La violenza sessuale sui minorenni. Un approccio multidisciplinare.

a cura di
Carmela Savino,
Isabella Berlingerio, Maria Grazia Foschino Barbaro

GIADA
OSPEDALE PEDIATRICO
BARI

piccoli passi

La violenza sessuale sui minorenni. Un approccio multidisciplinare.

a cura di
Carmela Savino, Isabella Berlingerio, Maria Grazia Foschino Barbaro

Realizzato nel mese di Dicembre 2020

INDICE

Gli autori ..... pag. 5
Premessa *(Vitangelo Dattoli e Maria Grazia Foschino Barbaro)* ..... » 9
Presentazione *(Guglielmo Paradies)* ..... » 13

Capitolo I
Intervento multidisciplinare nei casi di violenza sessuale ... » 15
Introduzione ..... » 15
Raccomandazioni generali ..... » 15
1.1 La visita medica ..... » 16
1.2 Approccio con il bambino e con l'adolescente ..... » 18
1.3 Anamnesi ..... » 20
1.4 Materiale di cui disporre prima di effettuare la visita ..... » 22
1.5 Accuratezza e tempestività degli elementi raccolti ..... » 23
1.6 Esame obiettivo ..... » 24
1.7 Approfondimenti diagnostici ..... » 32
1.8 Diagnosi differenziale ..... » 33
1.9 Valutazione dei segni nei casi di sospetta violenza sessuale » 34
1.10 Referto Medico ..... » 40
1.11 Aspetti psicologici utili per la gestione del caso ..... » 41

Capitolo II
Mutilazioni Genitali Femminili ..... » 45
2.1 Classificazione delle MGF ..... » 48
2.2 Esiti delle MGF ..... » 49
2.3 Esiti psicologici ..... » 50
2.4 Aspetti medico legali delle MGF ..... » 51

Capitolo III
Malattie sessualmente trasmissibili ..... pag. 53
3.1 Definizione e terminologia ..... » 53
3.2 Fattori di rischio ..... » 53
3.3 Eziologia ..... » 54
3.4 Epidemiologia ..... » 54
3.5 Presentazione clinica dei principali agenti eziologici ..... » 56
3.6 La Sifilide ..... » 57
3.7 HIV/AIDS ..... » 58
3.8 Principali metodiche utilizzate nella diagnosi delle malattie sessualmente trasmesse ..... » 61

Capitolo IV
Aspetti Giuridici ..... » 63
4.1 Il percorso legislativo ..... » 63
4.2 L'esperienza del Pubblico Ministero ..... » 70

Bibliografia ..... » 76
Letture consigliate per l'approfondimento ..... » 77

Gli autori

Isabella Berlingerio
Psicologa e psicoterapeuta ad orientamento sistemico, relazionale e familiare, Dirigente Psicologo presso U.O.S.D. Psicologia-GIADA (Gruppo Interdisciplinare Assistenza Donne e bambini Abusati) dell'Ospedale Pediatrico Giovanni XXIII, A.O.U. Policlinico-Giovanni XXIII di Bari. È formata in criminologia, valutazione delle competenze genitoriali, mediazione familiare e penale. Dal 2013 svolge ruolo di ausiliario di P.M. nelle audizioni protette di minori coinvolti in procedimenti giudiziari secondo l'Art. n. 5 della Legge n. 172/2012, in collaborazione con le Procure di Bari. Le principali aree di interesse sono la psicopatologia dello sviluppo, il trauma infantile, l'intervento per crisi in condizioni di alta complessità assistenziale e la psicologia giuridica. È esperta nel Lousanne Trilogue Play clinico (LTPc). Sino al 2019 è stata Giudice Onorario presso il Tribunale di Sorveglianza di Bari.

Gaetano Brindicci
Specialista in malattie infettive, dirigente medico presso la U.O. di Malattie Infettive Universitarie Policlinico Bari, A.O.U. Policlinico-Giovanni XXIII di Bari. Dal 2006 si occupa dell'ambulatorio per le patologie dell'immigrazione della Clinica Universitaria delle Malattie Infettive della stessa Azienda. Ha trascorso periodi di formazione ed esperienza lavorativa in diversi Paesi a basso reddito ed ha conseguito il titolo di dottore di ricerca in scienze infettivologiche e di perfezionamento in Medicina Tropicale e Cooperazione Sanitaria. Le principali aree di interesse sono l'infezione da HIV/AIDS, la TBC, le patologie legate all'immigrazione e alla povertà. Autore di circa 40 pubblicazioni in

extenso e altrettanti abstract a stampa su riviste internazionali e nazionali.

Simona Filoni
Procuratore Capo del Tribunale per i Minorenni di Lecce, è stata Sostituto Procuratore della Repubblica presso il Tribunale di Bari, ha svolto le funzioni requirenti presso la Procura della Repubblica di Caltanissetta – Direzione Distrettuale Antimafia, presso la Procura Distrettuale per i Minorenni presso il Tribunale di Caltanissetta e di Lecce e, a far data dall'11.09.2014 e fino alla attualità, presso la Procura della Repubblica presso il Tribunale di Bari, quale Sostituto della Procura Ordinaria e, a far data dal 1.06.2018, quale Sostituto della Direzione Distrettuale Antimafia. Durante gli anni di servizio svolti presso i vari Uffici requirenti, si è sempre occupata, tra gli altri, della trattazione di procedimenti involgenti le fasce deboli, assumendo il ruolo di coordinatore del pool durante gli anni di permanenza nella Procura nissena e, negli anni 2013-2014, nella qualità di Procuratore della Repubblica f.f. presso la Procura Distrettuale per i Minorenni di Caltanissetta. Numerosi e di particolare allarme sociale i procedimenti penali trattati, conclusisi con sentenze di condanna confermate dalla Cassazione e numerosi i convegni tenuti nella specifica materia, in qualità di relatore, sia presso le Scuole ed i vari Enti impegnati nella tutela delle vittime vulnerabili, sia presso gli Ordini degli Avvocati.

Maria Grazia Foschino Barbaro
Psicologa-Psicoterapeuta ad indirizzo cognitivo-comportamentale, dirige la scuola di specializzazione in Psicoterapia Cognitiva, sede di Bari AIPC (Associazione Italiana Psicoterapia Cognitiva), docente delle scuole di Psicoterapia Cognitiva APC (Associazione

Psicoterapia Cognitiva) e SPC (scuola di Psicoterapia Cognitiva). Responsabile dell'U.O.S.D. Psicologia-GIADA (Gruppo Interdisciplinare Assistenza Donne e bambini Abusati) dell'Ospedale Pediatrico Giovanni XXIII, A.O.U. Policlinico-Giovanni XXIII di Bari. È socia didatta della Società Italiana di Terapia Comportamentale e Cognitiva (SITCC) e vicepresidente del CISMAI (Coordinamento Italiano dei Servizi contro il Maltrattamento e l'Abuso all'Infanzia). Responsabile scientifico di progetti della Regione Puglia su violenza e maltrattamento all'infanzia, adozione nazionale e internazionale e umanizzazione dell'assistenza pediatrica. Autrice di numerose pubblicazioni su riviste nazionali, oltre che curatrice di diversi volumi. Le sue aree di interesse sono: la psicopatologia dell'attaccamento e dello sviluppo, il trauma infantile e le cure palliative pediatriche.

Carmen Rita Santoro
Specialista in malattie infettive, da maggio 2018 dirigente medico presso l'Unità Operativa Complessa di Malattie Infettive dell'Ospedale San Giuseppe Moscati di Taranto. Dal 2006 si occupa di patologie legate all'immigrazione, dapprima c/o l'ambulatorio dedicato della Clinica Universitaria delle Malattie Infettive del Policlinico di Bari e da maggio 2018 c/o la ASL Taranto. Le principali aree di interesse sono l'infezione da HIV/AIDS, la TBC, le patologie legate all'immigrazione e alla povertà. Autrice di circa 20 pubblicazioni in extenso e altrettanti abstract a stampa su riviste internazionali e nazionali.

Carmela Savino
Chirurgo Pediatra e Ginecologa, Dirigente Medico U.O. Chirurgia Pediatrica dell'Ospedale Pediatrico Giovanni XXIII, A.O.U. Policli-

nico-Giovanni XXIII di Bari. Incarico professionale: Malformazioni genito-urinarie e ginecologiche. Master Universitario di II livello in Chirurgia Mini-Invasiva Pediatrica - Alma Mater Studiorum Università di Bologna. Stage formativo "Prevenzione e cura delle complicanze legate alle mutilazioni genitali femminili" presso l'A.O.U. Careggi – Firenze. Referente Tecnico - Ginecologia e Chirugia Pediatrica - "Gruppo GIADA, Gruppo Interdisciplinare Assistenza a Donne e bambini Abusati". Referente S.I.G.I.A. "Società Italiana di Ginecologia dell'Infanzia e dell'Adolescenza". Docente in corsi di formazione e relatrice in convegni sui temi: "Abuso sui minori" - "Mutilazioni Genitali Femminili"- "Malformazioni genitali" - "Disturbi della differenziazione sessuale". Pubblicazioni scientifiche sui temi: "Malformazioni uro genitali", "Disordini della differenziazione sessuale", "Maltrattamento e violenza nei confronti delle persone minori per età" – Consulente Tecnico Procura della Repubblica presso il Tribunale di Bari, Trani, Matera e Tribunale per i Minorenni di Bari.

