

Maltrattamento e abuso

M.R.Giolito
Direttore DMI
ASL Città di TORINO



Napoli 27 aprile 2019

Nel 1874 a New York un'infermiera, Etta Wheeler, scoprì il maltrattamento grave su una bambina di 8 anni, vicina di casa Mary Ellen McCortmack

- Denunciò il caso alla Società di Protezione degli Animali che intervenne e salvò la bambina**

L'anno dopo fu fondata a New York la prima Società di Protezione dell'Infanzia: “la New York Society for the Prevention of Cruelty to Children”



Dr. C. Henry Kempe
“Battered Child Syndrome”

1962



Kempe, pediatra americano negli anni 70 iniziava a parlare ai pediatri di abuso sui bambini.
Nonostante il problema non sia più così nascosto come allora resta a tutt'oggi un problema che preoccupa gli specialisti per le difficoltà di un riconoscimento precoce

Clinical practice: recognizing child sexual
abuse—what makes it so difficult?

Thekla F. Vrolijk-Bosschaart¹ & Sonja N. Brilleslijper-Kater¹ & Marc A. Benninga² & Ramón J. L. Lindauer^{3,4} &
Arianne H. Teeuw¹

8 June 2018

Springer



Eventi sfavorevoli
rilevati nell'infanzia
(esperienze che rappresentano
problemi medici e sociali di
rilevanza nazionale)

Crescere in un contesto familiare
con:

Abusi fisici, sessuali, psicologici

Violenza domestica

Abuso di sostanze

Malattia mentale

Un solo genitore o nessun
genitore

Un membro della famiglia in
carcere

Studio ACE (studio sulle
esperienze avverse nell'infanzia)

