuna sede, dimensioni e caratteri morfologici;
- la documentazione fotografica di ogni lesione;
- la registrazione di peso, altezza, centili di crescita e stadiazione di sviluppo puberale secondo Tanner;
- la valutazione dello stato igienico generale;
- l’osservazione dell’atteggiamento del bambino durante la visita.

L’esame dell’oro-faringe e dell’area periorale riveste una fondamentale importanza; sebbene in questo distretto il riscontro di lesioni chiaramente visibili o l’accertamento di infezioni siano avvenimenti rari nel CSA, la loro presenza può rafforzare il sospetto¹⁴².

In particolare, la gonorrea oro-faringea nei bambini prepuberi è patognomica di abuso sessuale; al contrario, la rilevazione di condilomi orali da papillomavirus umano assume una valenza incerta poiché le modalità di trasmissione possono essere molteplici. Altri segni particolarmente allarmanti possono essere le petecchie localizzate alla giunzione tra palato duro e palato molle, le ecchimosi a stampo da suzione e le impronte da morso visibili come lesioni ellittiche, ovoidali o a ferro di cavallo, dove una distanza intercanina che misura più di 3.0 cm deve indurre il sospetto che l'autore sia un essere umano adulto. Il tempo entro cui è più facile apprezzare la morfologia tipica del morso è di circa 2-3 giorni dall'evento, quando diminuisce l'edema e compare l'eritema perilesionale.

Inoltre, l'esame accurato della cavità orale consente di trarre ulteriori dati dai quali dedurre la coesistenza di altre forme di maltrattamento. Un esempio paradigmatico è il riscontro di incuria dentale (i.e., carie dentarie, malattie parodontali) che può rivelare una condizione di trascuratezza familiare.

Particolare attenzione deve essere prestata alla ricerca di ecchimosi, ponendo il CSA in diagnosi differenziale con i traumi accidentali, operazione imprescindibile anche quando vi è un sospetto di abuso fisico. Le sedi maggiormente sospette sono i genitali e le altre aree erogene (glutei, mammelle, cosce), soprattutto quando si evidenziano altri elementi, come una peculiare morfologia. Ad esempio, ecchimosi ovalariformi, che misurano all'incirca un paio di centimetri e si trovano in corrispondenza della faccia interna di entrambe le cosce, possono coincidere con le impronte digitali lasciate dall'aggressore nell'immobilizzare la vittima durante l'abuso.

Anche la datazione occupa un posto importante nella valutazione di queste lesioni, poiché l'osservazione di numerosi elementi ecchimotici in vario stadio di guarigione può orientare verso una situazione di abusi multipli nel tempo¹⁴³.

1.7.3 Esame obiettivo genito-ale

L'esame obiettivo deve sempre esplorare la regione genito-ale, dove, come già anticipato nel *Paragrafo 1.5*, si possono riscontrare dei segni che possono anch'essi costituire veri e propri indicatori di un abuso sessuale, sebbene la capacità di riconoscerli e interpretarli richieda una certa esperienza. Tuttavia, analogamente a quanto caratterizza gli altri indicatori fisici e quelli comportamentali, le due principali problematiche - vere e proprie sfide per il clinico - che si riscontrano nella visita genito-ale consistono, da una parte, nella frequente totale assenza di evidenze e, dall'altra, nell'interpretazione di queste stesse evidenze, quando presenti.

La rilevanza di queste criticità - per l'elevata proporzione di casi che affliggono - è stata chiaramente evidenziata in un articolo¹⁴⁴ dal titolo emblematico - *“Examination findings in*

legally confirmed child sexual abuse: it's normal to be normal” - pubblicato nel 1994 dalla pediatra Adams. Con lo scopo di stabilire la frequenza dei reperti genito-anali anomali nei casi di CSA confermato legalmente, con condanna del perpetratore, nello studio è stata revisionata la documentazione fotografica relativa a 141 bambini (130 femmine e 11 maschi con età media di 9 anni) abusati con varie modalità: carezze (36%); contatti oro-genitali (31%); penetrazione anale (28%); penetrazione vaginale digitale (44% delle femmine); contatti pene-vagina (63%). I risultati hanno dimostrato che oltre l'85% delle femmine presenta un'obiettività genitale normale, aspecifica o dubbia, mentre l'obiettività anale è francamente alterata solo nell'1% di tutti i casi.

I motivi alla base della totale assenza di indicatori fisici sono diversi e possono essere così classificati:

1. modalità abusante intrinsecamente inidonea a provocare lesioni tissutali;
2. completa guarigione delle lesioni al momento della visita medica;
3. resistenza elastica dei tessuti all'azione meccanica esercitata dalla modalità abusante.

Il primo motivo è riconducibile alla peculiare relazione che intercorre tra abusante ed abusato, in genere subdola e completamente differente da quella del “*rape*” dell'adulto. Nonostante molti bambini descrivano delle interazioni sessuali altamente invasive, come la penetrazione, nella maggior parte dei casi, soprattutto nella fascia di età prepuberale, essi si riferiscono in realtà a contatti sessuali non penetrativi, quali sfregamenti, pressioni sui genitali esterni oppure a tentativi di penetrazione non portati a termine, come il superamento delle grandi labbra, senza che venga effettivamente oltrepassato il meato imenale¹⁴⁵.

Gli altri due motivi sono invece connessi alle peculiari caratteristiche strutturali delle sedi anatomiche interessate dall'abuso.

Da una parte i tessuti genito-anali, in particolare allo stadio iniziale dello sviluppo puberale, sono dotati di notevole elasticità, per cui la penetrazione peniena dell'ano o dell'imene può non lasciare alcuna lesione. Dall'altra, le lesioni prodotte, soprattutto se di minore entità, possono guarire rapidamente e, spesso, con completa *restitutio ad integrum*.

Un contributo importante che documenta la guarigione delle lesioni genitali è quello apportato da due studi di McCann^{146,147} pubblicati entrambi nel 2007. Come lo studio della Adams precedentemente citato, anche in questo caso è stata condotta una valutazione retrospettiva della documentazione fotografica relativa alle lesioni genitali, sia a genesi accidentale sia secondaria ad abuso sessuale, riportate da 113 bambine prepuberi e 126 ragazze adolescenti esaminate in un intervallo di tempo compreso tra un'ora e tre giorni dalla lesione.

Relativamente alle lesioni imenali, il tasso di guarigione è risultato variabile, con scomparsa

delle escoriazioni entro 3-4 giorni e delle ecchimosi - le uniche lesioni con funzione di “marcatori” cronologici - tra le 48 ore e le 72 ore. L’evoluzione delle lacerazioni ha mostrato una correlazione con il grado di estensione, ma nella maggior parte dei casi i segni di acuzie (edema, petecchie, emorragie sottomucose, evidente soluzione di continuo) non sono più osservabili dopo 7-10 giorni, mentre profondità e configurazione continuano a modificarsi fino a 3 settimane nella bambina prepubere e 4 settimane nell’adolescente. A guarigione ultimata, la riparazione è risultata completa per la maggior parte delle lacerazioni non profonde, non essendo più evidente alcuna traccia del precedente trauma. Inoltre, in nessun caso sono stati osservati fenomeni cicatriziali.

Anche per le lesioni non imenali il tasso di guarigione risulta variabile in funzione della tipologia, localizzazione e gravità; dallo studio emergono, comunque, utili riferimenti temporali - sintetizzati in **Tabella V** – per approssimare l’età di queste lesioni, alcune delle quali (*i.e.*, petecchie) vanno incontro a risoluzione particolarmente rapida.

Tabella V. Tempo di scomparsa delle lesioni non imenali (*riadattato da McCann J et al. Pediatrics. 2007*).

Lesione	Tempo di scomparsa
Petecchie	24 ore
Escoriazioni	3 giorni
Edema	5 giorni
Ecchimosi	2-18 giorni
Emorragie sottomucose del vestibolo e fossa navicolare	2 giorni-2 settimane
Lacerazioni superficiali del vestibolo	2 giorni
Lacerazioni profonde perineali	Fino a 20 giorni

Sempre con lo scopo di valutare la guarigione delle lesioni genito-anali, a prescindere dalla loro eziologia (accidentale, iatrogena o conseguente ad abuso sessuale), è stato condotto uno studio prospettico che ha monitorato per dieci anni le lesioni riscontrate in 94 bambini prepuberi, tra i quali 75 femmine con storia di penetrazione vaginale o trauma non sessuale¹⁴⁸. I risultati per questo ultimo gruppo, riassunti nella **Figura 12**, dimostrano una *restitutio ad integrum* delle lesioni imenali escoriativie o contusive nella quasi totalità dei casi (11/12); un complessivo ripristino dell’aspetto liscio e traslucido del margine imenale coinvolto da lacerazioni parziali, sebbene in oltre la metà dei casi (5/8) rimanga una insicura superficiale a forma di “u” nel sito della pregressa lacerazione; una persistenza delle transezioni non riparate chirurgicamente nella

totalità dei casi (15/15).

Quanto alle lesioni acute della forchetta posteriore e della fossa navicolare (47), i risultati mostrano una completa guarigione di abrasioni o ematomi nella quasi totalità dei casi, come anche di un terzo delle lacerazioni (11/35), con evoluzione delle restanti lacerazioni in fusione labiale nel 6% (2/35), in cambiamenti vascolari nel 46% (16/35) e in postumi cicatriziali nel 17% dei casi sottoposti a riparazione chirurgica (6/35).

Location of Acute Injury	N	Nature of Acute Trauma		Healed Trauma
		Abrasion or Hematoma	Laceration or Tear	(Vascular Changes/Scars or Transections, Etc.)
PF/FN	47	12 1 healed with a vascular change	35	Lacerations: Vascular changes: 12 Surgery: 10, 6 with scars; 4 vascular changes Labial fusion: 2 No changes: 11
Hymen	37	12 1 healed with angularity	25+ Complete 17 Partial 8	Abrasions: 1 vascular change Complete transections (17) 6 surgically repaired: 2 were successfully repaired 15 complete transections: 6 followed through puberty remaining unchanged Partial tear (8): 5 healed with slight notching or narrowing. 2 penetrating perihymenal lacerations healed with vascular changes
Perihymenal	39	37	2	Abrasions: normal
Labia minora and majora	17	15	2	Two lacerations initially healed with change in vascularity; however, over time all, trauma to the labia healed completely
Anus*	31	13	18 4 changes in anal tone	2 cases developed herpes 1 skin tag at 12 o'clock 2 cases with hyperpigmentation (after surgery for CA)

Figura 12. Evoluzione delle lesioni traumatiche genitali in base alla loro tipologia e localizzazione.

(Tratta da Heppenstall-Heger A et al. *Pediatrics*. 2003)

Stabilire il *timing* della visita in modo ottimale, valutando cioè a quale distanza temporale dal riferito abuso è più opportuno effettuare la valutazione clinica, può essere quindi determinante per poter riscontrare gli indicatori di abuso genito-anali. La letteratura specialistica distingue tre differenti tempistiche, a seconda di quanto tempo è intercorso tra la rivelazione del presunto abuso e l'occorrenza dello stesso:

- a) ≤ 72 ore;
- b) ≤ 7 giorni;
- c) > 7 giorni.

La valutazione è effettuata entro le 72 ore, ossia in emergenza, se il minore presenta o lamenta uno o più di questi elementi:

- dolore anale, genitale o in entrambe le sedi;

- sanguinamento e/o lesioni in sede genito-ale;
- alterazioni comportamentali e/o cambiamenti emozionali improvvisi, fino alla manifestazione di idee o tendenze suicidarie;
- qualsiasi condizione che ne metta a repentaglio la salute o la vita¹⁴⁹.

Si tratta di situazioni nelle quali gli interventi sanitari non sono differibili in quanto non solo la probabilità di evidenziare le lesioni aumenta nell'acuzie - ed in particolar modo per l'obiettività della regione genito-ale - ma anche perché la visita assume un valore forense. Possono infatti essere raccolti eventuali reperti e tracce biologiche, come sperma e saliva, dai quali estrarre il DNA.

Alcuni autori suggeriscono addirittura di ridurre la soglia temporale a 24 ore se il minore è prepubere¹⁵⁰; nei casi in cui sia possibile può essere utile analizzare anche i vestiti, la biancheria intima oppure gli asciugamani.

Inoltre, si può intervenire con specifici protocolli di profilassi per le malattie trasmissibili sessualmente come l'HIV.

Per quanto riguarda i rimanenti due intervalli temporali (entro e, rispettivamente, oltre i 7 giorni) il *cut-off* è stato fissato ad una settimana poiché, come emerso nei lavori di McCann sopra citati e in numerosi altri, oltre questo periodo la probabilità di riscontare reperti suggestivi per abuso sessuale risulta molto limitata e stimabile intorno al 5%¹⁵¹.

La valutazione clinica per quanto possibile dovrebbe tener conto anche delle emozioni del minore, dato che, se da un lato può rappresentare una rievocazione del trauma, giustificando in questo modo un congruo ritardo nell'esame, dall'altro può risultare confortante perché il soggetto si sente creduto e preso in carico.

È presente, infine, una corrente di pensiero più intransigente che colloca in qualsiasi caso il *cut-off* entro 12 ore dal racconto per tutti senza alcuna distinzione¹⁵².

Per quanto concerne l'altra problematica, ossia l'interpretazione dei reperti osservati per poterli attribuire o meno ad un evento di abuso sessuale, molti dati provengono dagli studi di popolazione nei quali la frequenza dei segni rilevati nei soggetti abusati viene confrontata con quella evidenziata nei bambini non abusati per comprendere quanto i segni siano specifici; tanto maggiore è la differenza tra le due frequenze tanto più si può ipotizzare un'associazione causale^{153,154}. Sulla base di questi studi, quindi, i segni vengono classificati secondo la diversa frequenza osservata nei due gruppi.

Nell'ambito della diagnosi differenziale, particolare attenzione deve essere rivolta sia alle condizioni erroneamente interpretate come abuso, sia ad alcune varianti anatomiche normali, in particolare in relazione al polimorfismo della membrana imenale normale.

A tal proposito, gli studi osservazionali longitudinali di Berenson^{155,156} sono stati una pietra miliare per la conoscenza dell'anatomia dell'imene e dei cambiamenti morfologici ai quali quest'ultimo va incontro durante le fasi dello sviluppo.

Da tali studi è emerso che alla nascita le bambine reclutate, 468 in tutto, presentavano una morfologia imenale anulare l'80% dei casi, fimbriata nel 19%, mentre in nessun caso si osservava la tipologia semilunare. Dopo un anno, l'imene aveva cambiato morfologia in quasi la metà dei casi, risultando semilunare nel 28% dei soggetti, fimbriato nel 7%, mentre solo nel 54% dei casi era rimasto anulare. Il cambiamento di configurazione manteneva il medesimo *trend* nel corso dei due anni successivi interessando fino al 65% dei soggetti, per cui a 3 anni il 55% dei soggetti presentava imeni semilunari e il 38% anulari. La percentuale di imeni semilunari continua a crescere fino a 9 anni, età alla quale tale morfologia è osservata nel 90% delle bambine.

Viceversa, i reperti a cui bisogna porre una particolare attenzione, in quanto sono stati riscontrati con maggior frequenza nella popolazione dei soggetti vittime di abuso sessuale, sono:

- ecchimosi o lacerazioni dei genitali esterni;
- ecchimosi o lacerazioni imenali;
- transezioni dell'imene posteriore o assenza di quest'ultimo;
- cicatrici perianali o della forchetta posteriore.

In **Tabella VI** è riportata la classificazione attualmente accolta in campo internazionale come linea guida nell'interpretazione dell'obiettività genito-ale. Essa, elaborata negli anni '90 del secolo scorso dalla Adams e periodicamente aggiornata, suddivide i reperti obiettivi e laboratoristici in tre categorie con un aumento progressivo della significatività per abuso sessuale¹⁵⁷.

Tabella VI. Classificazione dei reperti genito-anali (*riadattata da Adams et al. J Pediatr Adolesc Gynecol. 2016*).

CATEGORIA I	
Reperti documentati nei neonati o comunemente riscontrati nei bambini non abusati	
VARIANTI NORMALI	
1. Normali variazioni morfologiche dell'imene	
a.	Anulare: tessuto imenale presente tutto intorno all'apertura vaginale, anche ad ore 12
b.	Semilunare: tessuto imenale parzialmente assente al di sopra della linea compresa tra le ore 3 e le ore 9
c.	Imperforato: assenza di apertura imenale
d.	Cribroso: tessuto imenale attraversato da multiple piccole aperture
e.	Settato: presenza di uno o più setti che attraversano l'apertura imenale
f.	Fimbriato: presenza di multipli ripiegamenti, in parte sovrapposti, del margine libero
g.	Appendici del margine imenale (<i>tags</i>)
h.	Convessità del margine imenale (<i>mounds, bumps</i>) in qualsiasi localizzazione
i.	Qualsiasi incisura (<i>notch, cleft</i>) dell'imene al di sopra della linea compresa tra le ore 3 e le ore 9, indipendentemente dalla profondità
j.	Incisure (<i>notches</i>) superficiali dell'imene a livello o inferiormente alla linea compresa tra le ore 3 e le ore 9

- k. Bordo imenale posteriore liscio che appare relativamente sottile lungo l'intera rima
- | | |
|---|--|
| 2. Bande periuretrali o vestibolari | 3. Creste o colonne intravaginali |
| 4. Cresta imenale esterna | 5. Linea vestibolare (area mediana avascolare) |
| 6. Diastasis ani (area liscia) | 7. Appendici cutanee perianali (<i>tags</i>) |
| 8. Iperpigmentazione cute piccole labbra/zona perianale (etnie di colore) | 9. Dilatazione del meato uretrale |

REPERTI COMUNEMENTE ASCRIVIBILI A CONDIZIONI MEDICHE OLTRE CHE A TRAUMI O CONTATTO SESSUALE

- | | |
|---|--|
| 10. Eritema dei tessuti genitali | 11. Aumentata vascolarizzazione del vestibolo e dell'imene |
| 12. Fusione labiale | 13. Friabilità della forchetta posteriore |
| 14. Secrezioni vaginali | 15. Mollusco contagioso |
| 16. Fissurazioni anali | 17. Congestione/stasi venosa in sede perianale |
| 18. Dilatazione anale in bambini con fattori predisponenti (costipazione, encopresi, ipotono neuromuscolare per sedazione, anestesia o nel post-mortem) | |

CONDIZIONI ERRONEAMENTE INTERPRETATE PER ABUSO

19. Prolasso uretrale
20. Lichen scleroso e atrofico
21. Ulcera vulvare
22. Eritema, infiammazione e fissurazioni dei tessuti perianali o vulvari causati da infezioni batteriche, fungine, virali, parassitarie o altre non sessualmente trasmesse
23. Difetto di fusione della linea mediana (solco perineale)
24. Prolasso rettale
25. Visualizzazione della linea dentata/pettinata alla giunzione tra anoderma e mucosa rettale
26. Parziale dilatazione dello sfintere anale esterno (sfintere anale interno contratto), con comparsa di pieghe profonde nella cute perianale
27. Discromia rosso-violacea delle strutture genitali (incluso l'imene) da livor post-mortem, con conferma istologica

CATEGORIA II

Reperti privi di consenso interpretativo riguardo alla possibile correlazione con un contatto sessuale o un trauma

28. Completa dilatazione anale con rilassamento sfinteriale, in assenza di fattori predisponenti (costipazione, encopresi e condizioni neuromuscolari)
29. Incisure profonde del margine imenale (*notches, clefts*) a livello o inferiormente alla linea compresa tra le ore 3 e le ore 9, che possono estendersi in prossimità della base d'impianto; transezioni complete alle ore 3 e 9
30. Condilomi acuminati genito-anali in assenza di altri indicatori di abuso
31. Herpes 1 o 2, con conferma culturale o PCR, in area genitale o anale in assenza di altri indicatori di abuso sessuale

CATEGORIA III

Reperti causati da trauma e/o contatto sessuale

TRAUMI ACUTI DEI TESSUTI GENITALI ESTERNI/ANALI, ACCIDENTALI O INFLITTI

32. Lacerazioni acute/ecchimosi di labbra, pene, scroto, tessuti perianali o perineo
33. Lacerazioni acute di forchetta posteriore o vestibolo, non coinvolgenti l'imene

ESITI DI LESIONI A CARICO DEI TESSUTI GENITALI ESTERNI/ANALI

- | | |
|-------------------------|--|
| 34. Cicatrice perianale | 35. Cicatrice della forchetta posteriore |
|-------------------------|--|

LESIONI INDICATIVE DI UN TRAUMA ACUTO O GUARITO NEI TESSUTI GENITALI/ANALI

36. Ecchimosi, petecchie o escoriazioni dell'imene
37. Lacerazione acuta, parziale o completa, dell'imene di qualsiasi profondità
38. Lacerazione vaginale
39. Lacerazione perianale con esposizione dei tessuti sottostanti al derma
40. Transezione imenale guarita/completa incisura imenale, compresa tra le ore 4 e le ore 8, estesa fino alla base dell'imene
41. Un difetto nella metà posteriore dell'imene più ampia di una transezione con assenza di tessuto imenale, estesa fino alla base d'impianto

INFEZIONI TRASMESSE MEDIANTE CONTATTO SESSUALE

- | | |
|--|---------------------------|
| 42. Neisseria gonorrhoeae genitale, rettale, faringea | 43. Sifilide |
| 44. Chlamydia trachomatis genitale o rettale | 45. Trichomonas vaginalis |
| 46. HIV, con esclusione della trasmissione mediante emotrasfusione | |

REPERTI DIAGNOSTICI DI CONTATTO SESSUALE

- | | |
|----------------|--|
| 47. Gravidanza | 48. Spermatozoi identificati in campioni raccolti direttamente dal corpo bambino |
|----------------|--|

La ricerca e l'identificazione dei suddetti reperti viene svolta secondo specifiche tecniche di ispezione della regione genito-animale, condotte con il minore in posizione supina (*frog-leg*), genupettorale o prona (*knee-chest*) o in decubito laterale sinistro (**Figura 13**).

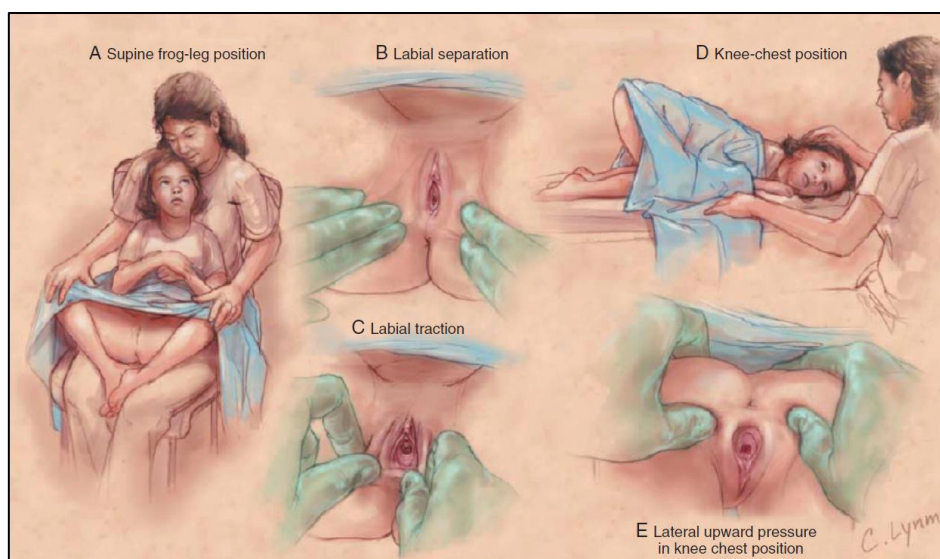


Figura 13. Ispezione dell'area genito-animale: a) decubito frog-leg, b) e c) separazione e trazione delle labbra d) posizione knee-chest, e) pressione laterale superiore in knee-chest. (Tratta da Berkoff MC et al. JAMA 2008)

Ciascuna posizione permette una diversa visibilità delle strutture anatomiche, motivo per cui, soprattutto per l'ispezione dei genitali femminili, la valutazione eseguita in uno dei tre decubiti richiede almeno una tecnica di conferma in un'altra posizione, in modo da confermare i reperti osservati nel decubito iniziale o identificare quelli precedentemente sfuggiti.

Nello specifico, infatti, la tecnica di "separazione e trazione labiale" applicata in posizione supina permette una valutazione ottimale di: labbra, vestibolo, forchetta posteriore e i due terzi anteriori del canale vaginale; l'imene, invece - poiché tende a ripiegarsi su sé stesso, risultando ridondante - è più efficacemente valutabile applicando la tecnica della "trazione" in posizione genu-pettorale che ne esalta l'ostio, il bordo, la forma e la vascolarizzazione¹⁵⁸.

Quindi è sempre buona prassi riportare nel referto la tipologia di decubito assunta dal paziente durante la visita.

Il reperimento di eventuali lesività necessita inoltre di un sistema che permetta di localizzare in maniera univoca i reperti. Per questo motivo, sia in caso di valutazione di un soggetto di sesso maschile che di un soggetto di sesso femminile, ci si affida al quadrante dell'orologio con le ore 12 poste in alto a paziente supino, come indicato nella **Figura 14**.

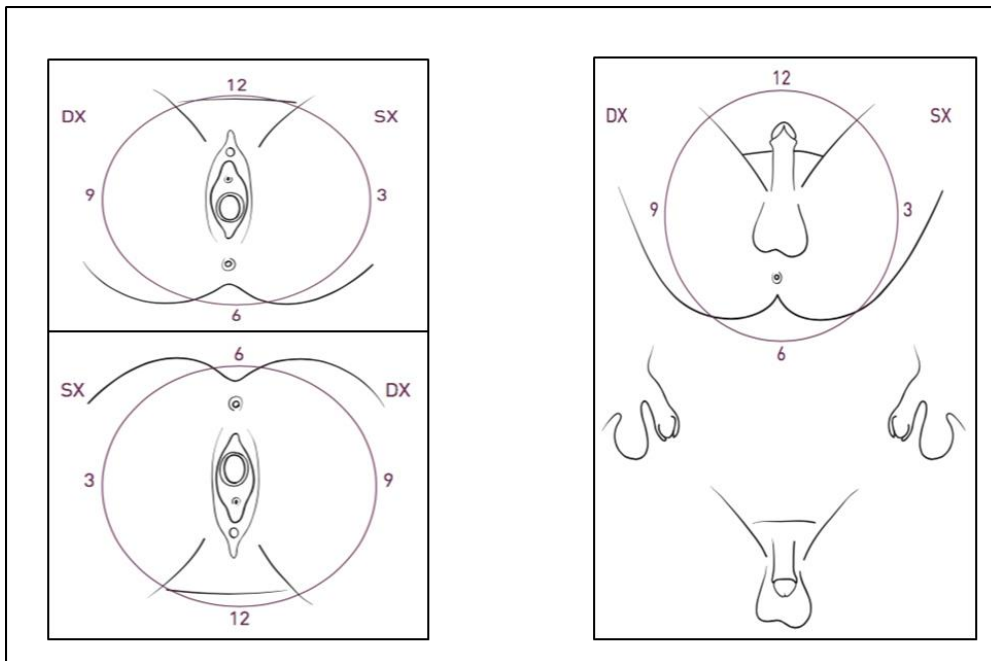


Figura 14. Schema dell'orologio, a sinistra in soggetto di sesso femminile in posizione supina (in alto) e prona (in basso) e a destra in soggetto di sesso maschile.
(Tratta da Giolito MR et al. 2010)

Capitolo 2. L'abuso sessuale su minore: il reato

2.1 La legislazione italiana

Il principale riferimento normativo, che ha specificamente disciplinato la tutela del bambino e dell'adolescente rispetto al fenomeno della violenza e dell'abuso sessuale, è attualmente costituito dalla Legge 66/1996, la quale ha modificato le disposizioni previgenti del Codice Penale, attuando una diversa collocazione dei reati a sfondo sessuale, spostandoli dai “delitti contro la morale pubblica ed il buon costume” (Titolo IX del Libro II) ai “delitti contro la persona” (Titolo XII del Libro II), ed integrando l'articolo 609 con gli articoli da 609-bis a 609-decies¹⁵⁹.

Infatti, fino al 1996 i delitti contro la libertà sessuale erano disciplinati dagli articoli 519-526, adesso abrogati, tra i quali si annoveravano anche i reati di violenza carnale (519 C.P.) e gli atti di libidine violenti (521 C.P.).

Numerosi erano i limiti di questo impianto normativo. Innanzitutto, nella ricomprensione di tali reati all'interno dei “delitti contro la morale pubblica e il buon costume” è evidente che la tutela del singolo passava in secondo piano rispetto alla tutela accordata ai valori della moralità pubblica.

Inoltre, la distinzione tra le due fattispecie delittuose previste, che si ripercuoteva anche sull'entità della pena comminata (meno severa nel caso in cui l'azione delittuosa venisse perpetrata secondo le modalità previste dall'ormai abrogato art. 521 C.P.), era basata sul piano dell'elemento materiale del reato, connesso all'avvenuta o meno congiunzione carnale. Le conseguenze negative di tale suddivisione erano ben evidenti durante il processo penale dove la raccolta e l'acquisizione delle prove poteva prevedere accertamenti umilianti sul corpo della persona offesa; in alcuni casi, infatti, la dimostrazione che la vittima avesse subito un atto penetrativo verteva sul numero dei centimetri di mucosa vaginale coinvolta.

Infine, la legge non tutelava una serie di situazioni nelle quali la sfera sessuale dell'individuo veniva comunque offesa, anche se il fatto era stato commesso senza violenza. Questi casi, nei quali la modalità d'azione consisteva in un'attività di persuasione e di pressione non violenta finalizzata a determinare la persona offesa nel senso voluto dall'agente, riguardavano tipicamente vittime minorenni o in condizioni d'inferiorità fisica e psichica.

Il vigente ordinamento giuridico, ricollocando i delitti sessuali nel Titolo dei “delitti contro la persona”, ha definitivamente consacrato la sfera della sessualità come diritto della persona umana, la cui disponibilità spetta esclusivamente al soggetto che ne è titolare; viene quindi

meno l'appartenenza di tale bene al generico patrimonio collettivo della moralità e del buon costume. In secondo luogo, l'assimilazione delle due modalità materiali di perpetrazione del delitto - "violenza carnale" e "atti di libidine violenta" - sotto un'unica fattispecie - "violenza sessuale" - è stata un'operazione fondamentale nella tutela della vittima in sede procedimentale e processuale.

La riforma ha prestato una attenzione peculiare nei confronti dei minori, chiarendo che il reato in questione si concretizza attraverso il compimento di qualsiasi atto volto a soddisfare le pulsioni sessuali altrui, anche se non esplicito attraverso il contatto fisico o la violenza.

In particolare, secondo la Legge 66/1996, parzialmente modificata dalla Legge del 6 febbraio 2006 n.38¹⁶⁰ - *Disposizioni in materia di lotta contro lo sfruttamento sessuale dei bambini e la pedopornografia anche a mezzo internet* - e dalla Legge 172/2012 (come specificato, di volta in volta, nelle note a piè di pagina), il coinvolgimento in attività sessuale dei minori può corrispondere ai reati disciplinati dagli articoli 609-*bis* (violenza sessuale), 609-*quater* (atti sessuali con minorenni), 609-*quinquies* (corruzione di minorenni) e 609-*octies* (violenza di gruppo).

In riferimento all'art. 609-*quater*, la legge afferma sussistere il reato anche per gli atti sessuali compiuti al di fuori delle ipotesi previste dall'art. 609-*bis* (violenza, minaccia, inganno, abuso di autorità o delle condizioni di inferiorità fisica o psichica della persona offesa), qualora la persona offesa non abbia compiuto gli anni quattordici, ovvero gli anni sedici^{vi} quando, in quest'ultima evenienza, "il colpevole sia l'ascendente, il genitore, anche adottivo, o il di lui convivente, il tutore, ovvero altra persona cui, per ragioni di cura, di educazione, di istruzione, di vigilanza o di custodia, il minore è affidato o che abbia, con quest'ultimo, una relazione di convivenza". La pena, seppur diminuita di circa un terzo, è comminata ai medesimi colpevoli sopra indicati quando, con l'abuso dei poteri connessi alla propria posizione, compiono atti sessuali con persona minore che abbia compiuto gli anni sedici^{vii}.

La *ratio legis* sottesa a queste disposizioni, presente anche nella previgente normativa, seppur non nel contesto di uno specifico articolo del Codice Penale, è che il minore di anni quattordici – o degli anni sedici e diciotto, nei casi rispettivamente citati – non sia sufficientemente maturo per comprendere pienamente il significato degli atti sessuali o non sia capace di esprimersi liberamente quando la proposta di partecipare ai predetti atti scaturisca dalla richiesta

^{vi} Il comma 1, n. 2, dell'art. 609-*quater*, introdotto dall'art. 5 della L. 66/1996, è stato così sostituito dall'art. 6, co. 1, lett. a), della L. 38/2006.

^{vii} Il presente comma è stato inserito dall'art. 6, co. 1, lett. b), della L. 38/2006 dopo il comma 1, n. 2, dell'art. 609-*quater* e poi modificato dall'art. 4, co.1, lett. r), n. 1, della L. 172/2012.

dell'adulto, in particolare se quest'ultimo eserciti un particolare ascendente, in funzione dello status rivestito nell'ambiente di vita del minore. In altri termini, si realizza una condizione di cosiddetta violenza presunta, il cui requisito è rappresentato dalla mancanza di un consenso giuridicamente valido del minore¹⁶¹. Il suddetto articolo riconosce, inoltre, la legittimità dei rapporti affettivi tra coetanei, prevedendo l'impunità per il minore che compia atti sessuali con un altro minore che abbia compiuto i tredici anni, qualora la differenza di età tra i soggetti non sia superiore ai tre anni.

Per corruzione di minore^{viii} s'intende il compimento di atti sessuali in presenza di persona minore di anni quattordici, al fine di farla assistere oppure di indurla a compiere e/o a subire atti sessuali. In quest'ultima evenienza, il reato sussiste anche qualora la vittima sia sottoposta alla visione di materiale pornografico.

Una volta chiarite, sulla base delle disposizioni di legge attualmente vigenti, le condizioni in cui il contatto sessuale con il minore non costituisca "soltanto" un'espressione delle relazioni affettive e sessuali con il minore, ma configuri al contempo un'ipotesi di reato, la riflessione successiva deve essere articolata sul regime di procedibilità dello stesso, da cui dipende in ultima analisi l'obbligatorietà della segnalazione. Il regime di procedibilità dei reati sessuali è definito principalmente dall'articolo 609-*septies* della Legge 66/1996, parzialmente emendato dall'articolo 7 della Legge 38/2006, che sancisce come procedibili d'ufficio e, quindi, implicanti dovere di referto/denuncia all'Autorità Giudiziaria, tutte le situazioni in cui i minori infradiciottenni^{ix} siano coinvolti in attività sessuali secondo la condotta prevista dall'articolo 609-bis, ossia nei casi di violenza cosiddetta reale nei quali l'azione delittuosa sia compiuta in assenza oppure contro il consenso della persona offesa. Per ovvie ragioni la violenza sessuale di gruppo, disciplinata dall'articolo 609-*octies*, che "*consiste nella partecipazione, da parte di più persone riunite, ad atti di violenza sessuale di cui all'articolo 609-bis*", è sempre procedibile d'ufficio. Inoltre, la procedibilità d'ufficio sussiste qualora, a prescindere dall'età del soggetto minore, il fatto, pur essendo realizzato secondo le modalità previste ex art. 609-*quater* (violenza presunta), sia commesso da pubblico ufficiale o incaricato di pubblico servizio

^{viii} **609-*quinquies***: "Corruzione di minore. Chiunque compie atti sessuali in presenza di persona minore di anni quattordici, al fine di farla assistere, è punito con la reclusione da uno a cinque anni. Salvo che il fatto costituisca più grave reato, alla stessa pena di cui al primo comma soggiace chiunque fa assistere una persona minore di anni quattordici al compimento di atti sessuali, ovvero mostra alla medesima materiale pornografico, al fine di indurla a compiere o a subire atti sessuali. La pena è aumentata: a) se il reato è commesso da più persone riunite; b) se il reato è commesso da persona che fa parte di un'associazione per delinquere e al fine di agevolarne l'attività; c) se il reato è commesso con violenze gravi o se dal fatto deriva al minore, a causa della reiterazione delle condotte, un pregiudizio grave. La pena è aumentata fino alla metà quando il colpevole sia l'ascendente, il genitore, anche adottivo, o il di lui convivente, il tutore, ovvero altra persona cui, per ragioni di cura, di educazione, di istruzione, di vigilanza o di custodia, il minore è affidato, o che abbia con quest'ultimo una relazione di stabile convivenza".

^{ix} Il limite di età è stato elevato da quattordici a diciotto anni dall'art. 7, co. 1, lett. a), della L. 38/2006.

nell'esercizio delle proprie funzioni (art. 609-septies, co. 4, n. 3)^x oppure dalle medesime figure “qualificate” indicate anche nel comma 1, n. 2, dell'art. 609-quater, come modificato dalla Legge 38/2006^{xi}. In tali circostanze, infatti, l'eventuale consenso espresso dal minore è invalidato in radice dalla presenza di una condizione psichica idonea a sopprimere la capacità e la volontà di opposizione.

Nei casi restanti, previsti dal comma 1, n. 1, dell'art. 609-quater, in cui minorenni infraquattordicenni siano coinvolti in atti sessuali da colpevoli diversi dalle figure “qualificate” sopra indicate, si procede d'ufficio soltanto “*se il fatto è commesso nell'ipotesi di cui all'articolo 609-quater, ultimo comma*”, ossia qualora la persona offesa sia un minore infradecenne (art. 609-septies, co. 4, n. 5). Si deve, infine, considerare che la corruzione di minorenni è sempre procedibile d'ufficio e che l'obbligo di segnalazione si realizza automaticamente qualora il reato sessuale coesista con altre ipotesi delittuose procedibili d'ufficio (art. 609-septies, co. 4, n. 4), quale, ad esempio, il reato di maltrattamenti contro familiari o conviventi, ex art. 572 del Codice Penale.

2.2 Esempi di normativa internazionale

In questo breve *excursus* riguardo le normative vigenti in alcuni Paesi del territorio europeo (**Tabella VII**), risulta interessante fare una rapida analisi degli ordinamenti che regolamentano tale disciplina nello Stato della Città del Vaticano il quale costituisce un'enclave all'interno del territorio italiano.

Prima del 26 marzo 2019 lo Stato della Città del Vaticano non possedeva una normativa penale dedicata in materia di abusi sessuali, anche se la Legge n. VIII “Norme complementari in materia penale” dell'11 luglio 2013 prevedeva al Titolo II disposizioni in ordine ai “Delitti contro i minori” che si allineavano con quanto previsto dalla Convenzione ONU sui diritti dell'infanzia e dell'adolescenza (*Convention on the Rights of the Child*), adottata dall'Assemblea Generale delle Nazioni Unite il 20 novembre 1989.

Il 26 marzo 2019 il Papa ha firmato tre documenti volti alla tutela e salvaguardia dei minori e delle persone vulnerabili: la legge n. CCXCVII, “Sulla protezione dei minori e delle persone vulnerabili dello Stato della Città del Vaticano”; la “Lettera Apostolica in forma di “Motu

^x Il comma 4, n. 2, dell'articolo 609-septies, introdotto dall'art. 8 della L. 66/1996, è stato sostituito dall'art. 7, co. 1, lett. b), della L. 38/2006.

^{xi} Il comma 1, n. 2, dell'art. 609-quater, introdotto dall'art. 5 della L. 66/1996, è stato così sostituito dall'art. 6, co. 1, lett. a), della L. 38/2006.

Proprio” del Sommo Pontefice Francesco sulla protezione dei minori e delle persone vulnerabili”; le “Linee guida per la protezione dei minori e delle persone vulnerabili per il Vicariato della Città del Vaticano”.

Tali disposizioni si applicano allo Stato della Città del Vaticano, alla Curia romana e ai nunzi apostolici ed equiparano il concetto di “minore” a quello di “persona vulnerabile” definita come “ogni persona in stato d’infermità, di deficienza fisica o psichica, o di privazione della libertà personale che di fatto, anche occasionalmente, ne limiti la capacità di intendere o di volere o comunque di resistere all’offesa”.

In particolare, la legge n. CCXCVII prevede che i reati sessuali, già previsti al Titolo II della già citata Legge n. VIII, siano perseguibile d’ufficio, ossia anche in assenza di una querela di parte, con un termine di prescrizione fissato a vent’anni il quale decorre dal compimento del diciottesimo anno d’età. Qualora l’imputato, sia esso un chierico o un membro di un Istituto di vita consacrata o di una Società di vita apostolica, venga dichiarato colpevole di abuso si provvede all’adozione delle misure previste dal diritto canonico che possono esitare nella sollevazione dall’incarico.

2.2.1 Spagna

La normativa spagnola in materia di reati sessuali trova la propria collocazione sistematica all’interno del Titolo del Codice Penale dedicato ai “Delitti contro la libertà e l’indennità sessuale”, dimostrando così la propria affinità giuridica con il sistema legislativo italiano. La *Ley Orgánica* 10/95 è stata successivamente modificata dall’introduzione della *Ley Orgánica* 1/15: tra i cambiamenti sanciti spicca l’aumento dell’età del consenso (che passa dai tredici ai sedici anni), l’intensificazione delle sanzioni penali, la definizione del reato di corruzione di minorenne e la maggior tutela nei confronti degli abusi attraverso i mezzi di comunicazione. Le modifiche approvate negli articoli 183 e 183-*quater* hanno determinato l’allineamento della giurisdizione spagnola con quella italiana.

Con la nuova legge si configura una presunzione legale, tale per cui la contrazione di una relazione sessuale con un infrasedicenne determina sempre un reato. Il tratto distintivo che differenzia le “*agresiones sexuales*” dagli “*abusos sexuales*” nei confronti dei minori di anni sedici consiste nell’assenza della violenza nel reato di abuso che spesso si svolge con modalità subdole.

Anche la legislazione spagnola delinea delle circostanze aggravanti i delitti sessuali; tuttavia rispetto al Codice Penale italiano, vi è una maggiore dovizia di particolari riguardo le modalità di perpetrazione del reato di violenza sessuale, descritto come “un accesso carnale per via

vaginale, anale o boccale o mediante l'introduzione di parti del corpo o oggetti attraverso una delle prime due vie".

2.2.2 Regno Unito

Nel Regno Unito la normativa dei reati sessuali è disciplinata dai singoli governi delle Nazioni costitutive.

La normativa si ispira in gran parte al *Sexual Offences Act 2003* attualmente in vigore in Inghilterra e in Galles. La legislazione corrispondente in Scozia e in Nord Irlanda è contenuta rispettivamente nel *Sexual Offences (Scotland) Act 2009* e nel *Sexual Offences (Northern Ireland) Order 2008* che costituiscono delle revisioni interne in merito alla disciplina dei reati sessuali.

Nel complesso la normativa britannica appare molto dettagliata e caratterizzata da una dovizia di particolari, atti alla definizione dei singoli reati sessuali e alla precisa determinazione delle modalità di perpetrazione degli stessi.

La disciplina prevede una suddivisione in "sections" sulla base della tipologia di reato commesso e dell'età dei minori coinvolti. Sono definite tre classi di età di atti sessuali nei confronti di minori con età:

- inferiore ai 13 anni;
- compresa tra 13 e 16 anni;
- inferiore ai 18 anni.

L'età del consenso nel Regno Unito è fissata a 16 anni. Se il fatto viene commesso con un minore di anni 13 questo rientra nella categoria dei reati di responsabilità oggettiva con riferimento all'età per cui, nella dimostrazione della colpevolezza, è sufficiente dimostrare l'attività sessuale intenzionale e l'età della vittima al momento dei fatti.

A differenza della legislazione italiana che, secondo quanto previsto dall'art. 609-sexies, non permette l'invocazione dell'ignoranza dell'età della persona offesa, la normativa britannica sancisce che, qualora l'atto sessuale venga commesso con un minore di età compresa tra i 13 e i 16 anni, deve essere dimostrato che l'imputato non fosse ragionevolmente convinto che il minore avesse più di 16 anni.

Diversamente dal Regno Unito l'Italia non permette la costruzione della difesa sull'errato convincimento dell'età della persona offesa.

Anche la normativa britannica prevede un abuso della posizione di fiducia: in questo caso il reato sussiste qualora l'individuo non abbia compiuto gli anni 18.

Tabella VII. Sintesi delle differenze tra le normative degli stati considerati in materia di abuso sessuale sui minori

STATO	ETA' MINIMA PER IL CONSENSO	PROCEDIBILITA'	SANZIONE PENALE
Italia	≥ 14 con limitazioni	Querela di parte fatto salvo i seguenti casi in cui si procede d'ufficio: <ul style="list-style-type: none"> • violenza sessuale commessa nei confronti di un infraquattordicenne; • se il fatto è commesso da una persona che eserciti un'autorità sul minore; • se il fatto è commesso da un pubblico ufficiale o da un incaricato di pubblico servizio nell'esercizio delle proprie funzioni; • se il fatto è connesso con un altro delitto procedibile d'ufficio; se il fatto è commesso nei confronti di un minore che non ha compiuto gli anni dieci.	Reclusione da cinque a dieci anni. In presenza di condizioni aggravanti la pena è aumentata con la reclusione da sei a dodici anni.
Città del Vaticano	<ul style="list-style-type: none"> • ≥ 18 • ≥ 14 all'interno del vincolo matrimoniale 	Procedibilità d'ufficio	Reclusione da cinque a dieci anni e pagamento di una multa da euro diecimila ad euro centomila. La pena è aumentata se il fatto è commesso da una persona che eserciti un'autorità sul minore, mentre è diminuita all'aumentare dell'età a partire dal compimento degli anni 14. In aggiunta alle sanzioni penali, è prevista l'adozione di provvedimenti previsti dal diritto canonico.
Spagna	≥ 16	Procedibilità d'ufficio	Reclusione da due a sei anni. La pena è aumentata nel caso in cui il fatto sia commesso con violenza o intimidazione oppure qualora il reato venga commesso con le modalità della penetrazione o dell'introduzione di corpi estranei.
Regno Unito	≥ 16 con limitazioni	Querela di parte	Il colpevole può essere condannato: <ol style="list-style-type: none"> a) con procedimento sommario, alla reclusione per un termine che non superi 6 mesi o al pagamento di un'ammenda che non superi il massimo stabilito per legge o entrambi; b) con procedimento con atto formale di accusa, alla reclusione per un termine che non superi i quattordici anni. In presenza di condizioni aggravanti la pena può comportare l'ergastolo.