Biagio Solarino

Professore Associato, Medicina Legale, Università degli Studi di Bari. Specialista in Medicina Legale dal 2004 ha conseguito nel 2008 il dottorato di ricerca in Patologia medico-legale e tecniche Criminalistiche occupandosi di patologia forense, bioetica, abusi sui minori, responsabilità professionale sanitaria e gestione del rischio clinico. Docente dei corsi di Laurea in Infermieristica ed Ostetricia, in possesso dell'abilitazione scientifica nazionale come professore associato MED/43. Oltre 100 articoli su riviste Internazionali e Nazionali oltre ad atti congressuali.

Premessa

Sin dal 1995, l'American Medical Association ha definito la violenza sessuale nei confronti dei minorenni una vera e propria epidemia silenziosa. L'OMS (2014) riporta che il 20% delle donne e il 5-10% degli uomini dichiarano di essere stati vittima di violenze sessuali da bambini, invece a livello nazionale, l'indagine pilota del Garante Nazionale dei Diritti dell'Infanzia (2015), evidenzia una prevalenza pari al 4,2%, dato indicativo della difficoltà e della complessità della rilevazione.

La violenza sessuale si configura, sempre e comunque, come un attacco confusivo e destabilizzante alla personalità del minorenne e al suo percorso evolutivo, determinando esiti traumatici a brave e lungo termine (CISMAI, 2015), pertanto una diagnosi e una presa in carico precoce rappresentano importanti obiettivi per la tutela della salute pubblica.

Il Ministero della Salute (2010) nella pubblicazione "L'abuso sessuale per i bambini prepuberi. Requisiti e raccomandazioni per una valutazione appropriata" ha sottolineato l'opportunità di un approccio integrato da parte dei professionisti delle diverse aree coinvolte (medica, psicologica, sociale e giuridica) in considerazione della complessità del fenomeno che potrebbe portare a letture differenti e contrastanti.

Spesso l'ospedale si trova ad essere la prima porta d'accesso non solo per i casi in cui ci sono segni fisici, ma anche nelle condizioni sommerse in cui il quadro sintomatologico assume spesso nell'infanzia profili somatoformi. Per queste ragioni GIADA (Gruppo Interdisciplinare Assistenza Donne e bambini Abusati), operando all'interno di un osservatorio privilegiato, quale l'Ospedale Pediatrico, ha messo a punto percorsi assistenziali per la rilevazione del sommerso in condizioni di urgenza/emergenza e ricovero, oltre che un programma di prevenzione degli adescamenti online, in considerazione della diffusione dell'uso del web tra gli adolescenti. Per condividere le procedure assistenziali necessarie, anche in raccordo con la magistratura,

negli anni GIADA ha avviato una esperienza pilota di rete interdisciplinare e interistituzionale socio-sanitaria con tutte le ASL regionali, per fronteggiare il fenomeno della violenza su minorenni, attraverso corsi di formazione interdisciplinare e specialistica.
In particolare a partire dal 2013 è stato strutturato il Codice GIADA per l'accesso al Pronto Soccorso che prevede la riduzione dei tempi d'attesa, l'accoglienza in un luogo adeguato e riservato, e il coinvolgimento di uno psicologo/assistente sociale GIADA in affiancamento dei medici sin dalla fase anamnestica e per la richiesta di consulenze specialistiche all'Equipe Interdisciplinare. È stato stipulato anche il Protocollo Operativo per l'Assunzione di Sommarie Informazioni con la Procura della Repubblica presso il Tribunale per i Minorenni e la Procura della Repubblica presso il Tribunale Ordinario di Bari, al fine di permettere l'adeguato sostegno psicologico ai minorenni coinvolti nelle indagini giudiziarie.
Sulla base dell'esperienze maturate a partire dal 2016 GIADA è divenuto Centro di Riferimento Regionale per la prevenzione, diagnosi precoce e cura delle condizioni di violenza all'infanzia, e le procedure assistenziali messe in atto hanno trovato espressione nelle "Linee guida regionali in materia di maltrattamento e violenza nei confronti delle persone minori per età" (Regione Puglia, Delibera del 30 novembre 2016, n. 1878). In tale ambito da Febbraio a Novembre 2019 si è svolta la Formazione Specialistica Regionale per uniformare le prassi operative nel contesto regionale. A tal fine è stato redatto un Manuale Operativo (Regione Puglia, Delibera dell' 8 ottobre 2020, n.1641), con l'esigenza di rendere omogenee le azioni interdisciplinari delle equipe coinvolte; il manuale presenta strumenti e procedure allo scopo di facilitare la relazione e il dialogo tra i diversi attori istituzionali e del terzo settore a garanzia della semplificazione, della appropriatezza e della continuità della presa in carico da parte della rete dei servizi.

Un approccio precoce adeguato, il coinvolgimento sinergico di tutte le professionalità coinvolte nella refertazione di una corretta diagnosi e la tempestiva presa in carico delle sofferenze associate, rappresen-

tano la condizione di base per la gestione di un fenomeno definito l'"everest dei traumi" (J. Rhodes, 2016).
L'epidemiologia ci insegna che le "epidemie" vanno contrastate attraverso la diffusione delle conoscenze e delle buone pratiche, pertanto ci auguriamo che il presente saggio rappresenti un ulteriore passo verso una civiltà della tutela e della promozione della salute e della crescita dell'infanzia.
All'interno di questa cornice scientifica, il presente lavoro si aggiunge alla collana di opuscoli "Piccoli Passi", quale ulteriore strumento nelle mani degli operatori per orientare i percorsi assistenziali fornendo una bussola per fronteggiare un'esperienza tra le più confusive, in primis per le piccole vittime, ma anche per gli operatori.
Un sapere associato ad un saper fare e un saper condividere la sofferenza, risulta auspicabile per gli operatori che quotidianamente si trovano a relazionarsi con minorenni che esprimono il bisogno di essere riconosciuti e di vedere decodificate le proprie esperienze indicibili.

Maria Grazia Foschino Barbaro
Responsabile dell'U.O.S.D.
PSICOLOGIA–GIADA
Ospedale Pediatrico Giovanni XXIII
A.O.U. Policlinico-Giovanni XXIII

Vitangelo Dattoli
Commissario Straordinario
Azienda Ospedaliero Universitaria
Policlinico-Giovanni XXIII

Presentazione

Il tema della violenza e maltrattamento dell'infanzia ha costituito uno dei principali punti di attenzione nel lavoro svolto in questi anni presso l'unità operativa Chirurgia Pediatrica.
In particolare, in collaborazione con chi da tempo si occupa di questi temi, è emersa la necessità, da un lato, di conoscere e monitorare il fenomeno in modo completo e puntuale a fronte dell'ampio sommerso, dall'altro, di sviluppare modalità che permettano di agire con la giusta attenzione in un'ottica oltre che preventiva anche riparativa. Abbiamo così realizzato delle collaborazioni, che mirano a creare un sistema nel suo insieme più efficace nella presa in carico dei casi di maltrattamento sui minorenni dichiarati o a volte ignorati.
Siamo convinti che l'abuso sul bambino e l'adolescente, non rispettando i loro bisogni e non proteggendoli sul piano fisico e psichico, è tutto ciò che impedisce la loro crescita armonica. Vi rientrano, dunque, non soltanto comportamenti di tipo commissivo, entro i quali vanno annoverati maltrattamenti di ordine fisico, sessuale o psicologico, ma anche di tipo omissivo, legati cioè all'incapacità più o meno accentuata, da parte dei genitori, di fornire cure adeguate a livello materiale ed emotivo al proprio figlio.
Un caso emblematico è quello di una adolescente che ha effettuato in pochi mesi tre ricoveri per colica addominale, senza una reale obiettività clinica.
Attraverso la collaborazione con l'equipe GIADA è emerso che la paziente era stata abusata nei mesi precedenti e che non vi era stato un reale supporto da parte dei genitori, che avevano di fatto minimizzato l'accaduto.
La nostra esperienza, ricca purtroppo di molti casi negli ultimi anni, ha spinto la dr.ssa Foschino, la dr.ssa Savino e il dott. Solarino a realizzare questa monografia che mira a dettagliare le mille sfaccettature che riguardano l'abuso dichiarato e no sul minore che giunge alla nostra osservazione.

Sono quindi grato agli autori per l'impegno profuso in questo delicato approccio al riconoscimento e trattamento dell'abuso che sintetizzano in questa monografia, che potrà essere utile a tanti medici.