www.cestudy.org



Risultati:
molti eventi sfavorevoli rilevati
nell'infanzia
sono associati a

Cancro

Malattie cardiache

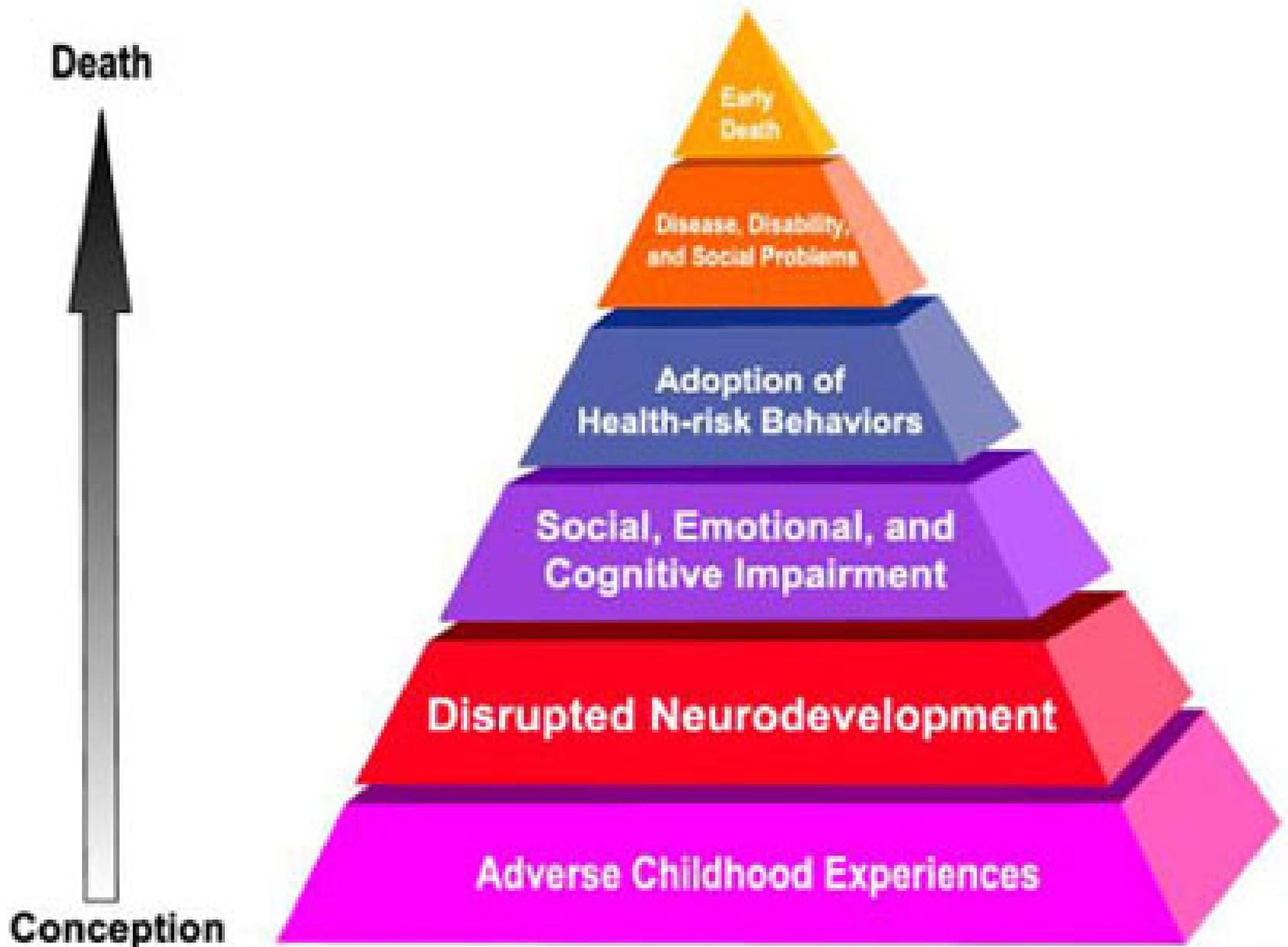
Ictus

Diabete

Malattie epatiche

Rischio MST

Malattie polmonari da fumo



Mechanisms by Which Adverse Childhood Experiences Influence Health and Well-being Throughout the Lifespan



Conclusioni dello studio

“Le esperienze avverse nell’infanzia sono il determinante principale della salute e del benessere sociale di una nazione”

(www.cestudy.org)

Characteristics of child physical and sexual abuse as predictors of psychopathology. J Adams, S.Mrug, D.Knight. Child Abuse & Neglect 86 (2018) 167-177.

Quale maltrattamento?

Patologia della fornitura di cure
(incuria, discuria, ipercura)