Capitolo 3. Diagnosi e flow-chart: esiste un *gold standard* per la diagnosi di abuso sessuale?

Come indicato nei precedenti paragrafi, l'accertamento dell'abuso sessuale sul minore è estremamente complesso, in quanto gravato da:

- mancanza di una definizione univoca del fenomeno;
- manifestazioni cliniche oltre modo variabili;
- carenza o aspecificità delle alterazioni riscontrate durante la visita medico-clinica;
- necessità di una valutazione onnicomprensiva da parte di *teams* multidisciplinari (pediatra, medico legale, altri medici specialisti, assistente sociale, psicologo), raramente concepiti nella realtà ospedaliera nazionale.

Per tali criticità, la diagnosi si basa molto spesso su regole euristiche, che producono una realtà caotica dove la variabilità inter- ed intra-osservatore è enorme.

La Letteratura è infatti carente di linee guida basate sull'evidenza o di protocolli che siano in grado di supportare adeguatamente il processo decisionale diagnostico.

La mancanza di un metodo "a priori" da applicare ai casi di abuso sessuale può esitare in errori di valutazione - classificabili come falsi positivi o negativi - che hanno conseguenze catastrofiche in termini di salute del singolo individuo e di tutto il nucleo familiare¹⁶².

Infatti, la conferma clinica di un abuso sessuale non è un atto che rimane confinato nella realtà sanitaria, ma mette in moto un complesso sistema giuridico e sociale che coinvolge il minore, la famiglia di provenienza e il sospetto perpetratore in maniera continuativa, stressante e, talora, traumatizzante.

Esemplificando, l'attivazione di un *iter* giudiziario, laddove non è intercorsa alcuna relazione abusante, può determinare inutili misure di allontanamento del minore dalla famiglia, ingiusti procedimenti penali e, in definitiva, notevoli danni psicologici a carico sia del minore sia del presunto abusante. Per converso, l'assenza di provvedimenti giudiziari a carico di un soggetto che ha realmente perpetrato l'abuso sottopone il minore a gravissimi rischi sia a breve che a lungo termine, come la rivittimizzazione, la manifestazione di alterazioni comportamentali, lo sviluppo di patologie organiche e disturbi mentali e/o della condotta.

Le gravi conseguenze che derivano da questi errori, l'occorrenza dei quali è stimata intorno al 24% dei giudizi diagnostici¹⁶³, impongono, quale obiettivo prioritario di salute, di controllare le numerose variabili responsabili del caos che governa questa realtà clinica.

3.1 Linee guida

Nel panorama sopra delineato, le principali linee guida pubblicate sull'argomento perseguono lo scopo di guidare il clinico nell'interpretazione dei segni genito-anali.

Un primo tentativo di classificazione dei reperti è opera della pediatra statunitense Adams; esso risale al 1992¹⁶⁴ ed è stato più volte aggiornato dall'autrice stessa (2004, 2007, 2016, 2018).

Tale lavoro nasce, si sviluppa e si affina seguendo sempre la medesima metodologia operativa definita come *consensus development*, il frutto, cioè, della valutazione e della revisione, da parte di un gruppo di esperti, della letteratura medica specifica esistente fino a quel momento.

In un noto contributo del 2001¹⁶⁵ emerge il tentativo da parte della stessa Adams di sviluppare un sistema di classificazione della probabilità diagnostica che andasse oltre l'obiettività genito-anale e i reperti laboratoristici, basandosi anche sui dati anamnestici inerenti a dichiarazioni e comportamenti dei bambini. Come riportato in **Tabella VIII**, questo processo d'integrazione dei vari elementi si traduce in un giudizio di correlazione causale tra i riscontri clinici e l'evento abusivo, espresso secondo quattro classi di probabilità: 1) nessuna evidenza di abuso; 2) abuso possibile; 3) abuso probabile; 4) evidenza certa di abuso o di trauma penetrante.

Tabella VIII. Sistema di classificazione della probabilità di abuso sessuale sul minore (riadattata da Adams LJ. *Child Maltreat.* 2001).

CLASSE I Nessuna indicazione di abuso	CLASSE II Abuso possibile
<ul style="list-style-type: none"> • Obiettività negativa oppure assenza di racconto, di cambiamenti comportamentali, di testimonianza di abuso. • Reperti di categoria I o II con certa o verosimile spiegazione alternativa della dinamica, in assenza di racconto o cambiamenti comportamentali. • Minore a rischio di abuso sessuale, in assenza di racconto e di cambiamenti comportamentali. • Lesioni coerenti con l'anamnesi di trauma accidentale. 	<ul style="list-style-type: none"> • Reperti di categoria I o II in presenza di disturbi comportamentali ed in assenza di racconto. • Lesioni genitali erpetiche di tipo 1, in assenza di racconto di nessun altro segno fisico. • Condilomi acuminati in età < 3 anni, in assenza di racconto di nessun altro segno fisico. • Racconto aspecifico o inconsistente.
CLASSE III Abuso probabile	CLASSE IV Abuso certo
<ul style="list-style-type: none"> • Racconto specifico e consistente, in presenza o assenza di reperti di categoria I o II. • Coltura positiva per Chlamidia Trachomatis dall'area genito anale in bambino prepubere. • Coltura positiva per Herpes Simplex tipo 2 da lesioni genito - anali. • Striscio a fresco o coltura su secreto vaginale positiva per Trichomonas Vaginalis. 	<ul style="list-style-type: none"> • Reperti di categoria III, in assenza di storia di trauma accidentale. • Tracce di sperma o liquido seminale. • Gravidanza. • Coltura positiva per <i>Neisseria gonorrhoea</i> da vagina, uretra, ano o faringe. • Diagnosi di sifilide, con esclusione di trasmissione perinatale. • Documentazione iconografica dell'episodio di abuso. • Sierologia positiva per HIV + esclusione della trasmissione perinatale / emotrasfusione.

Un'altra fonte di riferimento per il CSA è la Guida per la migliore pratica clinica – “*Guidance*

for best practice” - del *Royal College of Paediatrics and Child Health* di Londra (2008)¹⁶⁶, nata anch'essa con il metodo del *consensus development* sulla letteratura specialistica pubblicata dal 1966 fino al 2007.

I precedenti indirizzi operativi in tema di obiettività genito-anale sono poi stati confrontati e integrati dal Gruppo di Lavoro per l'abuso e il maltrattamento dell'infanzia¹⁶⁷. Tale gruppo, costituitosi nel 2003, è formato da numerosi specialisti italiani ginecologi, medici legali e pediatri, e ha voluto rispondere alle esigenze sia del medico che per la prima volta si trova ad affrontare un caso di sospetto abuso sessuale, sia del personale esperto dando vita ad un vero e proprio manuale operativo pubblicato nel 2010. Viene analizzato, infatti, ciascuno dei singoli aspetti della diagnosi con particolare riferimento alle lesioni obiettivabili, per le quali sono fornite: definizione, specificità rispetto all'abuso secondo entrambe le precedenti classificazioni diagnostiche, indicazione finale del gruppo stesso e, infine, diagnosi differenziali alternative.

Altre linee guida non riguardano nello specifico l'abuso sessuale, sebbene contengano raccomandazioni di rilievo su come gli specialisti devono affrontare la materia.

Le già citate linee guida SINPIA rappresentano un essenziale riferimento per la comunità neuropsichiatrica infantile sia nel ribadire i principi di equifinalità e di multifinalità propri della Psicopatologia dello Sviluppo – per i quali non esiste una sindrome clinica “caratteristica” specificamente all'abuso sessuale - sia nel dettare i criteri di valutazione clinica psicosociale e psichiatrico forense della sospetta vittima di abuso sessuale.

La Carta di Noto riguarda lo specifico settore dell'audizione protetta del minore, il quale, potendo mostrarsi compiacente e persino suggestionabile nei confronti dell'interrogante, è considerato un testimone fragile. Le raccomandazioni contenute nella Carta delineano e specificano, alla luce delle attuali conoscenze scientifiche, le migliori prassi a cui attenersi nella raccolta della testimonianza di un minore e nella valutazione della sua capacità di testimoniare¹⁶⁸.

3.2 Limiti

Oltre alla scarsità numerica, le linee guida sopra indicate presentano numerosi limiti.

Innanzitutto, le raccomandazioni da esse fornite, analogamente agli studi condotti sul CSA, si focalizzano di volta in volta sui singoli aspetti del fenomeno, come i reperti genito-anali o le manifestazioni comportamentali, rischiando, in questo modo, di frammentare il minore in compartimenti multipli e, quindi, di compromettere l'interezza del processo diagnostico.

La stessa obiettività genito-ale - tra tutti l'aspetto su cui le linee guida sembrano essere più perentorie nell'assegnare un grado di probabilità diagnostica - può essere confondente se non coadiuvata da altri elementi.

Infatti, nelle linee guida secondo Adams, che orientano il clinico ad interpretare i reperti genito-anali, soltanto i reperti di terza categoria ("chiara evidenza di trauma"), che peraltro sono osservati di rado, presentano una elevata specificità nell'identificazione di un abuso sessuale.

Uno studio¹⁶⁹ che ha valutato l'utilità del colposcopio nella diagnosi di CSA in un campione di 77 soggetti sottoposti a valutazione completa (raccolta anamnestica, esplorazione di eventuali cambiamenti comportamentali, esami di laboratorio, visita genito-ale), ha evidenziato infatti che tali reperti, identificati solo nel 13% dei casi, presentano una specificità pari al 98.4% ed una sensibilità pari al 56.3%, concludendo quindi per la loro utilità nel confermare, ma non nell'escludere l'abuso. Inoltre, la colposcopia mostra una debole correlazione con la valutazione complessiva dell'abuso (kappa pesato pari a 0.245), risultato che supporta come un esame fisico normale non sia affidabile per escludere l'abuso sessuale.

Una criticità rilevante di queste linee guida è rappresentata, inoltre, dagli elementi classificati in seconda categoria. Dal momento che non è stato espresso un consenso unanime sull'associazione o meno di questi reperti all'abuso sessuale, la loro utilità è pressoché nulla senza la presenza di altri elementi di sospetto. Ad esempio, una correlazione tra la comparsa del riflesso di dilatazione anale (RAD = *reflex anal dilatation*) e pregressi episodi di penetrazione anale accertati, in assenza di condizioni cliniche predisponenti quali malattie intestinali, stipsi, encopresi, è stata effettivamente trovata¹⁷⁰. Tuttavia, l'estrema limitatezza dei dati finora raccolti impedisce di considerare il RAD fra gli elementi suggestivi di abuso sessuale.

Un altro problema è stabilire la profondità delle incisive imenali, in base alla quale inquadrare quelle situate nella porzione inferiore del margine imenale (a livello o inferiormente alla linea compresa tra le ore 3 e le ore 9) nella prima o seconda categoria. Secondo alcuni studi un'interruzione della continuità imenale per oltre il 50% dello spessore dell'imene consentiva di definire profonda l'incisura¹⁷¹. Tuttavia, nella pratica clinica è virtualmente impossibile stimare la profondità dell'incisura, la quale deve essere, altresì, differenziata da varianti normali, quali il bordo imenale smerlato, oppure da una porzione d'imene di ridotto spessore adiacente ad una convessità marginale (*mound*).

Inoltre, ad oggi non esiste una procedura certificata per qualificare l'esperienza acquisita dal clinico nell'interpretare i reperti genito-anali e la variabilità tra gli esperti chiamati a valutare

un sospetto abuso sessuale sul minore è ampia.

A tal proposito, un interessante studio è stato condotto da Paradise et al.¹⁷². Sono stati reclutati 414 medici che si giudicavano esperti in materia di abuso sessuale, ai quali è stato richiesto di valutare sette casi simulati, consistenti in una breve storia associata ad una fotografia dei genitali femminili. Tali casi erano stati precedentemente sottoposti ad un processo di standardizzazione relativamente alla descrizione e all'interpretazione dell'obiettività genitale da parte di 5 esperti. I risultati hanno dimostrato un tasso di concordanza medio non ottimale rispetto agli *standard* di riferimento, pari al 45% per la descrizione e al 72.6% per l'interpretazione. Se si considerano i casi individualmente, è stata osservata una variabilità ancora più ampia, con una concordanza oscillante tra il 14% e il 78.6%. In 4 casi, una proporzione non indifferente di valutatori, compresa tra il 5% e il 21%, ha descritto reperti genitali considerati assenti dal pannello di esperti. Inoltre, i soggetti con minore esperienza, ossia con meno di 100 visite negli ultimi 3 anni, erano quelli che maggiormente si discostavano dalle valutazioni standardizzate.

Le conseguenze di questi limiti intrinseci all'interpretazione dell'obiettività genito-ale si palesano chiaramente quando la valutazione clinica viene confrontata con quella giuridica, la quale necessita di un livello di evidenza ancora più consistente per l'emissione di un giudizio conclusivo.

Sono molte le evidenze che rivelano come in ambito giudiziario l'esito della visita medica sia considerato del tutto secondario o sia piuttosto impiegato come una verifica della veridicità del racconto.

In uno studio recente¹⁷³ che ha esaminato l'esito giudiziario di 130 casi di sospetto abuso sessuale, la preliminare valutazione medico-clinica degli stessi aveva riportato i seguenti risultati: l'abuso era rimasto indeterminato in 99 pazienti, pari al 76.9% della casistica; sostanziato in 21 casi, pari al 16.2% della totalità; ed escluso nei 10 casi restanti, pari al 7.7% del campione iniziale. In merito al decorso giudiziario, l'abuso sessuale era stato sostanziato, con relativa emissione di sentenza di condanna nei confronti del perpetratore imputato, in 40 casi (30.6%), tra i quali anche un caso in cui l'abuso era stato clinicamente escluso. Soltanto in 15 casi (36%) l'evidenza medica era stata menzionata nelle motivazioni della sentenza; viceversa, il racconto del minore era stato addotto tra le motivazioni in 30 casi, ossia nel 75%. Un altro lavoro¹⁷⁴ aveva addirittura concluso che l'esame medico era del tutto ininfluenza, indipendentemente dal fatto che risultasse positivo o negativo per lesioni. I ricercatori avevano infatti valutato 115 pazienti vittime di abuso sessuale e il 74% non presentava alcuna lesione.

Inoltre, un caso in cui erano state repertate tracce di sperma era stato classificato tra gli abusi esclusi.

Lo studio, inoltre, aveva valutato l'influenza delle seguenti variabili sull'*outcome*:

- età del minore;
- relazione con il perpetratore;
- tipo di contatto sessuale;
- durata dell'abuso prima della rivelazione da parte del minore;
- intervallo tra ultimo abuso e visita medica;
- intervallo tra rivelazione e procedimento penale;
- testimonianza da parte dello specialista che aveva effettuato la visita medica;

ottenendo per tutte una correlazione non statisticamente significativa.

È comunque da sottolineare che lo studio risale al 1991, l'anno precedente alla pubblicazione della prima classificazione della Adams, motivo per cui - *ex post* – potrebbe essere stato inficiato da un non trascurabile *bias*.

Un altro studio¹⁷⁵ ha valutato la prevalenza di lesioni imenali in 226 pazienti di età compresa tra i 2 e i 14 anni, che è risultata essere relativamente bassa, pari al 5%, nonostante i casi fossero accomunati dal racconto di un singolo episodio di abuso sessuale subito con modalità penetrativa vaginale, riferita come peniena in 116 casi (51.3%), digitale in 71 (31.4%) e mediante introduzione di un altro oggetto o con modalità combinata nei 39 casi restanti (17.3%). Nonostante questi valori, derivanti dall'obiettività genitale, la percentuale di condanne è risultata molto elevata, assestandosi ad una percentuale dell'86% (102 casi) rispetto ai 119 casi che hanno sostenuto un giudizio penale (53%).

L'analisi di questi dati evidenzia come il risultato della visita medica non abbia alcuna correlazione statisticamente significativa con l'*outcome* giuridico-legale, il cui principale determinante resta il racconto, specialmente quando il bambino viene escusso come testimone davanti a giudici e giuria, prassi quest'ultima che si ripete regolarmente negli Stati Uniti, dove lo studio è stato condotto.

Il depotenziamento dell'utilità della visita medico-clinica, che emerge con costanza dagli studi descritti, è sicuramente correlato alla problematica della mancanza, nella stragrande maggioranza dei casi, di una obiettività eclatante e della frammentarietà della raccolta dei dati utili alla valutazione globale del caso.

Proprio la stretta connessione che si viene regolarmente a creare tra le due realtà – clinica e giuridica - rende ancora più pregnante l'elaborazione di un metodo per la standardizzazione del

percorso diagnostico. Tuttavia, come discusso nel **Capitolo 4**, la coerenza e la qualità del processo decisionale in questo settore sono ancora ben lontane dagli *standard* minimi per garantire un equilibrio tra tutela dei minori, sospette vittime di abuso sessuale, e tutela del presunto abusante da un'accusa ingiusta.

Capitolo 4. Sistemi “intelligenti” di automazione del percorso diagnostico

Negli ultimi decenni, con l'aiuto della tecnologia, nelle strutture cliniche si sono sempre di più sviluppati algoritmi e sistemi di intelligenza artificiale (IA) utili nella previsione e nella diagnosi di varie condizioni patologiche. Benché l'interesse verso le potenzialità dell'IA siano crescenti, i principali ambiti in cui finora si è concentrata la ricerca sono quelli oncologico, neurologico e cardiologico (**Figura 15**); i risultati sono stati buoni in termini di riduzione dell'errore (falsi positivi/falsi negativi) e di miglioramento della diagnosi e del trattamento¹⁷⁶.

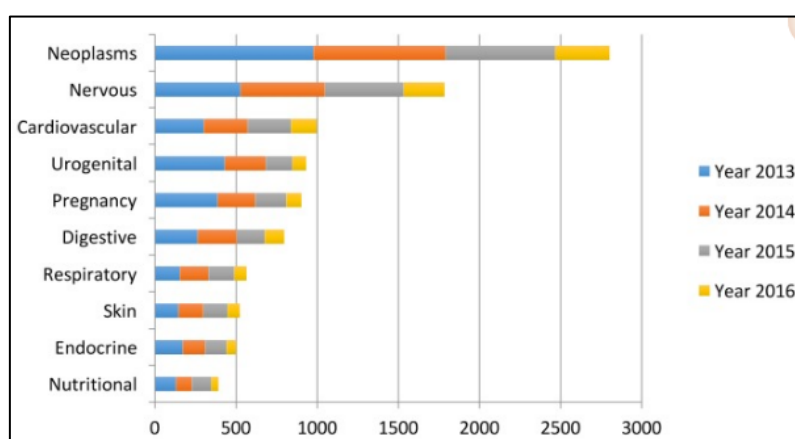


Figura 15. Le principali patologie *target* per l'applicazione dell'IA.
(Tratta da Jiang F et al. *Stroke Vasc Neurol.* 2017)

Un sistema di IA applicato alla diagnostica in emodinamica è stato presentato in Italia in occasione del Congresso *ICOP 2019 – Intracoronary pressure measurement and assessment of coronary stenosis in 2019*. Grazie alla capacità di elaborare i “*big data*” relativi alla pressione intracoronarica, il sistema impara dalla sua stessa esperienza e guida il medico nella diagnosi di coronaropatia, consentendo di discriminare con estrema precisione i soggetti da sottoporre ad un'angioplastica.

Recentemente, la *Food and Drug Administration* ha approvato negli Stati Uniti diverse applicazioni di *machine learning* per l'assistenza sanitaria in campo oftalmologico ed il diabete, le quali utilizzano un algoritmo di *deep learning* per analizzare immagini radiologiche, risultati di laboratorio, informazioni cliniche e, infine, assistere quotidianamente i medici nel riconoscere un problema e fare una diagnosi¹⁷⁷.

Nonostante la diffusione della metodologia, il suo principale impiego come strategia risolutiva riguarda i problemi ben definiti, mentre quelli mal definiti, dove non ci sono risposte giuste o sbagliate oppure dove gli obiettivi non possono essere formulati secondo un algoritmo, possono

ostacolarne l'applicazione. Pertanto, alcune aree della medicina caratterizzate da dati concreti e precisi (*hard data*), come nel caso della diagnostica per immagini, sono più adatte per le applicazioni dell'IA rispetto ad aree, dove la diagnosi si fonda sull'analisi di dati non controllati o soggettivi (*soft data*), come le cartelle cliniche cartacee ed elettroniche.

Considerato questo limite, ci si domanda, pertanto, se le applicazioni dell'IA potrebbero diventare indispensabili per fornire risposte anche in contesti ad elevata complessità e incertezza, come quello del maltrattamento verso i minori.

4.1 Esempi in tema di maltrattamento

L'affidabilità della decisione diagnostica è una questione cruciale per le conseguenze non solo sanitarie, ma anche sociali e legali che ne derivano, e costituisce il principale quesito che ha indirizzato le ricerche di alcuni autori. Questi studi hanno condotto delle analisi predittive sui fattori che influenzano una diagnosi di abuso, a prescindere dalla specifica tipologia di quest'ultimo.

Già alla fine degli anni '80 del secolo scorso Eckenrode et al.¹⁷⁸ analizzarono 1,864 casi di abuso sui minori (786 abusi sessuali, 198 abusi fisici e 880 *neglect*) avvenuti nello stato di New York tra il 1° aprile e il 31 agosto del 1985. Le variabili vennero suddivise in tre categorie:

- Variabili *background*:
 - il numero di adulti/bambini componenti il nucleo familiare;
 - genere sessuale/età/etnia del bambino;
 - numero di precedenti denunce sostanziate a carico del nucleo familiare;
- Fonte della denuncia:
 - professionale (medici, assistenti sociali, forze dell'ordine, ecc.);
 - non professionale;
- Variabili investigative:
 - avvio di un procedimento giudiziario;
 - numero di contatti con i soggetti indicati nella denuncia;
 - numero di contatti con la fonte della denuncia;
 - numero totale di accuse;
 - durata dell'indagine;

e analizzate in due differenti modelli: il primo che considerava solo la prima e la seconda categoria; il secondo, invece, che le considerava tutte e tre.

Le variabili che risultarono maggiormente predittive per la conferma dell'abuso furono quelle investigative, in particolare:

- l'avvio di un procedimento penale;
- la durata dell'indagine;
- numero di contatti con i soggetti indicati nella denuncia.

Un altro elemento rilevante emerso dallo studio inerisce la correlazione tra la conferma giudiziaria dell'abuso in funzione del soggetto che lo segnala; in particolare risultò che la valutazione effettuata da un professionista (ad esempio, medico, insegnante, operatore dei servizi sociali, agente di polizia, ecc.), produceva un tasso di conferma maggiore rispetto a quella effettuata da un non professionista, mediamente del 23% (26% per il *neglect*, 23% per l'abuso fisico, 11% per l'abuso sessuale). Dallo studio emersero, inoltre, i seguenti fattori di rischio:

- per l'abuso fisico, l'etnia afroamericana, che da sola giustificava un aumento dell'8% delle diagnosi confermate;
- per l'abuso sessuale, il sesso femminile – vittimizzato nell'80% dei casi - e l'aumentare dell'età, variabili entrambe che, tuttavia, avevano un impatto minimo, del 4%, sulle diagnosi confermate;
- per il *neglect*, l'età, poiché tanto più giovane è il soggetto quanto più la trascuratezza produce conseguenze gravi. Analogamente all'abuso sessuale, tale variabile, considerata singolarmente, aveva un impatto minimo, pari al 4%, sulle diagnosi confermate.

Un primo tentativo di rispondere alle esigenze sia medico-cliniche sia giuridico-legali venne effettuato da Drake nel 1996 che mise a punto un modello teorico definito come *Harm/Evidence Model*¹⁷⁹.

In prima battuta i casi di sospetto abuso sessuale venivano classificati in base al livello di evidenza delle prove raccolte e al grado di danno derivante dalla violenza, per poi essere singolarmente valutati per determinare se fossero o meno presenti queste condizioni: la presenza oggettiva di un danno o, più raramente, di un danno potenziale (*harm*) e la riconducibilità di tale danno ad una o più forme di maltrattamento riconosciute e codificate (*evidence*). L'abuso dovrebbe essere sostanziato in presenza di entrambe le condizioni; non determinabile, qualora ne fosse soddisfatta solo una; ed escluso, in mancanza di esse.

Più recentemente, nel 2009, un lavoro di Theodore Cross e Cecilia Casanueva¹⁸⁰ ha valutato quanto il modello di Drake potesse rappresentare un valido strumento predittivo dell'*outcome*

delle indagini condotte dai servizi sociali al fine di appurare la fondatezza delle segnalazioni per sospetto maltrattamento di 4,515 bambini, e, quindi, attuare gli opportuni provvedimenti di tutela. Diversamente dalla versione originale del modello, gli Autori hanno considerato il “rischio” o “danno potenziale” come condizione autonoma per il processo di validazione dell’abuso sessuale e hanno declinato i tre parametri secondo le modalità riportate in **Tabella IX**.

Tabella IX. Declinazione dei principali predittori diagnostici di abuso modificati dal modello teorico di Drake (*riadattata da Cross TP et al. Child Maltreat. 2009*).

LIVELLO DI DANNO (<i>harm</i>)	LIVELLO DI RISCHIO (<i>risk</i>)	LIVELLO DI EVIDENZA (<i>evidence</i>)
1 = nessuno	1 = nessuno	1 = nessuna evidenza
2 = lieve	2 = lieve	2 = non sufficiente
3 = moderato	3 = moderato	3 = probabilmente non sufficiente
4 = severo	4 = severo	4 = probabilmente sufficiente
		5 = sufficiente

Inoltre, alcuni dati anamnestici (*i.e.*, età, sesso, etnia), il reddito familiare e l’area abitativa di residenza (urbana o non urbana) sono stati considerati come variabili di controllo, per valutare se potessero rappresentare dei *bias* valutativi o, piuttosto, veri e propri fattori di rischio.

L’analisi dei dati ha evidenziato come il valore predittivo fosse del 6.5% per le sole variabili di controllo, del 60% per la combinazione rischio/danno e dell’80% per la sola evidenza e l’insieme di tutti i parametri considerati (condizioni di partenza e variabili di controllo). Alcuni fattori risultati significativi nell’analisi bivariata, come il reddito familiare o una storia di precedenti segnalazioni, perdevano il loro valore predittivo all’interno dell’equazione di regressione logistica che prendeva in considerazione anche i giudizi degli assistenti sociali sul livello di danno/rischio/evidenza.

Inoltre, sono emersi dati interessanti circa la differenziazione dei predittori diagnostici in base alle specifiche forme di maltrattamento. In particolare:

- il sesso maschile e l’età inferiore ai 6 o superiore ai 10 anni depongono a sfavore della diagnosi di abuso, a prescindere dalla specifica sottoforma;
- nel caso dell’abuso fisico e del *neglect*, l’insieme di danno/rischio/evidenze depone a favore della diagnosi;
- nel caso dell’abuso sessuale, la combinazione danno/evidenze è associata alla conferma diagnostica, così come un’età inferiore ai 3 anni e un reddito familiare annuo >15,000 dollari.

Nel complesso, il principale elemento predittivo per la conclusione diagnostica di abuso è risultato il livello di evidenza, come illustrato in **Figura 16**. Benché la percentuale dei casi sostanziati aumenti in modo proporzionale al livello di danno, il tasso delle conferme diagnostiche è influenzato in modo più significativo dal livello di evidenza. Infatti, quando l'evidenza è probabilmente insufficiente o assente, tale tasso resta relativamente basso anche nei casi contraddistinti da lesioni severe.

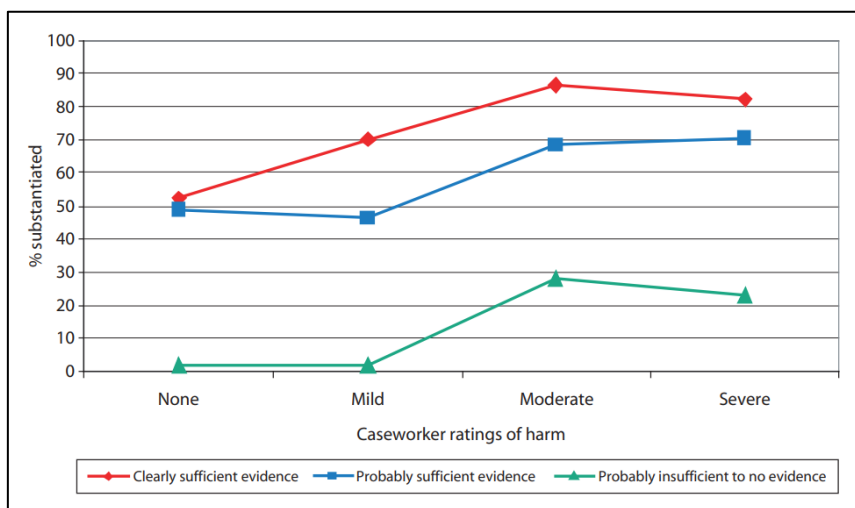


Figura 16. Percentuale di abusi sostanziati in base ai livelli di danno ed evidenza.
(Tratta da Cross TP et al. *Child Maltreat.* 2009)

Un'altra analisi, condotta da Fakunmoju e basata anch'essa sul modello di Drake, ha preso in esame 221 procedimenti penali per abuso sessuale, maltrattamento fisico o *neglect*, caratterizzati dal ricorso in appello e da un esito giudiziario diverso dalla condanna¹⁸¹.

In questo studio, però, il modello è stato significativamente implementato e, in aggiunta alle variabili predittive rischio, danno ed evidenza, sono state considerate molteplici variabili di natura processuale e procedurale. Nel complesso, le variabili sono state organizzate in quattro gruppi:

1. mancato rispetto degli *standard* probatori di base (errori d'inclusione, mancanza di prove);
2. insufficienza di prove credibili (*i.e.*, prove inconclusive, come può essere una lesione di origine incerta in un caso di abuso fisico, o inadeguate, come può essere una interazione con un minore che non implichi una chiara gratificazione sessuale da parte del sospetto perpetratore);
3. mancanza di credibilità dell'accusa e ammissibilità delle tesi della difesa;
4. mancanza di danno o di rilevante rischio di danno.

Dei 221 procedimenti analizzati il 75.1% si è concluso con una sentenza di assoluzione per mancata sussistenza del fatto e il 24.9% con un'assoluzione per insufficienza di prove.

Il ribaltamento della diagnosi è avvenuto soprattutto nei casi di abuso fisico (47.1% dei casi), qualora le sospette vittime fossero di sesso femminile (56.1% dei casi), nonché per motivi ascrivibili sia al gruppo 1 della classificazione sopra riportata, tra i quali, in particolare, la mancanza di prove (28.3% dei casi), sia al gruppo 4 (47.3% dei casi).

Il rilevante tasso di errori procedurali e la mancanza di prove, nonostante alcuni casi presentassero lesioni di grado severo (livello 4 di *harm*), indicano da una parte che l'entità di una lesione spesso non raggiunge lo *standard* di adeguatezza minimo per essere considerata una prova giuridica e, dall'altra, che non trascurabili lacune processuali inficiano la conclusione giudiziaria. Questo aspetto può dipendere dalla scarsa e incompleta formazione del personale preposto all'avvio e al prosieguo delle indagini relative a complessi casi di maltrattamento minorile i quali, invece, necessiterebbero di abilità e competenze altamente specifiche.

Alcuni anni dopo lo stesso Fakunmoju¹⁸², partendo dall'analisi dei motivi che portavano alla contestazione dei casi inquadrati come abusi, ha riproposto una seconda versione del suo modello, rendendolo più semplice e di facile fruizione, in modo che potesse fungere da cornice di evidenza nel processo di accertamento dell'abuso da parte dei servizi di tutela per i minori oppure nell'incidente probatorio. I criteri sono stati suddivisi in due macro-categorie: quelli che convalidano un abuso sostanziato (*substantiation validation criteria*) e quelli che invalidano la conferma dell'abuso (*substantiation invalidation criteria*). Ciascuna categoria di criteri è organizzata secondo le variabili analizzate nel precedente studio, le quali, a loro volta, fanno capo ai noti fattori di predittività: danno, rischio potenziale dello stesso ed evidenza (**Figura 17**).

La finalità ultima di questo modello è quella di fornire un valido strumento ai professionisti che consenta loro, rafforzando quanto più possibile l'evidenza delle prove raccolte, di aderire in maniera congrua ai criteri richiesti dall'autorità Giudiziaria affinché quest'ultima possa procedere all'emissione di una sentenza con la più bassa probabilità di appello in futuro.

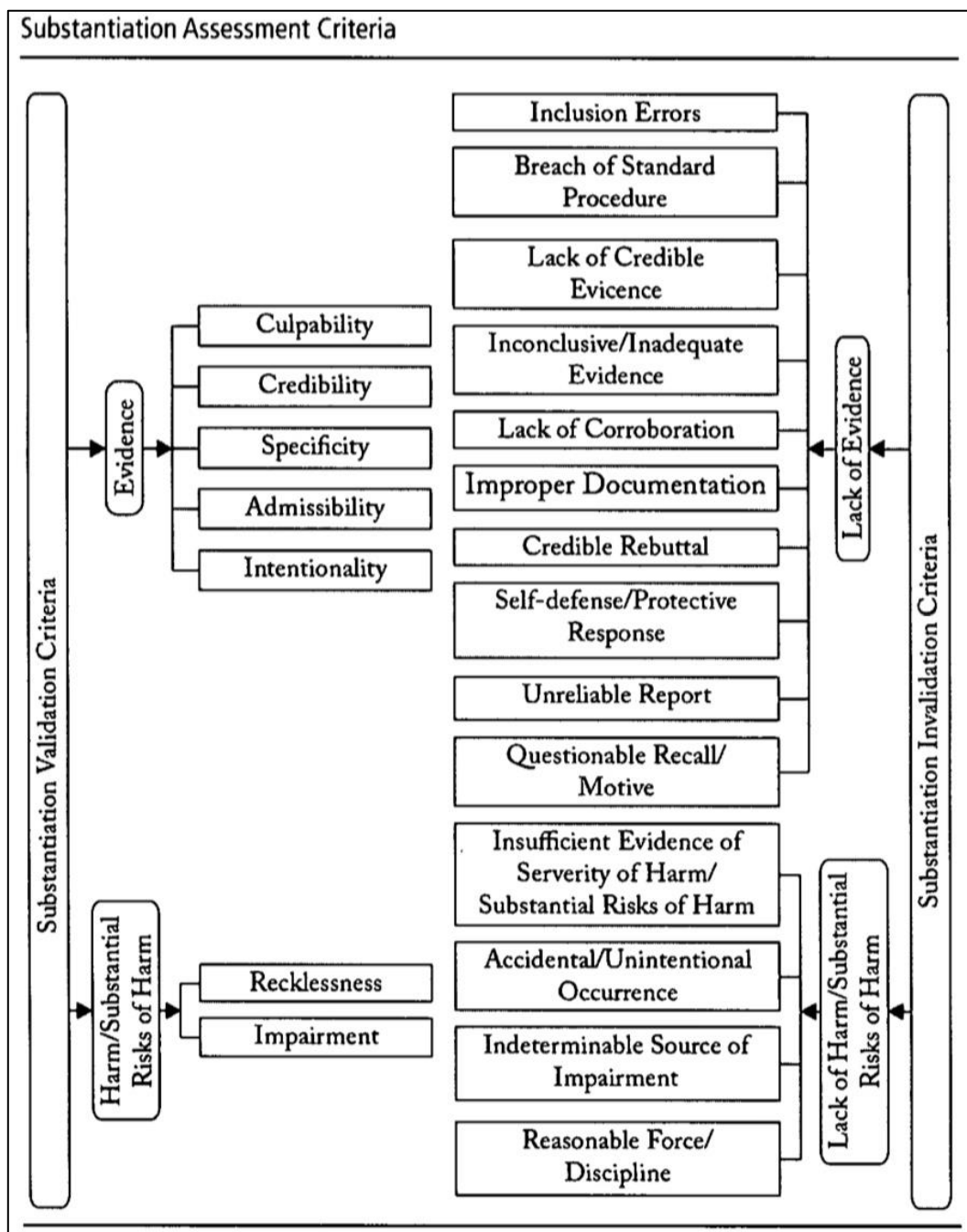


Figura 17. Criteri per validare o invalidare una diagnosi di abuso.
(Tratta da Fakunmoju SB. Child Welfare. 2013)

4.2 Limiti

I modelli diagnostici sopracitati presentano, tuttavia, numerosi limiti per poter essere concretamente applicati.

Innanzitutto, si tratta per lo più di modelli concettuali che mescolano il piano clinico con quello giuridico.

Un ulteriore limite consiste nel fatto che questi modelli non sono concettualizzati per l'abuso sessuale, ma sono stati sviluppati per il maltrattamento nel suo complesso.

Gli studi finora pubblicati hanno affrontato in modo parziale il fenomeno dell'abuso sessuale, senza integrare i singoli aspetti (fattori anamnestici, reperti obiettivi, alterazioni comportamentali) in un unitario modello diagnostico.

Un tema particolarmente controverso, che certamente ostacola lo sviluppo di modelli diagnostici in questa materia, riguarda la definizione stessa del CSA, che risente profondamente di influenze giuridiche e socio-culturali, quali l'età del consenso legale, le attività che qualificano l'evento come CSA, l'età del perpetratore e la tipologia di relazione che il minore ha con quest'ultimo.

L'assenza di una definizione condivisa o di comprensione su ciò che costituisce "*child sexual abuse*" ha dato origine a modi alternativi per indicare il fenomeno come "*child sexual assault*" ("aggressione sessuale minorile", n.d.t.), "*child sexual victimization*" ("vittimizzazione sessuale minorile", n.d.t.), "*child sexual exploitation*" ("sfruttamento sessuale minorile", n.d.t.), "*adverse sexual experiences*" ("esperienze sessuali avverse", n.d.t.), e "*unwanted sexual experiences*" ("esperienze sessuali non volute", n.d.t.). Tutte queste definizioni evocano concetti ugualmente diversi di CSA. Analogamente, la maggior parte delle variabili associate al CSA non gode di una definizione univoca e presenta i seguenti limiti.

- mancanza di definizioni o vaghezza delle stesse;
- assenza di specifiche classificazioni;
- esistenza di classificazioni multiple.

Questa varietà di nomenclatura può creare un conflitto interpretativo che può tradursi in conseguenze cliniche, sociali e legali. La divergenza nella terminologia può inoltre compromettere gli studi sul CSA, dando luogo a rilevanti distorsioni in entrambe le fasi di raccolta e analisi dei dati¹⁸³.

OBIETTIVI DELLA TESI

Il presente progetto di ricerca si prefigge come **obiettivo generale** di individuare i criteri che orientano il processo decisionale nelle fasi di accertamento di un sospetto abuso sessuale sul minore e che presentano un grado elevato di accuratezza e riproducibilità in modo da potere assurgere a *gold standard* diagnostico.

In subordine all'obiettivo generale, gli **obiettivi specifici** consistono in:

1. costruzione di un modello diagnostico predittivo da adottare uniformemente in tutti i casi di sospetto abuso sessuale in età pediatrica;
2. attivazione delle procedure idonee alla validazione del modello diagnostico;
3. elaborazione di un protocollo di intervento diagnostico precoce, destinato ai servizi sanitari ospedalieri e territoriali della Regione Veneto, che fornisca le raccomandazioni basate sull'evidenza da seguire nel percorso di accoglienza e presa in carico dei minori sospette vittime di abuso sessuale, con i seguenti sotto-obiettivi:
 - permettere la standardizzazione della raccolta dei dati clinici e dell'iter decisionale in conformità al modello diagnostico progettato;
 - riconoscere precocemente le condizioni di rischio, formulare la diagnosi di malattia, attivando correttamente i trattamenti necessari e la successiva presa in carico dei servizi socio-assistenziali e l'eventuale segnalazione all'Autorità Giudiziaria, al fine di prevenire danni evolutivi di maggiore gravità.

MATERIALI E METODI

Fase 1: Revisione sistematica della letteratura ed elaborazione di un linguaggio universale

Revisione della letteratura

La scelta delle variabili da includere nel presente studio è stata ottenuta mediante un'ampia revisione della letteratura maggiormente indicizzata in tema in di abuso sessuale sui minori, in modo da esplorare quali variabili sono maggiormente considerate associate al CSA.

Sono stati consultati i principali testi sull'argomento ed è stata effettuata una ricerca nella banca dati bibliografica del sistema informativo della *National Library of Medicine* statunitense (PUBMED), impiegando le frasi chiave “*child sexual abuse*”, “*childhood sexual abuse*” e “*child sexual assault*”.

Sono stati applicati il filtro età “*child*” (dalla nascita fino ai 18 anni), in linea con un'interpretazione estensiva della minore età, e il filtro temporale per l'intervallo 01.01.1987 - 31.12.2016, dove l'estremità inferiore corrisponde all'anno a cui risale la prima pubblicazione scientifica sul tema e quella superiore all'anno di concepimento del presente studio.

Escludendo i duplicati, questa ricerca ha dato luogo a 3572 risultati. Gli articoli sono stati esaminati e classificati, in modo da identificare le principali variabili impiegate per descrivere i casi di CSA.

Elaborazione di un linguaggio universale

Per poter essere accreditato a livello globale, il modello diagnostico deve rispondere a dei criteri di universalità che, stanti le problematiche di definizione discusse nel *Capitolo 4* introduttivo, possono essere raggiunti solo attraverso la standardizzazione terminologica e classificativa.

Questo processo ha previsto, per ogni specifica variabile, l'integrazione delle varie fonti informative che la descrivono, ricavandone i punti di forza e minimizzando quelli di debolezza.

In particolare, i criteri ai quali deve conformarsi questo linguaggio sono:

- Standardizzazione, in modo da massimizzare la concordanza tra i valutatori;
- Confrontabilità con altri modelli diagnostici;
- Applicabilità al maggior numero possibile di variabili;
- Capacità di conglobare i singoli sintomi osservati al momento della valutazione, quando non sono inquadrabili in una diagnosi specifica;

- Chiarezza interpretativa;
- Validità in ambito internazionale.

Per rispondere a questa esigenza, le fonti bibliografiche alle quali attingere sono state selezionate secondo un modello gerarchico quadripartito, che richiama la piramide delle evidenze.

Come illustrato in **Figura 18**, le variabili sono state sistematizzate adottando, come prima scelta, i sistemi codificati internazionali o, in caso di non disponibilità di questi ultimi, altri sistemi di categorizzazione non codificati accettati su scala mondiale. Valide fonti di riferimento sono i manuali, le linee guida, le dichiarazioni di consenso, le proposte provenienti dai gruppi di esperti e i documenti sviluppati dalle più rinomate società scientifiche.

I sistemi nazionali di categorizzazione o la terminologia riportata in vari studi scientifici, come quelli caso-controllo o trasversali (ad esempio, gli importanti studi epidemiologici internazionali sul CSA), costituiscono il successivo riferimento in ambito tassonomico.

Quando i riferimenti scientifici per sistematizzare una specifica variabile sono scarsi o assenti, gli ultimi gradini del modello ai quali ricorrere sono i singoli casi (case reports) o le piccole casistiche cliniche (*case series*) oppure l'esperienza personale del medico.

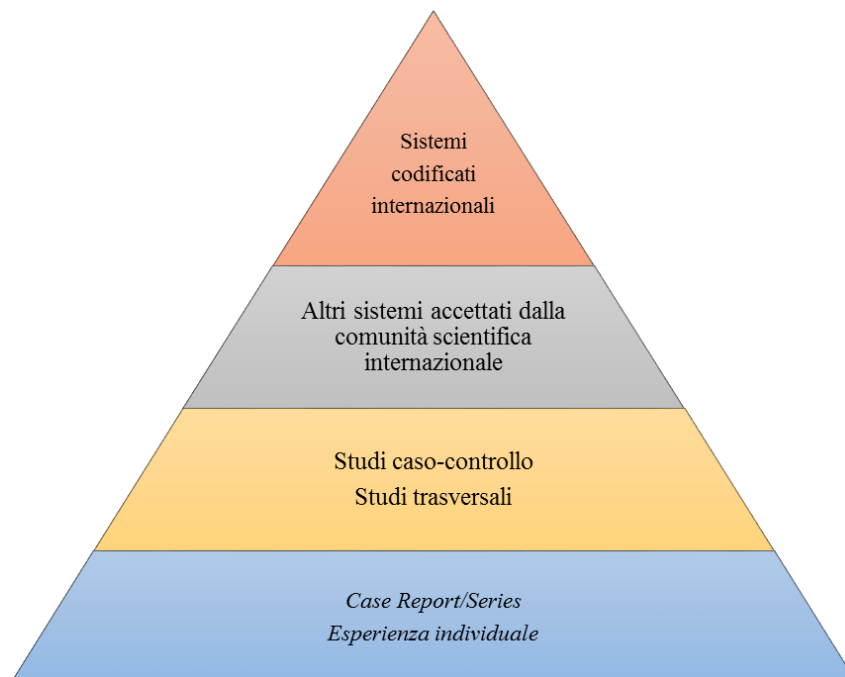


Figura 18. Modello quadripartito per la sistematizzazione tassonomica delle variabili

Nei casi in cui ad una variabile corrispondono più sistemi classificativi, si è stabilito che la priorità di scelta ricade sul sistema di classificazione che soddisfa il maggior numero dei criteri

sopra identificati.