Guglielmo Paradies
Direttore Dipartimento di
Scienze e Chirurgia Pediatrica
Direttore U.O. Chirurgia Pediatrica
Ospedale Pediatrico Giovanni XXIII
A.O.U. Policlinico-Giovanni XXIII

Capitolo I

Intervento multidisciplinare nei casi di violenza sessuale

Carmela Savino, Biagio Solarino, Isabella Berlingerio,
Maria Grazia Foschino Barbaro

Introduzione

"L'abuso sessuale è il coinvolgimento, intenzionale e interpersonale, di un minore in esperienze sessuali forzate o comunque inappropriate dal punto di vista dello stadio di sviluppo. Tali esperienze possono non comportare violenza esplicita o lesioni" (CISMAI, 2015).
Secondo la American Academy of Pediatrics "*Si parla di abuso sessuale quando un bambino è coinvolto in attività sessuali che non può comprendere, per le quali è psicologicamente impreparato e per le 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 minore, o abusi senza contatto diretto quali l'esibizionismo, il voyerismo o il coinvolgimento del bambino/a nella produzione di materiale pornografico. L'abuso sessuale include uno spettro di attività che va dallo stupro all'abuso sessuale meno intrusivo*" (American Academy of Pediatrics, 1999).

Raccomandazioni generali

La violenza sessuale sui minorenni costituisce un problema complesso nelle diverse fasi: rilevazione, presa in carico, trattamento, pertanto richiede un approccio multidisciplinare per il coinvolgimento di aspetti medici, psicologici, giuridici e sociali.

Pertanto i capitoli di questo lavoro hanno la finalità di tracciare e diffondere delle conoscenze basilari sulla violenza sessuale sui minorenni in modo da arrivare ad una corretta diagnosi attraverso un adeguato approccio multidisciplinare.

1.1 La visita medica

La valutazione medica di un minorenne vittima di una sospetta violenza sessuale rappresenta solo un aspetto, molto spesso non dirimente, di un'approfondita valutazione che ne comprende altri: psicologici e sociali. Una diagnosi basata unicamente sui segni fisici o sui reperti laboratoristici è raramente possibile: nella letteratura internazionale è riportato che più del 90%-95% dei minori vittime di violenza sessuale accertata presenta reperti genitali e/o anali normali o non specifici (Giolito, 2010).
La procedura di esame della presunta vittima deve essere metodologicamente analoga a quella dell'adulto, tenendo in massima considerazione la collaborazione del minorenne, evitando manovre che possono risultare invasive e attuando le accortezze, anche giuridiche, dedicate alla raccolta del dato circostanziale in cui si dovranno evitare domande induttive.
L'operatore sanitario, in caso di sospetta violenza sessuale su un minorenne deve sempre considerare che la visita medica è una parte di una complessa valutazione multidisciplinare. La diagnosi di violenza sessuale è una diagnosi che richiede un approccio clinico multi professionale e integrato (Giolito 2010).
L'utilità della presenza del medico-legale, oltreché prevista dall'articolo 25 della "Ratifica ed esecuzione della Convenzione del Consiglio d'Europa sulla prevenzione e la lotta contro la violenza nei confronti delle donne e la violenza domestica" fatta a Istanbul l'11 maggio 2011, è da correlarsi sia ad una competenza specifica in ambito di lesività traumatiche da parte di terzi sia ad una conoscenza della normativa, secondo il principio della res medica sub specie iuris, che gli specialisti in altre branche potrebbero non avere.

Una valutazione dei segni di violenza può avvenire in diversi contesti:

- una visita medica correlata alla presenza di sintomi sospetti
- una visita medica effettuata sulla base di un sospetto di violenza sessuale da parte di un genitore o di un tutore
- una visita medica richiesta dai Servizi in presenza di una condizione di sospetta violenza
- una visita medica richiesta dall'Autorità Giudiziaria

Nei primi tre casi, qualora dovessero emergere degli elementi indicanti una condizione di violenza sessuale, la visita deve essere seguita dalla segnalazione alla Procura presso il Tribunale per i Minorenni e/o alla Procura della Repubblica presso il Tribunale Ordinario.

Consenso alla visita

Nel caso di un minorenne è necessario ottenere il consenso alla visita da parte di chi esercita la responsabilità genitoriale salvo diverse disposizioni dell'Autorità Giudiziaria.
Qualora non ci siano elementi ostativi da un punto di vista giuridico, è obbligatorio far assistere un genitore alla visita; è altresì opportuno informare la presunta vittima sulla necessità dell'esame ispettivo e sulla natura dello stesso.
Il minorenne ovvero il genitore potrebbero opporsi a tale visita che sarà quindi eseguita su specifica ed esplicita disposizione dell'Autorità Giudiziaria (ex art. 260 c.p.c.).

1.2 Approccio con il bambino e con l'adolescente

Accoglienza

La cura del contesto in cui il minorenne viene visitato è fondamentale per evitare di determinare un ulteriore trauma nel bambino/adolescente, aumentandone l'attivazione emotiva. La visita della presunta vittima se non eseguita in modo adeguato può essere vissuta come un ripetersi dell'atto di violenza per il quale il minorenne ha chiesto aiuto (Linee guida Pronto Soccorso, Consiglio dei Ministri 2017). Mentre l'atteggiamento di accoglienza consente a ciascun bambino/adolescente di avere un atteggiamento di collaborazione e di riferire i propri vissuti e i propri eventuali ricordi traumatici.

Indicazioni pratiche

- Assicurare un ambiente adatto caratterizzato da riservatezza
- limitare il numero dei professionisti, delle procedure e degli spostamenti a quelli strettamente necessari
- avere adeguato tempo a disposizione, poiché può essere necessario più di un incontro per ottenere l'adesione e la fiducia e/o valutare l'evoluzione dei segni
- effettuare la visita in presenza di un genitore o di un adulto, di cui il bambino/adolescente ha fiducia
- rassicurare e fornire in modo semplice spiegazioni sulla visita tenendo conto delle condizioni psicologiche del minorenne
- non utilizzare mai forza o inganno, riprogrammando eventualmente la visita
- prevedere l'affiancamento di uno psicologo a supporto della vittima, dei genitori e del personale medico
- raccogliere il racconto spontaneo del minore.

Ascolto

Nei casi di violenza sessuale il minorenne è contemporaneamente una vittima da tutelare e un testimone fondamentale per raccogliere prove utili al procedimento giuridico. Pertanto l'ascolto della violenza assume una grande importanza sia dal punto di vista probatorio/giudiziario che psicologico poiché il racconto produce sempre una riattivazione del trauma, motivo per cui deve essere svolto il minor numero di volte e con modalità operative empatiche e puntuali.

Indicazioni pratiche

- Non porre domande dirette sugli eventi, ma raccogliere l'eventuale racconto spontaneo
- annotare con attenzione le dichiarazioni del minorenne
- evitare che il racconto dell'accompagnatore avvenga in presenza del bambino/adolescente
- valutare la congruenza tra dinamica, tempi riportati e lesioni osservate.

Nella fase della rivelazione l'operatore, dopo aver annotato il racconto spontaneo del minorenne, può formulare domande per chiarire ciò che il bambino/adolescente ha raccontato, le domande devono essere brevi, chiare e facilmente comprensibili, inoltre deve essere utilizzato un linguaggio adeguato al livello di sviluppo del soggetto. Tali domande non devono implicare o contenere la risposta, al fine di evitare il rischio della suggestione del bambino o dell'adolescente. Pertanto per evitare condizionamenti, è importante porre domande aperte, del tipo "*cosa ti è accaduto? cosa è successo? mi aiuti a capire meglio*".

Per approfondimenti si consulti il sito **www.giadainfanzia.it**, dove è disponibile una monografia sul tema dal titolo "Ascoltare il trauma. Indicazioni operative sull'ascolto dei minorenni in ambito giudiziario" e l'Allegato sull'Ascolto presente nelle Linee guida regionali in materia di maltrattamento e violenza nei confronti delle persone minori per età (Regione Puglia D.G.R. 30 novembre 2016, n. 1878).

1.3 Anamnesi

La raccolta della anamnesi ha una rilevanza fondamentale e deve costituire una guida per l'esame clinico. È sempre necessario correlare i dati clinici con quelli anamnestici.

Anamnesi patologica remota

Bisogna porre attenzione a diversi elementi della storia clinica e fare un metodico inquadramento delle patologie.
Porre attenzione su particolari patologie:

- malformazioni ano genitali;
- interventi chirurgici addominali e/o urogenitali;
- traumatismi;
- ricoveri e sintomi riferibili all'apparato genito urinario e gastrointestinale.