Maltrattamento fisico



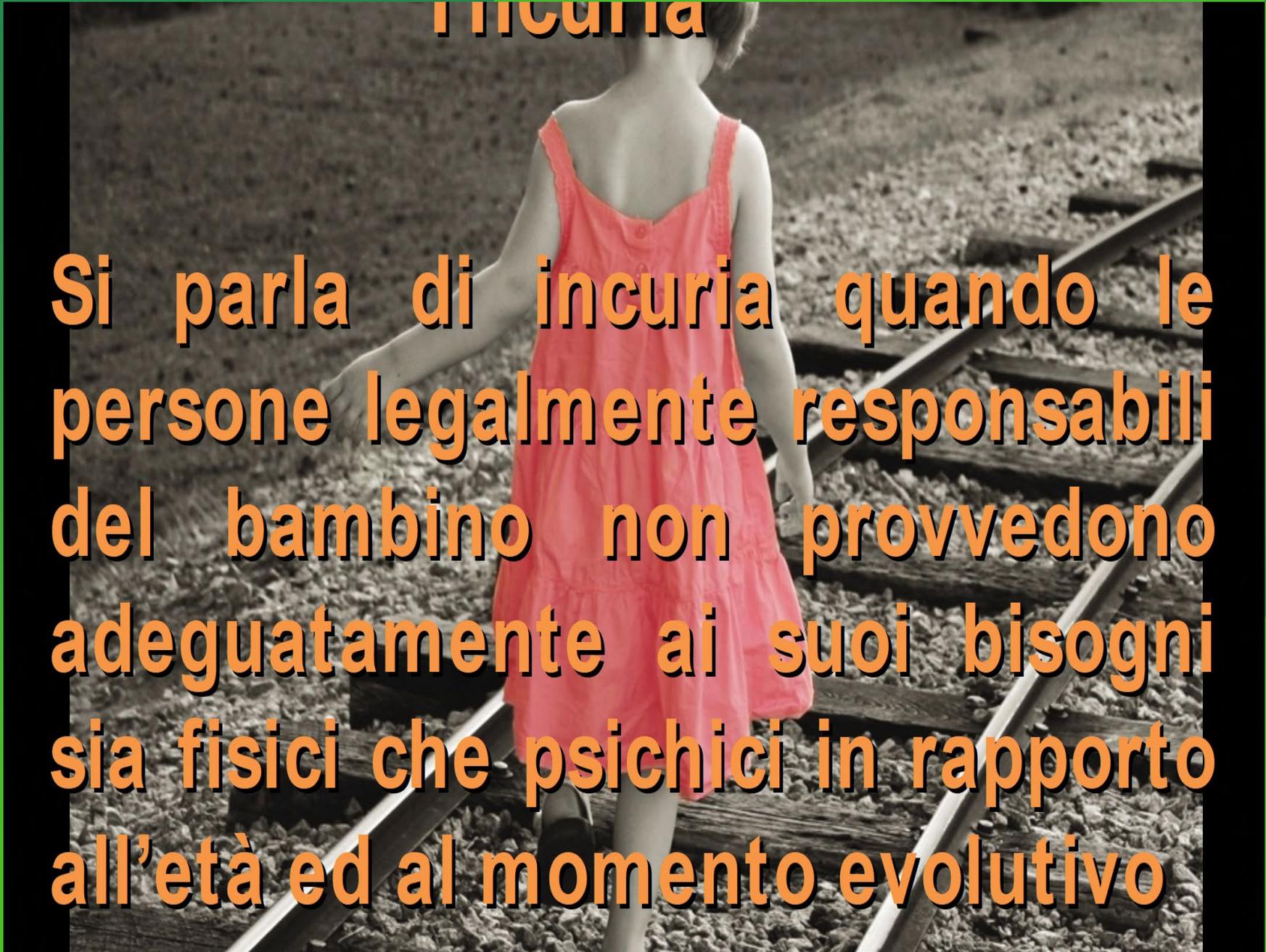
Maltrattamento psicologico



Abuso Sessuale

Incuria

Si parla di incuria quando le persone legalmente responsabili del bambino non provvedono adeguatamente ai suoi bisogni sia fisici che psichici in rapporto all'età ed al momento evolutivo



incuria

Esistono diversi gradi di incuria

**dall'abbandono totale al disinteresse per i
bisogni emotivi del bambino**



**Distorsione della
prestazione della
cura; in realtà le cure
vengono**

**effettuate, ma non
sono adeguate al
momento evolutivo**

**Il bambino è “normale”
per i genitori solo
quando il suo
comportamento
coincide con le loro
aspettative**



Atteggiamenti tipici di discuria

Anacronismo delle cure

**Imposizione di ritmi di
acquisizione precoci**

**Aspettative irrazionali con
richiesta di prestazioni
superiori alla norma**



Sindrome di Munchausen per procura

La più grave forma di ipercura in cui i genitori inventano o procurano essi stessi malattie ai propri figli che sono quindi sottoposti a continui ed inutili accertamenti ed a cure inopportune



Distinguiamo tre tipi di perpetuatori:

- HELP SEEKER**, madri che hanno una costante preoccupazione «medica» per il figlio comunicano la propria ansia, depressione e la percezione della propria incapacità a prendersi cura del figlio;
- ACTIVE INDUCERS**, inducono malattie nei loro figli con metodi drammatici; sono madri ansiose e depresse ed hanno il desiderio di essere riconosciute come eccezionali nella cura dei figli;
- DOCTORS ADDICTS**, sono persone ossessionate dalle cure mediche per malattie inesistenti dei loro figli; riportano storie cliniche e sintomi falsi.

Sindrome da indennizzo per procura

Il bambino assume dei sintomi riferiti dai genitori in situazioni in cui è previsto un indennizzo economico e i sintomi scompaiono quando si ottiene il compenso economico



Maltrattamento fisico:

**SEDI di lesioni
sospette**



il viso (non la fronte o il mento)

le orecchie

gli arti superiori

il dorso, il torace, l'addome e i glutei

le cosce le mani e i piedi

Quali lesioni?

**lesioni superficiali: ecchimosi piaghe -
cicatrici – abrasioni - segni di morso - ustioni**

**lesioni scheletriche
(escludere patologie
sistemiche!)**

**lesioni del sistema
nervoso centrale**

lesioni addominali e toraciche



Lesioni scheletriche

Riscontro occasionale in bambini giunti all'attenzione del medico per altre patologie

L'esame radiologico può mostrare lesioni in stadi diversi di riparazione (no trauma unico)

Circa l'80% delle fratture da maltrattamento si osservano nei bambini di età <18 mesi

Il maltrattamento fisico è generalmente ripetuto nel tempo e tende ad aumentare di gravità

La precocità della diagnosi, della segnalazione e dell'intervento sono essenziali per prevenire lesioni future e più gravi

il maltrattamento è la terza causa di morte dei/delle bambini/e dopo SIDS ed incidenti



**Il tasso di maltrattamento
e abuso sessuale nella
popolazione dei soggetti
portatori di handicap è
da 4 a 10 volte
maggiore che nella
popolazione di bambini
senza
handicap**



Principali sintomi...

Mostrarsi insolitamente triste

- Improvvisi cambiamenti nel comportamento e nelle abitudini
- Dolori fisici che non trovano una spiegazione medica
- Disturbi del sonno
- Improvviso calo del rendimento scolastico
- Sviluppo di nuove paure
- Comportamenti regressivi
- Comportamenti autolesionistici

L'esatta prevalenza dell'abuso sessuale nell'infanzia rimane sconosciuta

Si stima che nel mondo la prevalenza, a seconda degli studi, vari dal 3 al 31%

Molti casi rimangono sconosciuti.