Fase 2: Applicazione ad una casistica reale e definizione di un modello di diagnosi

Disegno

In questa fase è stato condotto uno studio osservazionale trasversale retrospettivo su un campione rappresentativo della casistica di minorenni afferiti al Centro Regionale per la Diagnostica del Bambino Maltrattato (CRBDM) dell'Azienda Ospedaliera Universitaria di Padova con il sospetto diagnostico di abuso sessuale.

Setting

Il CRBDM, afferente al Dipartimento per la Salute della Donna e del Bambino, è un centro di terzo livello altamente specializzato nella diagnosi e presa in carico delle vittime di maltrattamento e dei loro nuclei familiari. La struttura, che per questa problematica rappresenta il polo di coordinamento dell'intera Regione Veneto, la cui popolazione pediatrica ammonta a circa 800,000 soggetti, è stata ufficialmente fondata nel 2007, anche se già nel corso del 1986 era stata istituita presso l'Azienda Ospedaliera di Padova una prima Unità di Crisi per Bambini Maltrattati presso il Dipartimento di Pediatria: tale Unità era composta da un gruppo di professionisti che mettevano a disposizione degli altri colleghi del Dipartimento e dell'Ospedale padovano le loro esperienze e competenze professionali come consulenza e supporto in caso di sospetto maltrattamento.

L'Unità di Crisi di Padova ha costituito una *best practice* di riferimento (assieme alla analoga unità del *Sick Children Hospital* di Toronto) per l'approccio clinico ai bambini maltrattati e ha predisposto l'istruttoria tecnica per la realizzazione della *World Consultation on Child Abuse Prevention* nel 1999, che ha ridefinito la nosologia delle sindromi da maltrattamento.

Con l'aumentare progressivo dell'attività e sulla base dell'esperienza ormai consolidata, è stato costituito l'attuale CRBDM, dotato di un *team* multiprofessionale e multispecialistico che comprende personale medico, infermieristico, psicologico, sociale e legale. Gli specialisti sanitari di riferimento includono pediatri, neuropsichiatri infantili, medici di comunità, medici

legali, neuroradiologi, radiologi, dermatologi, oftalmologi, psichiatri, ortopedici, ginecologi, neurochirurghi pediatrici, tossicologi, psicologi e psicoterapeuti, infermieri pediatrici.

La struttura è inserita in un'ampia rete regionale integrata che prevede un'organizzazione a cascata, in stretta collaborazione con la rete dei servizi e delle istituzioni presenti nel territorio, di attività di *depistage*, di *assessment* diagnostico, di presa in carico a medio e lungo termine, di riabilitazione e reinserimento comunitario, nonché di valutazione medico-legale.

Le altre istituzioni vengono informate del sospetto abuso attraverso un sistema di segnalazione qualificato. Si tratta di una interazione dinamica, poiché lo stesso CRDBM, durante tutta la valutazione e il *follow-up* del minore, ottiene informazioni in merito alle decisioni/disposizioni prese dalle altre istituzioni.

Questa azione sinergica interistituzionale mira a proteggere il bambino prevenendo la ricaduta dell'abuso e a sostenere la famiglia nel breve e lungo periodo, nonché a perseguire l'eventuale colpevole.

Sebbene la valutazione possa essere personalizzata in base al caso specifico o alle necessità del bambino, lo schema generale per l'approccio alla sospetta vittima di abuso prevede le seguenti fasi:

1. avviamento di uno specifico processo diagnostico volto a confermare o ad escludere la realtà dell'abuso, nonché all'identificazione ed al trattamento delle componenti - fisica e psichica - del danno eventualmente correlato, e, successivamente, la collaborazione con l'Autorità Giudiziaria, ove previsto dalle disposizioni di legge;
2. attivazione di una presa in carico di tipo riabilitativo, mirante alla riparazione, integrale ove possibile, del danno ed alla promozione delle risorse interne ed esterne del bambino e del suo sviluppo;
3. programmazione, temporalmente appropriata, di un re-inserimento del minore nella famiglia o nella comunità originaria o, in alternativa, in una comunità competente per garantire lo sviluppo della persona e la realizzazione del suo potenziale di salute.

Con particolare riferimento alla prima fase, in cui il CRDBM riveste una posizione dominante rispetto alle altre strutture territoriali, gli obiettivi perseguiti sono sostanzialmente i seguenti:

- la diagnosi della tipologia specifica di abuso attraverso l'*assessment* dei dati circostanziali, di molteplici parametri clinico-laboratoristico-strumentali, dei risultati testistici e degli indicatori comportamentali che possono tradurre su un piano esteriore uno stato di profonda sofferenza psichica del bambino;

- il trattamento medico–chirurgico delle eventuali lesioni fisiche ed il supporto clinico - psicologico dello stato di sofferenza interiore e/o di disturbi psichici già strutturati;
- la valutazione del danno sia nell'attualità sia in una prospettiva evolutiva, considerando i potenziali risvolti futuri delle azioni abusanti sullo sviluppo fisico e psico-relazionale del minore;
- l'individuazione ed il potenziamento sia delle risorse attualmente espresse dal minore sia di quelle mobilizzabili nel futuro in seguito a specifiche azioni di supporto;
- il sostegno degli adulti che rivestono un ruolo di accudimento del bambino, che si realizza anche mobilizzando risorse potenziali attualmente non espresse;
- la tutela del minore che si concretizza principalmente attraverso l'interruzione del ciclo dell'abuso, mediante la collaborazione con l'Autorità Giudiziaria e con altri servizi istituzionali ed enti, pubblici e/o privati, attivi nel territorio per predisporre un piano di azione nel medio e nel lungo termine.

Gli accertamenti ed i provvedimenti propri dell'attività diagnostico–terapeutica possono essere condotti mediante differenti modalità assistenziali: il ricovero ospedaliero, in regime di degenza ordinaria (tre posti letto) o di degenza diurna - *Day Hospital* (un posto letto); le consulenze in loco e a distanza per la rete ospedaliera regionale e sovraregionale; la presa in carico in regime ambulatoriale.

I casi clinici possono afferire dai reparti di Pronto Soccorso o da altri reparti ospedalieri dell'Azienda Ospedaliera di Padova o da reparti della rete ospedaliera regionale o extraregionale, servizi per minori e famiglia del Distretto Territoriale dell'Azienda Sanitaria di residenza, Medico di Medicina Generale, Pediatra di Libera Scelta, Servizi Sociali dei Comuni, Servizi Scolastici, Forze dell'Ordine, Autorità Giudiziaria (Tribunale Ordinario e/o Tribunale per i Minorenni) o per accesso diretto con preselezione dei casi.

Il personale del CRDBM esegue inoltre attività diagnostica in qualità di ausiliario di Polizia Giudiziaria (visite ispettive generali e genito-anali; Sommarie Informazioni Testimoniali, Incidenti Probatori) e attività di Consulenza Tecnica per l'Autorità Giudiziaria.

Campione

Dall'intera casistica (N = 1,057) afferita al CRDBM per sospetto maltrattamento durante un periodo di circa 18 anni, compreso tra il gennaio 2000 e l'agosto 2018, è stato selezionato un

campione, secondo i seguenti criteri d'inclusione: (1) minore età legale (età inferiore ai 18 anni) al momento della presa in carico; (2) sospetta vittimizzazione per abuso sessuale.

Un caso è stato riconosciuto come sospetto in presenza di: (a) reperti genito-anali e/o (b) qualsiasi tipo di racconto a contenuto sessuale e/o (c) sintomi comportamentali o fisici. L'eventualità che possa essersi verificato un abuso sessuale può presentarsi come (I) sospetto primario, di solito quando il CSA rappresenta il principale motivo per la richiesta di una valutazione medica, oppure come (II) sospetto secondario, solitamente quando i primi accertamenti prescritti nell'ipotesi di altre forme di maltrattamento orientano verso l'occorrenza di un abuso sessuale.

Una donna di 37 anni, valutata per presunti abusi sessuali durante la sua infanzia è stata quindi esclusa. Al contrario, nell'ipotesi dell'esistenza di fattori di rischio familiari condivisi, si è deciso di includere una donna di quasi 19 anni, con storia recente di abusi sessuali iniziati quando era ancora minorenne e che avevano coinvolto anche le sue sorelle più giovani.

Al centro sono stati valutati anche 9 bambini maschi che avevano agito abusi sessuali nei confronti di altri bambini; da questo gruppo sono stati selezionati solo i 5 perpetratori che, a loro volta, erano stati precedentemente vittimizzati sessualmente.

Il campione reclutato comprende quindi 256 soggetti, i quali sono stati assegnati a tre classi diagnostiche rispetto all'abuso sessuale – CSA sostanziato, CSA indeterminato e CSA escluso – in accordo ai criteri probabilistici definiti dalla Adams (**Paragrafo 3.1** dell'Introduzione).

Fonte informative

Per ogni singolo caso sono state raccolte informazioni inerenti alle variabili selezionate sulla base della precedente fase metodologica e riportate nella **Sezione dei Risultati – Fase 1**.

I dati informativi sono stati estrapolati da molteplici fonti costituite da:

- 1) documentazione sanitaria, archiviata in forma sia cartacea sia elettronica nel sistema informatico dell'Azienda Ospedaliera:
 - cartelle DEA del Pronto Soccorso (PS) dell'adulto e pediatrico;
 - cartelle Cliniche di Ricovero Ordinario o di Day-Hospital del CRDBM;
 - cartelle Ambulatoriali del CRDBM;
 - relazioni medico–legali cliniche.
- 2) documentazione video-iconografica;
- 3) atti giudiziari:

- consulenza tecnica/perizia su incarico dell’Autorità Giudiziaria;
- verbali e video di audizione protetta del minore;
- provvedimenti dell’Autorità Giudiziaria.

Analisi statistica

Le informazioni relative a ciascuna unità statistica sono state raccolte e inserite in un apposito *database*. Per le elaborazioni è stato utilizzato il programma “The SAS System” nella versione 9.4.

Per tutte le variabili in esame è stata condotta dapprima una analisi descrittiva univariata per esplorare le caratteristiche e le frequenze del fenomeno oggetto di studio e le distribuzioni delle varie modalità. Successivamente è stata effettuata una analisi bivariata, descrivendo la distribuzione delle variabili selezionate rispetto alla diagnosi conclusiva (CSA confermato, escluso, indeterminato), in modo da stabilire, valutando gli scarti tra le frequenze osservate e quelle attese, quali variabili sono più fortemente associate alle conferme o alle esclusioni diagnostiche. Come verifica è stato applicato, laddove valido, il test del chi quadrato, analizzandone di volta in volta il livello di significatività. Poiché i risultati del test possono essere inficiati dai *missing data*, si è deciso a priori di trascurare di volta in volta le informazioni mancanti purché non superino il 10% del totale. I casi lacunosi sono stati comunque inclusi nella elaborazione, poiché altri metodi per trattare le informazioni mancanti non si conformano al presente studio a causa della distribuzione non uniforme dei *missing data* nella casistica e del differente contenuto informativo delle variabili.

La terza e ultima fase di elaborazione ha compreso un’analisi multivariata, sviluppata attraverso una analisi delle corrispondenze multiple e una analisi logistica con metodo *stepwise*.

RISULTATI

Fase 1

Selezione delle variabili

Dalla revisione della letteratura è emerso che sono stati pubblicati numerosi studi relativamente all'interpretazione dei reperti clinici riscontrati durante la visita genito-anale; al contrario è stata scarsamente indagata la correlazione tra le dinamiche del racconto e la diagnosi finale di abuso sessuale. Un altro argomento che trova limitato riscontro nella letteratura specialistica riguarda l'associazione che intercorre tra le alterazioni comportamentali manifestate dal minore e l'evento abuso sessuale. Inoltre, ciascuno studio si focalizza su uno specifico aspetto del fenomeno, mentre la letteratura è completamente deficitaria di studi che indagano le relazioni che intercorrono tra le varie potenziali manifestazioni del CSA e che, al contempo, prendono in esame i fattori di rischio.

I risultati circa l'identificazione delle variabili maggiormente descrittive del CSA sono mostrati in **Tabella X**. In tutto sono state selezionate 134 variabili, il contenuto informativo delle quali fa riferimento alle seguenti sottocategorie:

- specifici fattori di rischio, intrinseci ed estrinseci per il CSA (*i.e.*, il genere sessuale del bambino o fattori relativi al *background* familiare);
- sequele acute, subacute, croniche del CSA (*i.e.*, alterazioni dell'obiettività generale e/o genito-anale; disturbi di alimentazione/sonno/eliminazione; indici comportamentali);
- altri elementi utili alla formulazione della conclusione diagnostica (*i.e.*, pregressi ricoveri e/o accessi in Pronto Soccorso; contenuto del racconto riportato dal minore);
- dati informativi sull'abuso sessuale (*i.e.*, tipo di abuso subito; frequenza degli episodi; identità dell'abusante);
- dati forensi (*i.e.*, segnalazioni alle autorità competenti e provvedimenti emessi).

Le variabili identificate possono essere raggruppate in 12 macro-aree: i dati anagrafici; il rationale della presa in carico; i rilievi anamnestici (anamnesi generale e circostanziale in merito all'abuso sessuale); l'esame obiettivo (generale e genito-anale); il racconto; gli indicatori comportamentali; il contesto socio-familiare; la valutazione psicodiagnostica; le segnalazioni inoltrate agli organi competenti; l'audizione protetta del minore; le informazioni sull'abusante e i dati diagnostici, inerenti sia al sospetto emerso al momento della presa in carico sia alla valutazione conclusiva.

Tabella X. Lista delle variabili selezionate dalla revisione della letteratura

VARIABILI		VARIABILI		VARIABILI	
1. DATI ANAGRAFICI		Cavo orale	Indenne/non indenne	Epoca della rivelazione	
Identificativo			Descrizione qualitativa	Intervallo racconto - abuso	
Data nascita		Ecchimosi	Presenza/assenza	Luogo della rivelazione	
Sesso			Descrizione qualitativa	Stato emotivo	
Data di carico		Escoriazioni	Presenza/assenza	Numero di racconti	
Luogo nascita			Descrizione qualitativa	Inconsistenza dei racconti multipli	
Comune residenza		Cicatrici	Presenza/assenza	7. c) RACCONTO DEL CAREGIVER	
Nazionalità padre			Descrizione qualitativa	Specificità	
Nazionalità madre		Altri reperti	Presenza/assenza	Stato emotivo	
ASL residenza			Descrizione qualitativa	Numero di racconti	
Codice fiscale		Peso		Inconsistenza dei racconti multipli	
2. DATI DIAGNOSTICI		Altezza		Divergenza racconto bambino e caregiver	
Sospetto diagnostico		Circonferenza cranica		8. SEGNI COMPORTAMENTALI	
Valutazione conclusiva CSA		6. b) OBIETTIVITA' GENITO-ANALE		Alterazioni comportamentali	Presenza/assenza
Diagnosi		Data della visita			Descrizione qualitativa
Denunce infondate		Decubito	Supino	Comportamenti sessualizzati	Insorgenza
3. RAZIONALE PRESA IN CARICO			Prono		Descrizione qualitativa
Inviante			Laterale		Frequenza
Motivo della richiesta		Iperemia		9. STRUTTURA FAMILIARE	
4. a) ANAMNESI GENERALE		Edema		Contesto familiare	
Alimentazione	Regolare/irregolare	Friabilità		Struttura familiare	
	Descrizione qualitativa	Ecchimosi		Data di nascita del padre	
Sonno	Regolare/irregolare	Escoriazioni		Scolarità del padre	
	Descrizione qualitativa	Lacerazioni		Professione del padre	
Co-sleeping		Fissurazioni		Data di nascita della madre	
Eliminazione	Regolare/irregolare	Cicatrici		Scolarità della madre	
	Descrizione qualitativa	Forma imene		Professione della madre	
Encopresi dettagli		Bordo imenale	Integrità /regolarità	Fratelli	
Enuresi dettagli			Spessore	Fratellastri	
Rendimento scolastico		Tag		Numero fratelli	
Patologie	Presenza/assenza	Bump		Ordine di nascita	
	Descrizione qualitativa	Incisure	Presenza/assenza	Genitori separati	
Ricoveri	Presenza/assenza		Descrizione qualitativa	Con chi vive il bambino	
	Accessi in PS	Descrizione qualitativa	Transezioni	Presenza/assenza	Abusi sessuale in famiglia
Numero		Descrizione qualitativa		Altri abusi in famiglia	
Sintomi attuali	Descrizione qualitativa	Secrezioni genitali		10. VALUTAZIONE PSICODIAGNOSTICA	
	Insorgenza	Malattie sessualmente trasmesse		Data d'inizio	
4. b) ANAMNESI CIRCOSTANZIALE		Congestione venosa perianale		Osservazione di gioco	
4. b) ANAMNESI CIRCOSTANZIALE		RAD		Test di livello	
Numero di episodi CSA		Altro	Presenza/assenza	Test grafici	
Data di esordio CSA			Descrizione qualitativa	Test proiettivi	
Data dell'ultimo episodio CSA		Collaborazione del bambino		Giudizio psicodiagnostico	
Modalità di abuso		Livello igienico		11. AUDIZIONE PROTETTA	
Ruolo del minore		Documentazione iconografica		Modalità	SIT
Sede di abuso		7. a) DINAMICA ACCIDENTALE			Incidente probatorio
5. ABUSANTE		Dinamica accidentale	Modalità	Risultato	
Noto/non noto			Dettagli	12. SEGNALAZIONE	
Sesso		Compatibilità segni fisici – racconto		Segnalazione del CRDBM	
Età		7. b) RACCONTO DEL BAMBINO		Destinatario/i segnalazione del CRDBM	
Grado di relazione		Rivelazione spontanea		Motivo segnalazione del CRDBM	
Confessione		Specificità		Altre segnalazioni	
6. a) OBIETTIVITA' GENERALE		Domande suggestive		Destinatario/i delle altre segnalazioni	
Data della visita		Riferimenti sensoriali		Esito	
		Depositario del racconto			

Standardizzazione del linguaggio

Di seguito si riportano i principali risultati, sintetizzati in **Tabella XI**, relativi al processo di sistematizzazione delle variabili sopra elencate, le quali sono qui organizzate in base ai livelli di evidenza delle fonti bibliografiche consultate in ottemperanza al modello di linguaggio universale messo a punto nella Sezione precedente.

Tabella XI

Livello di evidenza	Variabile	Fonti bibliografiche
I	Disturbi dell'alimentazione	<i>International Classification of Disease Ninth Revision, Clinical Modification (ICD-9 CM)</i>
	Disturbi dell'eliminazione	
	Disturbi del sonno	
	Storia di patologie/pregressi ricoveri/accessi in PS	
	Sintomi attuali	
	Reperti dell'esame obiettivo generale	
	Professione dei genitori	<i>International Standard Classification of Occupations (ISCO-08)</i>
	Scolarità dei genitori	<i>Classificazione Istat dei titoli di studio italiani 2003</i>
II	Classificazione diagnostica del CSA	<i>Adams JA. Evolution of a classification scale: medical evaluation of suspected child sexual abuse. 2001</i>
	Obiettività genito-anale	<i>Adams JA et al. Updated Guidelines for the Medical Assessment and Care of Children Who May Have Been Sexually Abused. 2016</i>
	Struttura familiare	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Laslett P et al. Household and family in past time. 1972</i> • <i>Glick PC. Remarried Families, Stepfamilies, and Stepchildren: A Brief Demographic Profile. 1989</i> • <i>Bengtson VL. Beyond the nuclear family: The increasing importance of multigenerational bonds. 2001</i>
	Abusante	<i>Montecchi F. Classificazione delle forme di abuso. 1998</i>
III	Inviante <i>Background</i> familiare Alterazioni del comportamento Comportamenti sessualizzati	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Trocme NM et al. Major findings from the Canadian incidence study of reported child abuse and neglect. 2003</i> • <i>Johnson CF. Child Sexual Abuse. 2004</i>
	Motivo della richiesta	<i>Heger A et al. Children referred for possible sexual abuse: medical findings in 2384 children. 2002</i>
	Denunce infondate	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Oates RK et al. Erroneous concerns about child sexual abuse. 2000</i> • <i>Calamoneri F. Modalità e procedure di ascolto giudiziario e denunce infondate di abuso sessuale. 2006</i> • <i>Hershkowitz I. Acase study of child sexual false allegation. 2001</i>
	Modalità di abuso sessuale	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Johnson CF. Child sexual abuse. 2004.</i> • <i>Faller KC. Child Sexual Abuse: Intervention and Treatment Issues. The User Manual Series, 1993</i>
IV	Co-sleeping, rendimento scolastico e racconto	<i>Esperienza del CRBDM</i>

Per un approfondimento del percorso concettuale che ha condotto alla sintesi illustrata in **Tabella XI** si rimanda alla Discussione.

Livello di evidenza 1

Per quanto concerne il livello più alto del modello gerarchico riportato in **Figura 18**, è risultato che molte delle variabili relative alla macro-area dell'anamnesi sono classificabili mediante l'*International Classification of Disease Ninth Revision, Clinical Modification (ICD-9 CM)*.

Questo sistema

Inoltre, per le variabili che, come esemplificato in **Tabella XII**, sono organizzate secondo classificazioni multiple, solo alcune delle quali prevedono una codificazione alfanumerica, l'ICD-9 CM rappresenta il comune denominatore in grado di ridurre le possibilità di *bias* nella trascrizione/interpretazione di codici appartenenti a diverse classificazioni.

Tabella XII. Esempi di variabili sistematizzate secondo classificazioni multiple.

Disturbi dell'alimentazione	Disturbi del sonno	Disturbi dell'eliminazione
ICD-9 CM	ICD-9 CM,	ICD-9 CM
DSM V	DSM V	DSM V
	ICSD-2	PaCCT group
		Standardization Committee of the ICCS
		Criteri di Roma IV
<p>Legenda. ICD: International Classification of Diseases; CM: Clinical Modification; DSM: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders; ICSD: International Classification of Sleep Disorders; PaCCT: The Paris Consensus on Childhood Constipation Terminology; ICCS: International Children's Continence Society</p>		

Nel complesso tale sistema è risultato adeguato e sufficientemente flessibile per la descrizione di molte variabili appartenenti alla macro-area della raccolta anamnestica e dell'esame obiettivo generale, ossia:

- valutazioni diagnostiche, sospette e definitive;
- disturbi dell'alimentazione;
- disturbi del sonno;
- disturbi dell'eliminazione;
- anamnesi patologica remota (*i.e.*, ricoveri ospedalieri e accessi al Pronto Soccorso);
- sintomatologia alla data di presa in carico;
- reperti riscontrati all'esame obiettivo generale (*i.e.*, patologie del cavo orale; ecchimosi, escoriazioni; cicatrici; etc.).

La variabile professione dei genitori è risultata anch'essa codificabile ricorrendo all'attuale versione della “*International Standard Classification of Occupations - ISCO-08*” (classificazione internazionale delle professioni, n.d.t.), la quale permette il confronto multinazionale dei dati sulle professioni e costituisce anche la base della classificazione statistica italiana delle professioni, sviluppata dall'Istituto Nazionale della Statistica (ISTAT). In modo analogo, la “Classificazione Istat dei titoli di studio italiani del 2003” costituisce una nota metodologica per codificare il titolo di studio detenuto dai genitori dei bambini studiati.

Livello di evidenza 2

Alcune delle variabili selezionate, pur non presentando classificazioni specifiche contrassegnate da codici, sono risultate ordinabili secondo altri sistemi accettati dalla comunità scientifica internazionale, i quali, per rilevanza scientifica, costituiscono la seconda principale fonte da impiegare nella standardizzazione terminologica.

Le variabili così sistematizzate sono:

- quelle afferenti alla macro-area dell'obiettività genito-ale;
- la struttura familiare;
- la scolarità dei genitori;
- il grado di relazione del bambino con l'abusante.

Nel caso specifico dei reperti riscontrabili all'obiettività genito-ale, il sistema ICD-9 CM include dei codici specifici (752.0 e seguenti). Tuttavia, le voci elencate non coprono la vasta gamma di reperti riscontrabili durante una visita per sospetto abuso sessuale, per cui mal si adattano alle finalità di questo studio.

In tal senso, le classificazioni di Adams (2001, 2016) rappresentano un riferimento ideale per la completezza con cui sono elencati i reperti e, al contempo, per il rilevante contributo fornito all'interpretazione degli stessi, considerati sia singolarmente sia nel contesto di altri elementi, in termini di nesso associativo con l'abuso sessuale.

La localizzazione dei reperti riscontrati in sede genito-ale è stata classificata in base alla tradizionale suddivisione anatomica di questo apparato, mentre i riscontri imenali sono stati descritti secondo l'analogia con il quadrante dell'orologio.

Al modello diagnostico previsto dalla Adams, che distingue quattro classi di abuso, è stata apportata una modifica sintetizzando le due classi abuso “possibile” e “probabile” in un'unica categoria di abuso “indeterminato” in quanto uno degli elementi per i quali la Adams opera

questa distinzione (malattie sessualmente trasmesse) non è di frequente riscontro nei casi che afferiscono al CRDBM (**Tabella XIII**).

Per le definizioni operative di questi reperti il principale riferimento bibliografico consiste nell'elaborato del Gruppo di Lavoro per l'abuso e il maltrattamento all'infanzia del 2010.

Tabella XIII. Riadattamento del modello diagnostico della Adams nel presente studio

MODELLO DI ADAMS	MODELLO DELLO STUDIO	
1= Escluso	1= Escluso	
2= Possibile	2= Indeterminato	2a= Per elementi aspecifici
3= Probabile		2b= Perso
4= Certo	3= Sostanziato	

La struttura familiare è stata sistematizzata secondo il sistema di classificazione familiare proposto da Laslett che in origine prevedeva tre strutture principali (nucleare, estesa, multipla) e che, successivamente, è stato integrato con altri tipi di strutture che oggi stanno aumentando di numero (famiglie ricostituite, famiglia monoparentale e altre forme di strutture familiari).

Per quanto concerne la relazione esistente tra abusante e minore, la classificazione di Montecchi è risultata particolarmente esaustiva, distinguendo:

1. abuso sessuale intrafamiliare ed intradomestico, quando l'abuso sessuale è commesso dal genitore o comunque da un parente convivente con il minore;
2. abuso sessuale intrafamiliare ed extradomestico, quando l'abuso è perpetrato da un parente non convivente o da un amico di famiglia;
3. abuso sessuale extrafamiliare, quando l'abuso è compiuto da un soggetto estraneo al minore e/o alla famiglia.
4. abuso sessuale istituzionale, avviene quando gli *offender* sono maestri, bidelli, educatori, medici, ecc. Si tratta dunque di quei casi di abuso sessuale commessi da parte di coloro ai quali il minore viene affidato per ragioni di cura, custodia, educazione, tempo libero, all'interno delle diverse istituzioni e organizzazioni;
5. abuso sessuale di strada, attuato da parte di persone sconosciute al minore.

Livello di evidenza 3

Molti degli articoli revisionati, in particolare quelli epidemiologici su larga scala, come il CIS-2003, contengono sistematizzazioni di alcune delle variabili selezionate, con particolare

riferimento a:

- soggetto inviante (professionista, scuola, Autorità Giudiziaria, anonimo o altro);
- motivo della richiesta (alterazioni dei comportamenti generali, presenza di comportamenti sessualizzati, alterazione dell'obiettività genito-animale, sintomi somatici; racconto);
- *background* familiare, dove i contesti normofunzionanti sono differenziati da quelli con fattori di rischio abitativi (degrado ambientale, dissesto finanziario) o connessi al *caregiver* (abuso di alcol e/o sostanze stupefacenti, patologie mentali o fisiche, separazione conflittuale, contesto violento/trascurante/deviante, isolamento sociale, storia di abusi sessuali o altri maltrattamenti subiti dal *caregiver* nella propria infanzia);
- alterazioni del comportamento (frequenza scolastica irregolare, balbuzie o rifiuto di parlare, abuso di alcool/droghe, mordersi le unghie/succhiarsi il pollice/tirarsi i capelli, disturbo da deficit di attenzione con o senza iperattività, tratti aggressivi o oppositivi-provocatori, fuga/bugie o violazione delle regole, tratti ansiosi o depressivi, altri problemi emozionali);
- comportamenti sessualizzati (masturbazione manuale o invasiva; esibizionismo; voyeurismo; ricerca di contatto fisico; gergo sessuale; atteggiamenti seduttivi; curiosità sessuale; giochi sessuali; richiesta di stimolazione sessuale; attività sessuali agite con forza/intimidazione; promiscuità sessuale).

Una descrizione accurata della variabile modalità di abuso sessuale è risultata sia in alcuni testi autorevoli in materia di CSA sia nel Codice Penale nazionale. Una principale distinzione riguarda gli abusi senza contatto fisico e con contatto fisico. Questi ultimi includono varie modalità, a seconda del grado di invasività dell'area sessuale del minore, quali i contatti manuali, gli sfregamenti, la masturbazione, i contatti orali e le penetrazioni.

Alcune di queste classificazioni, nella fase di elaborazione dei risultati, sono state parzialmente modificate o semplificate. Il processo di semplificazione ha portato a un accorpamento delle modalità di declinazione delle variabili, caratterizzate da una bassa frequenza di riscontro nella casistica reclutata. In particolare:

- a) nel motivo della presa in carico è stata inclusa la modalità "altro", per descrivere le eventuali ulteriori circostanze che possono implicare la valutazione clinica, quali un contesto familiare non tutelante, preoccupazioni vaghe dei genitori oppure indagini giudiziarie.

- b) i disturbi comportamentali sono stati sinteticamente suddivisi in internalizzanti (comprensivi di tutte le forme di ansia, comportamenti regressivi, disturbi del tono dell'umore, disturbi del sonno e psicosomatici, tratti ossessivo-compulsivi, disturbi da tic e da abitudini viziate), esternalizzanti (comprensivi di aggressività, comportamenti distruttivi, abuso di sostanze psicotrope, violazione delle regole, disattenzione e/o iperattività, disturbo oppositivo-provocatorio) e misti (disturbi dell'alimentazione e dell'eliminazione);
- c) i comportamenti sessualizzati sono stati distinti in masturbatori (manuali e invasivi), eccitatori senza contatto fisico (esibizionismo, voyeurismo, curiosità/fantasie sessuali), eccitatori con contatto fisico (giochi sessuali, ricerca di contatto fisico, richiesta di autostimolazione sessuale), atteggiamenti seduttivi;
- d) le forme di abuso con contatto fisico sono state distinte in penetrative e non penetrative.

Altri articoli hanno permesso di classificare le cosiddette denunce infondate di CSA in:

- *false allegations*, ossia accuse false o da parte del minore o da parte del *caregiver* in assenza di altre motivazioni ben determinabili;
- coppia conflittuale, condizione in cui un genitore accusa falsamente l'altro genitore o il *partner* con lo scopo di screditarne l'immagine a scopi processuali, ad esempio per ottenere l'affidamento esclusivo del minore;
- *misinterpreting caregiver*, termine che definisce la condizione in cui il genitore, o qualsiasi altra persona, attribuisce ad un evento un contenuto ascrivibile ad un abuso sessuale, di fatto fraintendendo la realtà in assenza di altre motivazioni. Questa categoria comprende anche le situazioni nelle quali il *caregiver* fraintende la realtà, attribuendo ad un evento normale un contenuto ascrivibile ad un abuso sessuale, nel contesto di una patologia psichiatrica (*psychiatric caregiver*) di uno stato di ansia eccessiva, tuttavia non inquadrabile in una definita entità nosologica psichiatrica (*overanxious caregiver*).

Livello di evidenza 4

Per un numero più limitato di variabili, come il rendimento scolastico, il *cosleeping* o alcune variabili attinenti alla macro-area del racconto, dalla revisione della letteratura non sono emersi particolari riferimenti per predisporre una sistematizzazione. In questi casi, i risultati di standardizzazione sono frutto dell'esperienza valutativa del CRBDM.

Fase 2

Nelle elaborazioni si è tenuto conto dei dati mancanti, provvedendo, laddove necessario, ad un riadattamento della numerosità campionaria, come indicato nei grafici e nelle tabelle.

Per agevolare la lettura del presente studio, per le variabili classificabili secondo il livello di evidenza 1 (vedi precedente Capitolo dei Risultati), si è deciso di esprimere i risultati in forma testuale, piuttosto che codicistica.

Le abbreviazioni riportate nei grafici e nelle tabelle seguenti sono: CSA = *Child Sexual Abuse*; CPA = *Child Physical Abuse*; DOMVIOL = *Domestic Violence*; MCA = *Medical Child Abuse*; N = *Neglect*; PSYEMAB = *Psychoemotional Abuse*; SAI = Senza Altra Indicazione.

Inquadramento diagnostico

Una conclusione diagnostica è stata formulata nei due terzi del campione (62%), mentre nel terzo rimanente (38%) non si è giunti ad alcuna diagnosi clinica.

Come riportato nel **Grafico 1**, nei casi di conclusione diagnostica, una forma di maltrattamento è stata diagnosticata nel 78.5% del campione, risultando prevalenti l'abuso sessuale (31%), il *neglect* (22%) e l'abuso psicoemozionale (13%). Il *Medical Child Abuse* è invece una diagnosi molto rara nel campione, essendo limitata al 2% di tutta la casistica.

Tra le diagnosi non correlate al maltrattamento, le patologie mentali rappresentano una quota significativa, che interessa il 10% del campione.

Le diagnosi multiple sono state formulate nel 19% dei casi (n = 50).

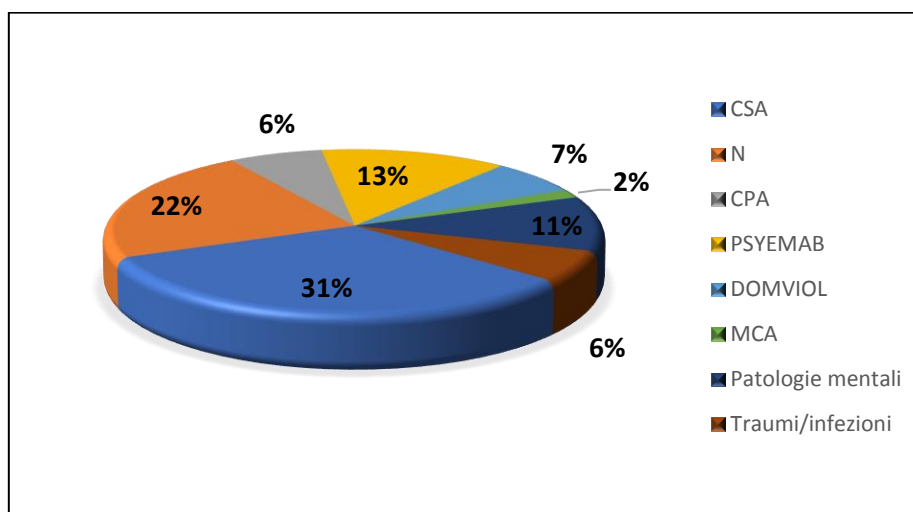


Grafico 1. Distribuzione del campione per le conclusioni diagnostiche (N = 206).

Rispetto alla specifica diagnosi di abuso sessuale, quest'ultima è stata confermata nel 31% dei soggetti (n = 79) ed esclusa nel 39.5% (n = 101). Nel 29.7% del campione (n = 76) la diagnosi di CSA è rimasta indeterminata, per scarsità di elementi specifici nel 59.2% dei casi (n = 45) oppure per mancata *compliance* da parte dei genitori a completare il percorso valutativo nel 40.8% restante (n = 31).

Nel **Grafico 2** si osserva come in ciascuna classe diagnostica di abuso sessuale si distribuiscano le altre diagnosi di maltrattamento. In particolare, in oltre i due terzi sia delle conferme (72.15%) sia delle esclusioni (67.32%) di CSA nessun'altra tipologia di maltrattamento è stata riscontrata alla fine del percorso valutativo. Viceversa, nei casi di CSA indeterminato l'81% dei soggetti ha ricevuto una diagnosi di maltrattamento alternativa all'abuso sessuale.

Riguardo alle specifiche tipologie, la distribuzione risulta nel complesso analoga in tutti i gruppi diagnostici, essendo il *neglect* la diagnosi alternativa più frequente, seguito dall'abuso psicoemozionale. L'abuso fisico e la violenza domestica sono pressoché equidistribuiti nelle due classi diagnostiche estreme, mentre negli indeterminati si osserva una prevalenza di violenza domestica.

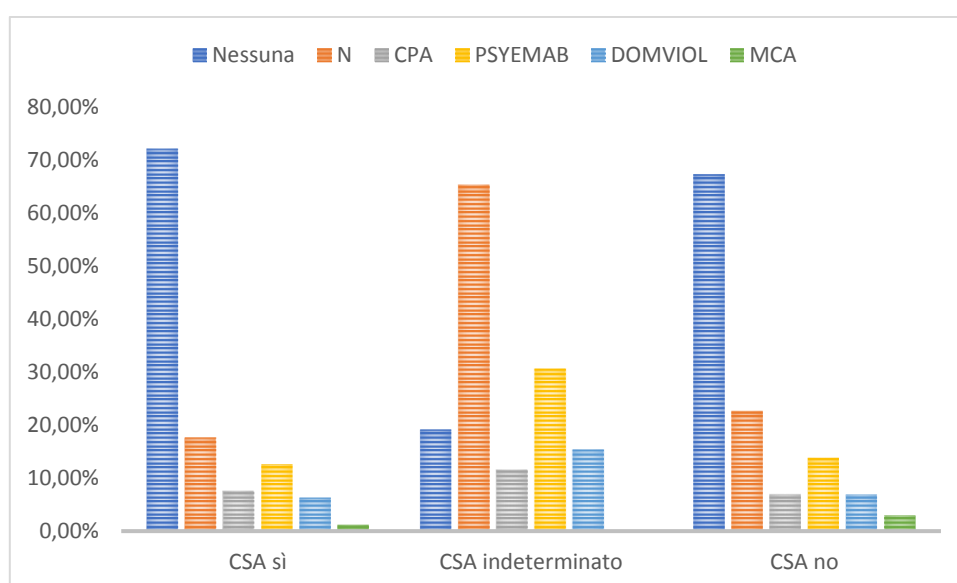


Grafico 2. Distribuzione delle classi diagnostiche di CSA rispetto alle altre diagnosi di maltrattamento (N = 206).

Le frequenze di distribuzione delle varie diagnosi alternative rispetto alle classi diagnostiche di CSA sono illustrate nel **Grafico 3**.

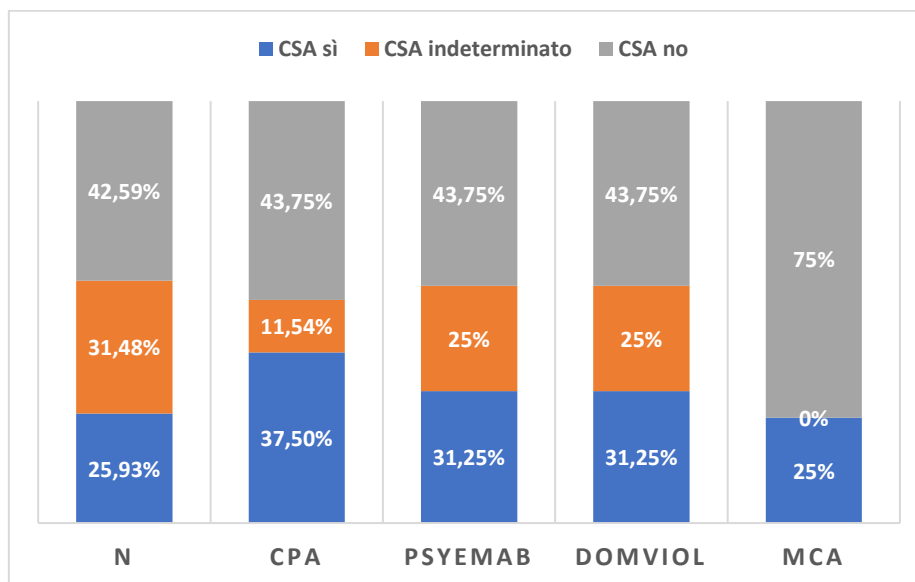


Grafico 3. Distribuzione delle altre diagnosi di maltrattamento rispetto alle classi diagnostiche di CSA (n = 206).

La diagnosi di *neglect*, che è quella con maggior frequenza assoluta in tutta la casistica, è stata formulata il 42.6% delle volte nei soggetti per i quali l'abuso è stato escluso, il 31.48% nei casi indeterminati per CSA e il 25.93% in quelli sostanzianti. L'ordine di frequenza è differente per altre tipologie (abuso psicoemozionale, abuso fisico e violenza domestica), le quali sono state diagnosticate più frequentemente nei soggetti con CSA escluso o sostanzianto rispetto a quelli indeterminati.

In **Tabella XIV** sono riportati i risultati dell'analisi bivariata delle diagnosi alternative di maltrattamento rispetto a quella di abuso sessuale. Emerge una dipendenza statisticamente significativa tra il CSA e la diagnosi di *neglect* ($p < 0.001$). Una certa correlazione è riscontrabile anche con l'abuso psicoemozionale.

In particolare, le frequenze osservate per queste diagnosi nei soggetti per i quali il CSA è stato sostanzianto o escluso sono inferiori rispetto all'atteso; valori con andamento opposto si riscontrano nei soggetti con CSA indeterminato.

Tabella XIV. Analisi della relazione tra la diagnosi di CSA e quella di altre forme di maltrattamento (n = 206).

CSA	CPA				N				PSYEMAB				DOMVIOL				
Frequency Expected Percent Row Pct Col Pct	no	si	Total	X ² (p)	no	si	Total	X ² (p)	no	si	Total	X ² (p)	no	si	Total	X ² (p)	
confermato	73 72.864 35.44 92.41 38.42	6 6.1359 2.91 7.59 37.50	79 38.35		65 58.291 31.55 82.28 42.76	14 20.709 6.80 17.72 25.93	79 38.35		69 66.728 33.50 87.34 39.66	10 12.272 4.85 12.66 31.25	79 38.35		74 72.864 35.92 93.67 38.95	5 6.1359 2.43 6.33 31.25	79 38.35		
indeterminato	23 23.981 11.17 88.46 12.11	3 2.0194 1.46 11.54 18.75	26 12.62		9 19.184 4.37 34.62 5.92	17 6.8155 8.25 65.38 31.48	26 12.62		18 21.961 8.74 69.23 10.34	8 4.0388 3.88 30.77 25.00	26 12.62		22 23.981 10.68 84.62 11.58	4 2.0194 1.94 15.38 25.00	26 12.62		
escluso	94 93.155 45.63 93.07 49.47	7 7.8447 3.40 6.93 43.75	101 49.03		78 74.524 37.86 77.23 51.32	23 26.476 11.17 22.77 42.59	101 49.03		87 85.311 42.23 86.14 50.00	14 15.689 6.80 13.86 43.75	101 49.03		94 93.155 45.63 93.07 49.47	7 7.8447 3.40 6.93 43.75	101 49.03		
Total	190 92.23	16 7.77	206 100.00	0.6181 (0.7341)	152 73.79	54 26.21	206 100.00	24.1891 (< .0001)	174 84.47	32 15.53	206 100.00	5.3127 (0.0702)	190 92.23	16 7.77	206 100.00	2.4327 (0.2963)	

Il **Grafico 4** evidenzia che 69 casi (68.32%) nei quali l'abuso sessuale è stato escluso (n = 101) sono classificabili come denunce infondate, le quali risultano multiple in 22 casi e sono ascrivibili a coppie conflittuali (23.3 %) in 48 casi, a *false allegations* (3.4%) in 7 casi e a *misinterpretations* (17.48%) in 36 casi. Considerando tutta la casistica, epurata dai *missing data* (n = 206), l'associazione tra le denunce infondate e l'esclusione diagnostica è risultata statisticamente significativa ($p < 0.0001$), sebbene il test sia meno affidabile per le *false allegations*, le quali rappresentano una quota alquanto esigua (**Tabella XV**).

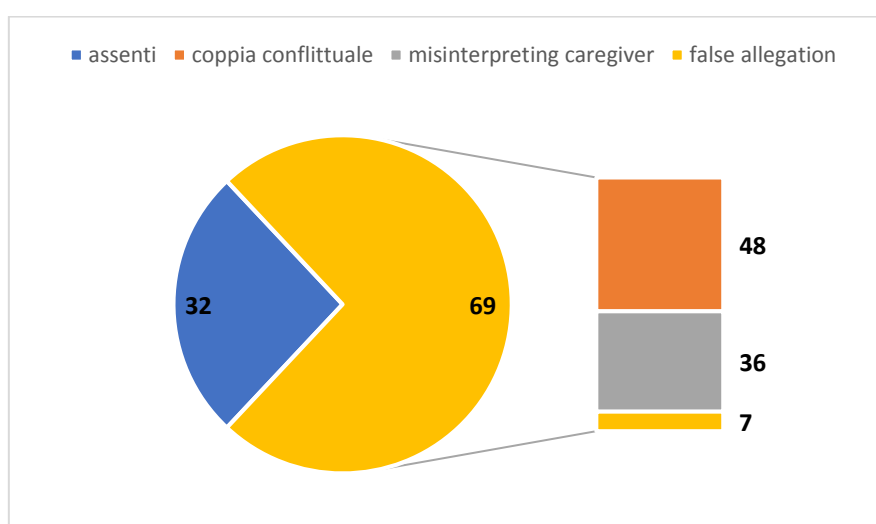


Grafico 4. Distribuzione delle denunce infondate nei casi di CSA escluso (n = 101).

Tabella XV. Analisi della relazione tra la diagnosi di CSA e il riscontro di elementi ascrivibili a denunce infondate (n = 206).