Anamnesi patologica prossima

Nella anamnesi patologica prossima è necessario raccogliere dettagliate informazioni in merito a patologie recenti.
Risulta importante prestare una particolare attenzione a:

- traumatismi della regione genito-anale;
- corpi estranei;
- perdite ematiche anali e/o vaginali;
- flogosi genitali e urinarie;
- malattie infiammatorie intestinali;
- stipsi, enuresi, encopresi, imbrattamento fecale;
- particolare attenzione deve essere rivolta alla rilevazione di cambiamenti comportamentali del minore.

Anamnesi ginecologica

La raccolta della anamnesi ginecologica deve essere dettagliata, è necessario porre attenzione su pregresse flogosi genitali, o su riferiti sanguinamenti.
In caso di adolescenti è necessario rilevare: la data del menarca, il ritmo, la durata del ciclo mestruale, la intensità del flusso mestruale. Bisogna segnalare: la data dell'ultima mestruazione, uso di tamponi ed eventuale attività sessuale già in corso; segnalare la presenza di lesioni traumatico-contusive recenti (escoriazioni, soluzioni di continuo superficiali o profonde, aree ecchimotiche) ovvero arrossamenti e reperti che possano essere assimilati ad esse specificandone la sede; se opportuno, riportare la contraccezione utilizzata.

Relativamente alla sospetta violenza è necessario che il professionista registri ulteriori informazioni:

- tempo intercorso tra la violenza e la visita, segnalando eventuali altre visite;
- eventuale pulizia delle zone lesionate o penetrate, il cambio degli slip o altri indumenti;
- eventuale minzione, defecazione, vomito o pulizia del cavo orale;
- assunzione di farmaci;
- rapporti sessuali avvenuti prima o dopo la violenza;
- racconto accurato della vittima sulla sintomatologia fisica (cefalea, dolore al volto, al collo, al torace, all'addome, agli arti, algie pelviche, disturbi genitali o perianali, disuria, dolore alla defecazione, tenesmo rettale o altro).

1.4 Materiale di cui disporre prima di effettuare la visita

Per poter effettuare una visita accurata e raccogliere dati significativi è necessario disporre di materiale specifico:

- tamponi e piastre per la valutazione batteriologica;
- materiale per la raccolta e la conservazione di reperti medico-legali;
- raccoglitori sterili utili ai fini della conservazione di tracce biologiche;
- tamponi per raccolta di eventuale materiale biologico a livello anale e genitale;
- fonte luminosa adeguata;
- tamponi imbibiti di soluzione fisiologica per l'asportazione di tracce biologiche essiccate;
- sacchetti di carta per raccolta di reperti (es.: peli, frammenti di unghia, capelli);
- ano- proctoscopio monouso;
- speculum vaginale monouso;
- cateteri tipo Foley;
- pinze e forbici garze;
- guanti sterili monouso, lenzuolo di carta, camice monouso;
- mezzo d'ingrandimento (lente, colposcopio, vulvoscopio);
- macchina fotografica con zoom;
- provette per raccolte di sangue e campioni biologici;
- cartella clinica guidata.

Per una corretta raccolta di elementi fondamentali finalizzati a eventuali accertamenti medico legali e giuridici, se la visita viene effettuata nel tempo immediatamente successivo alla violenza, si deve procedere a far spogliare la vittima su un lenzuolino di carta e a riporre ogni indumento in sacchetti di carta di varie misure chiusi ed etichettati (con le iniziali del nome e cognome, giorno, ora, luogo e nome e cognome del repertante).

1.5 Accuratezza e tempestività degli elementi raccolti

Accuratezza e tempestività determinano in modo significativo la possibile valutazione e l'attivazione di un intervento precoce di tutela e protezione.

Tempi entro i quali va effettuata la visita:

- la visita va effettuata nell'immediato (l'episodio è avvenuto entro le 72 ore) non solo nelle situazioni di emergenza/urgenza clinica che necessitano di interventi sanitari non differibili, ma anche nei casi in cui i dati anamnestici indichino la possibilità di poter rilevare lesioni e/o recuperare tracce biologiche;
- va organizzata entro e non oltre sette giorni dall'abuso se l'episodio è avvenuto tra i tre ed i sette giorni precedenti (e comunque il prima possibile);
- se sono trascorsi almeno otto giorni dal sospetto episodio di abuso la visita può essere programmata nei tempi e con le modalità più congrue per il bambino;
- è da valutare l'opportunità di ripetere un controllo clinico a distanza dopo la prima visita.

Nella maggioranza dei casi le lesioni delle mucose vulvo-vaginali e anali non sono più evidenziabili a breve distanza di tempo da quando sono state provocate. La mucosa genitale ha capacità di riparare molto velocemente.

1.6 Esame obiettivo

Esame obiettivo generale

Nell'esame del minorenne costituisce un elemento fondamentale l'esame obiettivo generale. È indispensabile valutare le condizioni nutrizionali e igieniche. Bisogna annotare: peso, altezza, centili di crescita, maturazione sessuale secondo Tunner. L'esame generale deve prevedere:

- descrizione di segni e lesioni su tutto il corpo specificando la sede, le dimensioni ed i caratteri morfologici (es. discromie ecchimosi, soluzioni di continuo, cicatrici ecc.);
- documentare fotograficamente ogni lesione;
- esame dell'orofaringe;
- osservare l'atteggiamento del bambino/adolescente durante le varie procedure (è resistente, collaborativo, acquiescente, ecc.).

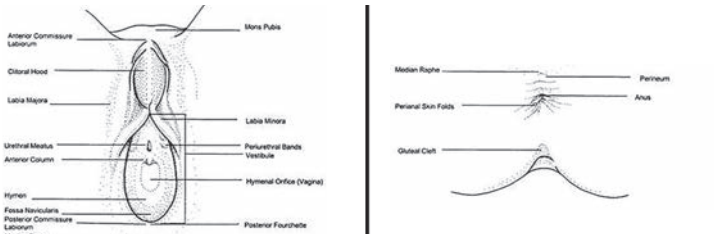
TUTTO il corpo del minorenne va esaminato in senso cranio caudale.

Esame genitale femminile

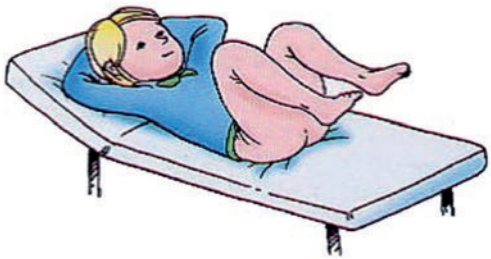
L'esame deve essere eseguito con delicatezza:

- separare delicatamente le grandi labbra;
- effettuare la trazione labiale tenendo le grandi labbra tra il pollice e l'indice e delicatamente tirarle esternamente e leggermente in avanti;
- evitare l'uso di tamponi, di cateteri di Foley e anche l'utilizzo di speculum (salvo indicazioni cliniche e considerando la reazione della minore) (Giolito, 2010).

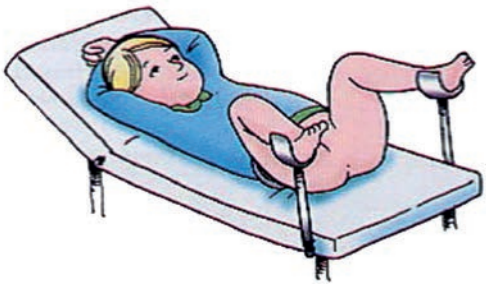
SCHEMA GENITALI FEMMINILI



POSIZIONE DEL MINORE DURANTE LA VISITA

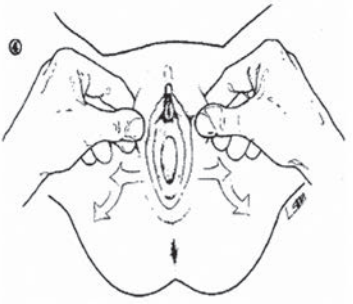


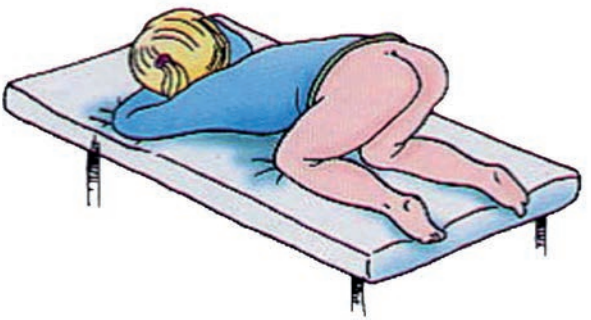
Posizione a rana



Posizione litotomica

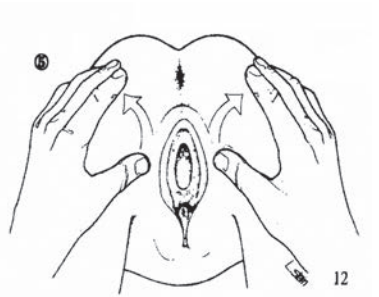
La posizione litotomica permette di effettuare una delicata trazione laterale labiale per evidenziare il vestibolo vaginale.