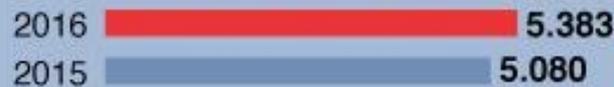
The Children's Commissioner for England nel 2017 dichiara che solo 1 bambino su otto vittime giunge all'attenzione dei Servizi.

Stoltenborgh M, van IJzendoorn MH, Euser EM, Bakermans-Kranenburg MJ (2011) A global perspective on child sexual abuse: meta-analysis of prevalence around the world. Child Maltreat 16: 79-101

Barth J, Bermetz L, Heim E, Trelle S, Tonia T (2013) The current prevalence of child sexual abuse worldwide: a systematic review and meta-analysis. Int J Public Health 58:469-483

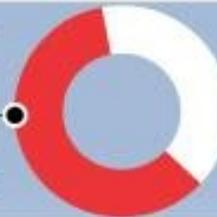
LA VIOLENZA SUI MINORI

Minori che hanno subito violenza



+6%

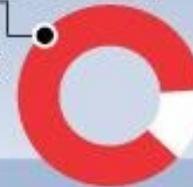
Il 58% delle vittime sono femmine



oltre 950 di essi hanno subito violenza sessuale

Femmine

- 83% delle violenze sessuali
- 82% nel giro della produzione di materiale pornografico



In aumento

- +12% le vittime di maltrattamento in famiglia
- 1.618 casi in Italia nel 2016



- +23% il numero di minori vittime di botte che hanno obbligato il ricorso all'ospedale e la denuncia

La definizione



- Si parla di abuso sessuale quando un bambino/a è coinvolto/a in attività sessuali che non può comprendere, per le quali è psicologicamente impreparato ed alle quali non può dare il proprio consenso e/o che violano le leggi o i tabù sociali.
- Le attività sessuali possono includere tutte le forme di contatto oro-genitale, genitale o anale con il bambino/a o al bambino/a, o abusi senza contatto diretto quali l'esibizionismo, il voyerismo o usando il bambino/a per la produzione di materiale pornografico.
- l'abuso sessuale include uno spettro di attività che va dallo stupro all'abuso meno intrusivo.

American Academy of Pediatrics 1999

LA VIOLENZA SUL BAMBINO

- I professionisti che effettuano la valutazione dei casi di sospetto abuso devono possedere le seguenti competenze:
- Abilità comunicative per relazionarsi con il bambino/a e con gli adulti che si occupano di lui/lei.
- Attitudine al lavoro inter-disciplinare: saper lavorare in modo integrato con professionisti di altre aree.



La valutazione di un sospetto di maltrattamento/abuso sessuale può essere paragonato alla realizzazione di un puzzle composto da diversi pezzi:

La storia medica

La storia psico sociale

L'esame fisico

I reperti laboratoristici

Da dove partire?

Benchè il racconto spontaneo del minore sia considerato in tutta la letteratura internazionale l'indicatore più specifico dell'abuso sessuale, la maggior parte dei bambini non parla spontaneamente o ne parla molto tardi e spesso solo in età adulta



Clinical practice: recognizing child sexual abuse—what makes it so difficult?

Thekla F. Vrolijk-Bosschaart¹ & Sonja N. Brilleslijper-Kater¹ & Marc A. Benninga² & Ramón J. L. Lindauer^{3,4} & Arianne H. Teeuw¹

8 June 2018

Springer

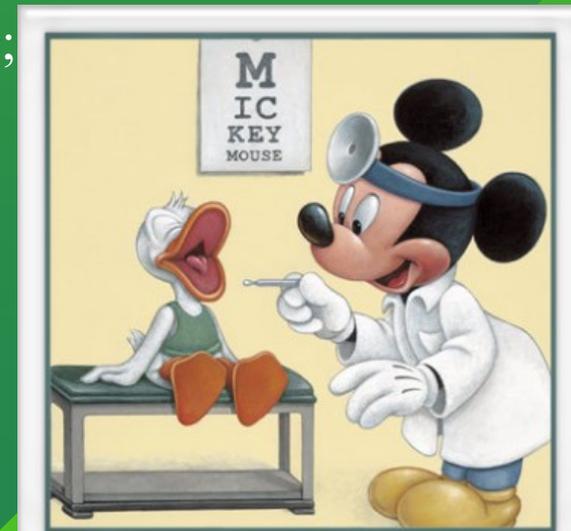
Una appropriata storia va raccolta da tutti quelli coinvolti:
Il bambino (da intervistare preferibilmente da solo/sola) e l'accompagnatore.