CSA	Coppia conflittuale				Misinterpretation				False allegations			
	no	si	Total	X ² (p)	no	si	Total	X ² (p)	no	si	Total	X ² (p)
confermato	79 60.592 38.35 100.00 50.00	0 18.408 0.00 0.00 0.00	79 38.35		79 65.194 38.35 100.00 46.47	0 13.806 0.00 0.00 0.00	79 38.35		79 76.316 38.35 100.00 39.70	0 2.6845 0.00 0.00 0.00	79 38.35	
indeterminato	26 19.942 12.62 100.00 16.46	0 6.0583 0.00 0.00 0.00	26 12.62		26 21.456 12.62 100.00 15.29	0 4.5437 0.00 0.00 0.00	26 12.62		26 25.117 12.62 100.00 13.07	0 0.8835 0.00 0.00 0.00	26 12.62	
escluso	53 77.466 25.73 52.48 33.54	48 23.534 23.30 47.52 100.00	101 49.03		65 83.35 31.55 64.36 38.24	36 17.65 17.48 35.64 100.00	101 49.03		94 97.568 45.63 93.07 47.24	7 3.432 3.40 6.93 100.00	101 49.03	
Total	158 76.70	48 23.30	206 100.00	65.0608 (<0.0001)	170 82.52	36 17.48	206 100.00	45.3512 (<0.0001)	199 96.60	7 3.40	206 100.00	7.5332 (0.0231)

Caratteristiche generali e fattori di rischio

I risultati relativi ai fattori di rischio individuali sono mostrati nella **Tabella XVI**.

Il campione di 256 bambini è composto per il 69.1% da soggetti di sesso femminile (n = 177) e per il 31% da soggetti di sesso maschile (n = 79), con una prevalenza quasi doppia delle femmine. Circa l'80% dei soggetti sono prepuberi (n = 202), la metà dei quali (n = 100) sono in età prescolare (≤ 5 anni); i soggetti adolescenti con età ≥ 13 anni (n = 54) costituiscono la proporzione rimanente.

Nella fascia di età prescolare e adolescenziale le femmine sono circa il triplo dei maschi (71% vs 29% e, rispettivamente, 75.93% vs 24.07%), mentre in quella intermedia (6-12 anni) sono il doppio (63.73% vs 36.27%).

Per quanto riguarda la cittadinanza, il 79.3% del campione è composto da cittadini italiani (n = 203) e il 19.9% da stranieri (n=51), mentre una quota molto esigua, pari allo 0.8%, è rappresentata da apolidi (n=2).

Rispetto alla diagnosi di abuso sessuale, le conferme diagnostiche sono femmine nel 72.15% dei casi e maschi nel 27.85%, risultando quindi il rapporto femmine:maschi pari a oltre il doppio. Questa proporzione vale anche per gli indeterminati, mentre gli esclusi sono equidistribuiti per sesso. L'applicazione del chi quadro, per stabilire se questa differenza sia reale o effetto del caso, ha escluso la dipendenza tra le due variabili ($p = 0.697$).

Come mostrato nel **Grafico 5**, la distribuzione delle fasce di età per la diagnosi di CSA evidenzia che nei soggetti nelle due fasce estreme (prescolare e adolescenza) è nettamente più frequente l'esclusione e, rispettivamente, la conferma diagnostica, con frequenza del 48.15% per entrambi le classi di età. In questo caso, l'associazione tra le due variabili è statisticamente significativa, con un valore di $p = 0.0240$.

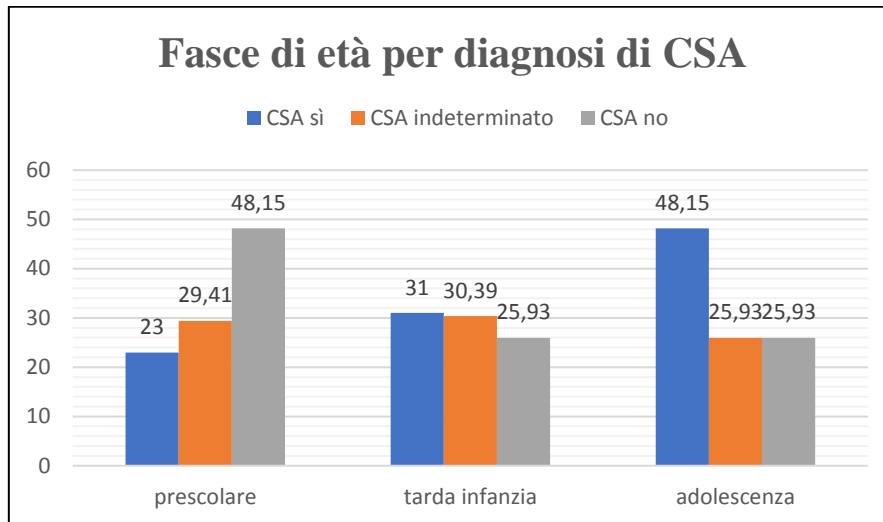


Grafico 5. Distribuzione percentuale delle fasce di età per le classi diagnostiche (n = 256).

Rispetto alla diagnosi di CSA, i soggetti per i quali la diagnosi di abuso sessuale è stata confermata sono italiani nel 77.22% dei casi (n = 61), stranieri nel 20.25% (n = 16) e apolidi nel 2.53% (n = 2); in caso di diagnosi indeterminata, gli italiani sono l'84.21% (n = 64) e gli stranieri il 15.79% (n = 12); gli esclusi sono italiani nel 77.23% (n = 78) e stranieri nel 22.77% (n = 23). Lo scarto tra i valori attesi e quelli osservati, pari a 5.8, è indice di indipendenza tra le due variabili testate.

Un altro fattore di rischio valutato è il *cosleeping* presente nel 48% dei casi per i quali l'informazione era nota (n = 155) e più frequente nella classe dei CSA esclusi rispetto ai sostanzianti e agli indeterminati (51.35%, 17.57% e 31.08%, rispettivamente); un risultato particolarmente significativo, illustrato nel **Grafico 6**, è la forte associazione tra la diagnosi di abuso e l'assenza del *cosleeping* (p = 0.0019).

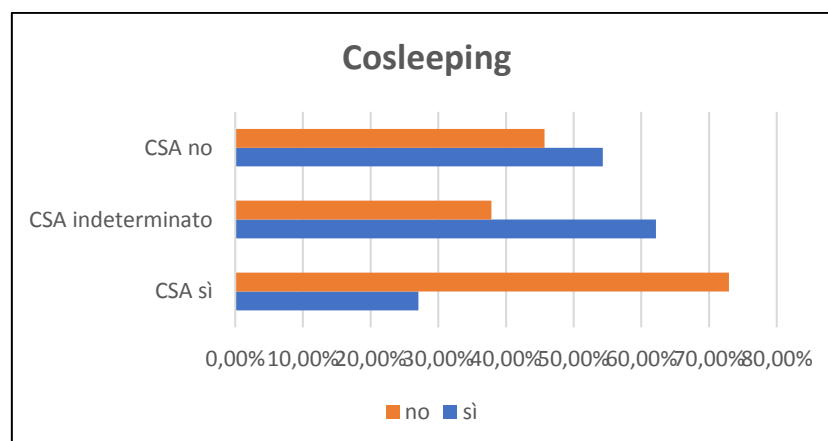


Grafico 6. Distribuzione delle classi diagnostiche di CSA rispetto al *cosleeping* (n = 155).

La nazionalità dei genitori è italiana nel 71% del campione (n = 183). Negli altri casi, si nota una maggior prevalenza dei nuclei provenienti dall'est Europa (n = 24) e dal continente africano (n = 21), che insieme costituiscono il 18% del totale (**Grafico 7**).

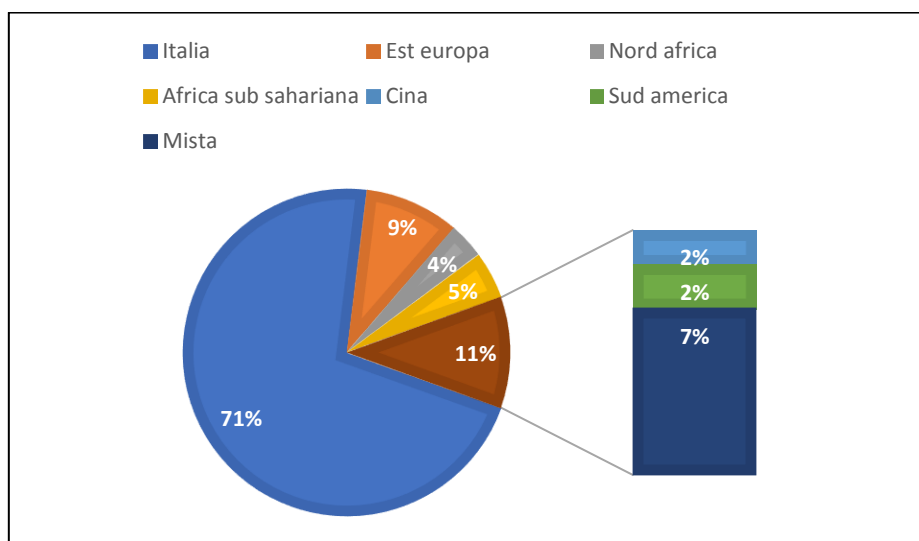


Grafico 7. Distribuzione del campione per nazionalità dei genitori.

Tabella XVI. Analisi della relazione tra la diagnosi di CSA e i fattori di rischio individuali del minore (n = 256).

CSA	Sesso		X ² (p)	Gruppi di età				X ² (p)	Cittadinanza bambino				X ² (p)
	F	M		0-5	6-12	≥13	Total		Apolide	Italiana	Straniera	Total	
confermato	57 54.621 22.27 72.15 32.20	22 24.379 8.59 27.85 27.85		23 30.859 8.98 29.11 23.00	30 31.477 11.72 37.97 29.41	26 16.664 10.16 32.91 48.15	79 30.86		2 0.6172 0.78 2.53 100.00	61 62.645 23.83 77.22 30.05	16 15.738 6.25 20.25 31.37	79 30.86	
indeterminato	53 52.547 20.70 69.74 29.94	23 23.453 8.98 30.26 29.11		31 29.688 12.11 40.79 31.00	31 30.281 12.11 40.79 30.39	14 16.031 5.47 18.42 25.93	76 29.69		0 0.5938 0.00 0.00 0.00	64 60.266 25.00 84.21 31.53	12 15.141 4.69 15.79 23.53	76 29.69	
escluso	67 69.832 26.17 66.34 37.85	34 31.168 13.28 33.66 43.04		46 39.453 17.97 45.54 46.00	41 40.242 16.02 40.59 40.20	14 21.305 5.47 13.86 25.93	101 39.45		0 0.7891 0.00 0.00 0.00	78 80.09 30.47 77.23 38.42	23 20.121 8.98 22.77 45.10	101 39.45	
Total	177 69.14	79 30.86	0.7206 (0.6975)	100 39.06	102 39.84	54 21.09	256 100.00	11.2390 (0.0240)	2 0.78	203 79.30	51 19.92	256 100.00	5.8778 (0.2085)

Per quanto riguarda il *background* familiare, come ben illustrato nel **Grafico 8** in cui sono riportate le frequenze assolute della distribuzione delle tre classi diagnostiche rispetto alla presenza o assenza di un determinato contesto familiare problematico, si osserva che nel caso delle conferme diagnostiche i picchi di frequenza si riscontrano in corrispondenza dei nuclei familiari che non presentano la specifica problematica analizzata. Questo è particolarmente evidente quando i bambini valutati provengono da nuclei ad elevata conflittualità parentale, dove nella totalità (n = 48) è stato escluso l'abuso sessuale. La discrepanza della distribuzione delle conferme è decisamente più attenuata se si prendono in esame i nuclei trascuranti; in questo caso il 45.21% (n = 33) degli abusi sessuali confermati proviene da famiglie trascuranti, mentre la quota rimanente (n = 40), superiore solo del 10%, proviene da famiglie che non presentano questa caratteristica.

Anche i soggetti per i quali la diagnosi è rimasta indeterminata presentano una distribuzione analoga rispetto alla provenienza o meno da nuclei trascuranti, con una tendenza invertita, poiché il 57.14% è trascurato (n = 36), mentre il 42.86% non lo è (n = 27).

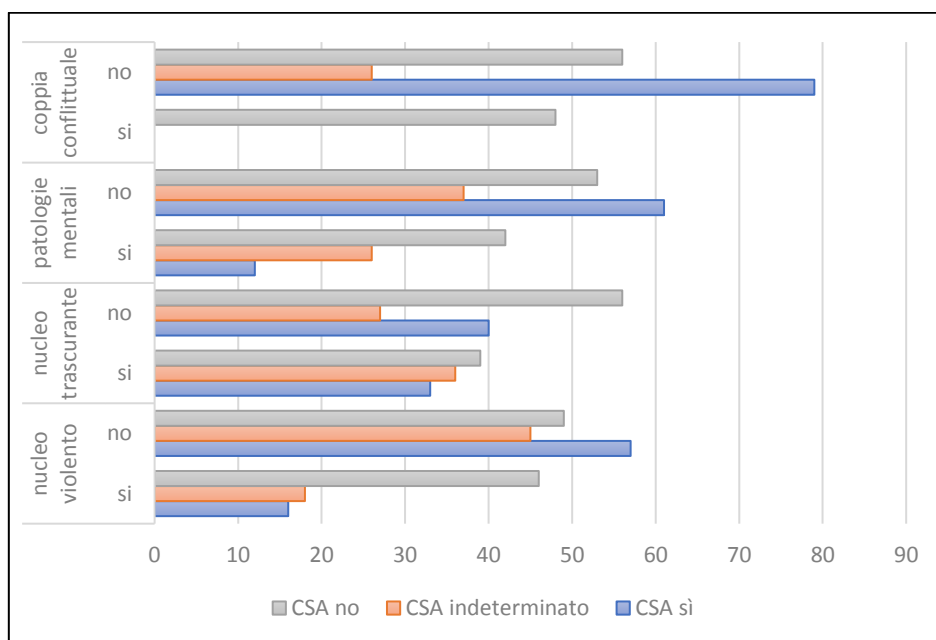


Grafico 8. Distribuzione delle classi diagnostiche per il *background* familiare (n = 206).

Tali risultati si confermano nell'analisi della relazione tra la diagnosi di CSA e la normalità o meno del *background* familiare, che evidenzia una stretta associazione tra le due variabili ($p = 0.0009$). Nei casi in cui è stata formulata la diagnosi di abuso sessuale, la frequenza di provenienza da nuclei familiari normofunzionanti è maggiore rispetto all'atteso, mentre la

relazione è opposta nel caso dei nuclei multiproblematici (ossia con più di una caratteristica non tutelante per il minore), mentre laddove sia stato riscontrato un singolo elemento di pregiudizio (nuclei problematici) le due frequenze sono sovrapponibili. Al contrario, nel caso di nuclei patologici il divario tra frequenze osservate e attese si osserva per i soggetti nei quali l'abuso è stato escluso o è rimasto dubbio (**Tabella XVII**).

Tabella XVII. Analisi della associazione tra la diagnosi di CSA e il *background* familiare (n = 231).

CSA	Background familiare				
Frequency Expected Percent Row Pct Col Pct	multiproblematico	problematico	normale	Total	X ² (p)
confermato	33 40.766 14.29 45.21 25.58	17 18.645 7.36 23.29 28.81	23 13.589 9.96 31.51 53.49	73 31.60	
indeterminato	31 35.182 13.42 49.21 24.03	23 16.091 9.96 36.51 38.98	9 11.727 3.90 14.29 20.93	63 27.27	
escluso	65 53.052 28.14 68.42 50.39	19 24.264 8.23 20.00 32.20	11 17.684 4.76 11.58 25.58	95 41.13	
Total	129 55.84	59 25.54	43 18.61	231 100.00	18.5998 (0.0009)

Indicatori comportamentali

Nella coorte oggetto di studio le alterazioni del comportamento sono presenti nell'82.85% dei soggetti (n = 198) e assenti nel 17.5% (n = 41).

I 198 soggetti che presentano questi disturbi manifestano da un numero minimo di uno fino ad un massimo di dieci diverse tipologie di alterazioni comportamentali differenti e appartengono al genere femminile con una prevalenza doppia (67.68%) rispetto a quello maschile (32.32%). Nel **Grafico 9** è mostrata la distribuzione delle alterazioni del comportamento in base alla classe di età ed è evidente come in tutte le classi prevalgano i bambini nei quali è riscontrata almeno un'alterazione del comportamento con una frequenza compresa tra 3 e 5 volte più alta rispetto ai bambini che ne sono privi.

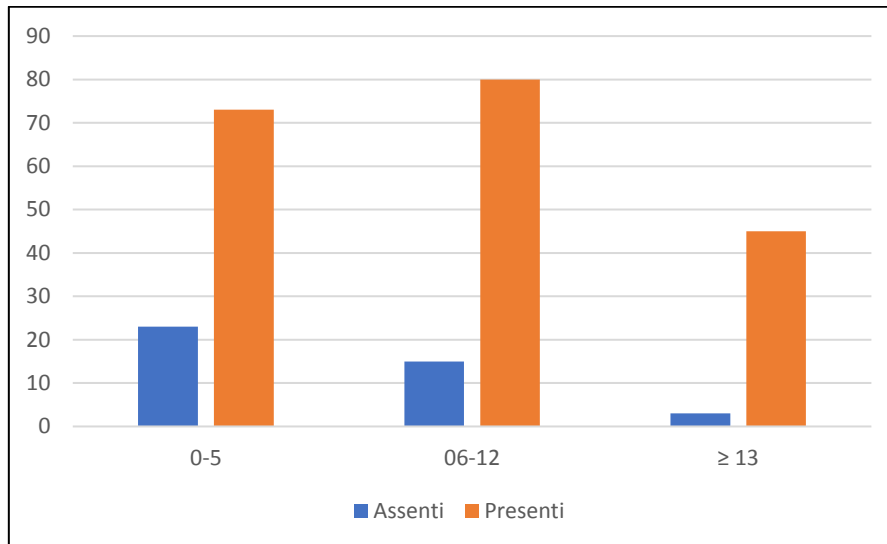


Grafico 9. Distribuzione delle alterazioni comportamentali per le fasce d'età (n = 239)

Dall'analisi bivariata risulta che la variabile sesso non risulta associata in modo statisticamente significativo alla presenza o assenza dei disturbi comportamentali ($p = 0.3173$).

Viceversa, sussiste una dipendenza rispetto alla variabile età ($p = 0.0264$), particolarmente evidente per la fascia adolescenziale dove la frequenza osservata di alterazioni del comportamento ($n = 45$) è superiore quella attesa ($n = 39.76$); un simile scarto, sebbene con tendenza opposta, si osserva nel gruppo dei bambini più piccoli dove 73 bambini su un totale di 96 hanno un comportamento anomalo (atteso = 79.531) mentre negli altri 23 (atteso 16.469) l'anomalia è assente.

Considerando i tre gruppi principali gruppi di alterazioni del comportamento, gli internalizzanti sono presenti nel 62.76% dei bambini ($n = 150$), gli esternalizzanti nel 49.37% ($n = 118$) e i misti nel 60.25% dei casi ($n = 144$).

Rispetto alle classi di età:

- per i disturbi internalizzanti, la loro presenza nei bambini in età prescolare supera circa del 10% l'assenza, mentre nella tarda infanzia e nell'adolescenza è doppia rispetto all'assenza;
- per i disturbi esternalizzanti, gli adolescenti che li manifestano sono il circa il 10% in più di quelli che non li hanno; una simile distribuzione, sebbene invertita, riguarda i bambini in età prescolare, mentre i bambini tra i 6 e i 12 anni sono equamente distribuiti rispetto alla presenza o assenza del disturbo;
- per i disturbi misti, nella tarda infanzia e nell'adolescenza essi sono presenti in una proporzione di soggetti doppia e, rispettivamente, più che doppia, rispetto ai bambini

che non li presentano, mentre i soggetti in età prescolare sono equamente distribuiti rispetto alla presenza o assenza del disturbo.

Nei **Grafici 10-12** è mostrata l'analisi bivariata relativa all'associazione tra diagnosi di CSA e queste principali tipologie di disturbi comportamentali.

Per quanto riguarda gli internalizzanti e i misti, nelle tre classi diagnostiche per il CSA la prevalenza dei disturbi è molto più elevata rispetto all'assenza, in assenza di significatività statistica ($p = 0.6577$ per gli internalizzanti e $p = 0.8674$ per i misti). Nel caso dei disturbi esternalizzanti, soltanto nella classe delle esclusioni diagnostiche i disturbi sono più frequentemente presenti che assenti e questa associazione risulta statisticamente significativa ($p = 0.0851$).

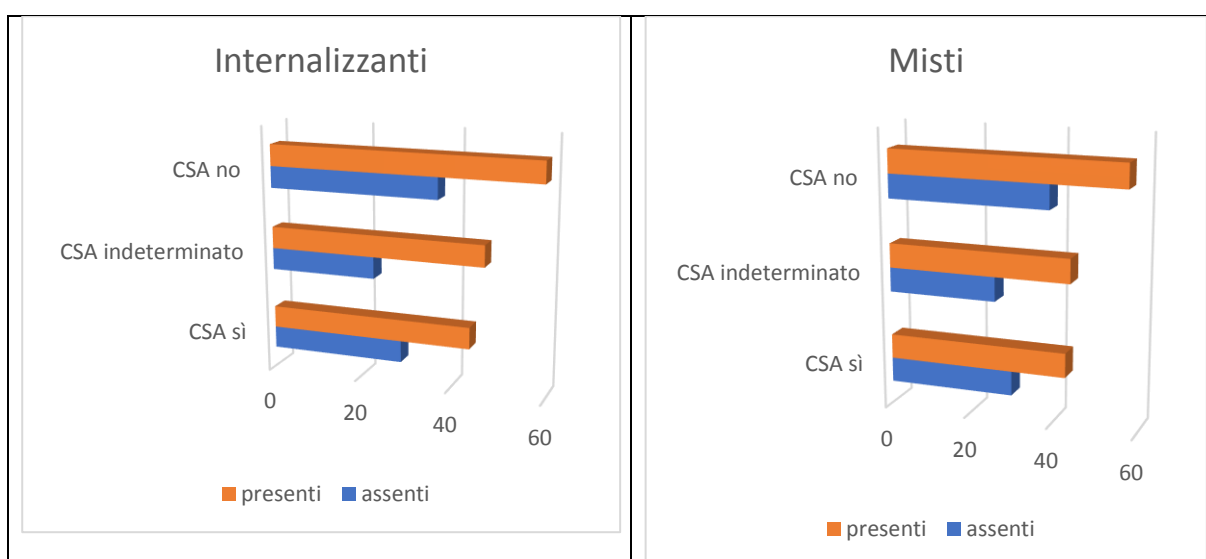


Grafico 10. Distribuzione delle classi diagnostiche per CSA rispetto ai disturbi internalizzanti (n = 239).

Grafico 11. Distribuzione delle classi diagnostiche per CSA rispetto ai disturbi misti (n = 239).

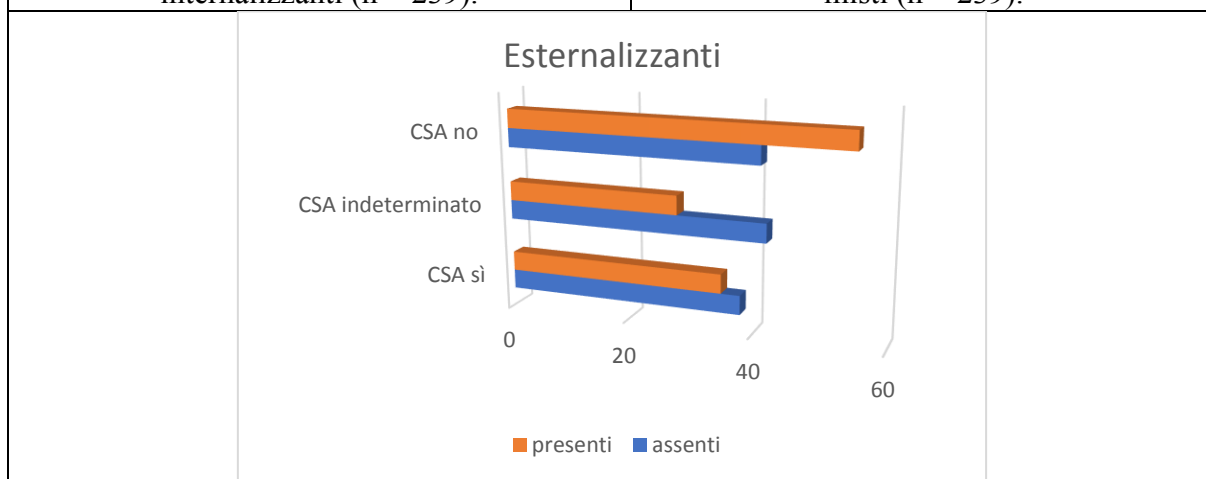


Grafico 12. Distribuzione delle classi diagnostiche per CSA rispetto ai disturbi esternalizzanti (n = 239).

Provando a scorporare da questo raggruppamento generale i disturbi dei ritmi bio-istintuali, si ottengono i risultati riportati nella **Tabelle XVIII**.

Nello specifico, l'alimentazione è risultata regolare nel 73.08% della casistica (n = 152); nei casi con storia anamnestica di disturbi alimentari, sono stati riferiti tratti anoressici nel 15.38% (n = 32), bulimici nell'8.65% (n = 18) e non determinati nel 2.88% (n = 6).

I tratti anoressici sembrano apparentemente più frequenti nella classe delle esclusioni del CSA, sebbene l'applicazione del chi quadrato evidenzi una indipendenza tra i disturbi dell'alimentazione e la diagnosi di abuso sessuale.

Analogamente anche i disturbi del sonno, che alcuni studi di letteratura dimostrano essere più frequenti nella popolazione degli abusati, e presenti in oltre un terzo della casistica (n = 75), non risultano associati alla diagnosi di CSA. Rispetto all'alimentazione, il test del chi quadrato è in questo caso maggiormente valido, per una più elevata dimensione del campione nelle varie celle della tavola di contingenza.

I disturbi dell'eliminazione sono presenti nel 38.7% dei soggetti (n = 99) con un picco attorno all'età dei 5 anni, ove si colloca il 17.2% dei disturbi (**Grafico 13**).

Enuresi ed encopresi sono stati riscontrati rispettivamente nel 14.15% e 10.38% della casistica, con una maggior prevalenza delle forme secondarie, cioè insorte soltanto dopo un periodo di stabile raggiungimento del controllo sfinterico. Sebbene l'assenza di enuresi ed encopresi risulti maggiormente frequente negli abusi esclusi, le tre classi diagnostiche sono equamente distribuite rispetto all'assenza del disturbo o alla sua presenza, primaria o secondaria. Inoltre, non le due variabili non risultano tra loro dipendenti.

Se i disturbi enuretico ed encopretico sono considerati congiuntamente nell'ambito come presenza o assenza di discontrollo sfinterico, la dipendenza con la diagnosi di abuso sessuale è maggiore seppur non statisticamente significativa ($p = 0.423$).

Tabella XVIII. Analisi della relazione tra la diagnosi di CSA e i ritmi bio-istintuali.

CSA	Alimentazione (n = 208)						Sonno (n = 211)					Cosleeping (n = 155)			
	tratti anoressici	tratti bulimici	disturbo alimentare SAI	regolare	Total	X ² (p)	insonnia	parasonnia	regolare	Total	X ² (p)	no	si	Total	X ² (p)
confermato	9 9.6923 4.33 14.29 28.13	5 5.4519 2.40 7.94 27.78	1 1.8173 0.48 1.59 16.67	48 46.038 23.08 76.19 31.58	63 30.29		6 7.0853 2.84 9.23 26.09	14 16.019 6.64 21.54 26.92	45 41.896 21.33 69.23 33.09	65 30.81		35 25.084 22.58 72.92 43.21	13 22.916 8.39 27.08 17.57	48 30.97	
indeterminato	6 8 2.88 11.54 18.75	4 4.5 1.92 7.69 22.22	4 1.5 1.92 7.69 66.67	38 38 18.27 73.08 25.00	52 25.00		8 5.7773 3.79 15.09 34.78	15 13.062 7.11 28.30 28.85	30 34.161 14.22 56.60 22.06	53 25.12		14 19.335 9.03 37.84 17.28	23 17.665 14.84 62.16 31.08	37 23.87	
escluso	17 14.308 8.17 18.28 53.13	9 8.0481 4.33 9.68 50.00	1 2.6827 0.48 1.08 16.67	66 67.962 31.73 70.97 43.42	93 44.71		9 10.137 4.27 9.68 39.13	23 22.919 10.90 24.73 44.23	61 59.943 28.91 65.59 44.85	93 44.08		32 36.581 20.65 45.71 39.51	38 33.419 24.52 54.29 51.35	70 45.16	
Total	32 15.38	18 8.65	6 2.88	152 73.08	208 100.00	6.9916 (0.3216)	23 10.90	52 24.64	136 64.45	211 100.00	2.4470 (0.6542)	81 52.26	74 47.74	155 100.00	12.4962 (0.0019)

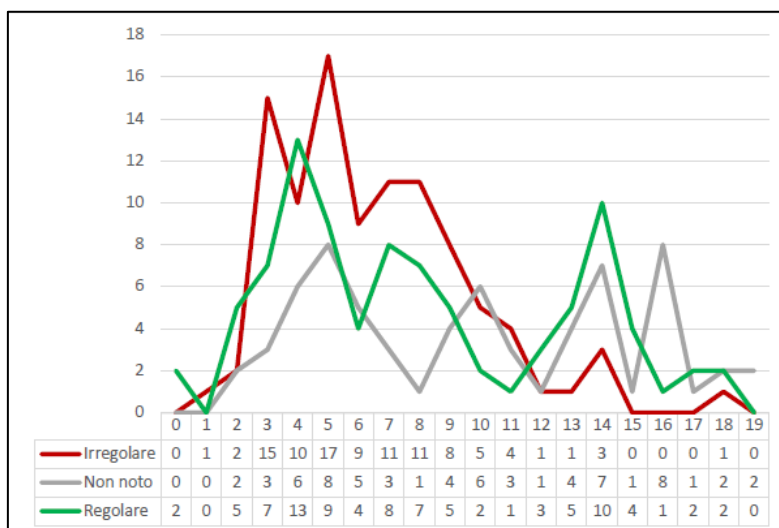


Grafico 13. Distribuzione del campione per eliminazione ed età del paziente.

Per quanto concerne i comportamenti sessualizzati, essi sono stati riscontrati nel 56% (n = 111) dei 199 casi in cui l'informazione è nota, con un rapporto femmine: maschi par a 1.9:1.

Considerando le varie tipologie con cui sono posti in atto tali comportamenti, quelli autoagiti (masturbazione), etroagiti (giochi sessuali, ricerca di contatto fisico o richiesta di stimolazione sessuale) e di tipo eccitatorio senza che vi sia il contatto con le parti del corpo proprie o altrui (esibizionismo/voyeurismo, curiosità sessuali, gergo sessuale) rappresentano rispettivamente un terzo del campione, mentre il 10% restante è costituito da atteggiamenti seduttivi (**Grafico 14**).

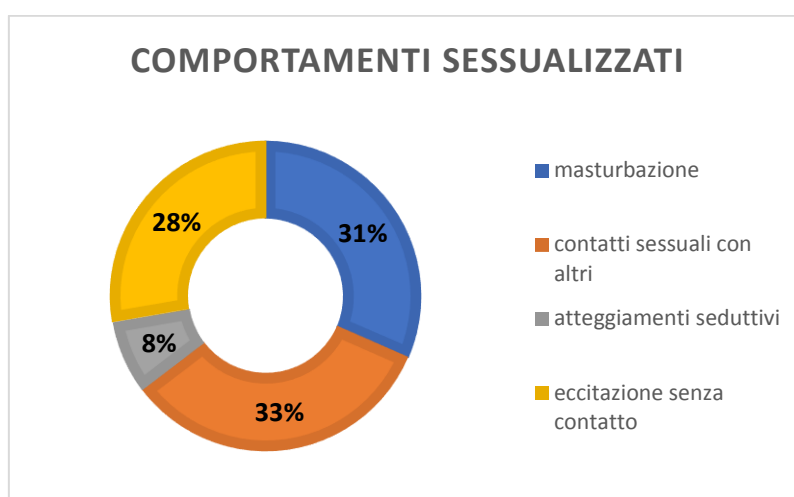


Grafico 14. Distribuzione dei comportamenti sessualizzati nel campione (n = 199)

I risultati dell'analisi bivariata rispetto alla diagnosi di CSA sono mostrati in **Tabella XIX**.

Tabella XIX. Analisi della relazione tra la diagnosi di CSA e i comportamenti sessualizzati (n = 199).

CSA	Masturbazione					Contatti sessuali con altri				Atteggiamenti seduttivi				Eccitazione senza contatto			
	assente	invasiva	manuale	Total	X ² (p)	assenti	presenti	Total	X ² (p)	assenti	presenti	Total	X ² (p)	assente	presente	Total	X ² (p)
confermato	52 46.764 26.13 78.79 36.88	6 5.3065 3.02 9.09 37.50	8 13.93 4.02 12.12 19.05	66 33.17		52 45.769 26.13 78.79 37.68	14 20.231 7.04 21.21 22.95	66 33.17		58 61.357 29.15 87.88 31.35	8 4.6432 4.02 12.12 57.14	66 33.17		51 49.085 25.63 77.27 34.46	15 16.915 7.54 22.73 29.41	66 33.17	
indeterminato	31 35.427 15.58 62.00 21.99	3 4.0201 1.51 6.00 18.75	16 10.553 8.04 32.00 38.10	50 25.13		29 34.673 14.57 58.00 21.01	21 15.327 10.55 42.00 34.43	50 25.13		49 46.482 24.62 98.00 26.49	1 3.5176 0.50 2.00 7.14	50 25.13		35 37.186 17.59 70.00 23.65	15 12.814 7.54 30.00 29.41	50 25.13	
escluso	58 58.809 29.15 69.88 41.13	7 6.6734 3.52 8.43 43.75	18 17.518 9.05 21.69 42.86	83 41.71		57 57.558 28.64 68.67 41.30	26 25.442 13.07 31.33 42.62	83 41.71		78 77.161 39.20 93.98 42.16	5 5.8392 2.51 6.02 35.71	83 41.71		62 61.729 31.16 74.70 41.89	21 21.271 10.55 25.30 41.18	83 41.71	
Total	141 70.85	16 8.04	42 21.11	199 100.00	6.8654 (0.1432)	138 69.35	61 30.65	199 100.00	5.8135 (0.0547)	185 92.96	14 7.04	199 100.00	4.6784 (0.0964)	148 74.37	51 25.63	199 100.00	0.7974 (0.6712)

Nel complesso i comportamenti masturbatori, indipendentemente dall'invasività con cui sono attuati, sono più frequentemente distribuiti tra gli esclusi. In particolare, sembra vi sia una correlazione, sebbene scarsamente significativa ($p = 0.1432$), tra quelli non invasivi e gli abusi sessuali esclusi, mentre tale associazione è meno forte per gli invasivi.

Gli atteggiamenti seduttivi sono stati riscontrati nei soggetti con diagnosi di abuso sessuale nel 57.14% dei casi ($n = 8$), in quelli indeterminati nel 7.14% ($= 1$) e nelle esclusioni diagnostiche nel 35.71% ($n = 5$). La maggior distribuzione nelle conferme diagnostiche è statisticamente significativa ($p = 0.0964$). Altrettanto significativa, ma di segno opposto, è l'associazione tra la diagnosi di CSA e i comportamenti sessualizzati espressi dal minore attraverso il contatto fisico – reale o ricercato - con le persone che egli frequenta. In questo caso, tali condotte si osservano nel 22.95% dei casi confermati ($n = 14$), nel 34.43% di quelli indeterminati ($n = 21$) e nel 42.62% degli esclusi ($n = 26$).

La distribuzione di tali comportamenti rispetto all'età è mostrata nel **Grafico 15**.

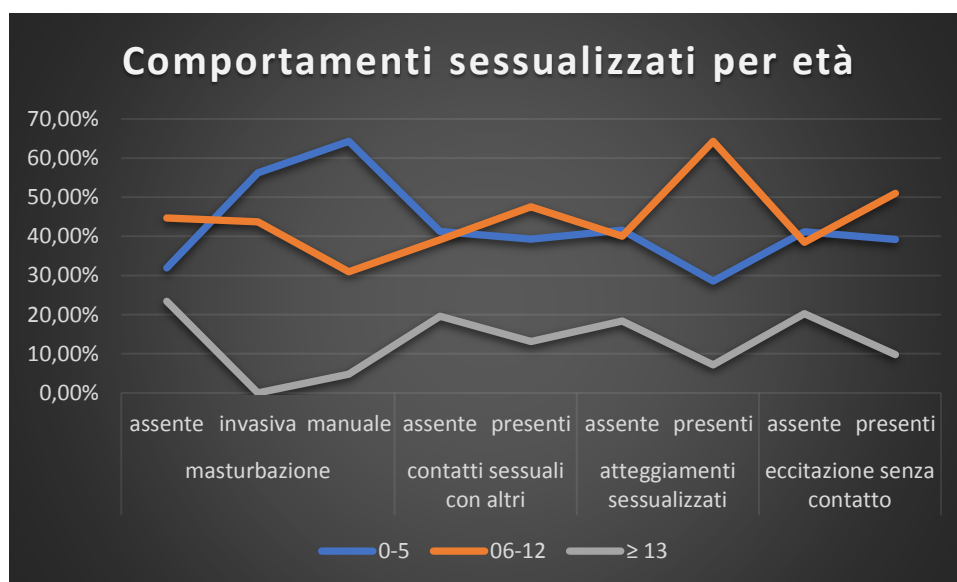


Grafico 15. Distribuzione dei comportamenti sessualizzati in base all'età ($n = 199$).

Il racconto

Come illustrato nel **Grafico 16**, il racconto è stato riportato dal bambino in quasi il 70% della casistica ($n = 169$), di cui il 25% ha raccontato una singola volta ($n = 62$) e il 44% molteplici volte ($n = 107$). Nel terzo dei casi rimanente ($n = 75$), non è stato riferito alcun racconto di abuso sessuale.

In particolare, nel 27.81% dei casi i soggetti che hanno raccontato sono di sesso maschile ($n =$

47), mentre il 72.2% di sesso femminile (n = 122).

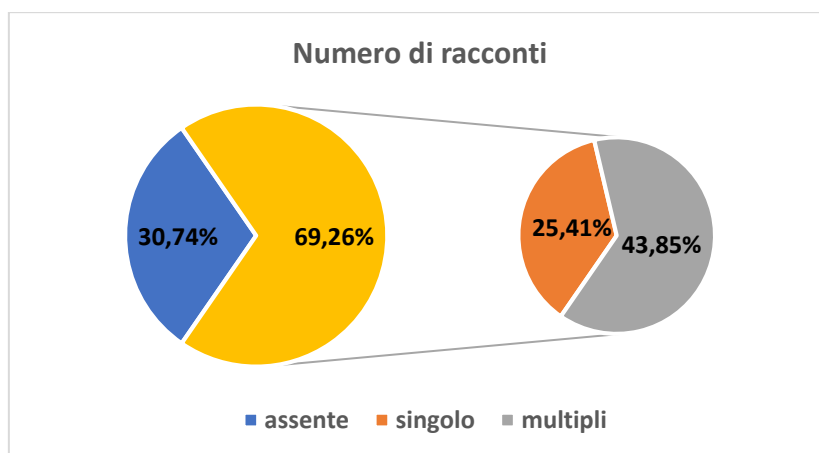


Grafico 16. Distribuzione del numero di racconti nella casistica (n = 244).

Rispetto alle classi diagnostiche per il CSA, vi è un'associazione molto forte ($p = 0.0009$) tra la presenza del racconto e la conferma della diagnosi e, viceversa, tra l'assenza del racconto e l'esclusione diagnostica. In particolare, 67 casi (circa il 28%) classificati come abusi sessuali hanno raccontato, mentre solo in 11 casi (5.41%) la diagnosi è stata sostanziata in assenza di racconto. Invece, l'esclusione della diagnosi ha riguardato la metà dei casi in cui il racconto è assente (15.16%).

Inoltre, tale dipendenza è particolarmente evidente nei casi nei quali i racconti sono stati ripetuti nel tempo. Infatti, quando la diagnosi è stata sostanziata il 61.54% dei soggetti ha raccontato plurime volte, mentre questa percentuale è ridotta di circa la metà (34.38%) quando il CSA è stato escluso (**Grafico 17**).

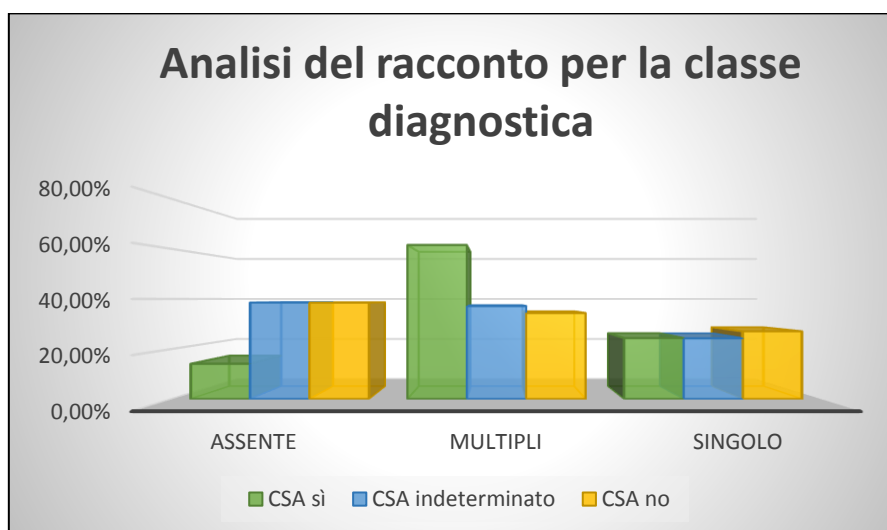


Grafico 17. Distribuzione del numero dei racconti per la classe diagnostica (n = 244).

Quando i racconti sono multipli è stata analizzata la coerenza del loro contenuto nelle varie classi diagnostiche ed è risultato che vi è un'associazione statisticamente significativa ($p = 0.0016$) tra la conferma dell'abuso sessuale e l'assenza di divergenza tra i racconti. Infatti, il 56% dei casi che raccontano più volte l'evento, ma in modo complessivamente uniforme, appartengono al gruppo degli abusi confermati, mentre la diagnosi è stata esclusa in quasi la metà dei casi (45%) nei quali le versioni raccontate sono molto discordanti (**Grafico 18**).

In 5 dei 107 casi che hanno riportato racconti multipli la valutazione della coerenza non è stata possibile per il lungo intervallo temporale intercorso tra le varie versioni, che quindi non sono risultate confrontabili per la differente maturità espressiva del bambino.

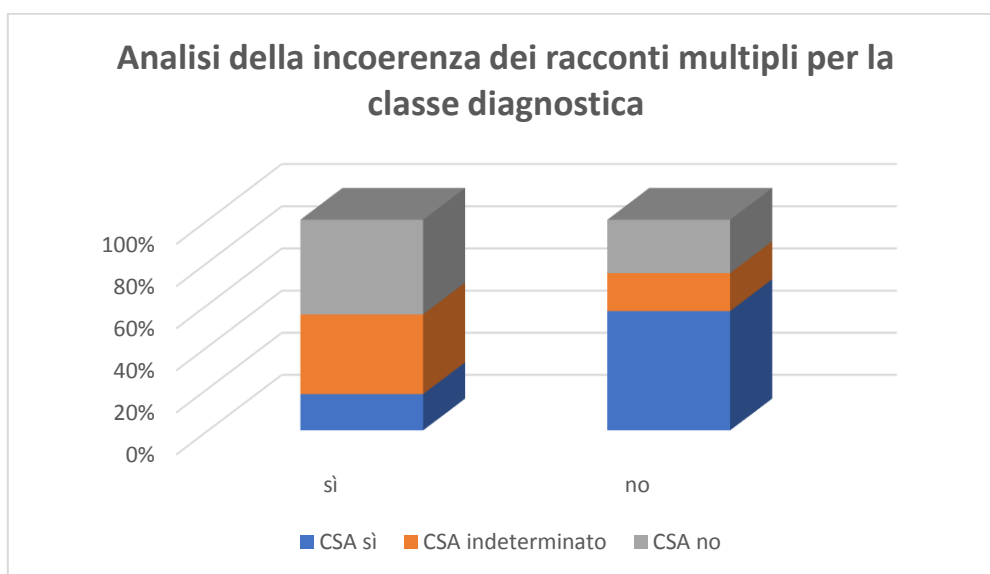


Grafico 18. Distribuzione della incoerenza dei racconti multipli in base alla classe diagnostica (n = 102).

La relazione tra le principali variabili (spontaneità, specificità, riferimenti sensoriali e stato emotivo del minore) connesse alla macro-area del racconto e la diagnosi di CSA è riportata in **Tabella XX**.

La rivelazione spontanea del racconto, che riguarda il 65.43% di tutti i casi che hanno raccontato (n = 106), risulta più frequente nei soggetti classificati come abusi sessuali rispetto alle altre classi diagnostiche. Infatti, di tutti i racconti avvenuti senza nessuna coercizione o stimolo esterno il 44.34% è stato riscontrato nelle conferme diagnostiche, con una frequenza che è pari a due volte quella degli indeterminati e una volta e mezzo quella degli esclusi. Tale associazione è discretamente significativa con $p = 0.1350$.

Molto più significativa è l'associazione tra gli abusi sessuali sostanzianti e la specificità del

racconto ($p < 0.0001$), che in oltre il 50% dei casi è una caratteristica di quanto viene riportato dai soggetti per i quali l'abuso è stato sostanziato. Viceversa, nel 55% dei racconti aspecifici l'abuso sessuale è stato escluso.

Per quanto riguarda la distribuzione della specificità del racconto rispetto all'età (**Grafico 19**), raccontano in modo specifico l'evento occorso il 73.33% degli adolescenti ($n = 33$), il 61% dei bambini tra i 6 e i 12 anni e il 44% dei bambini in età prescolare ($n = 30$).