Posizione genu-pettorale

La genu-pettorale viene attualmente considerata la posizione di prima scelta perché consente la visualizzazione ottimale del bordo posteriore dell'imene.



È necessario esaminare attentamente:

- **Regione vulvare**
- **Imene**
- **Meato uretrale**
- **Forchetta e perineo**

Regione vulvare

È importante rilevare tutti i possibili segni presenti: estrogenizzazione, discromie, arrossamento, ipervascolarizzazione, ecchimosi, escoriazioni, soluzioni di continuo, perdite di sostanza, lesioni vescicolari e/o verrucose, cicatrici, sinechie, secrezioni e sanguinamenti.

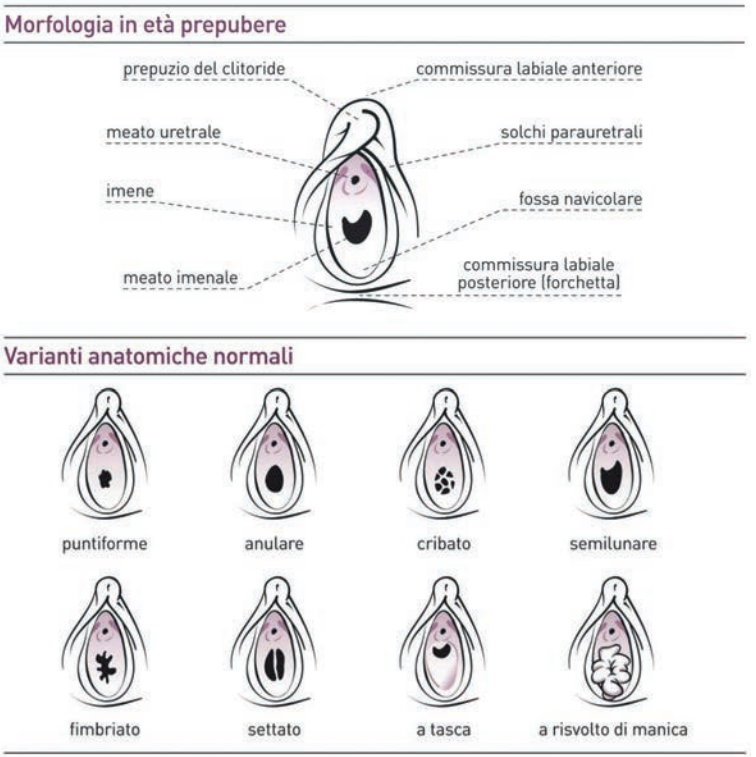
Imene

L'imene si può presentare con forme variabili:

- Puntiforme
- Circolare
- Semilunare (crescentic secondo gli autori inglesi)
- Anulare
- Settato
- A risvolto di manica (Sleev like con lembi rigonfiati)
- A tasca
- Cribriforme
- Fimbriato
- Imperforato

Nelle neonate l'aspetto anulare è il più frequente per la presenza di estrogeni materni.

Nelle bambine l'aspetto più frequente è quello semilunare.



(Fonte: L'abuso sessuale nei bambini prepuberi – Maria Rosa Giolito)

Margini imenali

Molto importante è l'esame della morfologia dell'imene e dei margini imenali che possono presentare diverse caratteristiche:

- Lisci
- Appendici - Tags
- Convessità o rilievi del bordo (bumps, mounds)
- Corrugamenti della membrana imenale
- Clefts incisure a forma di V
- Notchs – discontinuazione incompleta non acuta
- Lacerazione incompleta – discontinuazione incompleta (in fase acuta)
- Lacerazione - discontinuazione completa sino alla base di impianto (in fase acuta)
- Transezione discontinuità sino alla base di impianto (in fase non acuta)
- Perdita di tessuto imenale
- Cicatrici imenali

Importante è anche rilevare la posizione delle caratteristiche morfologiche sul bordo imenale (per convenzione la posizione viene riferita come in un quadrante di orologio).

Dimensioni dell'orifizio imenale. In letteratura viene di norma considerata come dimensione dell'apertura imenale la misura del diametro trasverso tra le ore tre e le ore nove (misurato con bambina in posizione supina e con trazione delle labbra).

La misurazione dell'orifizio imenale è di scarso valore nel diagnosticare una violenza a causa della difficoltà di ottenere una misurazione accurata.

Meato uretrale

Anche il meato uretrale va esaminato con attenzione rilevando i seguenti segni:
- dilatazione;
- bande periuretrali;
- edema;
- sanguinamenti.

Forchetta e perineo

A livello della forchetta e del perineo vanno rilevati tutti i segni presenti: discromie, arrossamento, friabilità, sanguinamenti, ipervascolarizzazione, ecchimosi, escoriazioni, soluzioni di continuo, perdite di sostanza, cicatrici, appendici cutanee, visibilità del rafe mediano.

Esame anale

Nel caso della ispezione anale si raccomanda di separare i glutei con una delicata trazione manuale laterale che non deve essere prolungata oltre 30 secondi per una valutazione del tono dello sfintere.
Si raccomanda inoltre di evitare l'esplorazione rettale a meno che non vi sia una stretta necessità diagnostica.

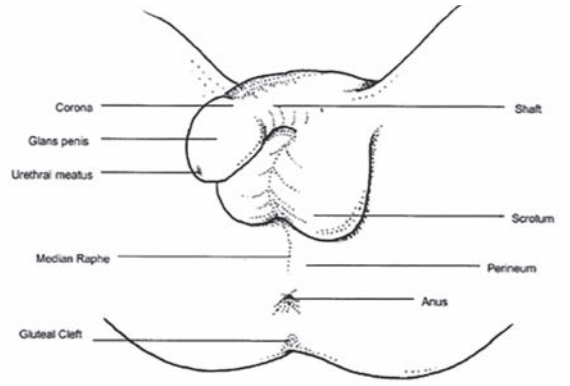
Elementi da rilevare durante l'esame anale:
- arrossamento;
- appendici cutanee (tags);
- aumento della pigmentazione;
- appianamento delle pliche cutanee congestione venosa;
- ecchimosi;
- escoriazioni;
- soluzioni di continuo;

- perdite di sostanza;
- ragadi;
- cicatrici;
- sanguinamenti;
- riflesso di dilatazione all'apertura laterale dei glutei e suoi tempi (specificando se vi è presenza di feci visibili in ampolla);
- ano ad imbuto (funnelling);
- twitch anus - ano che si dilata e si chiude periodicamente;
- lacerazione a tutto spessore dello sfintere anale esterno.

Il *riflesso di dilatazione anale* costituito dall'apertura degli sfinteri (interno ed esterno) del canale anale, che compare a seguito di separazione manuale dei glutei entro trenta secondi in decubito laterale o posizione genupettorale. La dilatazione anale immediata fino ad un diametro antero-posteriore di due centimetri o più, in assenza di altri fattori predisponenti, va considerata con molta attenzione quale possibile segno di abuso.

Esame genitale maschile

SCHEMA GENITALI MASCHILI



In presenza di un minore di sesso maschile è necessario esaminare i genitali con attenzione.
Deve essere eseguita una descrizione sistematica:

- **scroto** – rilevare: discromie, arrossamento, edema, ecchimosi, escoriazioni, soluzioni di continuo, perdite di sostanza, lesioni vescicolari e/o verrucose, cicatrici, sanguinamento; dolorabilità dei testicoli,
- **pene** – rilevare: circoncisione, fimosi, arrossamento, edema, ecchimosi, escoriazioni, perdita di sostanza, cicatrici, secrezioni, sanguinamento.

1.7 Approfondimenti diagnostici

In alcuni casi è necessario effettuare degli esami strumentali utili per un approfondimento e un completamento diagnostico:

- Vulvoscopia
- Colposcopia
- Ecografia
- TAC
- RMN

In situazioni particolari legate alla scarsa collaborazione del minorenne, a peculiari situazioni emotive e psicologiche, a condizioni particolarmente dolorose e traumatiche è necessario effettuare un esame della regione ano-genitale in narcosi.
Lo studio della regione ano-rettale- perineale in specifiche condizioni di necessità può essere completato con esami specialistici:

- Anoscopia
- Rettoscopia
- Manometria ano-rettale
- TAC
- RMN

Altri esami da eseguire

- Nelle ragazze mestruate eseguire dosaggio ematico della Beta HCG, con disponibilità a consulto specialistico per eventuale contraccezione d'emergenza.
- Ricerca di liquido seminale e spermatozoi se l'anamnesi risulta suggestiva.
- Esami per la tipizzazione del DNA da eseguire in strutture specializzate (permanenza di materiale biologico del soggetto abusante).
- Raccolta e adeguata conservazione in busta sigillata ed etichettata di materiale utile all'autorità Giudiziaria.