In un paziente in condizioni critiche la raccolta anamnestica deve essere focalizzata su informazioni che permettano di mettere in atto azioni che curino

Se il bambino/a può rispondere è necessario sedersi in modo che il proprio sguardo sia al suo livello

Con delicatezza porre domande comprensibili per l'età del bimbo/a:

- Porre domande aperte, non induttive;
documentare con le parole esatte del piccolo paziente;
- coinvolgere l'assistente sociale
e /o la psicologa dell'ospedale o un collega
più esperto se in difficoltà



L'accompagnatore va anche intervistato da solo se possibile.

E' indispensabile rimanere obiettivi, non giudicanti: la nostra è una valutazione medica non giudiziaria.

Va sempre valutata la congruità tra i racconti e il reperto obiettivo.

L'anamnesi deve sempre includere:

- condizioni croniche o congenite,
- precedenti traumi e/o ospedalizzazioni
- storie familiari di coagulopatie, problemi scheletrici, genetici o metabolici
- sintomi dermatologici ,gastrointestinali e genito urinari
- eventi analoghi a fratelli o sorelle.
- precedenti coinvolgimento dei servizi



LA VIOLENZA SESSUALE SUL BAMBINO

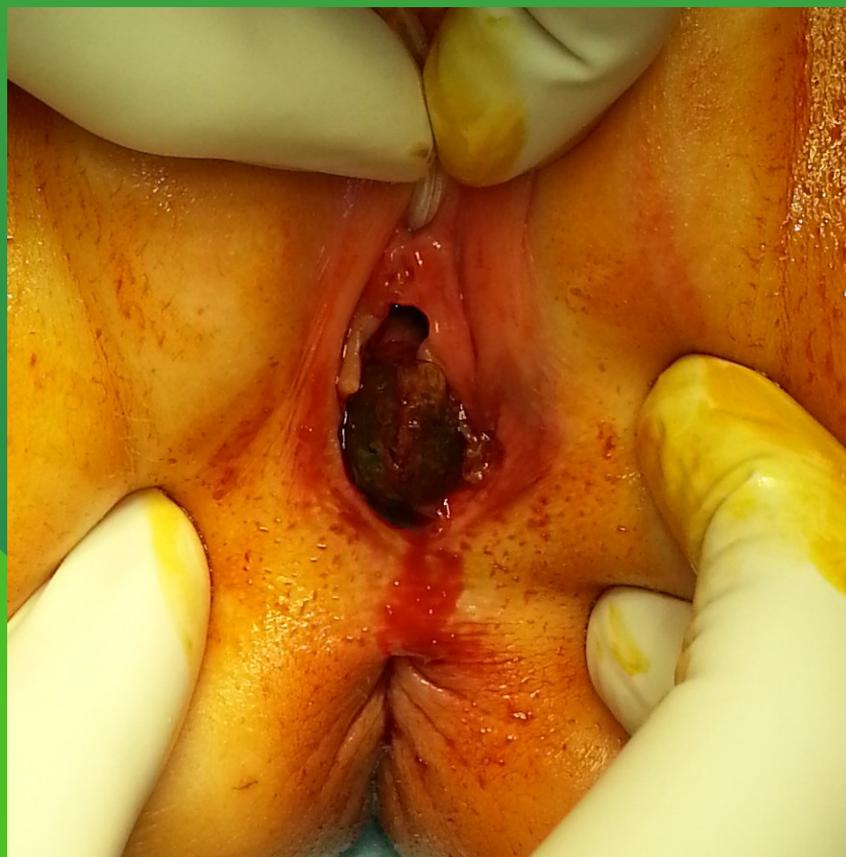
È fondamentale ricordare che nella maggioranza dei casi le lesioni anali e genitali non sono più evidenziabili a breve distanza di tempo da quando sono state provocate e che di conseguenza è molto frequente che le lesioni non siano più reperibili non perché il fatto non sia avvenuto ma perché il processo riparativo non ha lasciato reliquati; di conseguenza vanno evitate conclusioni che escludano con assoluta certezza che il fatto sia avvenuto.