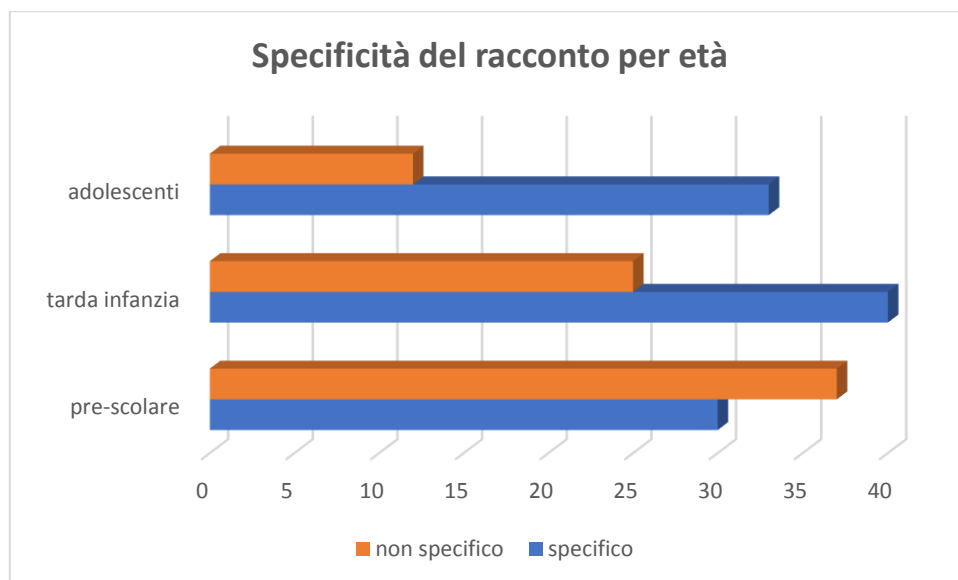


Grafico 19. Distribuzione della specificità del racconto per classi di età ($n = 177$).

Le domande suggestive sono state poste nel 25.5% dei casi, principalmente distribuiti nelle esclusioni diagnostiche (61%), mentre solo il 14% di tali domande ha orientato il racconto del bambino nei casi confermati. L'elevato valore del chi quadrato indica un notevole scarto tra le frequenze osservate e le attese nell'ipotesi di indipendenza tra le due variabili sia nelle conferme sia nelle esclusioni diagnostiche. Tale differenza è statisticamente significativa al livello di probabilità 0.03%.

In merito ai riferimenti sensoriali si evidenzia come essi siano presenti solo nel 24% della casistica, ma siano più significativamente associati ($p = 0.0545$) alla classe della conferma del CSA, nella quale raggiungono la più elevata frequenza di distribuzione (29%). Al contrario, la più bassa frequenza con cui si osservano tali riferimenti cade nella classe dell'indeterminatezza diagnostica (11%).

Tabella XX. Analisi della relazione tra la diagnosi di CSA e le caratteristiche del racconto.

CSA	Rivelazione spontanea (n = 162)				Specificità (n = 177)				Domande suggestive (n = 141)				Riferimenti sensoriali (n = 172)			
	No	Si	Total	X ² (p)	Aspecifico	Specifico	Total	X ² (p)	No	Si	Total	X ² (p)	No	Si	Total	
confermato	16 21.778 9.88 25.40 28.57	47 41.222 29.01 74.60 44.34	63 38.89		14 28.011 7.91 20.90 18.92	53 38.989 29.94 79.10 51.46	67 37.85		51 41.702 36.17 91.07 48.57	5 14.298 3.55 8.93 13.89	56 39.72		47 50.267 27.33 71.21 35.88	19 15.733 11.05 28.79 46.34	66 38.37	
indeterminato	16 14.519 9.88 38.10 28.57	26 27.481 16.05 61.90 24.53	42 25.93		20 19.65 11.30 42.55 27.03	27 27.35 15.25 57.45 26.21	47 26.55		25 25.319 17.73 73.53 23.81	9 8.6809 6.38 26.47 25.00	34 24.11		41 35.035 23.84 89.13 31.30	5 10.965 2.91 10.87 12.20	46 26.74	
escluso	24 19.704 14.81 42.11 42.86	33 37.296 20.37 57.89 31.13	57 35.19		40 26.339 22.60 63.49 54.05	23 36.661 12.99 36.51 22.33	63 35.59		29 37.979 20.57 56.86 27.62	22 13.021 15.60 43.14 61.11	51 36.17		43 45.698 25.00 71.67 32.82	17 14.302 9.88 28.33 41.46	60 34.88	
Total	56 34.57	106 65.43	162 100.00	4.0054 (0.1350)	74 41.81	103 58.19	177 100.00	24.2304 (<0.0001)	105 74.47	36 25.53	141 100.00	16.4491 (0.0003)	131 76.16	41 23.84	172 100.00	5.8198 (0.0545)

La valutazione dello stato emotivo è illustrata nel **Grafico 20**, dove si osserva che le reazioni negative sono maggiormente frequenti nelle conferme diagnostiche (54%) rispetto alle esclusioni (27%). In modo analogo, le reazioni positive, sebbene presenti in un piccolo numero di casi, si concentrano soprattutto nella classe delle conferme (80%), mentre sono assenti tra gli esclusi. L'associazione è statisticamente significativa ($p = 0.0012$).

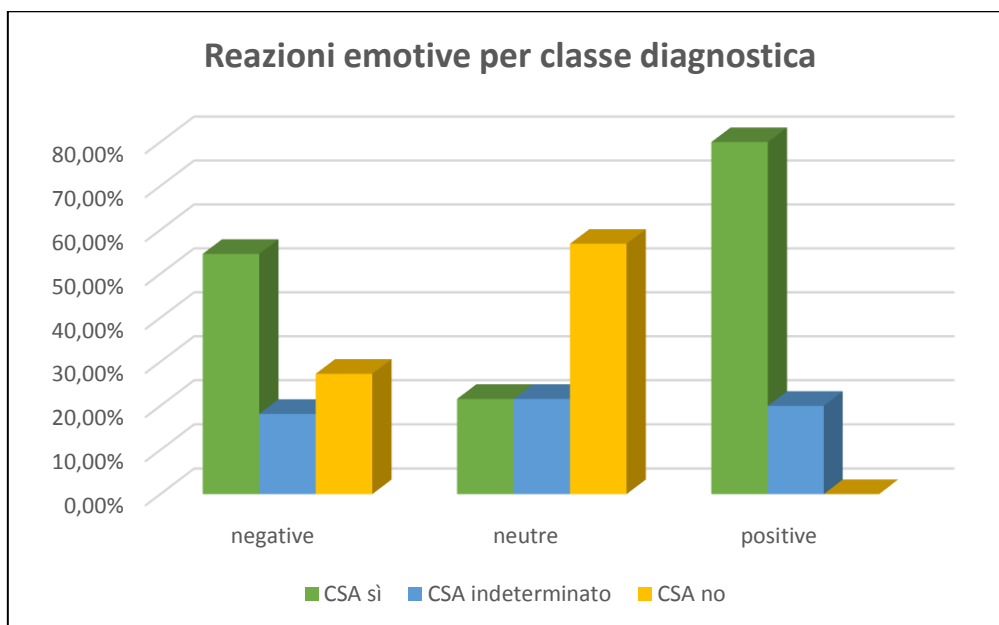


Grafico 20. Distribuzione delle reazioni emotive in base alla classe diagnostica (n = 122).

Il depositario del racconto nella maggior parte dei casi è stato un familiare (77.8%), identificato nella madre in oltre il 50% dei casi e in un familiare non genitoriale nel 16% dei casi (**Grafico 21**).

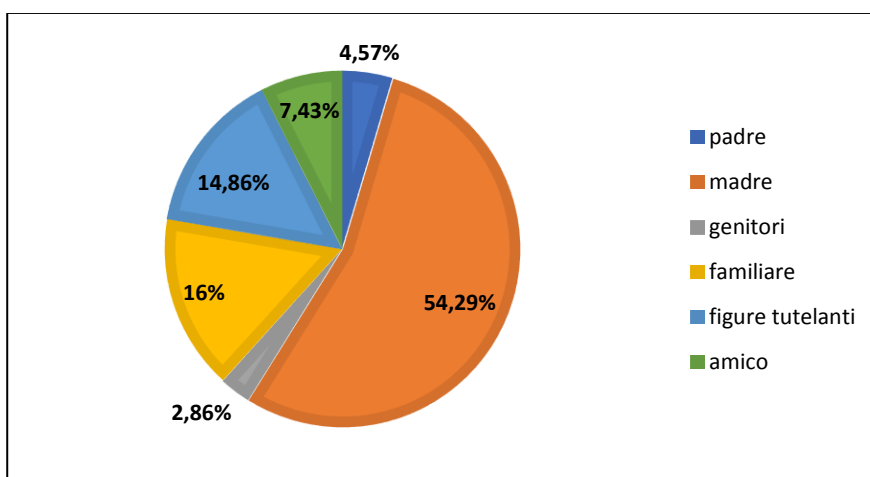


Grafico 21. Distribuzione delle figure che ricevono il racconto del minore (n = 175).

Rispetto alla diagnosi di abuso sessuale, i più rilevanti scarti tra frequenze osservate ed attese

consistono nella maggior frequenza negli esclusi dei bambini che rivelano alle madri (n = 39) e nella maggior frequenza nelle conferme dei casi nei quali il depositario è un familiare diverso dai genitori (n = 17). Tuttavia, queste associazioni sono scarsamente significative, essendo la probabilità di errore pari a quasi il 30% (**Tabella XXI**).

Tabella XXI. Analisi bivariata della relazione tra depositario e diagnosi di CSA (n = 175).

CSA	Depositario								X ² (p)
	amico	educatore	familiare	figure tutelanti	genitori	madre	padre	Total	
confermato	3 4.9771 1.71 4.48 23.08	6 5.7429 3.43 8.96 40.00	17 10.72 9.71 25.37 60.71	2 4.2114 1.14 2.99 18.18	2 1.9143 1.14 2.99 40.00	34 36.371 19.43 50.75 35.79	3 3.0629 1.71 4.48 37.50	67 38.29	
indeterminato	6 3.4171 3.43 13.04 46.15	3 3.9429 1.71 6.52 20.00	6 7.36 3.43 13.04 21.43	5 2.8914 2.86 10.87 45.45	2 1.3143 1.14 4.35 40.00	22 24.971 12.57 47.83 23.16	2 2.1029 1.14 4.35 25.00	46 26.29	
escluso	4 4.6057 2.29 6.45 30.77	6 5.3143 3.43 9.68 40.00	5 9.92 2.86 8.06 17.86	4 3.8971 2.29 6.45 36.36	1 1.7714 0.57 1.61 20.00	39 33.657 22.29 62.90 41.05	3 2.8343 1.71 4.84 37.50	62 35.43	
Total	13 7.43	15 8.57	28 16.00	11 6.29	5 2.86	95 54.29	8 4.57	175 100.00	14.2847 (0.2829)

La distribuzione del depositario in base alla fascia di età e al sesso del bambino è riportata nel **Grafico 22**.

In età prescolare la maggior parte dei bambini rivela alla madre a prescindere dal sesso (72% dei maschi e 66% delle femmine) e tale uniformità è ancora più evidente nella tarda infanzia, con una percentuale di maschi e femmine che racconta alla madre pari al 57% e, rispettivamente, 58% dei casi. In adolescenza si assiste ad una differente distribuzione, rispetto al sesso, delle figure alle quali il minore racconta; sebbene la madre sia sempre una figura di riferimento, per i maschi si riduce il divario tra madre, padre e altri familiari, mentre le femmine rivelano principalmente agli amici (30%).

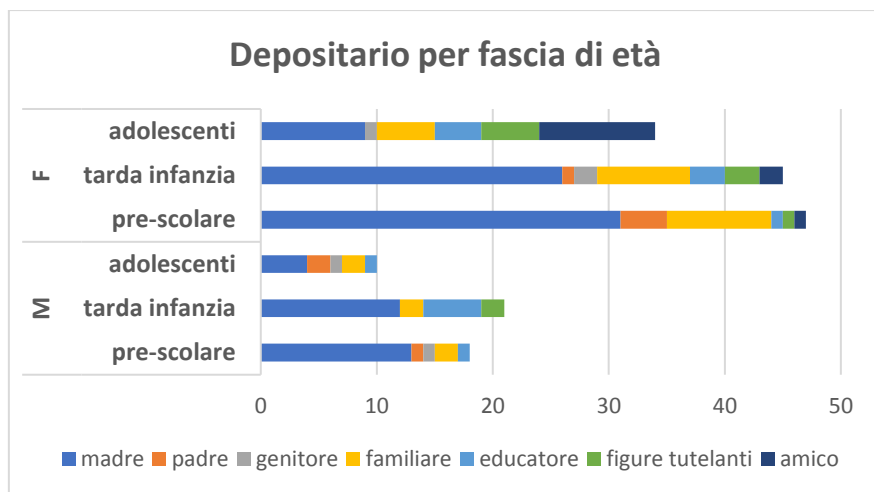


Grafico 22. Distribuzione del depositario del racconto in base all'età e al sesso (n = 175).

In **Tabella XXII** è riportata l'analisi bivariata per valutare la correlazione tra la diagnosi e l'intervallo di tempo trascorso tra il primo evento di abuso sessuale e il racconto del minore.

La distribuzione è uniforme nelle tre classi diagnostiche in tutti gli intervalli considerati che non risultano quindi associati alla variabile della diagnosi.

Tabella XXII. Analisi bivariata tra diagnosi di CSA e intervallo temporale primo racconto del bambino- primo abuso (n = 94).

CSA	Intervallo temporale primo abuso – racconto							Total	X ² (p)
	≤ 1 giorno	≤ 1 settimana	≤ 1 mese	≤ 6 mesi	≤ 5 anni	> 5 anni			
confermato	11	3	4	6	17	1	42		
	12.957	4.9149	5.3617	5.8085	12.064	0.8936	44.68		
	11.70	3.19	4.26	6.38	18.09	1.06			
	26.19	7.14	9.52	14.29	40.48	2.38			
indeterminato	8	3	3	3	4	1	22		
	6.7872	2.5745	2.8085	3.0426	6.3191	0.4681	23.40		
	8.51	3.19	3.19	3.19	4.26	1.06			
	36.36	13.64	13.64	13.64	18.18	4.55			
escluso	10	5	5	4	6	0	30		
	9.2553	3.5106	3.8298	4.1489	8.617	0.6383	31.91		
	10.64	5.32	5.32	4.26	6.38	0.00			
	33.33	16.67	16.67	13.33	20.00	0.00			
Total	29	11	12	13	27	2	94	7.6704 (0.6610)	
	30.85	11.70	12.77	13.83	28.72	2.13	100.00		

Il luogo dove avviene il racconto è costituito nel 77% dei casi dall'ambiente domestico e nella proporzione restante dall'ambiente extradomestico. Questa variabile non è associata in modo significativo alla classificazione diagnostica del caso.

Si segnala inoltre che in una piccola percentuale della casistica (4.7%) il racconto riportato non ha contenuti sessuali ma è relativo a eventi traumatici accidentali. Si tratta dei casi accomunati dalla presenza di lesioni in sede genito-animale, la compatibilità delle quali con il racconto fornito dal minore è stata oggetto di valutazione medica.

Quando sussiste compatibilità tra segni fisici e racconto (45%) l'abuso sessuale è stato escluso nel 75% dei casi, mentre l'abuso sessuale è stato sostanziato nel 67% dei casi caratterizzati da incompatibilità (55%). Tuttavia, per la bassa frequenza dei casi valutati per riferite dinamiche accidentali, il test di verifica d'ipotesi non è applicabile.

Indicatori fisici

La visita genito-animale è stata espletata in 170 casi (67%), ma poiché per 5 bambini la visita è stata ripetuta in un'altra occasione, nel complesso sono state effettuate 175 visite, delle quali 131 hanno valutato l'obiettività femminile (75%) e 44 quella maschile.

Come mostrato nel **Grafico 23**, si è assistito ad un aumento delle visite negli anni nei quali è stato selezionato il campione, con le maggiori frequenze registrate a partire dal 2012.

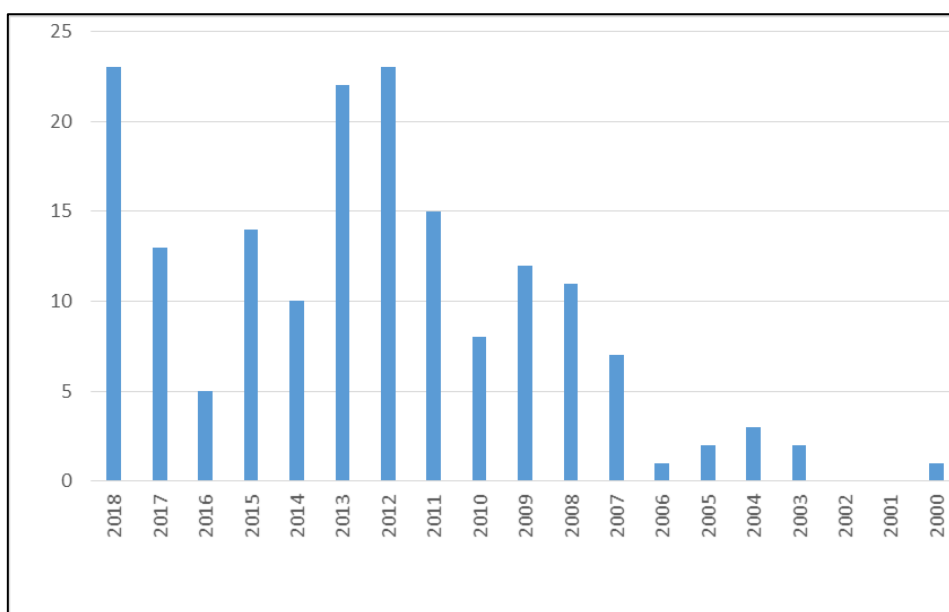


Grafico 23. Distribuzione per anno delle visite genito-anali (n = 175).

I bambini sono stati valutati in posizione supina nel 94% dei casi, genu-pettole nel 48% e laterale

nel 50%. Nel 58,9% delle visite la valutazione dell'obiettività è stata rilevata in due posizioni (n=103), nel 17,1% in una posizione (n=30), nel 17,1% in tre posizioni (n=30).

Nel **Grafico 24** è rappresentata la distribuzione della morfologia dell'imene, che è risultata anulare nella metà dei casi, seguita da quella semilunare e fimbriata (circa il 20% dei casi per ciascuna).

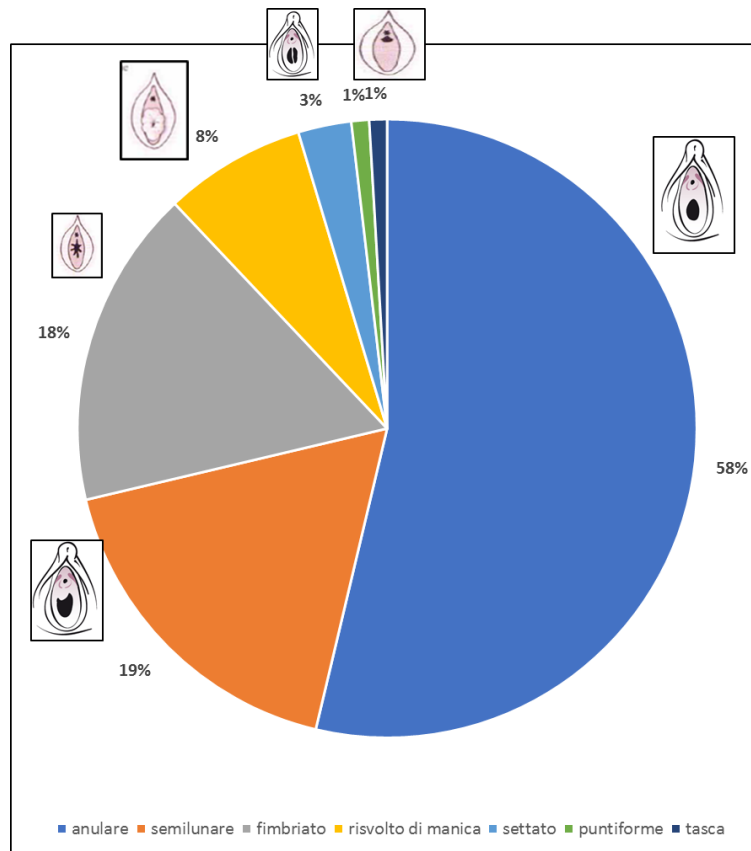


Grafico 24. Distribuzione della morfologia imenale nel campione (n = 131).

Alterazioni a carico dell'obiettività genito-ale sono state riscontrate nel 74% del campione (n = 130), ma solo il 23% di questi soggetti è stato sostanziato.

Tali alterazioni sono illustrate in dettaglio nel **Grafico 25**, dove si evidenzia che l'iperemia costituisce il segno più frequentemente riscontrato (n = 99).

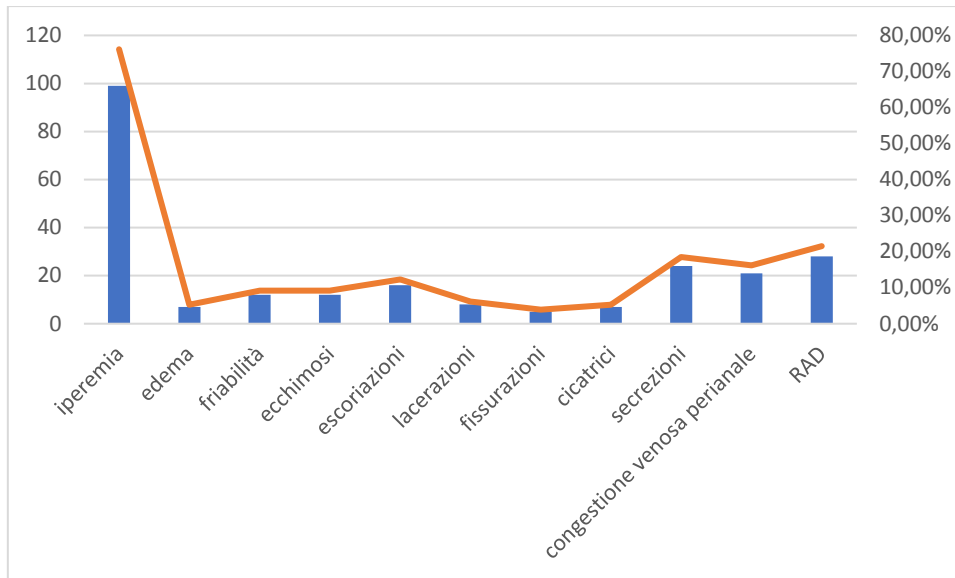


Grafico 25. Distribuzione dei reperti genito-anali riscontrati in ambo i sessi (n =130).

Nell'ambito dei reperti esclusivamente riscontrabili nella popolazione femminile, il più frequente, riscontrato nel 17.4%, è costituito dalle incisure (n = 18).

Per la bassa frequenza di molti dei reperti valutati, l'analisi bivariata è stata elaborata, facendo riferimento al sistema di classificazione dei reperti fisici elaborato dalla Adams, l'obiettività è risultata completamente normale (negativa o con varianti anatomiche considerate fisiologiche) nel 26% dei casi (n = 45), aspecifica nel 47.6% (n = 81), caratterizzata da reperti per i quali non vi è un consenso unanime in letteratura nel 16% (n = 29) e specifica nell'11% (n = 20).

Nel **Grafico 26** sono riportati i risultati delle analisi bivariate della distribuzione delle classi diagnostiche rispetto alla categoria di reperti.

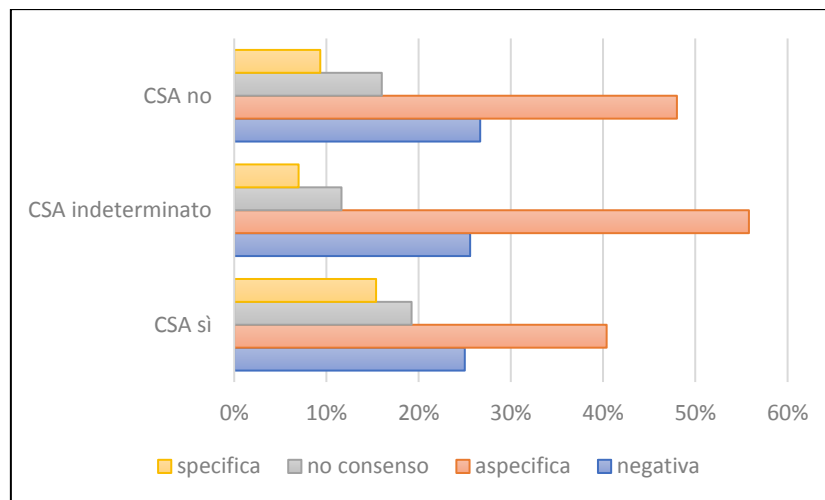


Grafico 26. Distribuzione delle classi diagnostiche per tipologia di reperto (n = 170).

I soggetti per i quali è stata formulata una diagnosi di abuso sessuale presentano un'obiettività normale nel 25% dei casi, aspecifica nel 40%, priva di consenso nel 19% e specifica nel 15%.

La distribuzione mostra una tendenza analoga per i soggetti esclusi (negativa nel 27%, aspecifica nel 48%, priva di consenso nel 16% e specifica nel 9%) e indeterminati (negativa nel 26%, aspecifica nel 56%, priva di consenso nel 12% e specifica nel 7%).

Nel **Grafico 27** sono invece riportati i risultati della distribuzione della categoria dei reperti rispetto alle classi diagnostiche.

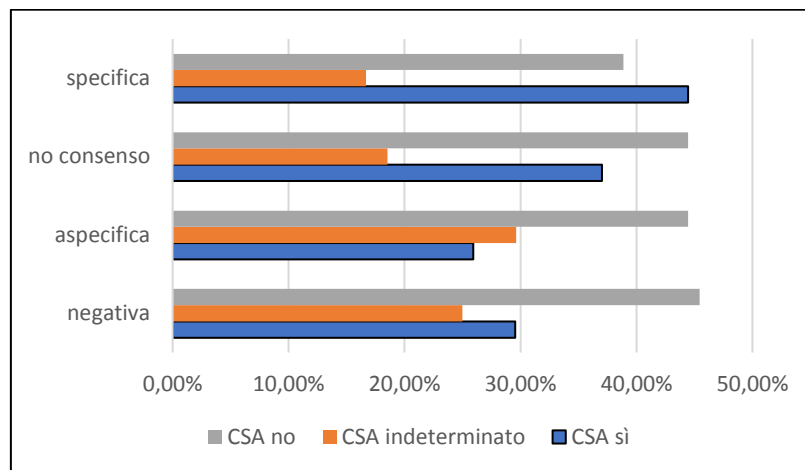


Grafico 27. Distribuzione delle categorie di reperti rispetto alla classe diagnostica (n = 170).

La categoria normale si riscontra con maggior frequenza negli esclusi (45.45%), mentre, all'estremo opposto, i reperti specifici sono più frequenti nelle diagnosi di abuso sessuale (44.44%). Le categorie aspecifica e priva di consenso ricorrono più frequentemente tra gli esclusi (44.44% entrambe), sebbene i reperti privi di consenso siano rappresentati in oltre un terzo dei casi sostanzianti (37%).

L'applicazione del test chi quadrato non ha rilevato un'associazione statisticamente significativa tra i reperti osservati alla visita genito-ale e la classificazione diagnostica ($p = 0.6979$).

Se si correla l'obiettività genito-ale alle modalità di abuso riferite, si osserva come i soggetti con obiettività specifica nell'86% riferiscono contatti penetrativi e solo la quota restante riferisce di avere subito abusi perpetrati senza penetrazione, mentre in caso di obiettività negativa i soggetti riferiscono equamente modalità penetrative e non (**Grafico 28**). Questi risultati sono, tuttavia, scarsamente significativi, in termini di associazione in quanto la probabilità di errore si assesta al 37% ($p = 0.3727$).

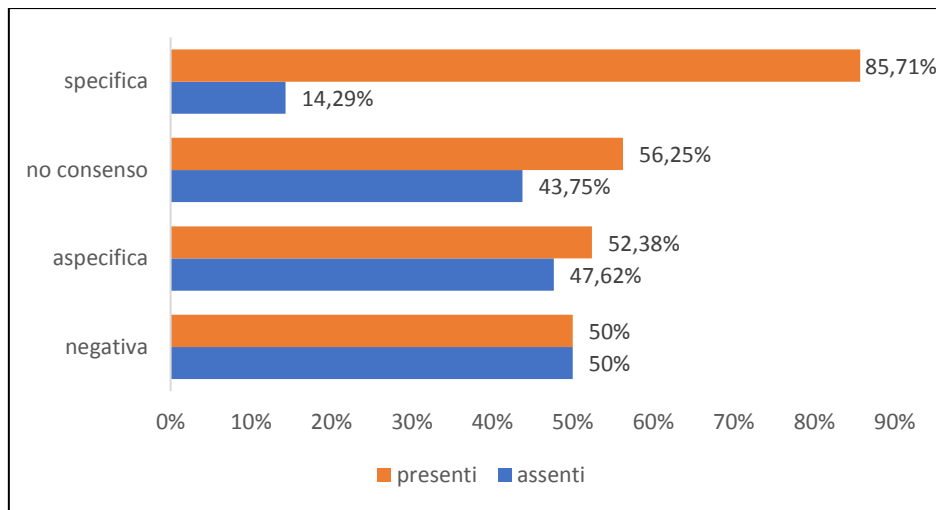


Grafico 28. Distribuzione delle categorie di reperti genito-anali per presenza o assenza di modalità di abuso penetrative (n = 116).

Anche la sede della penetrazione non risulta associata in misura significativa ($p = 0.6786$) con l'obiettività genito-anale, sebbene la maggior parte dei soggetti che non riferiscono alcuna penetrazione presenti un'obiettività normale o aspecifica (85%), mentre coloro che dichiarano di avere subito una penetrazione sia genitale che anale mostrano segni specifici o sospetti (privi di consenso) nel 43% dei casi. Invece, qualora la penetrazione sia avvenuta soltanto in sede anale l'obiettività è specifica o sospetta in un terzo dei casi (34%) e in una percentuale ancora inferiore (13%) se la penetrazione è riferita in sede anale.

Dati informativi sull'abuso sessuale

Le modalità con le quali è stato perpetrato l'abuso sessuale sono avvenute attraverso un contatto fisico con il minore in quasi la totalità dei casi che hanno riportato l'evento (n = 119). In particolare, nel 54.31% dei casi (n = 63) sono riferiti contatti penetrativi e nel 69% (n = 82) solo contatti non penetrativi.

Rispetto alle classi diagnostiche, si è rilevata un'associazione statisticamente significativa tra il riferito anamnestico di contatti penetrativi e i soggetti con diagnosi sostanzziata di CSA ($p = 0.0086$), i quali nel 72% dei casi riferiscono di essere stati abusati con tale modalità.

Per quanto concerne l'abusante, non sempre quest'ultimo viene identificato, essendo non noto il 17% delle volte. Nel 95% dei casi (n = 134) si tratta di soggetti di sesso maschile, mentre solo il 5% è rappresentato da femmine (n = 7).

Come sintetizzato in **Tabella XXIII**, nel 73% della casistica il soggetto che viene riferito avere commesso l'abuso sessuale è un familiare, che in quasi la metà dei casi è il padre.

Dall'analisi bivariata emergono alcune associazioni forti ($p = 0.0001$) tra la tipologia di diagnosi e la tipologia di relazione tra il bambino e l'abusante.

Nelle conferme la frequenza osservata dei soggetti per i quali è stato riferito un abuso da parte di un familiare non genitoriale è molto più alta di quella attesa e tali soggetti rappresentano il 46.7% di tale classe contro il 15% degli indeterminati e il 21% degli esclusi.

Nelle esclusioni diagnostiche in oltre il 60% dei casi il perpetratore del sospetto abuso sessuale è stato identificato nel padre del minore ($n = 20$). Un dato saliente che si osserva nel gruppo degli indeterminati è la frequenza molto più alta di abusanti estranei (43.34%) rispetto alle altre due classi (25.97% nelle conferme e 15.58% nelle esclusioni).

I casi nei quali il sospetto abusante è la madre sono i meno rappresentativi in tutte le classi diagnostiche (1.3-5%).

Tabella XXIII. Analisi bivariata tra diagnosi di CSA e abusante ($n = 214$).

D_CSA	Abusante						X ² (p)
	Altro familiare	Extrafamiliare adulto	Extrafamiliare minorenne	madre	padre	Total	
confermato	36 21.949 16.82 46.75 59.02	15 13.313 7.01 19.48 40.54	5 7.5561 2.34 6.49 23.81	1 1.7991 0.47 1.30 20.00	20 32.383 9.35 25.97 22.22	77 35.98	
indeterminato	9 17.103 4.21 15.00 14.75	16 10.374 7.48 26.67 43.24	10 5.8879 4.67 16.67 47.62	3 1.4019 1.40 5.00 60.00	22 25.234 10.28 36.67 24.44	60 28.04	
escluso	16 21.949 7.48 20.78 26.23	6 13.313 2.80 7.79 16.22	6 7.5561 2.80 7.79 28.57	1 1.7991 0.47 1.30 20.00	48 32.383 22.43 62.34 53.33	77 35.98	
Total	61 28.50	37 17.29	21 9.81	5 2.34	90 42.06	214 100.00	40.9987 ($<.0001$)

Dati forensi

Nella **Tabella XXIV** sono riportati i risultati dell'analisi bivariata tra le possibili conclusioni diagnostiche riguardo al CSA e l'esito giudiziario nei casi in cui la segnalazione all'Autorità Giudiziaria era stata inoltrata dal CRBM o da altri soggetti (professionisti sanitari, cittadini privati,

scuola o servizi sociali), che corrispondono al 69% del campione in cui è nota questa informazione (n = 141).

Per quanto riguarda gli abusi sessuali clinicamente confermati (n = 68), una sentenza di condanna del perpetratore è stata emessa solo nella metà dei casi (n = 11) e in nessuno di quelli esclusi. Viceversa, oltre la metà delle archiviazioni (n = 21) si verificano nei procedimenti penali avviati nei casi per i quali è stata esclusa la diagnosi di CSA.

L'associazione tra conferma diagnostica e condanna giudiziaria, nonché tra esclusione diagnostica ed archiviazione del caso è risultata molto significativa, con bassissima probabilità di errore.

Analogamente è risultata significativa la maggiore associazione tra le diagnosi di esclusione dell'abuso sessuale e gli interventi di supporto attuati dai servizi sociali, risultati più frequenti proprio in questa classe diagnostica (74% vs 22% nelle conferme e 4% negli indeterminati).

Tabella XXIV. Analisi della relazione tra diagnosi di CSA ed esito giudiziario (n = 205).

CSA	Esito giudiziario n =199							X ² (p)
	Archiviazione	Condanna	Indagini in corso	Interventi di supporto	Limitazione responsabilità genitoriale	No segnalazione	Total	
confermato	11 13.268 5.37 16.18 27.50	31 10.615 15.12 45.59 96.88	9 4.9756 4.39 13.24 60.00	5 7.6293 2.44 7.35 21.74	10 10.283 4.88 14.71 32.26	2 21.229 0.98 2.94 3.13	68 33.17	
indeterminato	8 9.9512 3.90 15.69 20.00	1 7.961 0.49 1.96 3.13	4 3.7317 1.95 7.84 26.67	1 5.722 0.49 1.96 4.35	9 7.7122 4.39 17.65 29.03	28 15.922 13.66 54.90 43.75	51 24.88	
escluso	21 16.78 10.24 24.42 52.50	0 13.424 0.00 0.00 0.00	2 6.2927 0.98 2.33 13.33	17 9.6488 8.29 19.77 73.91	12 13.005 5.85 13.95 38.71	34 26.849 16.59 39.53 53.13	86 41.95	
Total	40 19.51	32 15.61	15 7.32	23 11.22	31 15.12	64 31.22	205 100.00	105.8837 (<0.0001)

Analisi multivariata

L'analisi multivariata ha combinato i dati diagnostici con quelli dell'esito giudiziario in modo da selezionare, mediante regressione *stepwise*, le variabili che più significativamente predicano quest'ultimo. Per elaborare il modello predittivo, è stata adottata la seguente semplificazione:

- esito giudiziario positivo, al quale è attribuito un valore pari a 1, che comprende tutti i possibili provvedimenti giudiziari (condanna, limitazione della responsabilità genitoriale, interventi di supporto);
- esito giudiziario negativo, al quale è attribuito un valore pari a 0, che corrisponde all'eventualità in cui di archiviazione.

Nella **Tabella XXV** sono mostrati i risultati di quest'analisi, dove ad alcune variabili è assegnato un coefficiente positivo favorente l'evento 1 e per un'altra (la diagnosi indeterminata di CSA) un coefficiente negativo proteggente nei confronti dello stesso evento. Tanto maggiore è il valore del coefficiente, sia in positivo che in negativo, tanto più la variabile risulta favorente o proteggente nei confronti dell'esito 1.

In particolare, la conferma diagnostica di CSA è favorente l'esito giudiziario positivo con probabilità di errore molto bassa (<0.0001). In modo analogo, tale esito è predetto dal sospetto di abuso psicoemozionale e di *neglect*, nonché dalla diagnosi di *neglect* e violenza domestica. Al contrario, l'indeterminatezza per il CSA predice l'archiviazione giudiziaria.

Tabella XXV. Risultati dell'analisi multivariata delle relazioni tra le variabili diagnostiche e gli esiti giudiziari (n = 256).

Analysis of Maximum Likelihood Estimates						
Parameter		DF	Estimate	Standard Error	Wald Chi-Square	Pr > ChiSq
Intercept		1	-1.4955	0.2690	30.9112	<.0001
SD N	si	1	1.0445	0.5585	3.4973	0.0615
SD PSYEMAB	si	1	1.5432	0.6450	5.7246	0.0167
D CSA	1confermato	1	1.4611	0.3497	17.4534	<.0001
D CSA	2indeterminato	1	-1.1481	0.4632	6.1451	0.0132
D N	1confermato	1	0.9009	0.4424	4.1476	0.0417
D DOMVIOL	1confermato	1	1.4843	0.7586	3.8290	0.0504

Tale modello presenta il 74.6% di nodi concordanti, per cui la sua capacità di spiegare l'evento è buona. Esso consente di calcolare per ogni record, secondo la formula sotto riportata, un valore di probabilità compreso tra 0 e 1 che viene confrontato con la tavola di distribuzione delle probabilità.

$$g(x) = \beta_0 + \beta_1 x_1 + \beta_2 x_2 + \dots + \beta_p x_p \qquad \pi(x) = \frac{e^{g(x)}}{1 + e^{g(x)}}$$

Tanto più i valori di probabilità ottenuti si avvicinano a 1, quanto più probabile è l'esito 1 e viceversa. Stabilendo come valore soglia della probabilità dell'esito 1 la proporzione di soggetti che nella casistica presentano tale esito, ossia 0.33 (86/256), il modello presenta sensibilità compresa tra il 72 e il 79%, e specificità pari al 69%.

DISCUSSIONE

Lo studio oggetto del presente elaborato di tesi ha compreso due fasi volte rispettivamente a comprendere il fenomeno del *Child Sexual Abuse* in tutte le sue molteplici sfaccettature e, rispettivamente, a identificare la regola che sottintende il processo diagnostico analizzando i dati di un'ampia casistica afferita per sospetto abuso sessuale ad un centro di terzo livello per la diagnosi e cura del *Child Abuse and Neglect*.

Per quanto concerne il primo aspetto valorizzato dallo studio, è stata condotta un'estesa ed accurata revisione della letteratura che, oltre a consentire la selezione delle variabili più frequentemente analizzate dagli autori che hanno studiato il fenomeno, ha rappresentato una fase fondamentale per elaborare un linguaggio standardizzato.

Per molte variabili la scelta è ricaduta sull'ICD-9 CM non solo in quanto ben si conforma ai criteri SCACCV, ma anche perché, a differenza della sua versione più aggiornata, ossia l'ICD-10, è più diffuso sul territorio nazionale, utilizzato sostanzialmente nella totalità della documentazione analizzata per condurre questo studio, e presenta una varietà e un'ampiezza terminologica maggiori che meglio si adattano a descrivere i casi presi in esame.

Infatti, molte altre classificazioni sono connotate da un'elevata settorialità e, per poter essere applicate, richiedono adeguati dati informativi i quali, potendo essere ottenuti solo mediante opportune valutazioni specialistiche (ad esempio, psichiatrica, urologica, gastroenterologica etc.), spesso non sono disponibili al momento della presa in carico del minore.

Tale limite può essere superato proprio dal ricorso all'ICD-9 CM che presenta un buon grado di accuratezza e flessibilità. Un esempio della versatilità di questo sistema può essere fatto nell'ambito dei disturbi alimentari dove i codici consentono di distinguere una iperalimentazione non meglio definita da quella associata a:

- ricorrenti episodi caratterizzati da introito di cibo esagerato rispetto alla normale alimentazione e sensazione di perdita di controllo;
- assenza di atteggiamenti eliminatori come induzione di vomito, uso di diuretici e lassativi;
- episodi che si verificano con una frequenza di almeno 1 volta/settimana per almeno 3 mesi.

Nel primo caso si tratterà di una condizione di iperalimentazione senza altra indicazione (codice 783.6), evenienza che può essere frequente per un bambino che viene visitato per sospetto abuso sessuale, per il quale il disturbo alimentare non è ancora chiaramente inquadrabile sul piano nosologico; nel secondo caso si tratterà, in accordo ai criteri del DSM-5, di un disturbo da *binge eating* anch'esso identificabile con un codice specifico (307.51).

Nel caso dei disturbi del sonno le fonti classificative sono principalmente tre: l'ICD-9 CM, l'ICSD-

3 (*The International Classification of Sleep Disorders*) e il DSM-5 (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*), le quali differiscono soprattutto per il grado di dettaglio e per il diverso destinatario.

Se da un lato l'ICSD-3 è un sistema classificativo ultraspecialistico caratterizzato da molteplici sotto-classificazioni e specifiche, dall'altro il DSM-5 risulta essere troppo generico e pensato per una platea di professionisti non specializzati nei disturbi del sonno, come i medici di medicina generali o gli psichiatri. Ad esempio, nel caso delle parasonnie, il DSM-5 ne identifica quattro tipi, ossia: disturbo delle gambe senza riposo, parasonnie del sonno REM, parasonnie del sonno non-REM e terrore notturno; nell'ICSD-3 ne sono presenti ugualmente quattro tipi, ossia: disturbi del risveglio, disturbi della fase di inizio del sonno, parasonnie legate al sonno REM e infine "altre parasonnie". Tuttavia, l'ICSD-3 individua complessivamente ventitré sottoclassi, del tutto assenti nel DSM-5.

In posizione intermedia si colloca l'ICD-9 CM che suddivide i disturbi del sonno in organici (codici 327.0 e seguenti), non organici (codici 307.4 e seguenti) e non altrimenti specificati (codici 780.5 e seguenti), risoluzione estremamente osteggiata dall'*American Academy of Sleep Medicine*, ma che ben si attaglia allo studio in esame, poiché molti dei bambini presentano sintomi aspecifici, non ricompresi nell'impianto che caratterizza le altre classificazioni.

Sempre rimanendo nell'ambito delle variabili anamnestiche, oltre alla standardizzazione classificativa, è fondamentale stabilire le definizioni operative.

La problematica è particolarmente evidente per alcuni disturbi dell'eliminazione per i quali la letteratura ha talora riscontrato una significativa associazione con il CSA.

Si tratta dell'"enuresi" e dell'"encopresi"; stabilire una definizione precisa di questi disturbi assume particolare rilevanza per una corretta raccolta dei dati e per evitare, quindi, *bias* di stima.

L'encopresi può essere definita come una defecazione incontrollata nei vestiti o in altri luoghi non appropriati per il contesto sociale e culturale del bambino. Inoltre, si distingue in primaria, quando occorre in un bambino che non ha mai raggiunto il controllo sfinterico, e secondaria, quando compare dopo che il bambino ha raggiunto il normale controllo degli sfinteri¹⁸⁴. È tuttavia necessario fissare con precisione il momento in cui un individuo assume completamente il controllo sfinteriale altrimenti si rischia di sottostimare o di sovrastimare notevolmente il fenomeno. È necessario, quindi, fare riferimento a criteri internazionalmente riconosciuti come quelli del DSM-5 che fissa l'inizio fisiologico di tale controllo ad un'età mentale di 4 anni.

In questo studio, inoltre, è stato deciso di considerare come presente il disturbo encopretico anche qualora, pur non essendo stato ancora raggiunto il *cut-off* di età per poter formulare la diagnosi di encopresi patologica, il disturbo fosse comparso bruscamente dopo un periodo di continenza stabile oppure il numero degli episodi fosse improvvisamente aumentato.

L'enuresi, invece, viene definita come la perdita incontrollata di urine in discrete quantità che si verifica in maniera intermittente esclusivamente durante il sonno in bambini che abbiano almeno 5 anni di età. Nel caso di una perdita anche diurna la diagnosi è definita come incontinenza diurna¹⁸⁵.

In modo analogo all'encopresi, anche in questo caso si è talora indicata come presente l'enuresi anche qualora non fosse stata raggiunta l'età minima dei 5 anni.

Per altre variabili, per le quali le classificazioni traducibili in codici non sono disponibili o esaurienti, la standardizzazione è stata condotta impiegando la terminologia risultante dalla letteratura scientifica maggiormente accreditata, con particolare riferimento a linee guida, *consensus conference* e pubblicazioni delle più autorevoli società scientifiche. Di seguito si riportano alcuni esempi.

In particolare, l'obiettività genito-ale, proprio per l'importanza che ha la visita di questa area nella valutazione medica, ha richiesto un sistema di categorizzazione più dettagliato di quanto potesse offrire l'ICD-9-CM.