Risulta importante prestare attenzione alle **infezioni trasmesse da contatto sessuale, salvo che ci sia chiara evidenza di trasmissione perinatale**. Quindi è necessario considerare:

- infezioni genitali o rettali da Chlamydia;
- positività confermata da coltura per gonorrea da vagina, uretra ano o faringe;
- evidenza di sifilide acquisita dopo il parto (e non perinatale);
- infezioni da HIV salvo che sia stata accertata altra causa;
- condilomi acuminati in area genitale o anale;
- infezioni asintomatiche.

Inoltre è fondamentale considerare, durante la visita, la presenza di **secreti organici** o di elementi oggettivi fondamentali per un **esame genetico**: fluidi o tessuti organici, tracce di liquido seminale nel o sul corpo del minore, gravidanza con esame genetico dell'embrione o del feto.

1.8 Diagnosi differenziale

Particolare attenzione deve essere posta alla diagnosi differenziale, considerando attentamente un ventaglio di patologie in modo da evitare errori che possano ripercuotersi negativamente sulla valutazione e sulle conclusioni diagnostiche.

Nell'ambito della diagnosi differenziale particolare attenzione deve essere rivolta a:

- varianti anatomiche e anomalie congenite o acquisite dell'area genito-anale;
- traumi accidentali;
- sanguinamenti genito-urinari ed anali da causa non traumatica;
- vulvo-vaginiti e uretriti non correlabili all'abuso;
- infezioni e scarsa igiene;
- patologie intestinali;
- patologie dermatologiche;
- malattie sistemiche ed ematologiche;
- neoplasie;
- emangiomi;
- prolasso uretrale;
- corpi estranei.

1.9 Valutazione dei segni nei casi di sospetta violenza sessuale

Segni genitali esterni	
SEGNI RILEVATI CON MAGGIORE FREQUENZA nella popolazione dei soggetti vittime di abuso sessuale rispetto a quella dei soggetti non abusati	• Assenza completa o perdita di tessuto dell'imene posteriore • Ecchimosi dei genitali esterni • Lacerazioni imenali • Transezioni imenali • Cicatrici della forchetta
SEGNI RILEVATI CON ANALOGA FREQUENZA nella popolazione dei soggetti vittime di abuso sessuale e in quella dei soggetti non abusati	• Convessità del bordo imenale (bumps/mounds) • Edema dei genitali esterni • Eritema dei genitali esterni • Friabilità della commissura/forchetta • Fusione labiale • Incisure imenali (ciefts/notches)
CARENZA DI DATI per stabilire se vi sia diversa frequenza nella popolazione dei soggetti vittime o no di abuso sessuale	• Abrasioni / escoriazioni dei genitali esterni • Perdite vaginali ricorrenti • Corpi estranei vaginali

Segni anali	
SEGNI RILEVATI CON MAGGIORE FREQUENZA nella popolazione dei soggetti vittime di abuso sessuale rispetto a quella dei soggetti non abusati	• Cicatrici perianali ed anali • Ecchimosi perianali ed anali • Lacerazioni perianali ed anali
SEGNI RILEVATI CON ANALOGA FREQUENZA nella popolazione dei soggetti vittime di abuso sessuale e in quella dei soggetti non abusati	• Appendici cutanee • Congestione venosa • Ragadi perianali
CARENZA DI DATI per stabilire se vi sia diversa frequenza nella popolazione dei soggetti vittime o no di abuso sessuale	• Riflesso di dilatazione anale

"L'abuso sessuale nei bambini prepuberi" (Giolito, 2010)

Come è stato più volte sottolineato, in molti casi la visita medica non permetterà di rilevare segni fisici, tuttavia ci sono delle variabili, di seguito elencate, che incrementano la possibilità di trovare segni fisici riferibili ad atti di violenza sessuale (Giolito, 2010):

- differenza di età tra la vittima e l'abusante;
- uso di forza o assenza di forza;
- dimensioni dell'oggetto eventualmente introdotto;
- grado di opposizione del bambino;
- uso di lubrificanti;
- effettiva penetrazione avvenuta;
- posizione del bambino durante l'abuso;
- frequenza degli atti abusanti e tempo intercorso tra questi;
- tempo intercorso dall'ultimo episodio.

Il reperto clinico deve essere inquadrato secondo la classificazione dell'Adams (studiosa ed esperta della violenza sessuale sui minorenni) la cui ultima modifica risale al 2018 (Adams et al, 2018).

Valutazione dei dati fisici, laboratoristici e storici nei casi di sospetto abuso sessuale sui minori

La Classificazione della Adams permette di effettuare una valutazione della probabilità di violenza sessuale escludendo le varianti normali, comuni a tutti i minorenni, ed i reperti comunemente correlati a patologie si riportano, secondo la citata classificazione, le condizioni ove è necessario eseguire una diagnosi differenziale fra trauma e abuso sessuale. Di seguito si riporta in dettaglio la classificazione.

Classe 1: nessuna indicazione di abuso

- Esame normale, nessuna storia, nessun cambiamento di comportamento, nessuna testimonianza di abuso.
- Reperti non specifici con altra conosciuta o verosimile spiegazione e nessuna storia di abuso o cambiamenti comportamentali.
- Bambino considerato a rischio di abuso sessuale ma che non fa nessuna dichiarazione ed ha solamente cambiamenti di comportamento aspecifici.
- Reperti fisici di lesioni coerenti con la storia di lesione accidentale che è chiara e credibile.

Classe 2: possibile abuso

- Reperti non specifici (eritema, edema, infiammazioni vulvo vaginali, lividi, abrasioni, dilatazione anale) in combinazione con significativi cambiamenti di comportamento specialmente comportamenti sessualizzati.
- Lesioni erpetiche di tipo 1 anogenitale.
- Condilomi acuminati (i condilomi in un bambino di 3-5 anni sono più probabilmente da trasmissione sessuale ed è quindi necessario investigare in tal senso).
- Il bambino ha fatto una rivelazione ma la sua versione non è sufficientemente dettagliata a causa del suo livello di sviluppo non è consistente.

Classe 3: probabile abuso

- Notch o cleft sul bordo dell'imene più significative quelle localizzate tra le ore 3 e le ore 9 (quindi nella emicirconferenza imenale posteriore e/o inferiore) che si possono estendere verso la base dell'impianto imenale senza determinare una transezione completa.
- Transezioni localizzate sul bordo dell'imene (che si estendono sino alla base di impianto).
- Cicatrici dell'imene e della forchetta.
- Dilatazione anale completa con rilassamento di entrambi gli sfinteri, interno ed esterno, in assenza di altri fattori predisponenti come la stipsi, encopresi, sedazione, anestesia e patologie neuromuscolari.
- Condilomi acuminati genitali o anali in assenza di altri indicatori di abuso (se tali lesioni sono obiettivate per la prima volta in bambini maggiori di 5 anni sono attribuibili in maniera più significativa ad una trasmissione per via sessuale).
- Infezione da herpes di tipo 2 (confermata da esami colturali o altri test specifici) localizzata a livello genitale o anale di un minore senza altra indicazione di abuso sessuale.
- Dettagliata descrizione del bambino di essere stato molestato con o senza anormali o positivi reperti fisici alla visita.
- Coltura positiva per Chlamydia Trachomatis dall'area genitale in un bambino in età prepubere, o cervicale in una adolescente femmina (presumendo che la trasmissione perinatale sia stata esclusa).
- Infezione da Trichomonas diagnosticata con striscio a fresco o da coltura su secreto vaginale se si è esclusa un'infezione perinatale.

Classe 4: chiara evidenza di abuso

- Chiara evidenza di abuso o di trauma penetrante: lacerazione acuta ed ecchimosi dell'imene, incisura che raggiunge la base di impianto dell'imene. Lacerazioni anali e/o perianali estese e profonde (senza storia di traumi accidentali).
- Assenza di tessuto dell'imene: aree del bordo imenale con assenza di tessuto fino alla base di impianto dell'imene.
- Tracce di materiale genetico.

- Tracce di liquido seminale nel o sul corpo del minore.
- Gravidanza.
- Positività confermata da coltura per gonorrea da vagina, uretra ano o faringe.
- Evidenza di sifilide acquisita dopo il parto (non perinatale).
- Infezioni da HIV.
- Casi di abuso documentati con materiale fotografico o filmati.