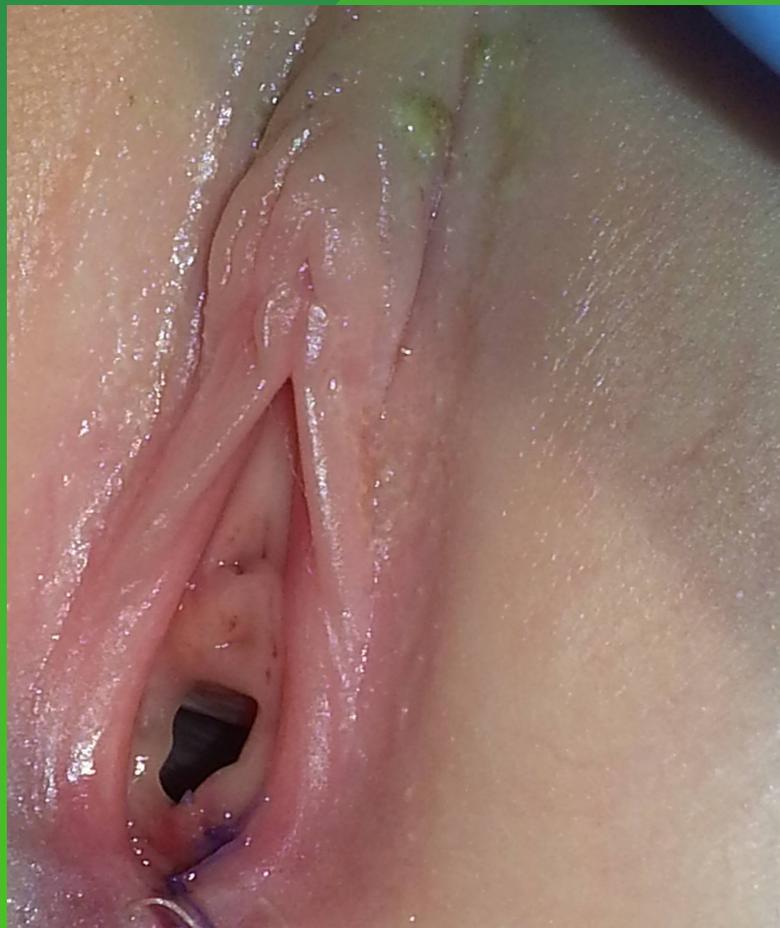


Maria 2 anni e 9 mesi portata in PS con una ferita lacero-contusa sanguinante in un PS di un piccolo ospedale di provincia alle 23. Visitata, applicato il ghiaccio, somministrato tranex e iniziata infusione .

Trasferita con ambulanza nella notte all'OIRM di Torino è stata suturata alle 13 del giorno dopo



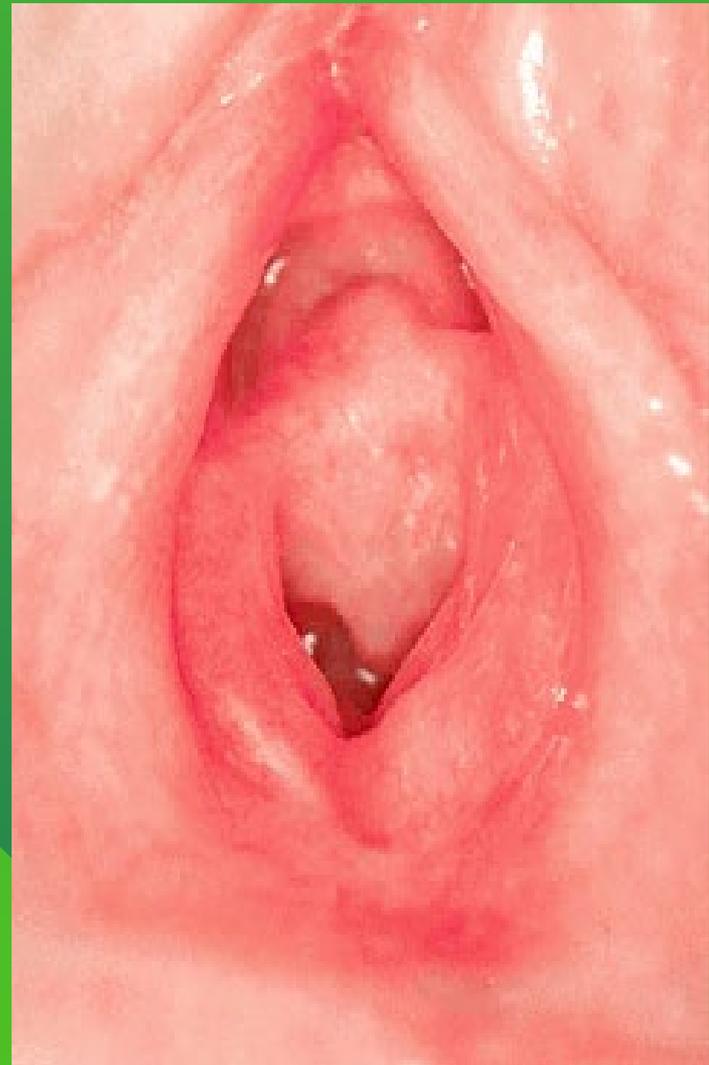
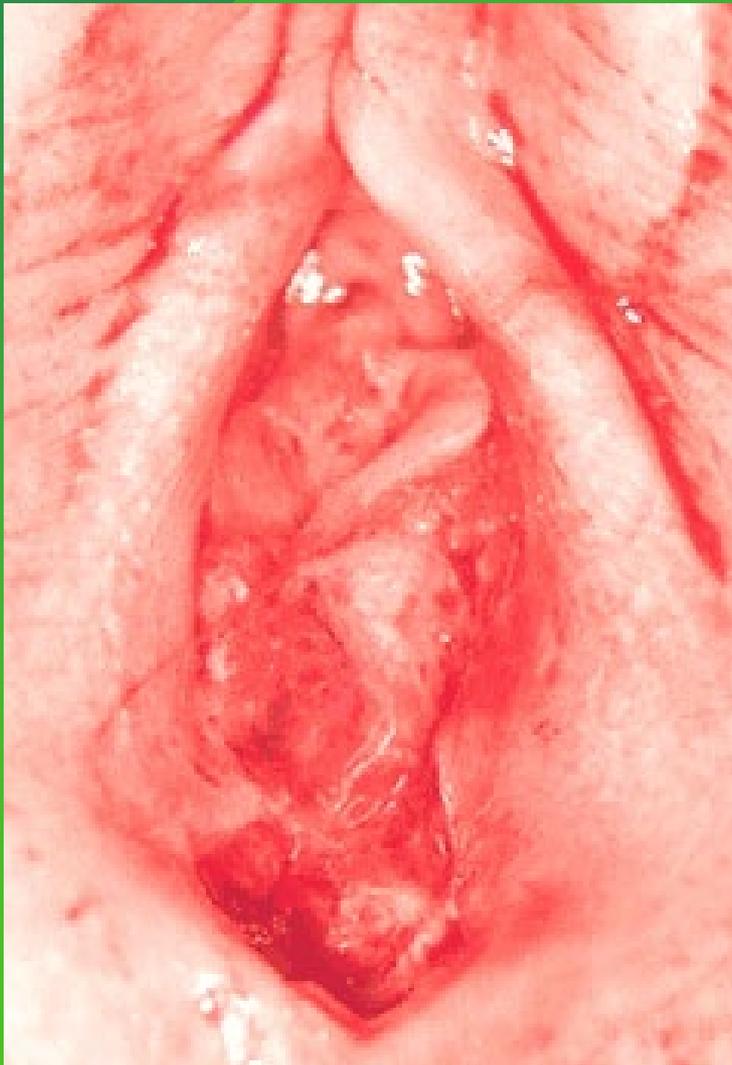
.5 giorni dopo...