Le linee guida pubblicate da Adams nel 2016, all'epoca del reclutamento, soddisfano questi requisiti, dal momento che forniscono un elenco completo dei reperti fisici che possono essere osservati nelle vittime di CSA. Le linee guida più aggiornate (pubblicate nel 2018, successivamente al concepimento del presente studio) sono comunque sovrapponibili, per terminologia, alla precedente versione. L'unica differenza è rappresentata dall'inclusione nell'elenco del 2018 dei segni derivati da pratiche di mutilazione degli organi genitali femminili che nella casistica reclutata non sono comunque stati osservati.

Per la diagnosi finale, si è fatto riferimento alla classificazione elaborata dalla Adams nel 2001, introducendo alcune modifiche. Infatti, rispetto alla classificazione originale che distingue quattro classi di abuso sessuale (1. escluso; 2. possibile; 3. probabile; 4. certo), in questo studio si è deciso di far confluire le classi 2 e 3 in un'unica voce definita "abuso indeterminato"; si è ritenuto altresì di integrare questa categoria con due possibili specifiche che indicano se tale indeterminatezza sia stata causata dalla presenza di "elementi aspecifici", ascrivibili in particolare al racconto o all'obiettività genito-ale, oppure dalla "perdita" del caso, determinata dall'interruzione della valutazione antecedente alla formulazione di una diagnosi conclusiva da parte dell'*équipe* del CRDBM.

Tale evenienza non è così rara e può essere spiegata in differenti modi: talora il genitore, dopo che il figlio è stato sottoposto ad un iniziale percorso di valutazione clinica, non avverte più la necessità di approfondire le condizioni che hanno fatto emergere il sospetto e non acconsente alla prosecuzione degli ulteriori accertamenti suggeriti dai professionisti; altre volte, il genitore ritiene il percorso clinico troppo invasivo e traumatico per il minore oppure teme che da quest'ultimo possano emergere elementi di detrimento a carico del nucleo familiare stesso.

Relativamente a quelle variabili per le quali non sono previste classificazioni *ad hoc*, si è fatto

riferimento ai vari studi scientifici, i quali, sebbene non prevedano come obiettivo primario quello classificativo, di fatto, occupandosi di volta in volta dei diversi aspetti fenomeno, rappresentano un valido ausilio nel processo di standardizzazione terminologica.

Un esempio sono le cosiddette “denunce infondate”, condizioni che, una volta identificate, hanno permesso di esprimere con sicurezza il giudizio conclusivo di esclusione diagnostica. In letteratura, il riferimento è alle coppie conflittuali, alle *false allegations* e al *misinterpreting caregiver*.

Nel presente studio di tesi all’interno della categoria *misinterpreting caregiver* sono stati compresi anche i casi di *psychiatric* o *overanxious caregiver*. Sebbene, la distinzione tra queste due ultime modalità possa risultare estremamente difficile, il DSM-5 può essere di aiuto. L’ansia, infatti, è un sentimento vitale e assolutamente fisiologico per la specie umana, che consente di identificare un elemento, o una situazione, come pericolosa e di reagire secondo la modalità “*fight or flight*” che talvolta però può diventare patologico configurandosi come vera e propria patologia psichiatrica (**Tabella XXVI**).

Tabella XXVI. Principali caratteristiche dell’ansia fisiologica e patologica.

ANSIA FISIOLÓGICA	ANSIA PATOLOGICA
La preoccupazione per le cose quotidiane non è eccessiva, risulta essere gestibile e procrastinabile in caso di questioni più urgenti.	La preoccupazione per le cose quotidiane è eccessiva e interferisce con il funzionamento sociale, relazionale, psicologico, emotivo e lavorativo dell’individuo.
La gamma di situazioni quotidiane che originano lo stato ansioso è limitata e non determina sensazioni pervasive e angoscianti.	La gamma di situazioni quotidiane che originano lo stato ansioso è ampia e determina sensazioni pervasive e angoscianti.
Le preoccupazioni quotidiane sono associate a sintomi fisici, in numerosità limitata, come stanchezza, sensazione di rallentamento ecc.	Le preoccupazioni quotidiane sono associate a sintomi fisici, in numerosità elevata, come stanchezza, sensazione di rallentamento ecc.

In base all’esperienza maturata dal CRBDM, la variabile racconto, che non presenta una chiara sistematizzazione in letteratura, è stata declinata secondo la specificità, la presenza di riferimenti sensoriali e la suggestività delle domande poste al bambino durante la rivelazione. Per racconto specifico si intende un racconto dettagliato, descrittivo, preciso nei particolari e che fornisce diverse informazioni riguardo l’accaduto, le modalità, il luogo, le persone coinvolte e le tempistiche. Solitamente nel racconto specifico viene per esempio descritto minuziosamente il luogo nei suoi particolari, la posizione precisa delle stanze, gli oggetti che vi sono presenti e le loro caratteristiche quali il colore e le dimensioni. Al contrario per racconto aspecifico si intende un racconto in cui il bambino mostra evidenti lacune di particolari e contraddizioni nell’esposizione dei fatti. Mancherà quindi la cura descrittiva per i dettagli presente invece nel racconto specifico. In questa tipologia di

racconto si collocano anche le testimonianze di vittime molto piccole, solitamente inferiori ai quattro anni, le quali per difficoltà strettamente linguistiche e comunicative non sono in grado di depositare un racconto specifico.

Per quanto concerne il secondo aspetto che ha contraddistinto la seconda fase del presente studio di tesi, si segnala l'ampiezza della casistica presa in esame, che, ad oggi, rappresenta - nel panorama nazionale e internazionale - l'unica per la quale è stato analizzato un numero così elevato delle variabili che connotano il fenomeno dell'abuso sessuale e che devono essere intersecate per poter giungere ad una conclusione diagnostica.

Di seguito si discutono i risultati più interessanti ottenuti.

Quadri di polivittimizzazione e denunce infondate

Nel 27.5% dei casi sostanziate per CSA, ossia in oltre 1/4 dell'intera casistica, l'abuso sessuale è diagnosticato in comorbidità con altre forme di abuso, le quali si rilevano generalmente in un contesto familiare multiproblematico. Una spiegazione dei precedenti risultati, in linea con gli studi che hanno analizzato l'occorrenza multipla degli abusi sul minore, è ravvisabile nella condivisione da parte delle varie tipologie di abuso sul minore degli stessi fattori di rischio organizzati secondo i quattro macrolivelli, indicati nel **Paragrafo 1.4** del Capitolo introduttivo. In un contesto altamente complesso, in cui possono presentarsi quadri di polivittimizzazione, il sospetto di abuso sessuale, in assenza di racconto specifico e di lesioni genito-anali considerate inequivocabili, può quindi nascere di fronte ad una molteplicità di scenari che, pur essendo coerenti con altre tipologie di abuso, possono allertare l'esaminatore ad approfondire ulteriormente la valutazione sul minore. Tali scenari includono infezioni ricorrenti delle vie urinarie, indicatori comportamentali (fughe da casa, atteggiamenti aggressivi o oppositivo-provocatori), segni di maltrattamento fisico (evidenza clinica di lesività traumatica), segni di trascuratezza, o più precisamente di patologia delle cure (incuria, discuria ed ipercuria).

Tuttavia, i risultati dell'analisi bivariata riguardo alle varie combinazioni tra le possibili diagnosi di abuso indicano che, una volta posta la diagnosi di *neglect*, e, in misura meno significativa, di abuso psicoemozionale, la problematicità dell'accertamento dell'abuso sessuale aumenta tanto da permanere invariato il sospetto iniziale insorto al momento della presa in carico. Quindi, se da un lato queste evidenze risaltano la completezza e accuratezza del percorso valutativo posto in essere al CRBDM, comprensivo della fase anamnestica-ispettiva e della valutazione psicodiagnostica (strumento principale per porre diagnosi di abuso psicoemozionale), dall'altro pongono in risalto le difficoltà che il clinico deve affrontare in questi casi nel distinguere i reali poliabusi dalle condizioni nelle quali una tipologia non sessuale di abuso possa determinare il bambino stesso, il *caregiver* o un

soggetto terzo a interpretare in modo erroneo la realtà o a fabbricare una falsa accusa circa la perpetrazione di un abuso sessuale.

In oltre i due terzi delle esclusioni diagnostiche sono state riscontrati elementi ascrivibili a denunce infondate e, in particolare, coppie conflittuali.

Queste situazioni di tensioni e rivendicazioni interne alla coppia parentale complicano notevolmente il percorso di accertamento diagnostico, agendo su due livelli. Da un lato si instaura una dinamica di tipo manipolatorio posta in atto, più o meno consapevolmente, da uno o da entrambi i genitori nei confronti dal bambino, le cui affermazioni (spontanee o indotte) ed i cui comportamenti sono strumentalizzati per dimostrare le scarse capacità genitoriali dell'altro elemento della coppia, privando conseguentemente di valore il dato clinico, anamnestico o comportamentale, rilevato nel bambino. D'altra parte, la conflittualità genitoriale si ripercuote anche nell'interazione con lo specialista che ha in gestione il caso, traducendosi nell'impossibilità di reperire informazioni chiare e univoche, imprescindibili ai fini diagnostici.

La corretta modalità di approccio, per fronteggiare i contesti familiari sopra descritti ed evitare le numerose fonti di errore, potrebbe essere costituita dalla collaborazione in *équipe* multidisciplinare, in modo da potere garantire maggior oggettività e distribuire il carico su diversi esperti

Il riscontro di *false allegations* nel 3.40% del campione si pone in linea con quanto riportato dagli studi di letteratura secondo i quali il tasso medio di tali dichiarazioni false è pari al 5%, sebbene siano descritte oscillazioni tra il 2% e l'8% in modo direttamente proporzionale all'età del bambino, quindi al grado di sviluppo del linguaggio. La maggior prevalenza nella casistica analizzata di soggetti con età inferiore ai 5 anni spiega la relativa inferiorità del valore riscontrato che si colloca verso l'estremo inferiore del citato intervallo.

Come emerso nel presente studio, la dipendenza, statisticamente significativa, tra la presenza di elementi che consentano di classificare il caso nell'ambito delle denunce infondate e l'esclusione diagnostica di CSA dimostra come la capacità di riconoscere questi quadri peculiari sia fondamentale nel processo decisionale.

Fattori di rischio

Facendo riferimento al modello ecobiologico che stratifica i fattori di rischio secondo molteplici livelli, sul piano individuale possono essere formulate alcune riflessioni derivanti dall'analisi di variabili, quali età e genere.

Nei soggetti per i quali è stato confermato il CSA le femmine sono oltre il doppio rispetto ai maschi, risultato concorde con i dati della letteratura mondiale (cfr. **Paragrafi 1.3 e 1.4** del capitolo introduttivo), che riportano un rischio per le bambine di essere sessualmente abusate durante

l'infanzia compreso tra il doppio e il triplo rispetto alla controparte maschile. Tuttavia, questa differenza nel presente studio è risultata attribuibile al caso.

Per quanto concerne l'età, l'80% del campione valutato per sospetto abuso sessuale è composto da bambini di età non superiore ai 5 anni.

Tuttavia, rispetto alla distribuzione per la diagnosi, nel gruppo delle conferme per il CSA la fascia prescolare è la meno rappresentata. Questa differenza potrebbe essere ragionevolmente attribuita ai comportamenti sessualizzati agiti dai bambini così piccoli, i quali, nel passaggio sequenziale attraverso le cosiddette fasi orale, anale e fallica, sviluppano una marcata curiosità sessuale e un attaccamento, a forte componente fisica, verso il genitore di sesso opposto. Tali atteggiamenti, esprimibili con modalità altamente eterogenee (masturbazione autoagita, manifestazione di curiosità verso la zona genitale di pari ed adulti, verbalizzazioni a contenuto sessuale), possono allarmare il *caregiver* che può erroneamente ricondurli ad un episodio di abuso sessuale, il quale successivamente viene escluso, oppure la cui conferma/esclusione diagnostica risulta difficile o impossibile (laddove non vi sia un'obiettività genito-anale dirimente o una testimonianza diretta dell'accaduto) per l'impossibilità di ottenere da un bambino di quella età un racconto specifico e coerente, facendo sì che il caso venga successivamente classificato come non conclusivo o indeterminato. Quanto sopra esposto trova conferma nella maggiore concentrazione del campione delle esclusioni di abuso sessuale proprio in corrispondenza dell'età prescolare.

Gli adolescenti invece sono molto più rappresentati nella classe delle conferme diagnostiche, dove presentano frequenza doppia rispetto alle altre due classi.

Contrariamente al sesso, l'associazione tra età e diagnosi di abuso è risultata statisticamente significativa. Questo vuol dire che sebbene le femmine siano inviate per valutazione specialistica con una frequenza quasi doppia rispetto ai maschi, probabilmente per un retaggio culturale su scala mondiale che attribuisce una maggiore vulnerabilità nei confronti dell'abuso sessuale al genere femminile, la diagnosi specialistica è svincolata da tale fattore; viceversa, l'età adolescenziale rappresenta un fattore di rischio significativamente associato alla diagnosi di CSA. Tale associazione, coerente con i dati di letteratura, che riportano un tasso di abuso sessuale crescente dopo la pubertà per ambo i sessi, può essere interpretata in funzione del motivo di valutazione che nella maggior parte dei casi è costituito dal racconto del minore, il quale risulta più affidabile, per specificità e consistenza, nei soggetti con affinate capacità linguistiche.

Un fattore di rischio ancora poco trattato in letteratura riguarda l'abitudine del minore al *cosleeping*, termine con il quale si indica la condivisione del letto con i genitori o con altri membri del nucleo familiare. Tale abitudine, se mantenuta oltre l'età prescolare del bambino, è considerata da taluni un fattore di rischio per l'abuso sessuale, unitamente ad altri elementi di promiscuità familiare

(condivisione dell'igiene quotidiano, nudità all'interno degli spazi domestici)¹⁸⁶. Secondo alcuni studi il rischio deriverebbe dagli stimoli sessuali ai quali il minore può essere esposto da parte dei genitori o delle persone con le quali condivide il letto o lo spazio dedicato al sonno¹⁸⁷.

Un risultato interessante emerso nella casistica esaminata, che manifesta una tendenza opposta rispetto ai dati di letteratura, è la dipendenza, statisticamente significativa, tra tale abitudine e la diagnosi di esclusione del CSA; ancora più forte è la dipendenza tra l'assenza del *cosleeping* e le conferme diagnostiche. Tali riscontri possono trovare spiegazione, da una parte, nella più frequente distribuzione delle esclusioni diagnostiche in quella fascia di età – quella prescolare - in cui questa abitudine è considerata accettabile e, dall'altra, nella maggiore prevalenza nel gruppo delle conferme diagnostiche degli abusi intra-familiari, situazioni nelle quali il *caregiver*, timoroso di accrescere il sospetto del medico, può essere indotto a negare tale abitudine.

Si deve, tuttavia, tenere in considerazione che la bassa età media del campione selezionato può rappresentare una fonte di distorsione, non permettendo di analizzare validamente il fenomeno associativo nelle fasce di età nelle quali il *cosleeping* può comportare una eccessiva stimolazione o eccitazione sessuale, aumentando soprattutto il rischio di abuso extra-familiare.

Per quanto riguarda il livello familiare, la presenza o meno di specifici elementi di pregiudizio per il minore si associa in modo statisticamente significativo alla diagnosi di abuso sessuale.

Sebbene diversi studi abbiano identificato nella vulnerabilità intrinseca della struttura familiare (conflitti di coppia, famiglie monoparentali, dissesto economico-finanziario, isolamento dal contesto sociale, condizioni abitative inadeguate per igiene e spazi, nonché storia pregressa di abusi e violenza domestica) un fattore di rischio per il CSA, i risultati del presente elaborato di tesi hanno dimostrato come la presenza di numerosi elementi familiari che pregiudicano lo sviluppo del minore sia più frequentemente associata all'esclusione dell'abuso sessuale; viceversa, oltre la metà delle famiglie apparentemente normali (53.5%) si distribuisce nell'ambito delle conferme diagnostiche per il CSA. Questi risultati non contraddicono quanto emerso dalla letteratura, dal momento che la quota restante dei casi sostanziate (54.4%) proviene da nuclei caratterizzati almeno da un aspetto problematico (ad esempio, trascuratezza, violenza, disturbi psichiatrici parentali o coppie conflittuali). L'interpretazione più corretta consiste nella trasversalità del fenomeno, che interessa tutti i livelli sociali e tutte le tipologie di famiglie.

Particolare attenzione deve essere prestata alle situazioni di elevata conflittualità genitoriale, che si riscontrano nella metà dei soggetti esclusi, mentre sono completamente assenti in quelli sostanziate. Tali risultati devono essere commentati alla luce dell'esperienza acquisita dai professionisti del CRBDM nel distinguere quelle situazioni di tensioni e rivendicazioni interne alla coppia parentale che si traducono di frequente in denunce infondate.

L'uniformità di distribuzione dei casi sostanzianti rispetto alla loro provenienza o meno da nuclei trascuranti rispecchia da una parte quanto già esposto a proposito dell'inquadramento diagnostico, in relazione alla difficoltà di stabilire il tipo di relazione che intercorre tra la diagnosi di *neglect* e quella di abuso sessuale, e dall'altra i risultati dello studio di Vogeltanz et al. che evidenziano un aumento della vulnerabilità nei confronti di un eventuale sfruttamento sessuale quando in famiglia s'instaura una relazione di attaccamento interpersonale insicura oppure una riduzione delle risorse emotive e delle attenzioni che i genitori dedicano ai bambini.

Indicatori comportamentali

Per quanto concerne le alterazioni del comportamento esse sono presenti in una quota molto elevata del campione (82.85%).

Poiché nella casistica in esame le molteplici modalità con le quali i bambini manifestano un disagio interiore (ad esempio, tutte le espressioni dell'ansia, l'apatia, la bassa autostima, le regressioni, l'aggressività, la violazione delle regole, i tratti oppositivo-provocatori etc.) si presentano singolarmente con una frequenza troppo bassa, che quindi inficerebbe la validità dello studio, si è stabilito di elaborare i risultati raggruppando le possibili alterazioni in tre gruppi principali: i disturbi internalizzanti, esternalizzanti e misti.

I primi sono caratterizzati da difficoltà emotive e da ipercontrollo, per cui il bambino tende a regolare i propri stati emotivi e cognitivi in modo eccessivo e inappropriato. Tali disturbi sembrano sottostimati poiché a differenza di quelli esternalizzanti, prepotentemente evidenti, sono difficili da individuare esclusivamente con un'osservazione esterna; il termine "internalizzante" indica proprio che i problemi in questione sono sviluppati e mantenuti all'interno. Seppure le manifestazioni internalizzanti siano numerose e complesse, è possibile suddividerle in quattro tipologie principali: ansia; depressione; ritiro sociale; problemi psicofisiologici.

Invece, nei disturbi esternalizzanti il disagio del bambino e dell'adolescente si riversa verso l'esterno, provocando una situazione di disturbo nell'ambiente circostante. In presenza di problemi esternalizzanti, il comportamento è connotato da alcune caratteristiche, quali la pretesa che i bisogni personali abbiano la precedenza sui bisogni degli altri; il ricorso all'aggressività per ottenere ciò che si vuole; oppositività e trasgressione di norme sociali e legali.

I misti comprendono quelli che, come le alterazioni dei ritmi bio-istintuali, possono manifestarsi variamente con tratti sia internalizzanti sia esternalizzanti.

In particolare, i risultati relativi alla correlazione tra diagnosi di abuso sessuale e disturbi internalizzanti e misti evidenziano che in tutte le classi diagnostiche una distribuzione abbastanza

uniforme per cui i soggetti che presentano queste specifiche anomalie sono più frequenti di quelli che non le hanno.

Questi risultati sono conformi con quanto riportato in letteratura circa la non specificità di queste alterazioni del comportamento rispetto al fenomeno dell'abuso sessuale. L'elevata frequenza di disturbi emersa nel presente studio rispetto al fatto che alcuni autori hanno segnalato che fino al 40% dei bambini sessualmente abusati non manifesta deficit del funzionamento bio-istintuale o socio-relazionale può essere interpretata da una parte alla luce del riscontro nel 19% della casistica di comorbidità diagnostica, sia con altre forme di maltrattamento sia con patologie mentali del minore, dall'altra in funzione della consistente quota, nei casi di esclusione diagnostica del CSA (48 casi su 101 esclusi), di contesti familiari conflittuali i quali, anche in assenza di una diagnosi per un'altra particolare forma di maltrattamento, costituiscono il 12% del campione (30 casi su 256). In altri termini un terzo di tutta la casistica presenta, a prescindere dall'occorrenza di episodi di abuso sessuale, condizioni favorevoli perché venga compromesso il neurosviluppo e insorgano alterazioni del comportamento.

Un dato interessante riguarda piuttosto i disturbi esternalizzanti; nelle conferme, ma soprattutto nei casi di indeterminatezza diagnostica sono più frequenti i soggetti che non hanno tali disturbi rispetto a quelli che li presentano. Questa distribuzione può essere attribuita al fatto che tali disturbi, quando presenti, rendono più agevole l'inquadramento diagnostico rispetto all'abuso sessuale, sia come conferma che, soprattutto, come esclusione. Tale interpretazione trova supporto nella maggiore incidenza di tali disturbi negli adolescenti (oltre la metà di quelli reclutati), ossia nella fascia di età che presenta la più bassa frequenza di indeterminatezza diagnostica per il CSA (40.79% nei prepuberi vs 18.42% nei puberi).

Considerando separatamente i ritmi bio-istintuali, la letteratura ha riportato risultati contraddittori circa le loro possibili correlazioni con il fenomeno del CSA.

Nello specifico, un'associazione molto studiata è stata quella tra l'abuso sessuale e i disturbi del sonno, in quanto si ritiene che, a seguito degli episodi di abuso, venga minato il senso di sicurezza e protezione necessario al conseguimento di una buona qualità del riposo. La compromissione del sonno sarebbe soprattutto conseguente agli abusi intra-domestici che si svolgono tipicamente durante la notte nello stesso luogo dove il bambino dorme e continua a dormire dopo essere stato abusato. Nel lungo termine, per un'astrazione simbolica, il letto diviene il luogo del pericolo, comportando una cronicizzazione dei disturbi del sonno. Tale ricostruzione è sostenuta da alcuni autori i quali sottolineano come nei soggetti che hanno subito un abuso sessuale i disturbi del sonno siano una manifestazione indiretta, preceduta dall'insorgenza di un disturbo depressivo o post-traumatico da stress. Da altri studi, come quello condotto da Noll et al.¹⁸⁸, è invece emerso che gli individui

sessualmente abusati soffrono maggiormente di disturbi del sonno indipendentemente dalla compresenza di depressione o di disturbo da stress post-traumatico.

Quanto ai disturbi dell'alimentazione, alcuni studi hanno evidenziato una correlazione tra CSA e i comportamenti bulimici, con una severità del disturbo direttamente proporzionale al numero degli episodi subiti^{189,190}.

Secondo i risultati del presente studio di tesi, nonostante i disturbi dell'alimentazione e quelli del sonno siano stati riscontrati in una quota non trascurabile del campione (27% e, rispettivamente, 35,5%), l'analisi bivariata ha escluso una loro associazione con l'abuso sessuale, risultando quindi tali disturbi poco specifici ai fini della formulazione diagnostica.

Questa difformità rispetto alle evidenze riportate in letteratura può trovare spiegazione nel fatto che esse poggiano su evidenze emerse da studi prospettici, dove il *follow-up* è stato sufficientemente esteso nel tempo, con durata media di 10 anni, da poter registrare l'insorgenza dei disturbi medesimi. Come è noto, alcune alterazioni dei ritmi bio-istintuali si manifestano dopo molti anni rispetto all'abuso; ad esempio, uno studio della relazione tra CSA e disordini alimentari dovrebbe svolgersi idealmente intorno al periodo della loro massima incidenza, che per l'anoressia nervosa corrisponde alla fascia tra i 14 e i 16 anni; la bulimia nervosa, invece, inizia di solito nell'adolescenza e continua a manifestarsi successivamente¹⁹¹. All'opposto, il disegno retrospettivo del presente studio di tesi comporta una perdita d'informazione circa i disordini a insorgenza tardiva, non permettendo di distinguere le reali alterazioni da fluttuazioni fisiologiche dei ritmi bio-istintuali o da erronee percezioni che il *caregiver* riferisce al medico durante la raccolta anamnestica.

Relativamente alle alterazioni dell'eliminazione queste erano presenti nel 38,7% dei soggetti giunti all'osservazione presso il CRDBM. In merito all'analisi di un'eventuale associazione tra alcune alterazioni dell'eliminazione e la diagnosi di abuso sessuale, l'encopresi secondaria si caratterizza per la perdita del controllo dello sfintere anale dopo un periodo di comprovata continenza di almeno sei mesi. Nel 52,9% dei minori reclutati nel presente studio con storia di encopresi secondaria la diagnosi di abuso sessuale è stata esclusa al termine dell'iter di valutazione e non è stata osservata una dipendenza tra il disturbo e la diagnosi di CSA. Questi dati sono in linea con i lavori di Mellon et al.¹⁹² in cui gli Autori, nonostante abbiano osservato un tasso di imbrattamento occasionale nel gruppo degli abusati (10,3%) superiore rispetto a quello della popolazione generale (2%) ma equivalente a quello rilevato nel gruppo psichiatrico (10,5%), hanno concluso che un disturbo isolato di questo tipo non fosse sufficiente a identificare i casi di abuso sessuale, bensì potesse essere imputabile ad eventi stressogeni di diversa origine.

In tal senso, la rilevazione di encopresi secondaria durante la raccolta anamnestica dovrebbe piuttosto indirizzare il clinico verso l'accertamento dello *status* psichico del minore, al fine di verificare che

non sussistano delle condizioni che interferiscano con un sereno sviluppo psicofisico (es. *neglect*, situazioni di conflitto intra-familiare, etc.).

Parimenti la rilevazione anamnestica di enuresi secondaria non è risultata significativa per la conferma dell'abuso sessuale.

Oltre a trovare un riscontro in letteratura, l'assenza di significatività dell'associazione può essere riconducibile anche ad un *bias* di validità del test, in quanto in una proporzione cospicua del campione (85-90%) i disturbi in oggetto sono assenti. Tale distribuzione può essere frutto di una distorsione relativa alla maggior rappresentatività nella casistica della fascia di età prescolare, con un picco attorno ai 4-5 anni (ove si colloca il 17.2% dei disturbi dell'eliminazione nei maschi e nelle femmine), che corrisponde all'età soglia per discriminare tra un comportamento patologico da uno fisiologico¹⁸⁵. In questi casi, poiché il controllo sfinteriale non è stato ancora stabilmente raggiunto e possono alternarsi periodi di continenza e di incontinenza, si è deciso a priori di considerare il disturbo come assente.

I comportamenti sessualizzati sono nel complesso molto frequenti, interessando il 56% del campione. Dall'analisi bivariata è emersa un'associazione, sebbene scarsamente significativa, tra l'esclusione del CSA e il dato anamnestico o obiettivato durante la valutazione clinica di una condotta masturbatoria agita in modo non invasivo, cioè senza l'introduzione di corpi estranei. Tale risultato è interpretabile intersecando la distribuzione di questa condotta sessualizzata con l'età. Infatti, la frequenza della masturbazione manuale presenta un picco in corrispondenza dell'età prescolare. In questa fase dello sviluppo i bambini manifestano pubblicamente una marcata curiosità nei confronti del proprio corpo che il *caregiver* può erroneamente ricondurre ad un episodio di abuso sessuale.

Viceversa, l'eccessiva frequenza di masturbazione, agita in modo compulsivo, sembra più strettamente associata alle conferme di abuso sessuale, anche se, come già esposto per la masturbazione manuale, l'associazione è scarsamente significativa. Tale risultato comunque si pone sulla scia di quelli ottenuti da altri autori¹⁹³ i quali hanno confrontato due coorti di bambine tra i 6 e i 12 anni accomunate da una storia documentata di abuso sessuale con due gruppi di controllo: 1) bambine sottoposte ad un regime di cure in un reparto di psichiatria infantile e 2) bambine ricoverate in una clinica pediatrica generica. Sia le bambine vittime di abuso che le pazienti psichiatriche presentavano un tasso più alto di comportamenti sessualizzati e psicopatologici. Tuttavia, rispetto al gruppo di controllo psichiatrico, le bambine vittime di abusi sessuali evidenziavano maggiormente comportamenti sessualizzati problematici, in particolare eccessiva masturbazione, violazione dei confini e aggressività sessuale.

Più significative sono risultate le associazioni tra la conferma diagnostica e gli atteggiamenti seduttivi e tra l'esclusione del CSA e i comportamenti sessualizzati caratterizzati dalla ricerca di un contatto

fisico o dalla richiesta avanzata dal minore nei confronti di altre persone di essere stimolato sessualmente.

Il racconto

Il racconto - “il quarto indicatore” che può dare origine al sospetto di abuso sessuale - rappresenta il principale motivo per cui il campione esaminato è stato inviato presso il CRDBM, essendo stato riferito nel 60% dei casi; la frequenza è ancora più elevata se si considera che durante il percorso valutativo un racconto di abuso sessuale è emerso in quasi il 70% della casistica.

In letteratura, la percentuale di vittime minorenni che confida a qualcuno di essere stato vittima di un abuso sessuale è molto variabile, essendo compresa tra il 24 e il 96%¹⁹⁴. Come esposto nel **Paragrafo 1.6** del capitolo introduttivo, infatti, la probabilità che l’abuso sessuale venga rivelato è influenzata da molti fattori come età, genere, etnia, religione, tipo di abuso e rapporto con l’abusante.

Nella casistica studiata sembra quindi che la maggior parte dei minori analizzati racconti l’evento, anche se in realtà in questa percentuale di soggetti rientrano anche alcuni casi in cui la diagnosi di CSA non è stata sostanziata.

Il rapporto femmine:maschi dei soggetti che raccontano è pari a 2.6:1, per cui le femmine raccontano molto più frequentemente rispetto ai soggetti di sesso maschile e questo correla con quanto riportato in letteratura relativamente alla tendenza da parte delle vittime di sesso maschile a non riportare le esperienze traumatiche connesse all’abuso subito oppure a riportarle più tardivamente. La maggior parte degli uomini infatti attende fino all’età adulta per rivelare e questo ritardo si ripercuote negativamente sull’attuazione di tutte quelle misure di supporto volte a prevenire le gravi conseguenze a lungo termine che questi traumi determinano.

Nel complesso in un terzo dei casi il racconto è stato un elemento chiave nel processo che ha condotto il clinico a confermare la realtà dell’abuso sessuale. In particolare, quando i racconti sono ripetuti almeno due volte e sono consistenti tra loro aumenta notevolmente la probabilità di diagnosticare l’abuso sessuale. Si ritiene che la frequenza di ritrattazioni o di incoerenze (28.43%) riscontrata nella casistica analizzata non corrisponde al tasso reale; infatti, poiché la maggior parte dei bambini confermati per abuso sessuale e con anamnesi positiva per racconto è stata inviata al CRBDM ad una certa distanza rispetto al momento della rivelazione stessa, è probabile che, nell’ambito delle cinque fasi identificate da Sorenson e Snow¹⁰⁷ per descrivere la dinamica del racconto, fosse prevalente quella della riaffermazione.

La rivelazione dell’abuso è stata spontanea, o intenzionale secondo la terminologia impiegata da Alaggia¹⁰⁵, in oltre la metà dei casi.

Sono molti i fattori che influenzano la spontaneità del racconto come: il genere (le femmine tendono

a raccontare più frequentemente e spontaneamente dei maschi) e il rapporto con l'abusante (se la forma di abuso è intra-familiare è più difficile che il minore confessi l'accaduto rispetto ai casi di abuso extra-familiare in cui solitamente il rapporto di subordinazione tra vittima e abusante è meno cogente). Dei 106 casi che hanno raccontato spontaneamente, escludendo quelli in cui la diagnosi è risultata indeterminata, una percentuale pari al 44% appartiene al gruppo dei soggetti per i quali è stata formulata la diagnosi di abuso sessuale. Invece, nel 43% dei casi in cui il racconto non è stato spontaneo la diagnosi di CSA è stata esclusa. Questi dati indicano che la spontaneità del racconto da parte del minore sembra essere correlata con una maggiore veridicità del racconto per cui la diagnosi di abuso sessuale viene confermata. Nei casi in cui il racconto è stato spontaneo non ci sono sostanziali differenze di genere nel rapporto tra diagnosi sostanziate ed escluse, ciò riconferma che la spontaneità del racconto è un indice significativo in entrambi i sessi per l'affidabilità del racconto nella diagnosi di abuso sessuale.

La specificità del racconto è presente nel 58% dei soggetti che hanno esposto l'evento. La metà dei racconti specifici viene riscontrata nei casi nei quali è stata sostanzziata la diagnosi di CSA, mentre oltre la metà di quelli aspecifici si concentra nelle esclusioni diagnostiche. Questi dati sembrano evidenziare quindi che maggiore è la specificità del racconto, più questo risulta affidabile per confermare la diagnosi di abuso sessuale. Un aspetto da sottolineare riguarda la correlazione tra specificità del racconto e l'età del minore, dal momento che la capacità di raccontare l'evento in modo dettagliato e chiaramente interpretabile dall'adulto cresce in modo direttamente proporzionale all'età, con un aumento di circa il 30% dalla fascia prescolare a quella adolescenziale. Infatti, i bambini più piccoli, meno consapevoli di quanto accaduto e meno capaci di esprimersi, si limitano spesso a gesticolare indicando i propri genitali o a mimare gli atti sessuali in cui sono stati coinvolti senza descrivere esattamente quanto accaduto oppure tendono a ripetere parole sentite dai genitori senza conoscerne il vero significato. Ciò dunque comporta una rilevante difficoltà di interpretazione da parte di chi ascolta la rivelazione: in questi casi succede, infatti, che il *caregiver* fraintenda le parole del minore e tragga conclusioni non corrette, soprattutto nel caso in cui ci si trovi di fronte ad una coppia conflittuale¹⁹⁵. Al contrario, gli adolescenti hanno acquisito un vocabolario più ampio e idoneo a circoscrivere l'evento e, avendo raggiunto un sufficiente grado di consapevolezza, sono meno influenzabili da fattori che possono distorcere la realtà dei fatti.

Nel 25.5% dei casi la rivelazione del minore è stata influenzata da domande suggestive, che si concentrano, in modo statisticamente significativo, nei casi esclusi. Tale risultanza è in linea con la rilevanza che tali domande hanno nell'alterare la oggettività del racconto del minore.

La frequenza totale con cui tali domande hanno influenzato la rivelazione del bambino può tuttavia rappresentare una sottostima, dal momento che molti *caregivers* negano di essere stati una fonte di

suggestione, sebbene la realtà dei fatti sia differente. Questa ipotesi è supportata dall'esperienza maturata con i casi valutati su richiesta dell'Autorità Giudiziaria nei quali le dichiarazioni riferite dai genitori durante il colloquio anamnestico in relazione alla formulazione di domande suggestive durante il racconto del minore sono in netto contrasto con le videoregistrazioni raccolte nella fase istruttoria.

Spontaneità, specificità e assenza di domande suggestive da parte del *caregiver* risultano fondamentali, oltre che per formulare la diagnosi clinica di abuso, per valutare l'affidabilità del minore nel corso dell'audizione protetta in fase di SIT o incidente probatorio, sebbene in quest'ultimo caso il racconto avvenga con modalità, procedure e finalità ben diverse da quelle analizzate nel presente studio di tesi.

Nel complesso meno di un terzo dei bambini ha riportato durante il racconto dei riferimenti sensoriali. Probabilmente, la decisione di includere soltanto i riferimenti quelli più eclatanti, come le sensazioni tattili (ad esempio quella di bagnato) o olfattive e, viceversa, di non includere il dolore, in quanto questa sensazione è spesso riportata in modo distorto da molti dei bambini più piccoli, giustifica tale frequenza.

Tuttavia, i casi nei quali il racconto è corredato da dettagli sensoriali sono significativamente associati alla conferma dell'abuso. Questa evidenza è conforme con alcuni studi i quali hanno dimostrato che le memorie di abuso, rispetto a quelle di fantasie di abuso, contengono più informazioni sensoriali e percettive^{196,197}.

In ogni caso, la presenza di questi è risultata associata ai casi nei quali la diagnosi è stata sostanziata. Le reazioni emotive dei minori durante il racconto dell'evento possono essere svariate: alcuni bambini non mostrano emozioni, altri invece provano emozioni negative, altri ancora positive. Annotare quali sentimenti manifesta il minore mentre rievoca l'accaduto può essere un parametro che permette di capire quanto affidabile sia il racconto per la diagnosi di CSA.

Infatti, dall'analisi bivariata è emerso che le emozioni più negative (paura, pianto, preoccupazione, reazioni psicosomatiche, tristezza e vergogna) sono quelle che più significativamente sono associate alla conferma di abuso sessuale; in modo analogo, le emozioni positive (allegria, eccitazione), egodistoniche rispetto al contenuto del racconto, risultano maggiormente associate alla diagnosi di CSA, sebbene in questo caso il test della verifica d'ipotesi possa non essere valido. A supporto di tale associazione, nella classe in cui l'abuso sessuale è stato escluso, le emozioni negative sono molto meno frequenti, mentre si concentrano i bambini che manifestano uno stato emotivo assolutamente neutrale.

Questi dati indicano, quindi, che le reazioni negative manifestate dal minore durante il racconto possono rappresentare un segno da non sottovalutare; invece, tanto più neutrale rimane il bambino

durante il racconto, quanto meno affidabile diventa quest'ultimo per confermare la diagnosi di abuso sessuale.

Per quanto concerne il depositario del racconto del minore, i dati sono coerenti con quelli della letteratura¹¹². Nella maggior parte dei casi in età prepubere il confidente del minore è identificato nella madre e, in secondo luogo, di altri familiari, senza differenze correlate al sesso dal momento che il rapporto tra maschi e femmine riflette sostanzialmente quello che è il rapporto di genere del campione. I dati rilevati nell'età adolescenziale riflettono una riluttanza da parte dei minori nel raccontare in famiglia esperienze che, seppur traumatiche, ineriscono ad una sfera che il soggetto percepisce ormai come intima; infatti, in questa fascia di età si riduce il numero di minori che racconta alla madre e, soprattutto nel sesso femminile, aumenta la tendenza a confidarsi con i coetanei.

Dall'analisi bivariata sembra emergere una maggior associazione tra le conferme diagnostiche e la rivelazione ad altri familiari, nonché tra le esclusioni diagnostiche e la rivelazione del racconto alla madre. Quest'ultimo risultato può essere interpretato alla luce dell'elevata frequenza in questi casi di contesti familiari altamente conflittuali (64%). In questi casi l'attendibilità del racconto è inficiata da manipolazioni poste in essere più frequentemente dalle madri le quali compiono un vero e proprio lavaggio del cervello del bambino, fabbricando delle false accuse funzionali a escludere il padre da qualsiasi relazione con il figlio¹⁹⁸.

Tuttavia, tali associazioni non sono risultate statisticamente significative.

Nei soggetti analizzati, escludendo l'intervallo temporale superiore ai 5 anni, in cui la numerosità del campione relativa non permette di trarre delle conclusioni affidabili, si nota che il rapporto tra diagnosi sostanziate ed escluse in relazione al tempo trascorso tra racconto ed evento sia approssimabile a 1:1. Si può perciò affermare che il fattore temporale non sia condizionante per la conferma della diagnosi di CSA. Questo dato risulta in contrapposizione con gli studi presenti in letteratura secondo i quali più breve è il lasso di tempo tra evento e racconto maggiore è la attendibilità di questo. Da questo studio, invece, si evince che il fattore temporale non dia particolari sostegni alla diagnosi di CSA.

Il luogo in cui i minori raccontano dell'evento è costituito dall'ambiente domestico nel 77% dei casi, dato che risulta concorde con gli studi della letteratura.

I casi definiti come "dinamica accidentale" rappresentano quelle situazioni in cui il minore giunge all'osservazione del medico per la presenza di lesioni genito-anali riferite a trauma accidentale. Il medico deve essere in grado di distinguere se tali lesioni siano ascrivibili all'evento traumatico riferito oppure ad altra causa. Per fare questo, il clinico si basa sul racconto del minore o del suo *caregiver* interpretandolo in funzione dell'obiettività riscontrata. Se è presente compatibilità tra segni e racconto, allora è molto probabile che la dinamica dell'evento sia stata di natura accidentale;

viceversa se le lesioni del bambino non sono compatibili con il racconto, allora è necessario indagare con maggiore attenzione riguardo la dinamica dell'evento in quanto si potrebbe essere davanti ad un caso di abuso sessuale.

Nei pochi casi di trauma accidentale esaminati, si può notare che nella metà dei casi il racconto del minore o del *caregiver* non sono compatibili con le lesioni presenti sul corpo del bambino, denotando come il minore, spontaneamente o sotto costrizione, falsi la realtà dell'abuso.

Indicatori fisici

La valutazione dell'obiettività genito- anale, come già detto precedentemente nel relativo capitolo, è un indicatore di fondamentale importanza per la diagnosi di abuso sessuale in quanto si tratta di un esame che valuta direttamente le aree corporee solitamente interessate dall'abuso sessuale.

Nel campione preso in esame da questo studio, la visita genito- anale è stata eseguita nel 67% dei pazienti. Nei restanti casi, le ragioni che possono aver indotto il professionista a non ritenere opportuno la valutazione dell'obiettività genito- anale sono state principalmente: il racconto di modalità d'abuso non idonee a determinare la comparsa di lesioni obiettivabili (ad esempio, carezze e tocamenti); l'impossibilità di completare l'iter valutativo per la perdita del caso conseguente alla volontà di sospendere la valutazione da parte del genitore; la presenza di un forte sospetto che si trattasse di un caso di denunce infondate.

Un altro aspetto da considerare è l'incremento negli anni delle visite genito- anali effettuate, da attribuire da un lato alla crescente consapevolezza del fenomeno da parte di altre strutture ospedaliere, le quali hanno richiesto sempre più frequentemente valutazioni specialistiche in materia al CRBDM, e dall'altro ad una progressiva sistematizzazione del protocollo di valutazione a mano a mano che maturava l'esperienza professionale con questa tipologia di casi.

L'esame è stato prevalentemente condotto in decubito supino e genu- pettorale, come da attendersi sulla base alla maggiore frequenza dei soggetti di sesso femminile valutati (oltre i due terzi del campione visitato), nei quali è importante esaminare l'imene in entrambi i decubiti, per confermare eventuali lesioni o irregolarità.

L'imene è risultato anulare in oltre la metà dei casi, in coerenza con la quota consistente di bambine di età inferiore ai 5 anni selezionate, le quali, come riportato da Berenson¹⁵³⁻¹⁵⁶ nei suoi studi longitudinali, presentano morfologia imenale anulare in una percentuale compresa tra il 38% e il 54%. Per quanto concerne i reperti non fisiologici, l'iperemia, nelle varie sedi genito- anali, è stata il reperto maggiormente rilevato (presente nel 76% dei bambini con obiettività positiva); tuttavia, secondo la classificazione della Adams, essa non può essere considerata come un elemento suggestivo di abuso sessuale poiché può essere prodotta anche da sfregamenti autoagiti, come nel caso dei comportamenti

sessualizzati, oppure da irritazioni di varia eziologia, tra cui si annovera anche la comune dermatite da pannolino.

Anche il RAD è stato osservato abbastanza frequentemente, in oltre il 20% dei casi, mentre altri reperti, quali escoriazioni, ecchimosi, lacerazioni, cicatrici, friabilità ed edema, sono risultati poco frequenti.

Nel complesso solo nel 23% dei minori con obiettività genito-ale alterata è stato confermato l'abuso sessuale. Tale dato conforta quanto riportato in letteratura, secondo cui le alterazioni dell'area genito-ale, considerate singolarmente, non possono assurgere a criterio diagnostico, essendo, nella maggior parte dei casi, fisiologiche o parafisiologiche.

Poiché, tranne l'iperemia e il RAD, la maggior parte dei reperti analizzati è stata riscontrata nel campione con una frequenza troppo bassa per avere risultati validi nell'analisi bivariata, si è stabilito di valutare l'associazione delle classi diagnostiche non tanto con i singoli reperti, ma con le quattro categorie elaborate dalla Adams (obiettività normale, aspecifica, priva di consenso, specifica) alle quali il caso appartiene.

I risultati hanno evidenziato che in tutte e tre le classi diagnostiche prevalgono i reperti di categoria aspecifica, cioè comuni ad altre condizioni mediche, e sono presenti nella stessa proporzione esami obiettivi completamente normali; inoltre, le conferme diagnostiche manifestano, rispetto alle altre, la più elevata frequenza di reperti specifici, differenza che, tuttavia, non è risultata statisticamente significativa.

Dall'analisi bivariata inversa, ossia della distribuzione delle categorie di reperti per le classi di CSA, emerge che l'obiettività è specifica nel 44% dei soggetti per i quali è stato successivamente confermato il CSA ed in circa il 40% delle esclusioni diagnostiche.

La sostanziale sovrapponibilità delle due classi diagnostiche rispetto alla distribuzione dei reperti specifici e l'elevata frequenza in tutte le classi diagnostiche di reperti non specifici o negativi è in armonia con quanto riportato in letteratura circa la controversa interpretazione dei reperti genito-ali riscontrati nel minore e la "normalità dell'essere normali".

Oltre al confronto tra l'obiettività e la diagnosi di CSA si è anche operata un'analisi bivariata tra le categorie diagnostiche e le modalità di abuso riferite dal minore. Unico dato interessante, ma di scarsa significatività, è la frequenza molto più elevata di riscontro dei reperti specifici nei soggetti che riferiscono rapporti penetrativi rispetto a quelli che non li riferiscono (86% vs 14%).

Tuttavia, i reperti aspecifici sono in assoluto i segni di più frequente riscontro in entrambi i gruppi. Verosimili interpretazioni, che si pongono sulla scia di quanto riportato nel capitolo introduttivo, consistono nella tardiva richiesta di valutazione del bambino rispetto all'evento traumatico, quando il processo di guarigione delle lesioni è ormai avanzato, e nel differente significato che può essere

attribuito al concetto di penetrazione da parte di un bambino piccolo, il quale con questo termine può designare eventi in realtà molto meno invasivi, quali uno sfregamento sui genitali esterni oppure tentativi di penetrazione non portati a termine.