Lacerazione incompleta – discontinuazione incompleta (in fase acuta)

Perdita di sostanza imenale (in fase non acuta)

Di seguito si elencano le lesioni indicative di trauma acuto o in via di guarigione a livello genitale, anale e perianale che possono essere *segni di violenza o manifestarsi in traumi accidentali*:

- Ecchimosi, petecchie o abrasioni dell'imene.
- Lacerazioni acute dell'imene di qualsiasi profondità parziali o complete.
- Lacerazioni vaginali.
- Lacerazioni perianali con esposizione dei tessuti sub-dermici.
- Transezione imenale acute o in via di guarigione.
- Cleft e notches imenali profonde sul margine posteriore (o inferiore) dell'imene tra le ore 9 e le ore 3.
- Un difetto nella metà posteriore (inferiore) dell'imene più larga di una transezione con assenza di tessuto imenale esteso alla base di impianto.
- Lacerazione(i) acute del vestibolo senza interessamento dell'imene.
- Lacerazione(i) acute o ecchimosi delle labbra, del pene, dello scroto, della regione perianale, del perineo.
- Lesioni in via di guarigione dei genitali esterni/tessuto perianale (si tratta di reperti rari, difficili da diagnosticare a meno che non sia stata precedentemente documentata una lesione in fase acuta).
- Cicatrice perianale.
- Cicatrice della forchetta posteriore.

In presenza di mutilazioni genitali femminili può esserci grande difficoltà nella determinazione di segni di violenza sessuale (per approfondimenti si veda il capitolo sulle MGF).

ATTENZIONE

La maggior parte dei bambini/adolescenti che hanno subito una violenza sessuale ha reperti normali o non specifici a livello genitale ed anale. Dal 50% al 90% delle bambine, dai 3 agli 8 anni, che descrivono penetrazioni vaginali con dita o pene non hanno segni di lesioni genitali.

"It's normal to be normal" (J.A. ADAMS)

La visita non può essere disgiunta dagli altri accertamenti tesi a valutare l'esistenza o meno di una violenza sessuale. La visita medica non può costituire, salvo pochi casi (vedi classificazione di Adams), l'unico elemento diagnostico. Per questo, elemento fondamentale, l'approccio multidisciplinare nei casi di sospetta violenza, al fine di rilevare gli esiti non solo sul corpo ma anche sull'assetto psicologico.

1.10 Referto Medico

Il documento dattiloscritto deve riportare sempre:

- dati anagrafici del minorenne;
- da chi è stata richiesta la visita medica e per quale motivo;
- da chi è accompagnato il minorenne e chi è presente alla visita;
- la durata della visita e il luogo in cui è effettuata la visita;
- l'anamnesi;
- l'esame obiettivo generale;
- il comportamento del bambino/adolescente durante la visita specificando sia la presenza che l'assenza di segni riferibili a lesioni recenti o pregresse;
- la descrizione dettagliata dell'area genitale, anale e perianale (riportare la posizione in cui è stato visitato il bambino);
- gli accertamenti eseguiti o richiesti;
- il materiale raccolto;

- l'ipotesi diagnostica, *il reperto clinico deve essere inquadrato secondo la classificazione dell'Adams* ;
- l'eventuale racconto spontaneo del minore;
- la data e la firma;
- la disponibilità o meno di documentazione fotografica.

Catena di custodia

- La catena di custodia prevede che tutto il materiale raccolto (sia in sede di consulenza medico-legale, che di consulenza ginecologica e/o chirurgica), non dovrà essere esaminato, ma conservato in una busta correlata di foglio di accompagnamento in duplice copia indicante in dettaglio il nome del repertante, il giorno, l'ora, il numero e la sede di prelievo dei reperti, a diposizione della Autorità Giudiziaria.
- Nell'attesa che tale materiale sia consegnato alla A.G. sarà cura del Medico Legale stabilire il luogo refrigerato (a -20°) dove custodire tali reperti. In questi casi si ha inoltre la responsabilità di redigere un apposito registro, nel quale vengono evidenziati i campioni custoditi e la responsabilità dell'eventuale smaltimento degli stessi a scadenza del termine di conservazione.

1.11 Aspetti psicologici utili per la gestione del caso

La violenza sessuale non si concretizza soltanto quando vi è la messa in atto di un violento rapporto sessuale completo, ma l'espressione "atti sessuali" include tutti quegli atti che siano idonei a compromettere la libera determinazione del soggetto passivo nella sfera sessuale, e quindi non solo quelli che coinvolgono la sfera genitale in senso stretto, ma anche quelli che riguardano zone del corpo note, secondo la scienza medica, psicologica, antropologica-sociologica, come erogene (Cass. Pen., sez. III, pen. 21/06/2002, n. 23869).

*"L'abuso sessuale … **si configura sempre e comunque come un attacco confusivo e destabilizzante alla personalità del minore e al suo percorso evolutivo**" (CISMAI, 2015).*

In base al rapporto esistente tra il bambino e l'autore della violenza, la violenza sessuale viene distinta in: intra-familiare, quando l'abusante è un componente della famiglia (madre, padre, fratelli, nonni, zii, cugini, nuovi partners dei genitori); extrafamiliare: quando l'abusante è una figura estranea al nucleo familiare (sconosciuti, amici di famiglia, conoscenti).
In particolare, la violenza sessuale intra-familiare comprende sia pratiche manifeste (atti con una chiara connotazione sessuale), che mascherate (cure igieniche inconsuete compiute in modo erotizzato, come lavaggi continui dei genitali, applicazione nelle zone genitali di creme non necessarie, ecc.) (Montecchi, 2005).
L'operatore che potrebbe avere il compito di rilevare un violenza sessuale deve sapere che, soprattutto in ambito intrafamiliare, la violenza è spesso associata all'"*ingiunzione del segreto*", aspetto che porta le vittime a non rivelare quanto accade nella relazione patologica con l'abusante. Con modalità seduttive, affettuose o aggressive l'abusante impone al minorenne il segreto su quanto accade, togliendo la libertà alla vittima di condividere la violenza a cui è sottoposto. La conoscenza di tale aspetto della violenza risulta fondamentale nella fase dell'ascolto empatico della vittima, momento in cui la paura e la vergogna potrebbero bloccare la rivelazione, pertanto l'operatore deve porsi in una posizione di ascolto accogliente delle complesse dichiarazioni del minorenne. Ogni tipo di dichiarazione del minorenne deve essere "ascoltata" attentamente e gestita con un approccio multidisciplinare, tale aspetto viene sottolineato anche dalle recenti Linee Guida sul tema della violenza all'infanzia della Regione Puglia (2016).

Gli *esiti* psicologici a breve, medio e lungo termine si manifestano attraverso sintomi cognitivi, emotivi, comportamentali e somatici aspecifici, questi ultimi possono indurre la richiesta di approfondimenti

sanitari finalizzati alla ricerca di diagnosi mediche correlate a manifestazioni somatiche che potrebbero avere una eziologia psicologica correlata al trauma subito. A livello comportamentale è opportuno segnalare che le conoscenze sessuali improprie e i comportamenti sessualizzati sono riconosciuti come indicatori con maggior grado di specificità, ed esigono degli approfondimenti (CISMAI, 2015). La diagnosi maggiormente correlata alle esperienza di violenza è il Disturbo da Stress Post Traumatico, anche con espressione ritardata e persistente in età adulta. Inoltre la presenza di una esperienza di violenza sessuale in età infantile rende più che doppia la probabilità che una persona sia oggetto di almeno un ulteriore abuso nel proseguo della vita (Classen, Palesh, Aggarwal, 2005), la vittima quindi sviluppa una percezione del proprio corpo come di uno strumento essenziale per entrare in relazione con l'altro (Castoro, Foschino, 2017).

La violenza sessuale è l'"everest dei traumi" (J. Rhodes, 2016) pertanto è necessario sia avviare azioni di prevenzione, che strutturare interventi riparativi di tipo psicoterapeutico, adeguati e tempestivi che riducano al minimo gli esiti del trauma.

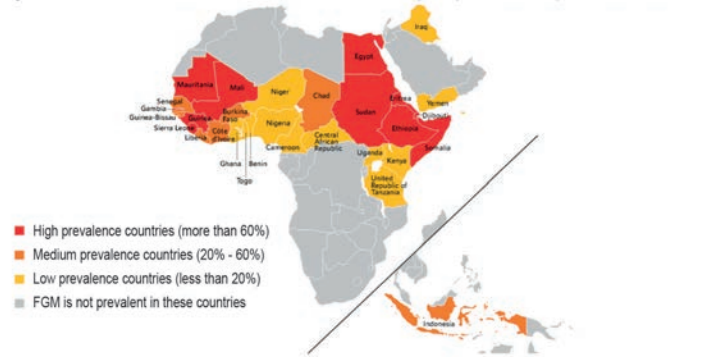
Capitolo II

Mutilazioni Genitali Femminili

Carmela Savino, Biagio Solarino, Isabella Berlingerio,
Maria Grazia Foschino Barbaro

Le mutilazioni genitali femminili (MGF) sono pratiche rituali tradizionali che comportano la parziale o totale rimozione dei genitali esterni femminili o ogni altra pratica dannosa sui genitali femminili, per ragioni non di ordine medico (Organizzazione Mondiale della Sanità, 1996).
È una pratica rituale molto antica, in uso nei gruppi etnici africani e medio orientali, identificata come rito di passaggio che regola i mutamenti di status. Hanno un ruolo nella costruzione della identità di genere e nella formazione dell'appartenenza etnica, oltre che nella definizione dei rapporti tra i sessi e le generazioni.
L'età in cui viene praticata la MGF varia notevolmente da paese a paese, più comunemente viene praticata sulle bambine tra i 4 e i 10 anni di età, tuttavia può essere eseguita anche in adolescenza.
Per le donne/bambine che subiscono tale pratica le conseguenze sia fisiche che psicologiche sono devastanti e spesso permanenti: insorgono complicazioni fisiologiche e disfunzionali, infezioni, complicazioni psicologiche e sessuali. È dunque un fenomeno complesso che implica questioni di tipo antropologico, culturale, sociale, psicologico e medico-clinico.
Solo da dieci anni si comincia a parlare più diffusamente di questo problema che interessa nel mondo più di 135 milioni di donne, tante sono stimate le "infibulate" e almeno due milioni di donne si aggiungono ogni anno a questa lista, in una trentina di paesi dell'Africa, dell'Asia e dell'America Latina. Negli anni più recenti, per effetto dei flussi migratori, le MGF si sono diffuse anche in Europa, Stati Uniti e Austria.