4 anni, stuprato da un estraneo;
riparazione dopo 7 giorni



8 mesi, stuprata dal convivente della madre,
riparazione dopo 24 giorni



3 anni, stuprata dal padre; riparazione
dopo la sutura ad 1 anno



14 anni, stuprata da un estraneo;
riparazione dopo 10 giorni



“It’s normal to be normal”

ADAMS et al, 1994

Esame obiettivo nelle femmine:

anormale	14%
sospetto	9%
non-specifico	49%
normale	28%

Esame anale nei 2 sessi :

anormale	1%
sospetto	5%
non-specifico	38%
normale	56%

Interpretation of Medical Findings in Suspected Child Sexual Abuse: An Update for 2018

2,2% reperti fisici

21,4% reperti fisici

26 su 1160 bambine
visitate in fase non
acuta

73 su 340 bambin3
Visitate in urgenza

PEDIATRICS Vol. 113 No. 1 January 2004, pp. e67-e69

EXPERIENCE AND
REASON

Genital Anatomy in Pregnant Adolescents: "Normal" Does Not Mean "Nothing Happened"

Many clinicians expect that a history of penile-vaginal penetration will be associated with examination findings of penetrating trauma. A retrospective case review of 36 pregnant adolescent girls who presented for sexual abuse evaluations was performed to determine the presence or absence of genital findings that indicate penetrating trauma. Historical information and photograph documentation were reviewed. Only 2 of the 36 subjects had definitive findings of penetration. This study may be helpful in assisting clinicians and juries to understand that vaginal penetration generally does not result in observable evidence of healed injury to perihymenal tissues.

Nancy D. Kellogg, MD*, Shirley W. Menard, RN, PhD, CPNP, FAAN and Annette Santos, RN, SANE

* Departments of Pediatrics



**In generale, la risposta alla domanda
“Il bambino è stato abusato
sessualmente?”**

non si trova quasi mai sul corpo

PERCHÉ LA VISITA

- per individuare quadri clinici e/o lesioni genitali ed extra genitali di natura traumatica o infettiva che necessitino o meno di trattamento.
- per rassicurare, quando possibile, il bambino sul suo stato di salute fisica.



- per identificare i bisogni medici, che insieme ad una adeguata valutazione dei bisogni psicologici e sociali, possano contribuire al processo di recupero della vittima.

- per raccogliere eventuali elementi medico-legali che potrebbero essere utili anche in sede giudiziaria.

- perchè è stata richiesta da chi esercita la potestà genitoriale o dall'Autorità Giudiziaria.