Dati informativi sull'abuso sessuale

Se, come sopra riportato, la correlazione riscontrata tra anamnesi positiva per modalità abusanti penetrative e reperti specifici all'obiettività genito-ale è scarsamente significativa, quella tra tali modalità e la conferma diagnostica di abuso sessuale risulta molto meno soggetta ad errore.

Infatti, il racconto da parte del minore di un trauma sessuale subito mediante penetrazione, sebbene non sempre questa coincida con il concetto di superamento degli osti genito-anali anatomici, comporta il riferimento di una serie di dettagli che portano il professionista a sostanziare l'abuso.

Per quanto concerne i dati sull'abusante, dallo studio della presente casistica è emerso, in sintonia con i dati di letteratura, che in oltre il 90% dei casi, nei quali è stato specificato il genere di appartenenza, si tratta di un soggetto di sesso maschile. L'omogeneità dei riscontri rispetto ai dati di Letteratura riguarda anche il grado di relazione del perpetratore con la vittima.

Nella maggior parte dei sospetti abusi, infatti, quest'ultimo è appartenente all'*entourage* familiare del minore (ascendente, convivente del genitore biologico, fratelli, cugini, zii), risultando una quota di abusanti intra-familiari nel 74% dei casi con conferma diagnostica di abuso e nell'84.2% dei casi in cui l'abuso sessuale è stato poi escluso. La casistica analizzata comprende 5 abusanti minorenni, che hanno perpetrato l'abuso nei confronti di un familiare, rispetto al quale la differenza d'età risultava maggiore di 3 anni. L'identificazione di un'esperienza/contatto sessuale tra minorenni come abuso richiede, infatti, l'esclusione di alcuni scenari non configuranti una fattispecie di reato, quali l'esperienza sessuale libera e consapevole tra minorenni e la "sperimentazione" sessuale tra minori, agita con differente grado di consapevolezza, ma senza manipolazione o costrizione, in un rapporto del tutto paritario (in termini di sviluppo psicofisico) tra i partecipanti. La difficoltà di operare una distinzione all'interno di questo tipo di situazioni potrebbe essere all'origine di una sottostima del fenomeno, non scevra di conseguenze, determinando la mancata segnalazione di un reato ma soprattutto la ben più grave mancata presa in carico della vittima. Pertanto, si ritiene, rilevante segnalare, anche a fronte della scarsa numerosità, la presenza di questi casi all'interno della popolazione studiata.

Per quanto attiene alla significatività dei risultati emersi dall'analisi bivariata, la maggior frequenza nei casi esclusi dei perpetratori paterni è da ricondurre al fatto che in oltre la metà di questi casi (n = 38) gli elementi raccolti in corso di valutazione, in particolare attraverso i colloqui con i genitori e le riunioni di *équipe* con i servizi sociali, sono risultati compatibili con contesti familiari di elevata

tensione parentale, nei quali un genitore, usualmente la madre, cerca di istillare nei professionisti sanitari il sospetto che il coniuge o il *partner* abbia manifestato attenzioni sessuali nei confronti del figlio. Viceversa, sono risultati molto più frequenti i casi nei quali l'abusante è stato identificato in una figura familiare differente dai genitori nelle conferme diagnostiche e in un estraneo nel gruppo degli indeterminati.

Questa distribuzione può trovare un razionale sia nel fatto che in questi casi in genere non si ravvedono elementi di distorsione, quali i contesti familiari conflittuali di cui sopra, sia nelle modalità di conduzione della valutazione presso il *setting* del presente studio, le quali prevedono colloqui con i genitori del minore e, quando necessario, anche con altri membri della famiglia, permettendo quindi di analizzare accuratamente il contesto in cui vengono riferiti gli abusi sessuali; viceversa, tale approfondimento non può essere perseguito quando i soggetti abusanti sono individuati in estranei alla famiglia.

Dati forensi

Dal confronto tra la diagnosi clinica di CSA e l'esito giudiziario emerge che il 16% dei casi sostanzianti in ambito ospedaliero viene archiviato all'esito delle indagini penali. Tuttavia, il divario tra i due ambiti risulta decisamente meno preoccupante di quanto segnalato nello studio di Joki-Erkkilä et al. i quali hanno riportato un tasso di condanne giudiziarie in una proporzione di casi due volte superiore a quella sostanzziata clinicamente, comprensiva addirittura di un caso clinicamente escluso.

Questi risultati, tuttavia, non possono essere estrapolati a tutte le realtà, in quanto risentono della metodologia, nel tempo sempre più rigorosa, messa a punto da un centro di terzo livello, la quale si caratterizza per una raccolta dati comprensiva di ciascun aspetto del fenomeno. Pertanto, diversamente dai molti degli studi che hanno rilevato come la visita medica risulti depotenziata dall'esito giudiziario, l'approccio utilizzato dal CRBDM comprende una valutazione globale del minore che condiziona l'esito giudiziario molto più delle valutazioni parziali.

Inoltre, la continuità della comunicazione con l'Autorità Giudiziaria attraverso lo strumento della segnalazione o, talora, i contatti telefonici, può rendere più tempestivi alcuni provvedimenti fondamentali ad una efficace raccolta delle prove, come l'audizione del minore che, nella casistica esaminata, è risultata coerente nei contenuti in oltre la metà dei casi di condanna.

È noto come la testimonianza diretta della vittima dell'abuso avanti al Pubblico Ministero influenzi notevolmente la credibilità dei bambini¹⁹⁹. Molti autori hanno riportato che la maggior parte dei bambini che rivela di essere stato vittima di abuso sessuale conferma il racconto anche durante la raccolta di sommarie informazioni testimoniali o l'incidente probatorio, con una percentuale pari all'86%. Tale associazione risulta tuttavia dipendente dall'età del minore, essendo stata dimostrata

una relazione lineare crescente dai 3 agli 11 anni e, successivamente, decrescente fino ai 16 anni^{200,201,202}.

Pertanto, si comprende bene come la probabilità che il minore risulti coerente durante l'audizione dipenda anche dal momento in cui viene disposta l'escussione dello stesso, soprattutto per i bambini molto piccoli i ricordi dei quali possono essere inquinati da fonti esterne in breve tempo.

Per quanto riguarda la maggior frequenza di erogazione degli interventi di supporto alle famiglie dei bambini per i quali è stato escluso l'abuso sessuale, tale risultato è da correlarsi con quello relativo alle diagnosi alternative di maltrattamento formulate in un terzo dei casi esclusi; infatti, in tale classe diagnostica una proporzione simile di nuclei familiari, pari al 20%, ha ricevuto varie forme di sostegno da parte dei servizi sociali.

Si tratta principalmente delle situazioni di trascuratezza che sono state diagnosticate in oltre il 20% dei bambini per i quali non è stato invece riconosciuto l'abuso sessuale.

Questi quadri clinici, quando non integrano fattispecie di reato (come ad esempio nell'ipotesi di "lesione personale" o "maltrattamenti contro familiari o conviventi" perpetrati con condotte omissive), rientrano nelle previsioni dell'articolo 1, comma 2 della Legge 28 marzo 2001, n. 149¹², per le quali "le condizioni di indigenza dei genitori o del genitore esercente la responsabilità genitoriale non possono essere di ostacolo all'esercizio del diritto del minore alla propria famiglia" e "a tal fine a favore della famiglia devono essere disposti interventi di sostegno e di aiuto" che possono consistere nell'assistenza economica, domiciliare o educativa territoriale, nell'inserimento in centri diurni socio-assistenziali, nell'affidamento diurno, nell'inserimento in attività ricreative e di tempo libero, nel supporto psicologico e riabilitativo da parte di operatori dell'Azienda Sanitaria e nella progettazione congiunta con gli operatori delle strutture scolastiche.

Nelle situazioni meno severe, tali interventi, rivolti ai minori e/o al loro nucleo familiare, possono essere avviati dai servizi sociali in autonomia, in assenza, quindi, di specifiche disposizioni del Tribunale per i Minorenni. Qualora, invece, non siano sufficienti i vari interventi di sostegno al nucleo messi in atto e/o la famiglia li rifiuti e non collabori, i servizi sociali sono tenuti a segnalare la situazione all'Autorità Giudiziaria competente (Tribunale per i Minorenni o Tribunale Ordinario nei casi di separazione coniugale) al fine di tutelare il minore.

Questo spiega come nel 10% dei casi di trascuratezza accertata nella casistica studiata non è stata inoltrata segnalazione all'Autorità Giudiziaria competente.

¹² "Modifiche alla legge 4 marzo 1982, n. 184, recante «Disciplina dell'adozione e dell'affidamento dei minori», nonché al titolo VIII del libro primo del codice".

Infine, è stato elaborato un modello predittivo per predire l'esito giudiziario a partire dai dati diagnostici, inerenti sia ai sospetti sia alle conclusioni diagnostiche. La decisione di condurre questo tipo di analisi multivariata è stata dettata dal basso numero di *missing* riscontrato nella casistica per queste variabili.

Il modello ha riscontrato che la combinazione di variabili maggiormente predittive di un esito giudiziario positivo è costituita dal sospetto diagnostico per *neglect* e abuso psicoemozionale e dalle diagnosi di abuso sessuale, *neglect* e violenza domestica.

In altri termini, la comorbidità per alcune tipologie di maltrattamento può condizionare in modo determinante i provvedimenti emessi dell'Autorità Giudiziaria competente.

Limiti e sviluppi futuri

Il limite principale del presente studio casistico è rappresentato dalla discreta quantità di *missing data*, variabile in base al singolo caso, per cui la regressione logistica multilineare si è limitata a combinare solo ad alcune delle variabili considerate.

I motivi della carenza informativa risiedono sia nel disegno retrospettivo dello studio, con impossibilità di reperire *ex post* le informazioni mancanti sia nella decisione, finalizzata ad ottenere una casistica consistente, di selezionare i dati in un lungo intervallo temporale che ha coperto un periodo di 18 anni (gennaio 2000-agosto 2018) durante i primi sette dei quali l'unità operativa multidisciplinare non si era ancora ufficialmente costituita, motivo per cui la qualità delle informazioni, durante gli anni, è stata fortemente influenzata dalla crescente esperienza acquisita dai singoli professionisti e dall'intera *équipe* e dalla progressiva implementazione di un metodo per sistematizzare la casistica valutata.

Inoltre, il materiale analizzato non consta soltanto di cartelle cliniche, ma è frequentemente composto da relazioni di consulenza medico legale o neuropsichiatrica, inoltrate da altri professionisti o enti che avevano in carico il caso. I dati mancanti infatti si concentrano soprattutto nell'anamnesi fisiologica, riguardando prevalentemente alimentazione, ritmo sonno veglia, regolarità di alvo e diuresi e rendimento scolastico, e nell'anamnesi familiare (età, lavoro e scolarità dei genitori). Anche la tipologia del soggetto che richiede la valutazione ne può influenzare l'approfondimento; ad esempio, i casi inviati dall'Autorità Giudiziaria sono quelli più lacunosi da analizzare, poiché l'accertamento ha una durata mediamente inferiore ed è spesso limitato alla sola visita medica.

Al fine di superare il predetto limite e di rendere esaustiva la raccolta sistematica dei dati, si è ritenuto opportuno costruire una *check-list* indicante il *set* di informazioni minimo e indispensabile da raccogliere per ciascun caso in fase di approfondimento diagnostico. Tale elaborazione, presentata in

Appendice, è derivata dall'esperienza maturata dall'analisi dei singoli casi e dallo studio della letteratura scientifica in materia.

Uno sviluppo futuro potrebbe consistere nella rielaborazione dei dati inerenti ai casi valutati a partire dal 2008, in modo da ridurre i *missing data* e applicare il modello di regressione logistica in modo più esaustivo, finalizzato non solo a predire l'esito giudiziario ma anche a inferire la presenza della malattia, ossia a stabilire la probabilità che un determinato caso sia o meno un abuso sessuale (funzione di densità di probabilità). In questo modo si potrà elaborare un sistema esperto e i valori ottenuti potranno essere adattati ai nuovi casi osservati per stabilire la probabilità che si tratti di casi di abuso sessuale. La verifica della validità di tale sistema esperto su altre casistiche sarà fondamentale per risolvere un altro limite dello studio che consiste in un inevitabile *bias* di partenza relativo all'assegnazione dei casi a ciascuna categoria diagnostica.

Le probabilità adattate saranno quindi confrontate con le diagnosi riportate nelle cartelle cliniche di nuove casistiche in modo da stabilire la precisione con cui le previsioni generate dalla regressione logistica simulino il giudizio clinico.

La *cross validation* è infatti una delle tecniche di validazione impiegata per valutare in che modo i risultati di un'analisi statistica possono essere generalizzati a un *set* di dati indipendente.

CONCLUSIONI

L'abuso sessuale è un fenomeno multiforme, per certi aspetti subdolo, in cui si intrecciano aspetti che afferiscono alle più diverse discipline del sapere, da quelle giuridiche a quelle sociologiche, mediche e psicologiche. Non è dunque possibile che una singola figura professionale possa farsi carico dell'intero processo valutativo, bensì è fondamentale che la diagnosi sia l'esito di un'analisi multidisciplinare e multidimensionale, all'interno della quale ciascun professionista coinvolto possa apportare il proprio contributo tecnico-scientifico e condividerlo con gli altri membri dell'*équipe*, garantendo, così, una valutazione omnicomprensiva del minore, finalizzata a far emergere qualsiasi informazione o dettaglio utile alla formulazione della diagnosi definitiva.

Il presente studio casistico è volto ad individuare i criteri idonei ad orientare il processo diagnostico nei casi di sospetto abuso sessuale sul minore confrontando le frequenze relative nei gruppi di abusati e non abusati, ricercando determinanti diagnostici ed operando un confronto di quanto riscontrato con le evidenze della letteratura. L'originalità dello studio è rappresentata dall'elevato numero di variabili studiate, laddove la maggior parte delle evidenze scientifiche riguardano i singoli aspetti del fenomeno.

Sulla base dei risultati delle analisi bivariate sono stati confermati alcuni elementi acquisiti da parte della comunità scientifica internazionale, quali la rilevanza di alcune caratteristiche del racconto per la conferma dell'abuso sessuale, il frequente riscontro di un'obiettività genito-ale del tutto normale o aspecifica anche nei casi di conferma diagnostica, l'associazione dell'abuso sessuale con alcuni fattori di rischio, come l'età delle vittime, nonché la frequente esclusione dell'abuso nelle coppie caratterizzate da elevata conflittualità familiare.

La sostanziale omogeneità di metodo, e la coerenza dei risultati riscontrati nella casistica esaminata rispetto non solo alle posizioni più consolidate della letteratura, ma anche a quelle di più recente acquisizione vuole essere un contributo al rafforzamento del grado di evidenza sotteso da queste acquisizioni, nella convinzione che esse non possano effettivamente essere applicate in maniera acritica e standardizzata, ma che la loro comprensione ed interiorizzazione costituisca comunque un bagaglio di competenze imprescindibile per lo specialista, in grado di migliorare la qualità dell'agito medico in materia di abuso sessuale su minore.

A differenza dei dati riportati in letteratura è invece risultato che l'intervallo temporale decorso tra abuso e racconto non ha alcuna relazione rispetto alla diagnosi di abuso e che è meno netto il divario tra realtà clinica e giuridica.

Infine, è stato elaborato un modello in grado di predire per predire l'esito giudiziario a partire dai dati diagnostici.

La conoscenza della peculiarità del fenomeno, della molteplicità degli aspetti rilevanti per la formulazione diagnostica, la necessità di sintetizzare, in sede valutativa, elementi appartenenti ad ambiti e discipline diverse, la cui raccolta organica non è mai facile per il singolo operatore, ed il riscontro concreto della quantità di informazioni mancanti, “perse” o mai indagate, durante la compilazione dell’archivio, sono all’origine della proposta di una *checklist* operativa per la raccolta dei dati clinici maggiormente significativi ai fini diagnostici. Tale mezzo è stato pensato con la duplice valenza di facilitare concretamente la raccolta e l’organizzazione del dato clinico e di indicare un’impostazione metodologica valida per un iter procedurale attuabile dai professionisti sanitari in modo uniforme ed omogeneo.

APPENDICE

SCHEMA RACCOLTA DATI

VARIABILE	MODALITA'	
DATI ANAGRAFICI		
NOME		
COGNOME		
DATA NASCITA		
SESSO	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> F
DATA DI CARICO		
LUOGO NASCITA		
LUOGO RESIDENZA		
NAZIONALITA' PADRE		
NAZIONALITA' MADRE		
COD FISCALE		
ASL RESIDENZA		
DATI DIAGNOSTICI		
SOSPETTO DIAGNOSTICO		
CSA	<input type="checkbox"/> Substantiated <input type="checkbox"/> Excluded	<input type="checkbox"/> Undetermined elementi aspecifici <input type="checkbox"/> Undetermined perso
DIAGNOSI		
DENUNCE INFONDATE	<input type="checkbox"/> Coppia conflittuale <input type="checkbox"/> False allegations <input type="checkbox"/> Misinterpret caregiv	<input type="checkbox"/> Psychiatric caregiv <input type="checkbox"/> Overanxious caregiver
RAZIONALE CARICO		

INVIANTE	<input type="checkbox"/> Pediatria <input type="checkbox"/> Chirurgia pediatrica <input type="checkbox"/> NPI (ospedale) <input type="checkbox"/> PSP <input type="checkbox"/> PSA <input type="checkbox"/> PLS <input type="checkbox"/> MMG <input type="checkbox"/> NPI (distretto) <input type="checkbox"/> Consultorio familiare <input type="checkbox"/> Famiglia affidataria	<input type="checkbox"/> Serv terr tutela minori <input type="checkbox"/> Comune tutela minori <input type="checkbox"/> Scuola <input type="checkbox"/> Forze dell'ordine <input type="checkbox"/> AG <input type="checkbox"/> Genitori <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Altro familiare <input type="checkbox"/> Presunta vittima
MOTIVO RICHIESTA	<input type="checkbox"/> Alteraz comp generali <input type="checkbox"/> Comportam sex <input type="checkbox"/> OGA alterata <input type="checkbox"/> OG alterata	<input type="checkbox"/> Sintomi somatici <input type="checkbox"/> Racconto <input type="checkbox"/> Abusante <input type="checkbox"/> Altro
ANAMNESI GENERALE		
ALIMENTAZIONE	<input type="checkbox"/> Regolare <input type="checkbox"/> Irregolare <input type="checkbox"/> Non noto Dettagli:	
SONNO	<input type="checkbox"/> Regolare <input type="checkbox"/> Irregolare <input type="checkbox"/> Non noto Dettagli:	
COOSLEEPING	<input type="checkbox"/> Genitori <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Fratelli	<input type="checkbox"/> Altro parente <input type="checkbox"/> Adulto convivente <input type="checkbox"/> Assente <input type="checkbox"/> Non noto
ELIMINAZIONE	<input type="checkbox"/> Regolare <input type="checkbox"/> Irregolare <input type="checkbox"/> Non noto Dettagli:	
ENCOPRESI DETTAGLI	<input type="checkbox"/> Primaria <input type="checkbox"/> Secondaria (età:)	<input type="checkbox"/> Assente <input type="checkbox"/> Non noto
ENURESIS DETTAGLI	<input type="checkbox"/> Primaria <input type="checkbox"/> Secondaria (età:)	<input type="checkbox"/> Assente <input type="checkbox"/> Non noto
RENDIMENTO SCOLASTICO	<input type="checkbox"/> Buono <input type="checkbox"/> Sufficiente <input type="checkbox"/> Scarso	<input type="checkbox"/> Fluttuante <input type="checkbox"/> Pre-scolare <input type="checkbox"/> Non noto
PATOLOGIE	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Non noto Dettagli:	

RICOVERI	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Non noto	
	Dettagli:	
ACCESSI PS	<input type="checkbox"/> Singolo	<input type="checkbox"/> Plurimi Dettagli:
	<input type="checkbox"/> Assenti	<input type="checkbox"/> Non noto
SINTOMI IN ATTO		
ANAMNESI CIRCOSTANZIALE		
N. EPISODI CSA	<input type="checkbox"/> Singolo <input type="checkbox"/> Plurimi <input type="checkbox"/> Non noto	
DATA ESORDIO/ULTIMO EPISODIO CSA		
MODALITÀ CSA	SC	
	<input type="checkbox"/> Adescamento <input type="checkbox"/> Molestie sessuali <input type="checkbox"/> Esibizionismo <input type="checkbox"/> Voyeurismo	<input type="checkbox"/> Corruzione <input type="checkbox"/> Pedopornografia <input type="checkbox"/> Induzione autoerotismo <input type="checkbox"/> Prostituzione
	CC	
	<input type="checkbox"/> Giochi sex	<input type="checkbox"/> Manuali <input type="checkbox"/> Attivo <input type="checkbox"/> Passivo <input type="checkbox"/> Entrambi <input type="checkbox"/> Non noto <input type="checkbox"/> Anale <input type="checkbox"/> Genitale <input type="checkbox"/> Orale <input type="checkbox"/> Intercrurale <input type="checkbox"/> Altre sedi <input type="checkbox"/> Non nota
	<input type="checkbox"/> Sfregamenti <input type="checkbox"/> Attivo <input type="checkbox"/> Passivo <input type="checkbox"/> Entrambi <input type="checkbox"/> Non noto <input type="checkbox"/> Anale <input type="checkbox"/> Genitale <input type="checkbox"/> Orale <input type="checkbox"/> Intercrurale <input type="checkbox"/> Altre sedi <input type="checkbox"/> Non nota	<input type="checkbox"/> Orali <input type="checkbox"/> Attivo <input type="checkbox"/> Passivo <input type="checkbox"/> Entrambi <input type="checkbox"/> Non noto <input type="checkbox"/> Anale <input type="checkbox"/> Genitale <input type="checkbox"/> Orale <input type="checkbox"/> Intercrurale <input type="checkbox"/> Altre sedi <input type="checkbox"/> Non nota
	<input type="checkbox"/> Masturbazione <input type="checkbox"/> Attivo <input type="checkbox"/> Passivo <input type="checkbox"/> Entrambi <input type="checkbox"/> Non noto <input type="checkbox"/> Anale <input type="checkbox"/> Genitale <input type="checkbox"/> Orale <input type="checkbox"/> Intercrurale <input type="checkbox"/> Altre sedi <input type="checkbox"/> Non nota	<input type="checkbox"/> Introduz corpi estranei <input type="checkbox"/> Attivo <input type="checkbox"/> Passivo <input type="checkbox"/> Entrambi <input type="checkbox"/> Non noto <input type="checkbox"/> Anale <input type="checkbox"/> Genitale <input type="checkbox"/> Orale <input type="checkbox"/> Intercrurale <input type="checkbox"/> Altre sedi <input type="checkbox"/> Non nota
<input type="checkbox"/> Penetraz peniena	<input type="checkbox"/> Penetraz digitale	

	<input type="checkbox"/> Attivo <input type="checkbox"/> Passivo <input type="checkbox"/> Entrambi <input type="checkbox"/> Non noto <input type="checkbox"/> Anale <input type="checkbox"/> Genitale <input type="checkbox"/> Orale <input type="checkbox"/> Intercrurale <input type="checkbox"/> Altre sedi <input type="checkbox"/> Non nota <input type="checkbox"/> Pratiche genitali inconsuete	<input type="checkbox"/> Attivo <input type="checkbox"/> Passivo <input type="checkbox"/> Entrambi <input type="checkbox"/> Non noto <input type="checkbox"/> Anale <input type="checkbox"/> Genitale <input type="checkbox"/> Orale <input type="checkbox"/> Intercrurale <input type="checkbox"/> Altre sedi <input type="checkbox"/> Non nota <input type="checkbox"/> Non nota
ABUSANTE		
ABUSANTE	<input type="checkbox"/> Noto <input type="checkbox"/> Non noto <input type="checkbox"/> Singolo <input type="checkbox"/> Plurimi	
SESSO	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
ETÀ	<input type="checkbox"/> < 18 <input type="checkbox"/> 18-25 <input type="checkbox"/> 26-40	<input type="checkbox"/> 41-60 <input type="checkbox"/> > 60 <input type="checkbox"/> Non noto
GRADO RELAZIONE	<input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Patrigno <input type="checkbox"/> Matrigna <input type="checkbox"/> Fratello () <input type="checkbox"/> Fratellastro () <input type="checkbox"/> Nonno <input type="checkbox"/> Nonna <input type="checkbox"/> Marito <input type="checkbox"/> Altro familiare <input type="checkbox"/> Partner del genitore <input type="checkbox"/> Conoscente adulto	<input type="checkbox"/> Conoscente coetaneo o compagno di scuola <input type="checkbox"/> Conoscente minorenni <input type="checkbox"/> Animatore <input type="checkbox"/> Istruttore <input type="checkbox"/> Baby sitter <input type="checkbox"/> Prete <input type="checkbox"/> Insegnante <input type="checkbox"/> Custode <input type="checkbox"/> Estraneo o conoscente recente <input type="checkbox"/> Non noto
CONFESSIONE	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Non noto	
EO GENERALE		
DATA VISITA		
CAVO ORALE	<input type="checkbox"/> Indenne <input type="checkbox"/> Alterato <input type="checkbox"/> Non noto	
CAVO ORALE DETTAGLI		
ECCHIMOSI	<input type="checkbox"/> Presenti <input type="checkbox"/> Assenti <input type="checkbox"/> Non noto	
ECCHIMOSI SEDE		
ESCORIAZIONI	<input type="checkbox"/> Presenti <input type="checkbox"/> Assenti <input type="checkbox"/> Non noto	

ESCORIAZIONI SEDE		
CICATRICI	<input type="checkbox"/> Presenti <input type="checkbox"/> Assenti <input type="checkbox"/> Non noto	
CICATRICI SEDE		
ALTRO	<input type="checkbox"/> Presenti <input type="checkbox"/> Assenti <input type="checkbox"/> Non noto	
PESO	Dettagli: Peso: Altezza: Circonferenza cranica:	
EO GENITO-ANALE		
DATA VISITA		
DECUBITO	<input type="checkbox"/> Supino <input type="checkbox"/> Genu-pettoale <input type="checkbox"/> Laterale <input type="checkbox"/> Sedazione	
IPEREMIA/ERITEMA	<input type="checkbox"/> Asta peniena <input type="checkbox"/> Prepuzio/Glande <input type="checkbox"/> Meato uretrale <input type="checkbox"/> Scroto <input type="checkbox"/> Grandi labbra <input type="checkbox"/> Piccole labbra <input type="checkbox"/> Pube <input type="checkbox"/> Clitoride <input type="checkbox"/> Vestibolo	<input type="checkbox"/> Imene <input type="checkbox"/> Fossa navicolare <input type="checkbox"/> Forchetta posteriore <input type="checkbox"/> Vagina <input type="checkbox"/> Perineo <input type="checkbox"/> Perianale <input type="checkbox"/> Retto <input type="checkbox"/> Assente <input type="checkbox"/> Non noto
EDEMA	<input type="checkbox"/> Asta peniena <input type="checkbox"/> Prepuzio/Glande <input type="checkbox"/> Meato uretrale <input type="checkbox"/> Scroto <input type="checkbox"/> Grandi labbra <input type="checkbox"/> Piccole labbra <input type="checkbox"/> Pube <input type="checkbox"/> Clitoride <input type="checkbox"/> Vestibolo	<input type="checkbox"/> Imene <input type="checkbox"/> Fossa navicolare <input type="checkbox"/> Forchetta posteriore <input type="checkbox"/> Vagina <input type="checkbox"/> Perineo <input type="checkbox"/> Perianale <input type="checkbox"/> Retto <input type="checkbox"/> Assente <input type="checkbox"/> Non noto
FRIABILITA'	<input type="checkbox"/> Forchetta posteriore <input type="checkbox"/> Perineo	<input type="checkbox"/> Assente <input type="checkbox"/> Non noto

ECCHIMOSI	<input type="checkbox"/> Asta peniena <input type="checkbox"/> Prepuzio/Glande <input type="checkbox"/> Meato uretrale <input type="checkbox"/> Scroto <input type="checkbox"/> Grandi labbra <input type="checkbox"/> Piccole labbra <input type="checkbox"/> Pube <input type="checkbox"/> Clitoride <input type="checkbox"/> Vestibolo	<input type="checkbox"/> Imene <input type="checkbox"/> Fossa navicolare <input type="checkbox"/> Forchetta posteriore <input type="checkbox"/> Vagina <input type="checkbox"/> Perineo <input type="checkbox"/> Perianale <input type="checkbox"/> Retto <input type="checkbox"/> Assente <input type="checkbox"/> Non noto
ESCORIAZIONI	<input type="checkbox"/> Asta peniena <input type="checkbox"/> Prepuzio/Glande <input type="checkbox"/> Meato uretrale <input type="checkbox"/> Scroto <input type="checkbox"/> Grandi labbra <input type="checkbox"/> Piccole labbra <input type="checkbox"/> Pube <input type="checkbox"/> Clitoride <input type="checkbox"/> Vestibolo	<input type="checkbox"/> Imene <input type="checkbox"/> Fossa navicolare <input type="checkbox"/> Forchetta posteriore <input type="checkbox"/> Vagina <input type="checkbox"/> Perineo <input type="checkbox"/> Perianale <input type="checkbox"/> Retto <input type="checkbox"/> Assente <input type="checkbox"/> Non noto
LACERAZIONI	<input type="checkbox"/> Asta peniena <input type="checkbox"/> Prepuzio/Glande <input type="checkbox"/> Meato uretrale <input type="checkbox"/> Scroto <input type="checkbox"/> Grandi labbra <input type="checkbox"/> Piccole labbra <input type="checkbox"/> Pube <input type="checkbox"/> Clitoride <input type="checkbox"/> Vestibolo	<input type="checkbox"/> Imene <input type="checkbox"/> Fossa navicolare <input type="checkbox"/> Forchetta posteriore <input type="checkbox"/> Vagina <input type="checkbox"/> Perineo <input type="checkbox"/> Perianale <input type="checkbox"/> Retto <input type="checkbox"/> Assente <input type="checkbox"/> Non noto

FISSURAZIONI	<input type="checkbox"/> Asta peniena <input type="checkbox"/> Prepuzio/Glande <input type="checkbox"/> Meato uretrale <input type="checkbox"/> Scroto <input type="checkbox"/> Grandi labbra <input type="checkbox"/> Piccole labbra <input type="checkbox"/> Pube <input type="checkbox"/> Clitoride <input type="checkbox"/> Vestibolo	<input type="checkbox"/> Imene <input type="checkbox"/> Fossa navicolare <input type="checkbox"/> Forchetta posteriore <input type="checkbox"/> Vagina <input type="checkbox"/> Perineo <input type="checkbox"/> Perianale <input type="checkbox"/> Retto <input type="checkbox"/> Assente <input type="checkbox"/> Non noto
CICATRICI	<input type="checkbox"/> Asta peniena <input type="checkbox"/> Prepuzio/Glande <input type="checkbox"/> Meato uretrale <input type="checkbox"/> Scroto <input type="checkbox"/> Grandi labbra <input type="checkbox"/> Piccole labbra <input type="checkbox"/> Pube <input type="checkbox"/> Clitoride <input type="checkbox"/> Vestibolo	<input type="checkbox"/> Imene <input type="checkbox"/> Fossa navicolare <input type="checkbox"/> Forchetta posteriore <input type="checkbox"/> Vagina <input type="checkbox"/> Perineo <input type="checkbox"/> Perianale <input type="checkbox"/> Retto <input type="checkbox"/> Assente <input type="checkbox"/> Non noto
FORMA IMENE	<input type="checkbox"/> Anulare <input type="checkbox"/> Semilunare <input type="checkbox"/> Cribrato <input type="checkbox"/> Fimbriato <input type="checkbox"/> Puntiforme	<input type="checkbox"/> Risvolto di manica <input type="checkbox"/> Settato <input type="checkbox"/> Tasca <input type="checkbox"/> Non noto <input type="checkbox"/> Non valutabile
BORDO IMENALE	<input type="checkbox"/> Integro	<input type="checkbox"/> Regolare <input type="checkbox"/> Irregolare <input type="checkbox"/> Non integro
BORDO IMENALE ALTEZZA		

TAG	<input type="checkbox"/> Singolo ventrale <input type="checkbox"/> Singolo dorsale <input type="checkbox"/> Singolo mediano <input type="checkbox"/> Numerosi ventrali <input type="checkbox"/> Numerosi dorsali	<input type="checkbox"/> Numerosi misti <input type="checkbox"/> Non valutabili <input type="checkbox"/> Assenti <input type="checkbox"/> Non noto
BUMP	<input type="checkbox"/> Singolo ventrale <input type="checkbox"/> Singolo dorsale <input type="checkbox"/> Singolo mediano <input type="checkbox"/> Numerosi ventrali <input type="checkbox"/> Numerosi dorsali	<input type="checkbox"/> Numerosi misti <input type="checkbox"/> Non valutabili <input type="checkbox"/> Assenti <input type="checkbox"/> Non noto
INCISURE	<input type="checkbox"/> Presenti <input type="checkbox"/> Assenti	<input type="checkbox"/> Non valutabili <input type="checkbox"/> Non noto
INCISURE SEDE	<input type="checkbox"/> Ventrale U superf <input type="checkbox"/> Ventrale V superf <input type="checkbox"/> Ventrale U prof <input type="checkbox"/> Ventrale V prof <input type="checkbox"/> Mediana U superf <input type="checkbox"/> Mediana V superf <input type="checkbox"/> Mediana U prof	<input type="checkbox"/> Mediana V prof <input type="checkbox"/> Dorsale U superf <input type="checkbox"/> Dorsale V superf <input type="checkbox"/> Dorsale U prof <input type="checkbox"/> Dorsale V prof <input type="checkbox"/> Assenti <input type="checkbox"/> Non noto
TRANSEZIONI	<input type="checkbox"/> Presenti <input type="checkbox"/> Assenti	<input type="checkbox"/> Non valutabili <input type="checkbox"/> Non noto
TRANSEZIONI SEDE	<input type="checkbox"/> Ventrale <input type="checkbox"/> Mediana <input type="checkbox"/> Dorsale	<input type="checkbox"/> Assenti <input type="checkbox"/> Non noto
SECREZIONI GENITALI	<input type="checkbox"/> Ematiche <input type="checkbox"/> Biancastre <input type="checkbox"/> Giallastre	<input type="checkbox"/> Assenti <input type="checkbox"/> Non noto

STD	<input type="checkbox"/> N. gonorrhoeae <input type="checkbox"/> C. trachomatis <input type="checkbox"/> T. vaginalis <input type="checkbox"/> T. pallidum <input type="checkbox"/> Condilomi anogenit <input type="checkbox"/> Condilomi orali <input type="checkbox"/> Herpes simplex gen	<input type="checkbox"/> HIV <input type="checkbox"/> Vaginosi batterica <input type="checkbox"/> Micoplasmi genitali <input type="checkbox"/> Epatite <input type="checkbox"/> Assenti <input type="checkbox"/> Non noto
CONGEST VEN PERIANALE	<input type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> Assente <input type="checkbox"/> Non noto	
RAD	<input type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> Assente <input type="checkbox"/> Non noto	
ALTRO	<input type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> Assente <input type="checkbox"/> Non noto Dettagli:	
COLLABORAZ BAMBINO	<input type="checkbox"/> Collaborante <input type="checkbox"/> Non collaborante <input type="checkbox"/> Non noto	
LIVELLO IGIENICO	<input type="checkbox"/> Buono <input type="checkbox"/> Scarso	<input type="checkbox"/> Scarsissimo <input type="checkbox"/> Non noto
DOCUMENT FOTOGRAFICA	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	
RACCONTO		
DINAMICA ACCIDENTALE MODALITÀ		
COMPATIBILITÀ SEGNI - RACC	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	
<i>Primo racconto del bambino</i>		
RACCONTO DEL BAMBINO		
RIVELAZIONE SPONTANEA	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Non noto	
SPECIFICITÀ	<input type="checkbox"/> Specifico <input type="checkbox"/> Aspecifico	
DOMANDE SUGGESTIVE	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Non noto	
RIFERIMENTI SENSORIALI	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Non noto	

DEPOSITARIO	<input type="checkbox"/> Pari <input type="checkbox"/> Genitori <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Fratello <input type="checkbox"/> Nonno <input type="checkbox"/> Zio <input type="checkbox"/> Cugino <input type="checkbox"/> Nucleo familiare <input type="checkbox"/> Altro adulto convivente <input type="checkbox"/> Conoscente	<input type="checkbox"/> Sanitario <input type="checkbox"/> Psicologo <input type="checkbox"/> Educatore prof <input type="checkbox"/> Insegnante <input type="checkbox"/> Religioso <input type="checkbox"/> Capo scout <input type="checkbox"/> Istruttore sportivo <input type="checkbox"/> Assistente sociale <input type="checkbox"/> Polizia <input type="checkbox"/> Non noto
DATA RACCONTO		
INTERVALLO RACC-ABUSO	<input type="checkbox"/> ≤ 1 giorno <input type="checkbox"/> ≤ 1 settimana <input type="checkbox"/> ≤ 1 mese <input type="checkbox"/> ≤ 6 mesi	<input type="checkbox"/> ≤ 5 anni <input type="checkbox"/> > 5 anni <input type="checkbox"/> Non confrontabile
DOVE	<input type="checkbox"/> Ambiente domestico <input type="checkbox"/> Strutture sanitarie <input type="checkbox"/> Servizi territoriali <input type="checkbox"/> Scuola <input type="checkbox"/> Comunità educativa	<input type="checkbox"/> Auto <input type="checkbox"/> Area ludica <input type="checkbox"/> Luoghi di vacanza <input type="checkbox"/> Altro <input type="checkbox"/> Non noto
STATO EMOTIVO	<input type="checkbox"/> Reaz psicosomatica <input type="checkbox"/> Rabbia <input type="checkbox"/> Paura <input type="checkbox"/> Preoccupazione <input type="checkbox"/> Tristezza	<input type="checkbox"/> Vergogna <input type="checkbox"/> Pianto <input type="checkbox"/> Neutralità <input type="checkbox"/> Emozioni positive <input type="checkbox"/> Non noto
NUMERO RACCONTI	<input type="checkbox"/> Singolo <input type="checkbox"/> Multipli <input type="checkbox"/> Assente <input type="checkbox"/> Non noto	
INCONSISTENZA RACCONTI	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	
<i>Primo racconto del caregiver</i>		
CONTENUTO		
SPECIFICITÀ	<input type="checkbox"/> Specifico <input type="checkbox"/> Aspecifico	

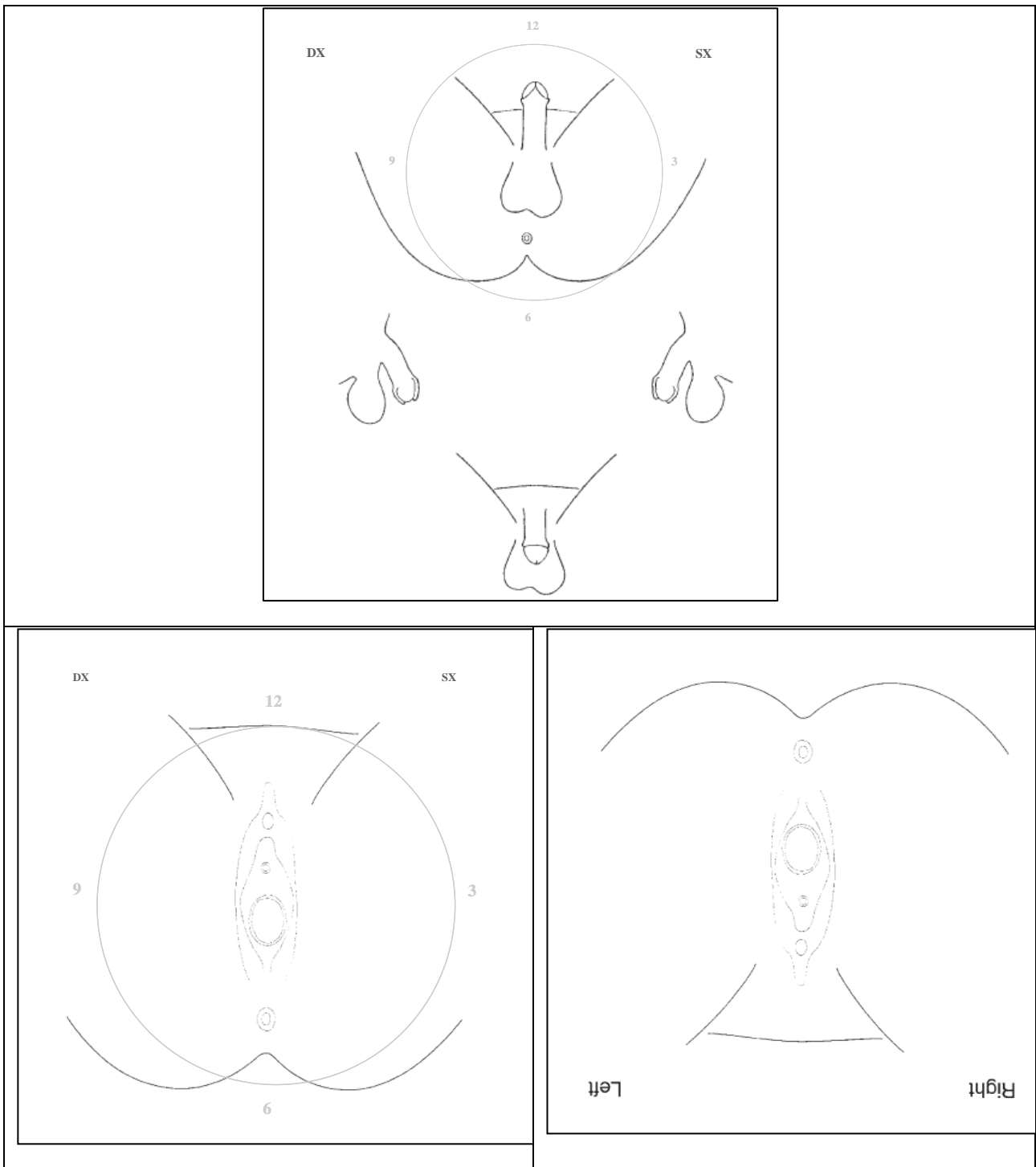
STATO EMOTIVO	<input type="checkbox"/> Reaz psicosomatica <input type="checkbox"/> Rabbia <input type="checkbox"/> Paura <input type="checkbox"/> Preoccupazione <input type="checkbox"/> Tristezza	<input type="checkbox"/> Vergogna <input type="checkbox"/> Pianto <input type="checkbox"/> Neutralità <input type="checkbox"/> Emozioni positive <input type="checkbox"/> Non noto
NUMERO RACCONTI	<input type="checkbox"/> Singolo <input type="checkbox"/> Multipli	<input type="checkbox"/> Assente <input type="checkbox"/> Non noto
INCONSISTENZA RACCONTI	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	
DIVERGENZA RACCONTO BAMBINO-CAREGIVER	<input type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> Assente	
ALTERAZIONI COMPORTAMENTALI		
SEGNI COMPORTAMENTALI DETTAGLIO (SPECIFICARE SE ACUTO O CRONICO)	<input type="checkbox"/> Disturbi sonno <input type="checkbox"/> Dist alimentazione <input type="checkbox"/> Dist eliminazione <input type="checkbox"/> Dist psicosomatici <input type="checkbox"/> Balbuzie <input type="checkbox"/> Mutismo selettivo <input type="checkbox"/> Onicofagia <input type="checkbox"/> Suzione pollice <input type="checkbox"/> Tricotillomania <input type="checkbox"/> Tic <input type="checkbox"/> Oppositivo-provoc <input type="checkbox"/> Disattenzione <input type="checkbox"/> Iperattiv-impulsività <input type="checkbox"/> Aggressività-rabbia <input type="checkbox"/> Fughe da casa <input type="checkbox"/> Furto <input type="checkbox"/> Bugie <input type="checkbox"/> Comport distruttivo <input type="checkbox"/> Violazione regole <input type="checkbox"/> Abuso di alcol/SS <input type="checkbox"/> Ansia-paura-fobia	<input type="checkbox"/> Ansia da separaz <input type="checkbox"/> Ansia da prestaz <input type="checkbox"/> Ossess-compulsivo <input type="checkbox"/> Disforia <input type="checkbox"/> Apatia-passività <input type="checkbox"/> Tratti psicotici <input type="checkbox"/> Tratti anemozionali <input type="checkbox"/> Attaccamento non selettivo <input type="checkbox"/> Evitamento contatti fisici <input type="checkbox"/> Regressione <input type="checkbox"/> Turpiloquio <input type="checkbox"/> Irritabilità-crisi pianto <input type="checkbox"/> Richiesta continua assistenza <input type="checkbox"/> Scarso rendim scolastic <input type="checkbox"/> Bassa autostima <input type="checkbox"/> Ritiro-isolamen sociale <input type="checkbox"/> Rivalità tra fratelli <input type="checkbox"/> Ritardo psico-sviluppo <input type="checkbox"/> Agiti anticonservativi