Tutti i professionisti che a vario titolo vengono a contatto con bambini in grave situazione di pregiudizio devono essere a conoscenza:

- della legislazione,
- del ruolo delle Autorità Giudiziarie,
- dei sistemi di protezione per i minori.

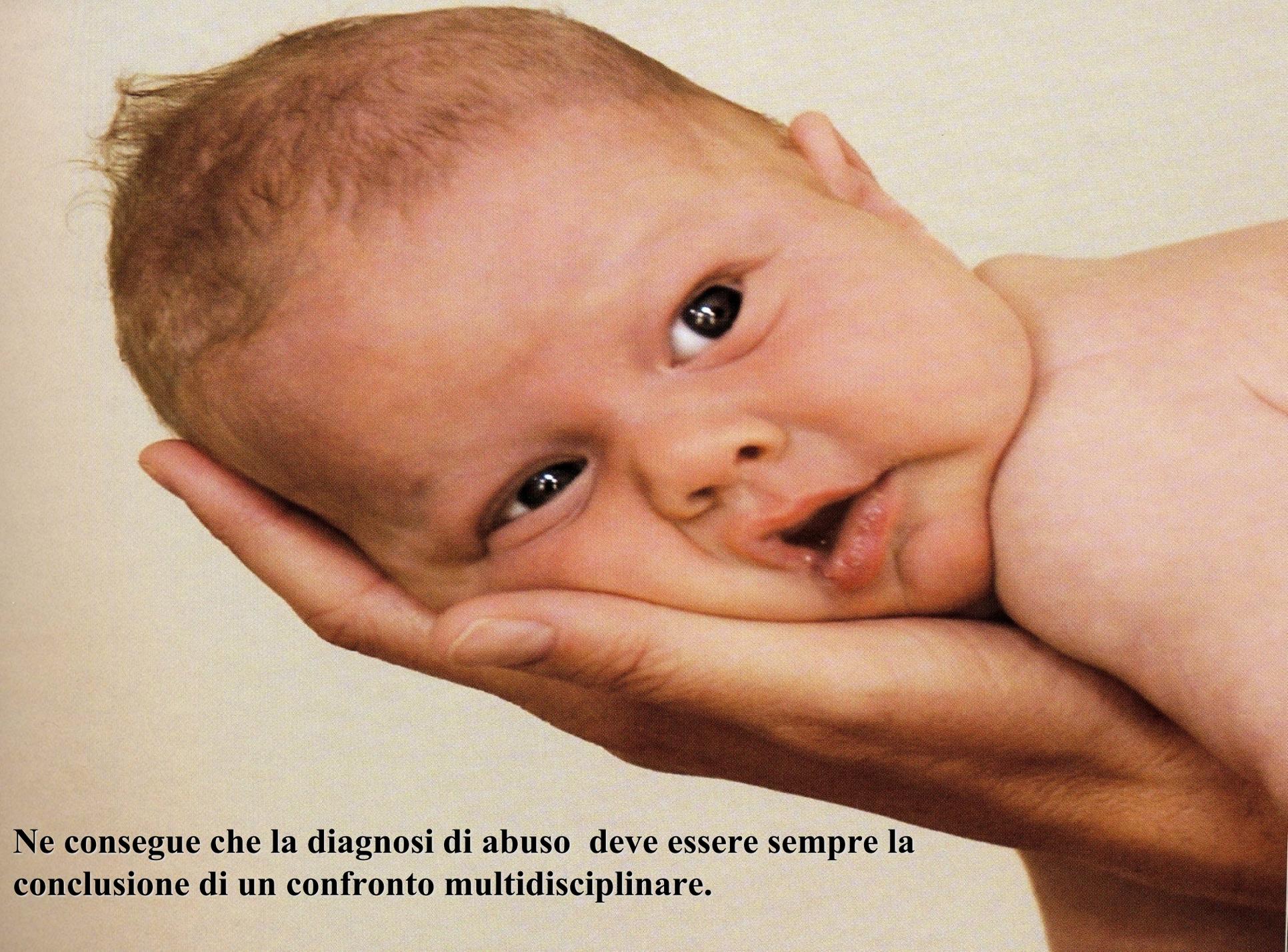


Clinical practice: recognizing child sexual abuse—what makes it so difficult?

Thekla F. Vrolijk-Boschaart¹ & Sonja N. Brilleslijper-Kater¹ & Marc A. Benninga² & Ramón J. L. Lindauer^{3,4} & Arianne H. Teeuw¹

Received: 14 April 2018 /Revised: 8 June 2018 /Accepted: 8 June 2018

Springer



Ne consegue che la diagnosi di abuso deve essere sempre la conclusione di un confronto multidisciplinare.



GRAZIE