COMPORAMENTI SESSUALIZZATI (SPECIFICARE FREQUENZA)	<input type="checkbox"/> Masturbaz manuale <input type="checkbox"/> Masturbaz con oggetti <input type="checkbox"/> Esibizionismo <input type="checkbox"/> Voyeurismo <input type="checkbox"/> Ricerca cont fisico <input type="checkbox"/> Gergo sessuale <input type="checkbox"/> Atteggiamenti seduttivi	<input type="checkbox"/> Curiosità sessuale <input type="checkbox"/> Giochi sessuali <input type="checkbox"/> Richiesta stimolaz sex <input type="checkbox"/> Attività sex con forza/intimidazione <input type="checkbox"/> Promiscuità sessuale <input type="checkbox"/> Assenti <input type="checkbox"/> Non noto
FAMIGLIA		
CONTESTO FAMILIARE	<input type="checkbox"/> Normofunzionante <input type="checkbox"/> Dissesto economico <input type="checkbox"/> Isolamento sociale <input type="checkbox"/> Pato psichiatriche <input type="checkbox"/> Pato organiche <input type="checkbox"/> Vertenze giudiziarie <input type="checkbox"/> Coppia conflittuale	<input type="checkbox"/> Degrado igienico <input type="checkbox"/> Nucleo violento <input type="checkbox"/> Nucleo trascurante <input type="checkbox"/> Nucleo deviante <input type="checkbox"/> Dipendenze <input type="checkbox"/> Non noto
STRUTTURA FAMILIARE	<input type="checkbox"/> Nucleare <input type="checkbox"/> Estesa <input type="checkbox"/> Ricostituita	<input type="checkbox"/> Monoparentale <input type="checkbox"/> Altro <input type="checkbox"/> Non noto
DATA NASCITA PADRE		
SCOLARITÀ PADRE	<input type="checkbox"/> Analfabeta <input type="checkbox"/> Licenza elementare <input type="checkbox"/> Diploma media inferiore <input type="checkbox"/> Diploma media superiore	<input type="checkbox"/> Diploma professionale <input type="checkbox"/> Laurea <input type="checkbox"/> Non noto

PROFESSIONE PADRE	<input type="checkbox"/> Grande Imprenditore <input type="checkbox"/> Piccolo Imprenditore <input type="checkbox"/> Imprenditore SAI <input type="checkbox"/> Membro governo <input type="checkbox"/> Profess intellettuale altam specializzata <input type="checkbox"/> Tecnico <input type="checkbox"/> Impiegato d'ufficio <input type="checkbox"/> Altra prof qualificata	<input type="checkbox"/> Artig/operaio/agricolt <input type="checkbox"/> Conducente di veicoli <input type="checkbox"/> Profess non qualificata <input type="checkbox"/> Forze armate <input type="checkbox"/> Disoccupato <input type="checkbox"/> Studente <input type="checkbox"/> Non noto
DATA NASCITA MADRE		
SCOLARITÀ MADRE	<input type="checkbox"/> Analfabeta <input type="checkbox"/> Licenza elementare <input type="checkbox"/> Diploma media inf <input type="checkbox"/> Diploma media sup <input type="checkbox"/> Diploma professionale	<input type="checkbox"/> Laurea <input type="checkbox"/> Non noto
PROFESSIONE MADRE	<input type="checkbox"/> Grande Imprenditore <input type="checkbox"/> Piccolo Imprenditore <input type="checkbox"/> Imprenditore SAI <input type="checkbox"/> Membro governo <input type="checkbox"/> Profess intellettuale altam specializzata <input type="checkbox"/> Tecnico <input type="checkbox"/> Impiegato d'ufficio <input type="checkbox"/> Altra prof qualificata	<input type="checkbox"/> Artig/operaio/agricolt <input type="checkbox"/> Conducente di veicoli <input type="checkbox"/> Profess non qualificata <input type="checkbox"/> Forze armate <input type="checkbox"/> Disoccupato <input type="checkbox"/> Studente <input type="checkbox"/> Casalinga <input type="checkbox"/> Non noto
FRATELLI	<input type="checkbox"/> Presenti <input type="checkbox"/> Assenti <input type="checkbox"/> Non noto	
FRATELLASTRI	<input type="checkbox"/> Presenti <input type="checkbox"/> Assenti <input type="checkbox"/> Non noto	
N FRATELLI		
ORDINE DI NASCITA		
GENITORI SEPARATI	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Non noto	

CON CHI VIVE IL BAMBINO	<input type="checkbox"/> Comunità <input type="checkbox"/> Famiglia affidataria <input type="checkbox"/> Genitori <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Genitore non biologico <input type="checkbox"/> Partner del genitore	<input type="checkbox"/> Fratelli <input type="checkbox"/> Fratellastri <input type="checkbox"/> Nonni <input type="checkbox"/> Altri parenti <input type="checkbox"/> Extrafamiliari <input type="checkbox"/> Non noto
ABUSI SESSUALI SUBITI DA GENITORI	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Non noto	
ALTRI MALTRATTAMENTI SUBITI DA GENITORI	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Non noto	

SCHEMA OBIETTIVITA' GENITO-ANALE



BIBLIOGRAFIA

-
- ¹ Fiftieth World Health Assembly Geneva, 5-14 May 1997 (WHO, WHA50.19, 1997).
- ² World Health Organization. Global status report on violence prevention 2014. WHO Press:Geneva.
- ³ U.S. Department of Health & Human Services, Administration for Children and Families, Administration on Children, Youth and Families, Children's Bureau. (2019). Child Maltreatment 2017. Available from <https://www.acf.hhs.gov/cb/research-data-technology/statistics-research/child-maltreatment>.
- ⁴ Kim H, Wildeman C, Jonson-Reid M, Drake B. Lifetime Prevalence of Investigating Child Maltreatment Among US Children. *Am J Public Health*. 2017 Feb;107(2):274-280.
- ⁵ U.S. Department of Health and Human Services, Administration for Children and Families, Children's Bureau. Child Maltreatment 2008-2018. <https://www.acf.hhs.gov/cb/research-data-technology/statistics-research/child-maltreatment>.
- ⁶ Coalition Military Fatalities By Year and Month – Operation Enduring Freedom and Coalition Military Fatalities By Year – *Operation Iraq Freedom*. icasualties.org, Accessed on August 10, 2019.
- ⁷ Autorità Garante per l'Infanzia e l'Adolescenza – Cismai – Terre des Hommes - Indagine nazionale sul maltrattamento dei bambini e degli adolescenti in Italia, 2015.
- ⁸ Terre des Hommes. Maltrattamento e abuso sui bambini: una questione di salute pubblica. Indagine nazionale sull'attività diagnostica del fenomeno delle eccellenze ospedaliere di: Piemonte, Lombardia, Veneto, Toscana e Puglia, 2016.
- ⁹ Djeddah C, Facchin P, Ranzato C, Romer C. Child abuse: current problems and key public health challenges. *Soc Sci Med*. 2000 Sep;51(6):905-15.
- ¹⁰ Dominguez TE, Chalom R, Costarino AT. The severity and cost of child abuse in the pediatric intensive care unit. *J Intensive Care Med*. 2001; 16:35–41.
- ¹¹ Anda RF, Felitti VJ, Bremner JD, Walker JD, Whitfield C, Perry BD, Dube SR, Giles WH. The enduring effects of abuse and related adverse experiences in childhood. A convergence of evidence from neurobiology and epidemiology. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 2006 Apr;256(3):174-86.
- ¹² Fang X, Corso PS. Child maltreatment, youth violence, and intimate partner violence developmental relationships. *Am J Prev Med*. 2007; 33(4):281–290.
- ¹³ Widom CS, Maxfield MG. An update on the 'cycle of violence' research in brief. National Institute of Justice:Washington D.C., 2001:1-8.
- ¹⁴ Holmes WC, Sammel MD. Brief communication: physical abuse of boys and possible associations with poor adult outcomes. *Ann Intern Med*. 2005 Oct 18;143(8):581-6.
- ¹⁵ Felitti VJ, Anda RF, Nordenberg D, Williamson DF, Spitz AM, Edwards V, Koss MP, Marks JS.

Relationship of Childhood Abuse and Household Dysfunction to Many of the Leading Causes of Death in Adults: The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *Am J Prev Med.* 2019 Jun;56(6):774-786.

¹⁶ Corso PS, Edwards VJ, Fang X, Mercy JA. Health-related quality of life among adults who experienced maltreatment during childhood. *Am J Public Health.* 2008 Jun;98(6):1094-100.

¹⁷ Currie J, Widom CS. Long-term consequences of child abuse and neglect on adult economic well-being. *Child Maltreat.* 2010 May;15(2):111-20.

¹⁸ De Bellis MD. Developmental Traumatology: The psychobiological development of maltreated children and its implications for research, treatment, and policy. *Development and Psychopathology.* 2001;13:537–561.

¹⁹ Shea A, Walsh C, Macmillan H, Steiner M. Child maltreatment and HPA axis dysregulation: relationship to major depressive disorder and post traumatic stress disorder in females. *Psychoneuroendocrinology.* 2005 Feb;30(2):162-78.

²⁰ Watamura SE, Donzella B, Kertes DA, Gunnar MR. Developmental changes in baseline cortisol activity in early childhood: relations with napping and effortful control. *Dev Psychobiol.* 2004 Nov;45(3):125-33.

²¹ Gould F, Clarke J, Heim C, Harvey PD, Majer M, Nemeroff CB. The effects of child abuse and neglect on cognitive functioning in adulthood. *J Psychiatr Res.* 2012;46(4):500–506.

²² Perry BD. Child Maltreatment: A Neurodevelopmental Perspective on the Role of Trauma and Neglect in Psychopathology In: Beauchaine T, Hinshaw SP. *Child and Adolescent Psychopathology*, 2008, Wiley & Sons.Hoboken, pp. 93-129.

²³ Glaser D. Child Abuse and Neglect and the Brain-A Review. *Journal of Child Psychology and Psychiatry.* 2000; 41(1): 97–116.

²⁴ Hart, J., Gunnar, M., & Cicchetti, D. Salivary cortisol in maltreated children: Evidence of relations between neuroendocrine activity and social competence. *Development and Psychopathology.* 1995;7(1):11-26.

²⁵ Carlson M, Earls F. Psychological and neuroendocrinological sequelae of early social deprivation in institutionalized children in Romania. *Ann N Y Acad Sci.* 1997 Jan 15;807:419-28.

²⁶ Gonzalez A. The impact of childhood maltreatment on biological systems: Implications for clinical interventions. *Paediatr Child Health.* 2013 Oct;18(8):415-8.

²⁷ Huber M, Knottnerus JA, Green L, van der Horst H, Jadad AR, Kromhout D, Leonard B, Lorig K, Loureiro MI, van der Meer JW, Schnabel P, Smith R, van Weel C, Smid H. How should we define health? *BMJ.* 2011 Jul 26;343:d4163.

²⁸ Fang X, Brown DS, Florence CS, Mercy JA. The economic burden of child maltreatment in the United States and implications for prevention. *Child Abuse Negl.* 2012 Feb;36(2):156-65.

²⁹ Rovi S1, Chen PH, Johnson MS. The economic burden of hospitalizations associated with child abuse and neglect. *Am J Public Health.* 2004;94(4):586-90.

-
- ³⁰ WHO. ICD-9-CM: International classification of diseases, 9th revision, clinical modification, 1996, Salt Lake City, Utah:Medicode.
- ³¹ World Health Organization. Report of the Consultation on Child Abuse Prevention. WHO: Geneva, 29-31 March 1999.
- ³² Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 29 novembre 2001. Definizione dei livelli essenziali di assistenza. G.U. Serie Generale, n. 33 del 08 febbraio 2002.
- ³³ United Nations. Convention on the Rights of the Child. General Assembly resolution 44/25 of 20 November 1989. Available from <https://www.ohchr.org/en/professionalinterest/pages/crc.aspx>.
- ³⁴ Tardieu A. Etude médico-légale sur le sévices et les mauvais traitements exercés sur les infants. *Ann. Hyg Pub Méd lèg.* 1860;13:361.
- ³⁵ Tardieu A. Etude médico-légale des blessures, 1868, Bardin D. Ed.:Saint Germain.
- ³⁶ Caffey J. Multiple fractures in the long bones of infants suffering from chronic subdural hematoma. *AJR Am J Roentgenol.* 1946,56(2):163-173
- ³⁷ Woolley PV Jr, Evans WA Jr. Significance of skeletal lesions in infants resembling those of traumatic origin. *J Am Med Assoc.* 1955 Jun 18;158(7):539-43.
- ³⁸ Kempe CH, Silverman FN, Steele BF, Droegemueller W, Silver HK. The battered-child syndrome. *JAMA.* 1962 Jul 7;181:17-24.
- ³⁹ Fontana VJ, Donovan D, Wong RJ. The "maltreatment syndrome" in children. *N Engl J Med.* 1963 Dec 26;269:1389-94.
- ⁴⁰ Montecchi F. Gli abusi all'infanzia: dalla ricerca all'intervento clinico, 1994, La Nuova Italia Scientifica: Roma.
- ⁴¹ Bailhache M, Leroy V, Pillet P, Salmi LR. Is early detection of abused children possible?: a systematic review of the diagnostic accuracy of the identification of abused children. *BMC Pediatr.* 2013 Dec 5;13:202.
- ⁴² Chaiyachati BH, Asnes AG, Moles RL, Schaeffer P, Leventhal JM. Gray cases of child abuse: Investigating factors associated with uncertainty. *Child Abuse Negl.* 2016 Jan;51:87-92.
- ⁴³ Thomas SA, Rosenfield NS, Leventhal JM, Markowitz RI. Long-bone fractures in young children: distinguishing accidental injuries from child abuse.
- ⁴⁴ Feldman, K. W., Bethel, R., Shugerman, R. P., Grossman, D. C., Grady, M. S., & Ellenbogen, R. G. (2001). The cause of infant and toddler subdural hemorrhage: A prospective study. *Pediatrics.* 108(3), 636–646.
- ⁴⁵ Laskey AL, Sheridan MJ, Hymel KP. Physicians' initial forensic impressions of hypothetical cases of pediatric traumatic brain injury. *Child Abuse Negl.* 2007 Apr;31(4):329-42.

-
- ⁴⁶ Buesser KE, Leventhal JM, Gaither JR, Tate V, Cooperman DR, Moles RL, Silva CT, Ehrlich LJ, Sharkey MS. Inter-rater reliability of physical abuse determinations in young children with fractures. *Child Abuse Negl.* 2017 Oct;72:140-146.
- ⁴⁷ Jones R, Flaherty EG, Binns HJ, Price LL, Slora E, Abney D, Harris DL, Christoffel KK, Sege RD; Child Abuse Reporting Experience Study Research Group. Clinicians' description of factors influencing their reporting of suspected child abuse: report of the Child Abuse Reporting Experience Study Research Group. *Pediatrics.* 2008 Aug;122(2):259-66.
- ⁴⁸ Romeo L, Gibelli D, Giannotta F, Zocchi MT, Rossi RC, Kustermann A, Cattaneo C. Can family pediatricians in Italy identify child abuse? A survey. *Minerva Pediatr.* 2016 Jun;68(3):230-6.
- ⁴⁹ Nepi L. *Violenza sessuale e soggettività sessuata*, 2017, Giappichelli Editore:Torino, pp. 35-8.
- ⁵⁰ Crisafi M, Trunfio E, Bellissimo L. *Pedofilia. Disciplina, tutele e strategie di contrasto*, 2010, Giuffrè Editore:Milano, pp. 1-10.
- ⁵¹ Schopen L. *Nicephori Gregorae historiae Byzantinae*, 1829, Weber:Bonn, pp. 287–288.
- ⁵² Moro AC. *Erode fra noi*, 1988, Mursia:Milano, pp. 5-16.
- ⁵³ Flora G, Tonini P. *Nozioni di diritto penale*, 1997, Giuffrè:Milano, pag. 344.
- ⁵⁴ Caputo I. *Mai devi dire. Indagine sull'incesto*, 1995, Corbaccio:Milano.
- ⁵⁵ Martone G. *Storia dell'abuso all'infanzia in Montecchi F. Gli abusi all'infanzia. Dalla ricerca all'intervento clinico*, 1994, La Nuova Italia Scientifica:Roma, pag. 23.
- ⁵⁶ Lascaratos J, Poulakou-Rebelakou E. Child sexual abuse: historical cases in the Byzantine empire (324-1453 A.D.). *Child Abuse Negl.* 2000 Aug;24(8):1085-90.
- ⁵⁷ Corraera MM, Martucci P. *La violenza nella famiglia. La sindrome del bambino maltrattato*, 1988, Cedam:Padova.
- ⁵⁸ Pistorelli L. *Delitti contro la morale familiare* In: Riondato S, Zatti P. *Trattato di diritto di famiglia*, Vol. 4, 2002, Giuffrè Editore:Milano, pp. 418-20.
- ⁵⁹ Cevitali A. *Compendio di Medicina Legale*, 2^a ed., 1922, Società Editrice Librai: Milano, pp. 260–72.
- ⁶⁰ Heger AH. Twenty Years in the Evaluation of the Sexually Abused Child: Has Medicine Helped or Hurt the Child and the Family? *Child Abuse & Neglect: The International Journal*, 1996;20(10):893-97.
- ⁶¹ Kempe CH. Sexual abuse, another hidden pediatric problem: the 1977 C. Anderson Aldrich lecture. *Pediatrics.* 1978;62(3):382-9.
- ⁶² Roth R. *Child sexual abuse: Incest, assault, and sexual exploitation. A special report from the National Center on Child Abuse and Neglect*. Washington: U.S. Department of Health, Education and Welfare, Office of Human Development Services, 1978.

-
- ⁶³ Peters SD, Wyatt GE, Finkelhor D. Prevalence (Chapter 1) in: Finkelhor D. A sourcebook on child sexual abuse, 1986, Sage Publication:USA, pp. 22-31.
- ⁶⁴ American Academy of Pediatrics Committee on Child Abuse and Neglect. Guidelines for the evaluation of sexual abuse of children: subject review. *Pediatrics*. 1999 Jan;103(1):186-91.
- ⁶⁵ Fantoni L. Il minore sessualmente abusato: vicende processuali e trattamento terapeutico. *ADIR – L'altro diritto*. 2003.
- ⁶⁶ Baccino E, Martrille L. Sexual abuse: epidemiology. In: Payne-James J, Byard RW. *Encyclopedia of Forensic and Legal Medicine*, 2nd ed., Vol. IV, 2015, Elsevier Science Ltd, 528-30.
- ⁶⁷ Choquet M et al. Self-reported health and behavioral problems among adolescent victims of rape in France: results of a cross-sectional survey. *Child Abuse Negl* 1997, 21:823–832.
- ⁶⁸ Goldman JD, Padayachi UK. The prevalence and nature of child sexual abuse in Queensland, Australia. *Child Abuse Negl*. 1997, 21:489–498.
- ⁶⁹ Martin EK, Silverstone PH. How Much Child Sexual Abuse is "Below the Surface," and Can We Help Adults Identify it Early? *Front Psychiatry*. 2013 Jul 15;4:58.
- ⁷⁰ Pereda N, Guilera G, Forns M, Gómez-Benito J. The prevalence of child sexual abuse in community and student samples: a meta-analysis. *Clin Psychol Rev*. 2009 Jun;29(4):328-38.
- ⁷¹ Berliner L, Elliott D. Sexual abuse of children. In: Briere J, Berliener L, Bulkley JA, Jenny C, Reid T (eds.). *The APSAC Handbook on Child Maltreatment*, 1996, Sage Publications:Thousand Oaks, CA, pp. 51-71.
- ⁷² Kuehnle K. *Assessing Allegations of Child Sexual Abuse*, 1996, Professional Resource Press:Sarasota,FL.
- ⁷³ World Health Organization. *European report on preventing child maltreatment*, 2013, World Health Organization Regional Office for Europe.
- ⁷⁴ Putnam FW. Ten-year research update review: child sexual abuse. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2003 Mar;42(3):269-78.
- ⁷⁵ Lampe A. [The prevalence of childhood sexual abuse, physical abuse and emotional neglect in Europe]. *Z Psychosom Med Psychother*. 2002;48(4):370-80.
- ⁷⁶ Barth J, Bermetz L, Heim E, Trelle S, Tonia T. The current prevalence of child sexual abuse worldwide: a systematic review and meta-analysis. *Int J Public Health*. 2013 Jun;58(3):469-83.
- ⁷⁷ Finkelhor D. The international epidemiology of child sexual abuse. *Child Abuse Negl* 1994; 18: 409-17.
- ⁷⁸ Cattaneo C, Ruspa M, Motta T, Gentilomo A, Scagnelli C. Child sexual abuse: an Italian perspective. *Am J Forensic Med Pathol* 2007; 28: 163-7.

-
- ⁷⁹ Di Giacomo E, Alamia A, Cicolari F, Cimolai V, Clerici M. Abuso sessuale nei confronti di soggetti minorenni: un'inguaribile ferita? *Riv Psichiatr* 2013; 48(4): 273-284.
- ⁸⁰ Bronfenbrenner U. *The ecology of human development. Experiments by nature and design*, 1986, Harvard University Press, Cambridge.
- ⁸¹ Johnson CF. Child sexual abuse. *Lancet*. 2004;364(9432):462-70.
- ⁸² Gérard M. The sexual abuse of children. *Rev Med Brux*. 2005;26(4):S333-9.
- ⁸³ Finkelhor D. Current information on the scope and nature of child sexual abuse. In: Behrman R, ed. *The Future of Children*. Los Altos, Calif: Center for the Future of Children; 1994:31-54.
- ⁸⁴ Singh MM, Parsekar SS, Nair SN. An epidemiological overview of child sexual abuse. *J Family Med Prim Care*. 2014 Oct-Dec;3(4):430-5.
- ⁸⁵ Sidebotham P, Golding J; ALSPAC Study Team. Avon Longitudinal Study of Parents and Children. Child maltreatment in the "children of the nineties" a longitudinal study of parental risk factors. *Child Abuse Negl*. 2001 Sep;25(9):1177-200.
- ⁸⁶ Tomkiewicz S. Psychological mechanisms of violent behavior against children. *Child Abuse Negl*. 1998 Oct;22(10):947-57.
- ⁸⁷ Vogeltanz ND, Wilsnack SC, Harris TR, Wilsnack, RW, Wonderlich SA, Kristjanson AF. Prevalence and risk factors for childhood sexual abuse in women: National survey findings. *Child Abuse Negl*. 1999;23(6), 579-592.
- ⁸⁸ Leifer M, Kilbane T, Jacobsen T, Grossman G. A three-generational study of transmission of risk for sexual abuse. *J Clin Child Adolesc Psychol*. 2004 Dec;33(4):662-72.
- ⁸⁹ Berrien FB, Aprelkov G, Ivanova T, Zhmurov V, Buzhicheeva V. Child abuse prevalence in Russian urban population: a preliminary report. *Child Abuse Negl*. 1995 Feb;19(2):261-4.
- ⁹⁰ Swiss S, Giller JE. Rape as a crime of war. A medical perspective. *JAMA*. 1993 Aug 4;270(5):612-5.
- ⁹¹ Finkelhor D. Prevention of sexual abuse through educational programs directed toward children. *Pediatrics* 2007;120:640-645.
- ⁹² Ross PA, Brady W. Evaluating pediatric sexual abuse in the emergency department. *Emergency Medline Reports*. 2002.
- ⁹³ Faller KC. *Child Sexual Abuse: Intervention and Treatment Issues. The User Manual Series*, 1993, Washington, DC: U.S. Department of Health and Human Services, Administration for Children and Families, 30-8.
- ⁹⁴ Krajewski W, Wojciechowska J, Krefft M, Hirnle L, Kolodziej A. Urogenital tract disorders in children suspected of being sexually abused. *Cent European J Urol*. 2016; 69: 112-117.

-
- ⁹⁵ Morrow J, Yeager CA, Lewis DO. Encopresis and sexual abuse in a sample of boys in residential treatment. *Child Abuse Negl.* 1997 Jan; 21(1): 11-18.
- ⁹⁶ Anderson B, Thimmesch I, Aardsma N, Terrell M, Carstater S, Schober J. The prevalence of abnormal genital findings, vulvovaginitis, enuresis and encopresis in children who present with allegations of sexual abuse *Journal of Pediatric Urology*, 2014; 10: 1216e1221.
- ⁹⁷ Hobbs CJ, Wynne JM. The sexually abused battered child. *Arch Dis Child.* 1990 Apr;65(4):423-7.
- ⁹⁸ Finkelhor D, Berliner L Research on the treatment of sexually abused children: a review and recommendations. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1995;34:1408-1423.
- ⁹⁹ Lynskey M, Fergusson D: Factors protecting against the development of adjustment difficulties in young adults exposed to childhood sexual abuse. *Child Abuse Negl* 1997;21:1177-1190.
- ¹⁰⁰ Kendall-Tackett KA, Williams LM, Finkelhor D. Impact of sexual abuse on children: a review and synthesis of recent empirical studies. *Psychol Bull* 1993; 113(1):164-180.
- ¹⁰¹ Gavril AR, Kellogg ND, Nair P. Value of follow-up examinations of children and adolescents evaluated for sexual abuse and assault. *Pediatrics.* 2012; 129(2):282-9.
- ¹⁰² Finkelhor D. Child Sexual Abuse. Challenges Facing Child Protection and Mental Health Professionals (Part III, Child Sexual Abuse). In: Ullmann E, Hilweg W. *Childhood and Trauma. Separation, Abuse, War*, 1999, Ashgate Publishing Company:Brookfield,Vermont, pp. 122-3.
- ¹⁰³ Keeshin BR, Corwin DL. Psychological Impact and Treatment of Sexual Abuse of Children (Chapter 49). In: Jenny C. *Child Abuse and Neglect. Diagnosis, Treatment, and Evidence*, 2011, Saunders Elsevier:St. Louis, Missouri, pp. 464-5.
- ¹⁰⁴ Adams JA. Medical evaluation of suspected child sexual abuse. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 2004; 17(3):191-7.
- ¹⁰⁵ Alaggia R. Many ways of telling expanding conceptualizations of child sexual abuse disclosure. *Child Abuse and Neglect.* 2004;28(11): 1213-1227.
- ¹⁰⁶ Summit RC. The child sexual abuse accommodation syndrome. *Child Abuse and Neglect.* 1983;7(2): 177-193.
- ¹⁰⁷ Sorenson T, Snow B. How children tell: the process of disclosure in child sexual abuse. *Child Welfare.* 1991;70(1):3-15.
- ¹⁰⁸ Bradley A, Wood JM. How do children tell? The disclosure process in child sexual abuse. *Child Abuse Negl.* 1996;20(9):881-891.
- ¹⁰⁹ Kogan SM. The role of disclosing child sexual abuse on adolescent adjustment and revictimization. *Journal of Child Sexual Abuse.* 2004;14(2):25-47.
- ¹¹⁰ Hershkowitz I, Lamb ME, Orbach Y, Katz C, Horowitz D. The development of communicative and narrative skills among preschoolers: lessons from forensic interviews about child abuse. *Child*

Dev. 2012 Mar-Apr; 83(2): 611-22.

¹¹¹ Dion J, Cyr M. The use of the NICHD protocol to enhance the quantity of details obtained from children with low verbal abilities in investigative interviews: a pilot study. *J Child Sex Abus.* 2008; 17(2): 144-62.

¹¹² Giroux ME, Chong K, Coburn PI, Connolly DA. Differences in child sexual abuse cases involving child versus adolescent complainants. *Child Abuse Negl.* 2018 May; 79: 224-233.

¹¹³ Paine ML, Hansen DJ. Factors influencing children to self-disclose sexual abuse. *Clin Psychol Rev.* 2002 Mar;22(2):271-95.

¹¹⁴ Campis LB, Hebden-Curtis J, DeMaso DR. Developmental differences in detection and disclosure of sexual abuse. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 1993 Sep; 32(5): 920-4.

¹¹⁵ O'Leary PJ, Barber J. Gender differences in silencing following childhood sexual abuse. *J Child Sex Abus.* 2008; 17(2): 133-43.

¹¹⁶ Gagnier C, Collin-Vézina D. The Disclosure Experiences of Male Child Sexual Abuse Survivors. *J Child Sex Abus.* 2016; 25(2): 221-41.

¹¹⁷ Ben-David S, Silfen P. Rape death and resurrection: male reaction after disclosure of the secret of being a rape victim. *Med Law.* 1993; 12(1-2): 181-9.

¹¹⁸ Priebe G, Svedin CG. Child sexual abuse is largely hidden from the adult society. An epidemiological study of adolescents' disclosures. *Child Abuse Negl.* 2008 Dec; 32(12): 1095-108.

¹¹⁹ Okur P, van der Knaap LM, Bogaerts S. A Quantitative Study on Gender Differences in Disclosing Child Sexual Abuse and Reasons for Nondisclosure. *J Interpers Violence.* 2017 Jul 1:886260517720732.

¹²⁰ Lamb ME, Garretson ME. The effects of interviewer gender and child gender on the informativeness of alleged child sexual abuse victims in forensic interviews. *Law Hum Behav.* 2003 Apr; 27(2): 157-71.

¹²¹ Kogan SM. Disclosing unwanted sexual experiences: results from a national sample of adolescent women. *Child Abuse and Neglect.* 2004 Feb; 28(2): 147-165.

¹²² Xiao H, Smith-Prince J. Disclosure of Child Sexual Abuse: The Case of Pacific Islanders. *J Child Sex Abus.* 2015; 24(4): 369-84.

¹²³ Fontes LA, Plummer C. Cultural issues in disclosures of child sexual abuse. *J Child Sex Abus.* 2010 Sep; 19(5): 491-518.

¹²⁴ Mason C, Kennedy N. Sexual abuse in Malawi: patterns of disclosure. *J Child Sex Abus.* 2014; 23(3): 278-89.

¹²⁵ Kelly J, Kabanga J, Cragin W, Alcayna-Stevens L, Haider S, Vanrooyen MJ. 'If your husband doesn't humiliate you, other people won't': Gendered attitudes towards sexual violence in eastern Democratic Republic of Congo. *Global Public Health.* 2012; 7(3): 285-298.

-
- ¹²⁶ Taegtmeier M, Davies A, Mwangome M, van der Elst EM, Graham SM, Price MA, et al. Challenges in providing counselling to MSM in highly stigmatized contexts: Results of a qualitative study from Kenya. *PLoS One*. 2013; 8(6): e64527.
- ¹²⁷ Fisher AK, Mackey TD, Langendoen C, Barnard M. Child and Interviewer Race in Forensic Interviewing. *J Child Sex Abus*. 2016 Oct; 25(7): 777-792.
- ¹²⁸ Crisma M, Bascelli E, Paci D, Romito P. Adolescents who experienced sexual abuse: fears, needs and impediments to disclosure. *Child Abuse Negl*. 2004 Oct; 28(10): 1035-48.
- ¹²⁹ Calamoneri F, Arminio N. Modalità e procedure di ascolto giudiziario e denunce infondate di abuso sessuale. *Atti XXIII Congresso Nazionale SINPIA, Padova-Abano Terme 25-28 ottobre 2006*, pp. 419-421.
- ¹³⁰ Rossi L, Benatti F. Suggestionabilità e ascolto del bambino, in Rossi L. (ed.), *Trattato di psicologia del maltrattamento e dell'abuso*, vol. IV, 2009, Scriptaweb:Napoli.
- ¹³¹ Cesi S, Masina E, Camerini GB. Vere e False denunce di abuso sessuale: studio di una casistica in separazioni conflittuali, 13° International Congress of the ESCAP, "Bridging the gaps", Firenze, 25-29 agosto 2007.
- ¹³² Jones DPH, McGraw JM. Reliable and fictitious accounts of sexual abuse to children. *Journal of Interpersonal Violence* 1987; 2: 27-45.
- ¹³³ Everson MD, Boat BW. False allegations of sexual abuse by children and adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1989 Mar;28(2):230-5.
- ¹³⁴ Oates RK, Jones DP, Denson D, Sirotnak A, Gary N, Krugman RD. Erroneous Concerns About Child Sexual Abuse *Child Abuse & Neglect*. 2000; 24, No. 1: 149-157.
- ¹³⁵ Everson M, Boat B. False allegations of sexual abuse by children and adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1989;28:230-235.
- ¹³⁶ World Health Organization. *Guidelines for medico-legal care for victims of sexual violence*, 2003, WHO Publications:Geneva, pp. 34-5.
- ¹³⁷ Shrimpton S, Oates RK, Hayes S: Children's memory of events: effects of stress, age, time delay and place of interview. *Appl Cogn Psychol* 1998;12:133-143.
- ¹³⁸ Società Italiana di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza. *Linee Guida in tema di abuso sessuale sui minori*, 2007, Edizioni Erickson:Gardolo (TN).
- ¹³⁹ London K, and Bruck M. Disclosure of child sexual abuse. What Does the Research Tell Us About the Ways That Children Tell?. *American Psychological Association* 2005; 11, No. 1: 194-226.
- ¹⁴⁰ Kellogg ND. Interviewing children and adolescents about suspected abuse (Chapter 7). In: Jenny C. *Child Abuse and Neglect. Diagnosis, Treatment, and Evidence*, 2011, Saunders Elsevier:St. Louis, Missouri, pp. 46-7.

-
- ¹⁴¹ Risin LI, Mc Namara JR. Validation of CSA: the Psychologist's Role. In *Journal of Clinical Psychology*, 45, 1, 1989, p.175-184.
- ¹⁴² Fisher-Owens SA, Lukefahr JL, Tate AR; American Academy of Pediatrics, Section on Oral Health; Committee on Child Abuse and Neglect; American Academy of Pediatric Dentistry, Council on Clinical Affairs, Council on Scientific Affairs; Ad Hoc Work Group on Child Abuse and Neglect. Oral and Dental Aspects of Child Abuse and Neglect. *Pediatrics*. 2017 Aug;140(2). pii: e20171487.
- ¹⁴³ Aprile A, Russo M, Ciraso G. Ecchimosi: proposta di un metodo per la datazione. *Riv. It. Med. Leg.* 2010;32:1013-25.
- ¹⁴⁴ Adams JA, Harper K, Knudson S, Revilla J. Examination findings in legally confirmed child sexual abuse: it's normal to be normal. *Pediatrics*. 1994 Sep;94(3):310-7.
- ¹⁴⁵ Anderst J, Kellogg N, Jung I. Reports of repetitive penile-genital penetration often have no definitive evidence of penetration. *Pediatrics*. 2009 Sep;124(3):e403-9.
- ¹⁴⁶ McCann J, Miyamoto S, Boyle C, Rogers K. Healing of hymenal injuries in prepubertal and adolescent girls: a descriptive study. *Pediatrics*. 2007 May;119(5):e1094-106.
- ¹⁴⁷ McCann J, Miyamoto S, Boyle C, Rogers K. Healing of nonhymenal injuries in prepubertal and adolescent girls: a descriptive study. *Pediatrics*. 2007 Nov;120(5):1000-11.
- ¹⁴⁸ Heppenstall-Heger A, McConnell G, Ticson L, Guerra L, Lister J, Zaragoza T. Healing patterns in anogenital injuries: a longitudinal study of injuries associated with sexual abuse, accidental injuries, or genital surgery in the preadolescent child. *Pediatrics*. 2003 Oct;112(4):829-37.
- ¹⁴⁹ Adams JA, Kaplan RA, Starling SP, Mehta NH, Finkel MA, Botash AS, Kellogg ND, Shapiro RA. Guidelines for Medical Care of Children Who May Have Been Sexually Abused, *J Pediatr Adolesc Gynecol*. 2007; 20: 163e172.
- ¹⁵⁰ Herrmann B, Banaschak S, Csorba R, Navratil F, Dettmeyer R. Physical Examination in Child Sexual Abuse, *Approaches and Current Evidence Dtsch Arztebl Int* 2014; 111.
- ¹⁵¹ Finkel MA. Anogenital trauma in sexually abused children. *Pediatrics*. 1989 Aug; 84(2):317-22.
- ¹⁵² Watkeys JM, Price LD, Upton PM and Maddocks A. The timing of medical examination following an allegation of sexual abuse: is this an emergency? *Arch Dis Child* 2008; 93: 851-856.
- ¹⁵³ Berenson AB, Chacko MR, Wiemann CM, Mishaw CO, Friedrich WN, Grady JJ. A case control study of anatomic changes resulting from sexual abuse. *Am J Obstet Gynecol* 2000; 182:820.
- ¹⁵⁴ Adams JA, Botash AS, Kellogg N. Differences in hymenal morphology between adolescent girls with and without a history of consensual sexual intercourse. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2004; 158:280.
- ¹⁵⁵ Berenson AB. Appearance of the hymen at birth and one year of age: a longitudinal study. *Pediatrics*. 1993 Apr;91(4):820-5.

-
- ¹⁵⁶ Berenson AB. A longitudinal study of hymenal morphology in the first 3 years of life. *Pediatrics*. 1995 Apr;95(4):490-6.
- ¹⁵⁷ Adams JA, Kellogg ND, Farst KJ, Harper NS, Palusci VJ, Frasier LD, Levitt CJ, Shapiro RA, Moles RL, Starling SP. Updated Guidelines for the Medical Assessment and Care of Children Who May Have Been Sexually Abused. *J Pediatr Adolesc Gynecol*. 2016 Apr;29(2):81-7.
- ¹⁵⁸ McCann J, Voris J, Simon M and Wells R. Comparison of Genital Examination Techniques in Prepubertal Girls *Pediatrics*. 1990; 85: 182.
- ¹⁵⁹ Gazzetta Ufficiale del 20 febbraio 1996 n.42. Legge 15 febbraio 1996 n.66, Norme contro la violenza sessuale, artt. 3-11.
- ¹⁶⁰ Gazzetta Ufficiale del 15 febbraio 2006 n.38. Legge 6 febbraio 2006 n.38, Disposizioni in materia di lotta contro lo sfruttamento sessuale dei bambini e la pedopornografia anche a mezzo internet, artt. 6-8.
- ¹⁶¹ Flora G, Tonini P. *Nozioni di diritto penale*, 1997, Giuffrè: Milano, 347.
- ¹⁶² Aprile A, Ranzato C, Rosa-Rizzotto MR, Facchin P. *Child Sexual Abuse: Pitfalls in the Substantiation Process*, 2009, Nova Science Publishers Inc:New York, NY.
- ¹⁶³ Herman S. Improving decision making in forensic child sexual abuse evaluations. *Law Hum Behav*. 2005 Feb; 29(1):87-120.
- ¹⁶⁴ Adams JA, Harper K, Knudson S. A proposed system for the classification of anogenital findings in children with suspected sexual abuse. *Adolesc Pediatr Gynecol*. 1992; 5: 73-75.
- ¹⁶⁵ Adams JA. Evolution of a classification scale: medical evaluation of suspected child sexual abuse. *Child Maltreat*. 2001 Feb;6(1):31-6.
- ¹⁶⁶ Royal College of Paediatrics and Child Health and The Royal College of Physicians of London and its Faculty of Forensic and Legal Medicine. *The Physical Signs of Child Sexual Abuse: an evidence-based review and guidance for best practice*, July 2008, Lavenham Press:UK.
- ¹⁶⁷ Giolito MR, Gruppo di lavoro per l'abuso e il maltrattamento dell'infanzia. *L'abuso sessuale nei bambini prepuberi. Requisiti e raccomandazioni per una valutazione appropriata*, 2010, Il Pensiero Scientifico Editore: Roma.
- ¹⁶⁸ Carta di Noto IV. *Linee Guida per l'esame del minore*, 2017.
- ¹⁶⁹ Cheung PCH, Ko CH, Lee HYM, Ho LMC, To WWK, Ip PLS: Correlation of colposcopic anogenital findings and overall assessment of child sexual abuse: prospective study. *Hong Kong Med J* 2004, 10(6):378–383.
- ¹⁷⁰ Myhre AK, Adams JA, Kaufhold M, Davis JL, Suresh P, Kuelbs CL. Anal findings in children with and without probable anal penetration: a retrospective study of 1115 children referred for suspected sexual abuse. *Child Abuse Negl*, 2013;37(7):465-74.
- ¹⁷¹ Christian CW. Timing of the medical examination. *J Child Sex Abuse* 2011; 20: 505.

-
- ¹⁷² Paradise JE, Finkel MA, Beiser AS, Berenson AB, Greenberg DB, Winter MR. Assessments of girl's genital findings and the likelihood of sexual abuse: agreement among physicians self-rated as skilled. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 1997 Sep;151(9):883-91.
- ¹⁷³ Joki-Erkkilä M. Child sexual abuse—Medical statement conclusions in criminal legal process *Forensic Science International.* 2014;239: 31–36.
- ¹⁷⁴ De Jong AR. Legal proof of Child sexual abuse in the Absence of Physical evidence *Pediatrics.* 1991 Sep;88(3):506-11.
- ¹⁷⁵ Marlene Beyer Eg: Hymenal lesions and legal outcome in sexually abused girls with a history of vaginal penetration. *Forensic Science International* 2015; 252: 163–167.
- ¹⁷⁶ Jiang F, Jiang Y, Zhi H, Dong Y, Li H, Ma S, Wang Y, Dong Q, Shen H, Wang Y. Artificial intelligence in healthcare: past, present and future. *Stroke Vasc Neurol.* 2017 Jun 21;2(4):230-243.
- ¹⁷⁷ Abramoff MD, Lavin PT, Birch M, et al. Pivotal trial of an autonomous AI-based diagnostic system for detection of diabetic retinopathy in primary care offices. *NPJ Digit Med* 2018;1:1–8.
- ¹⁷⁸ Eckenrode J, Powers J, Doris J, Munsch J, Bolge N. *Journal of Consulting and Clinical Psychology.* 1988; Vol. 56, No. 1: 9-16.
- ¹⁷⁹ Drake B. Unraveling “unsubstantiated.” *Child Maltreatment.* 1996;1: 261–271.
- ¹⁸⁰ Cross TP, Casanueva C. Caseworker Judgments and Substantiation. *Child Maltreat.* 2009;14(1):38-52.
- ¹⁸¹ Fakunmoju SB. Substantiation and adverse appeal outcomes: content analysis and testing of Drake's harm/evidence model. *Child Maltreat.* 2009 Feb;14(1):53-68.
- ¹⁸² Fakunmoju SB. Substantiation assessment criteria: a framework for evaluating contested substantiation in child protection practice. *Child Welfare.* 2013;92(1): 89-114.
- ¹⁸³ Mathews B, Collin-Vézina D. Child Sexual Abuse: Toward a Conceptual Model and Definition. *Trauma Violence Abuse.* 2019 Apr;20(2):131-148.
- ¹⁸⁴ Klyko WM, Kay J (Eds.). *Clinical Child Psychiatry*, 3rd ed., 2012, Wiley Blackwell, UK:Oxford.
- ¹⁸⁵ Austin PF, Bauer SB, Bower W, Chase J, Franco I, Hoebeke P, Rittig S, Walle JV, von Gontard A, Wright A, Yang SS, Nevéus T. The standardization of terminology of lower urinary tract function in children and adolescents: Update report from the standardization committee of the International Children's Continence Society. *Neurourol Urodyn.* 2016 Apr;35(4):471-81.
- ¹⁸⁶ Johnson TC, Hooper RI. Boundaries and family practices: implications for assessing child abuse. *J Child Sex Abus.* 2003;12(3-4):103-25.
- ¹⁸⁷ Sobralske MC, Gruber ME. Risks and benefits of parent/child bed sharing. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners.* 2009;21:474-9.

-
- ¹⁸⁸ Noll JG, Trickett PK, Susman EJ, Putnam FW. Sleep disturbances and childhood sexual abuse. *J Pediatr Psychol*. 2006 Jun; 31(5): 469-480.
- ¹⁸⁹ Sanci L, Coffey C, Olsson C, Reid S, Carlin JB, Patton G. Childhood sexual abuse and eating disorders in females: findings from the Victorian Adolescent Health Cohort Study. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2008 Mar;162(3):261-7.
- ¹⁹⁰ Wonderlich SA, Brewerton TD, Jovic Z, Dansky BS, Abbott DW. Relationship of childhood sexual abuse and eating disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1997 Aug;36(8):1107-15.
- ¹⁹¹ Killen JD, Hayward CL, Litt I et al. Is puberty a risk factor for eating disorders? *Am J Dis Child*. 1992;146 (3) 323- 325.
- ¹⁹² Mellon MW, Whiteside SP, Friedrich WN. The relevance of fecal soiling as an indicator of child sexual abuse: a preliminary analysis. *J Dev Behav Pediatr*. 2006 Feb; 27(1): 25-32.
- ¹⁹³ Cosentino CE, Meyer-Bahlburg HFL, Alpert JD, Weinberg SL, Gaines R. Sexual behavior problems and psychopathology symptoms in sexually abused girls, *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 1995; 34: 1033–1042.
- ¹⁹⁴ Townsend C. Child sexual abuse disclosure: What practitioners need to know. 2016, *Darkness to Light:Charleston (S.C.)* Retrieved from www.D2L.org.
- ¹⁹⁵ Wubs D, Batstra L, Grietens HWE. Speaking with and without words-an analysis of foster children's expressions and behaviors that are suggestive of prior sexual abuse. *J Child Sex Abus*. 2018 Jan; 27(1): 70-87.
- ¹⁹⁶ Schooler JW, Gerhard D, Loftus EF. Qualities of the unreal. *Journal of Experimental Psychology: Learning, Memory, and Cognition*. 1986;12:71–181.
- ¹⁹⁷ van der Kolk BA, Fisler RE. Dissociation and the fragmentary nature of traumatic memories: overview and exploratory study. *J Trauma Stress*. 1995 Oct;8(4):505-25.
- ¹⁹⁸ Green AH. True and false allegations of sexual abuse in child custody disputes. *J Am Acad Child Psychiatry*. 1986 Jul;25(4):449-56.
- ¹⁹⁹ Goodman GS, Myers JE, Qin J, Quas JA, Castelli P, Redlich AD, Rogers L. Hearsay versus children's testimony: Effects of truthful and deceptive statements on jurors' decisions. *Law Hum Behav*. 2006 Jun; 30(3): 363-401.
- ²⁰⁰ Keary K and Fitzpatrick C. Children's disclosure of sexual abuse during formal investigation. 1994. *Child Abuse and Neglect* 18, 543-548.
- ²⁰¹ Ghetti S, Goodman G S, Eisen, ML. Consistency in children's reports of sexual and physical abuse. (2002). *Child Abuse & Neglect*, 26, 977–995.
- ²⁰² Leach C, Powell MB, Sharman SJ, Anglim J. The relationship between children's age and disclosures of sexual abuse during forensic interviews. *Child Maltreat*. 2017 Feb;22(1):79-88.