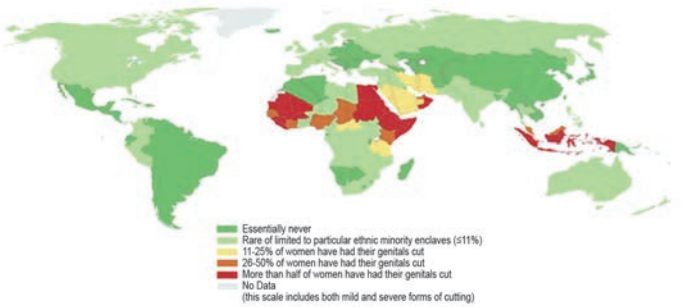
Fig. 1 - Diffusione delle Mutilazioni Genitali Femminili nel Mondo, paesi per cui sono disponibili stime nazionali



Fonte: DHS and MICS, 2002-2014 citata in UNFPA, *Demographic Perspectives on Female Genital Mutilation*, 2015.

In buona parte di questi paesi la pratica delle MGF è vietata dalla legge, ma si continua a praticare clandestinamente, spesso in assenza di anestesia e con strumenti molto rudimentali e di fortuna.
Gli organismi internazionali (OMS, Unicef, Unfpa) e gli Stati, occidentali e africani, sono oggi tutti concordi nel ritenere le MGF una grave violazione dei diritti umani: del diritto alla salute, alla sicurezza e all'integrità fisica, esse rappresentano senza dubbio una grave forma di violenza contro le donne e numerose sono le dichiarazioni e le convenzioni internazionali che la condannano.

Fig. 2 - Diffusione delle Mutilazioni Genitali Femminili nel Mondo, inclusi i paesi dove non sono disponibili dati nazionali.



Fonte: The WomanStats Project.

1952 → la Commissione delle Nazioni Unite sui diritti umani adotta una risoluzione sulle MGF;
1979 → la Convenzione sull'eliminazione di ogni forma di discriminazione contro le donne riconosce le implicazioni delle MGF sul piano dei diritti umani;
1989 → la Convenzione ONU sui diritti dell'infanzia identifica le MGF come pratiche tradizionali dannose che compromettono il diritto dei bambini di godere del miglior stato di salute possibile, nonché come una forma di violenza;
2003 → il Protocollo alla Carta africana dei diritti umani e dei popoli sui diritti delle donne in Africa, prevede l'esplicita richiesta agli Stati di proibire pratiche dannose nei confronti delle donne.

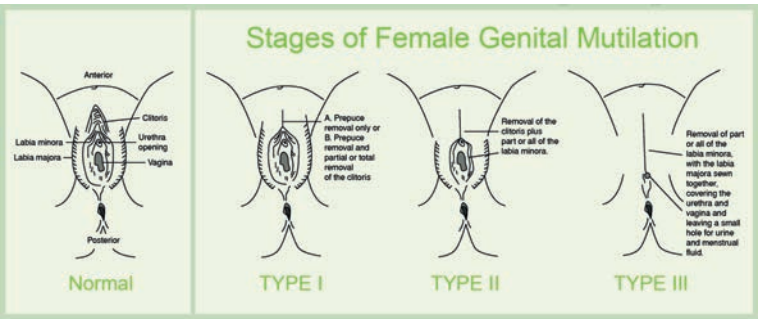
L'Italia, come già altri paesi europei e gli Stati Uniti si è di recente dotata di una legge che vieta esplicitamente le mutilazioni genitali femminili: la Legge n. 7 del 9 gennaio 2006 "Disposizioni concernenti la prevenzione e il divieto delle pratiche di mutilazione genitale femminile" introduce il reato di "Pratiche di mutilazione degli organi genitali femminili".
Nonostante il riconoscimento dell'importanza di questo problema così delicato e la consapevolezza che esso debba essere risolto se si vuole andare incontro alle esigenze sanitarie, sociali e psicologiche delle bambine e delle donne, la conoscenza del problema presenta ancora grandi lacune.
È difficile quantificare l'esatta incidenza della morbilità e della mortalità associate alla MGF, finora pochi studi sono stati condotti su questo argomento. Solo il 15-20% delle complicanze giungono all'attenzione del personale medico.
I flussi migratori chiedono ai servizi sanitari di individuare strategie efficaci per dare risposta ai bisogni di salute, non solo in un'ottica di rispetto del diritto universale alla salute, ma anche nella prospettiva dell'integrazione multiculturale (Foschino, De Iaco, 2014).

2.1 Classificazione delle MGF

Le mutilazioni genitali femminili possono avere una diversa estensione: secondo la classificazione WHO vengono distinti 4 tipi con sottoclassificazioni che vanno da lesioni minime a lesioni ampie mutilanti.

Tipo I:	Rimozione parziale o totale della clitoride* e /o del prepuzio (clitoridectomia).
Tipo Ia:	Rimozione del solo prepuzio.
Tipo Ib:	Rimozione della clitoride* o del prepuzio.
Tipo II:	Rimozione parziale o totale della clitoride* e delle piccole labbra con o senza la rimozione delle grandi labbra (escissione).
Tipo IIa:	Rimozione solo delle piccole labbra.
Tipo IIb:	Rimozione parziale o totale della clitoride* e delle piccole labbra.
Tipo IIc:	Rimozione parziale o totale della clitoride*, delle piccole labbra e delle grandi labbra.
Tipo III:	Restringimento dell'orifizio vaginale con la creazione di una sigillatura che ricopre il vestibolo vulvare attraverso il taglio e la successiva giustapposizione e cucitura delle piccole e/o delle grandi labbra, con o senza l'escissione della clitoride (infibulazione).
Tipo IIIa:	Rimozione e successiva apposizione con cucitura delle piccole labbra.
Tipo IIIb:	Rimozione e successiva apposizione con cucitura delle grandi labbra.
Tipo IV:	Non classificato. Tutte le procedure dannose sui genitali femminili per ragioni non mediche (punture, piercing, incisure, scarificazioni e cauterizzazioni).

Classificazione delle MGF secondo la Word Health Organization (WHO, 2007)



2.2 Esiti delle MGF

Gli esiti lesivi delle mutilazioni genitali femminili sulle bambine possono essere categorizzate secondo due macro aree: l'area fisica e l'area psicologica.
Gli esiti fisici possono essere variabili e avere conseguenze immediate o a breve e lungo termine sulla salute e dipendono dal tipo di mutilazione, dalla modalità con cui è stata praticata, dallo strumentario usato, dalle condizioni igieniche.
Complicanze immediate sono di vario tipo e gravità: dolore e bruciore acuti alla minzione, ritenzione urinaria acuta, anemia da lieve a moderata, emorragie più gravi e anche mortali (shock emorragico); infezioni moderate o gravi sino alla setticemia (shock settico). Malattie infettive AIDS, tetano, epatite. Le MGF sono eseguite in assenza di anestesia pertanto è possibile avere variabili conseguenze per l'intenso dolore sino allo shock neurogeno.
Complicanze tardive sono legate ai tessuti asportati e agli esiti cicatriziali. Le bambine e le donne mutilate presentano dolenzia intensa alla minzione, difficoltà nella minzione (una bambina infibulata può impiegare anche più di venti minuti per svuotare goccia a goccia la vescica) infezioni urinarie recidivanti, cistiti, calcoli, cisti nel contesto delle cicatrici, neurinoma clitorideo.
Con la comparsa del ciclo mestruale si ha intensa dismenorrea, possono comparire ematocolpo e ematometra in quanto l'orifizio vaginale di dimensioni estremamente ridotte determina ristagno di sangue; si possono avere annessiti, infezioni pelviche.
Le donne con MGF presentano intensi dolori ai rapporti sessuali (dispareunia) e difficoltà durante il parto.
La maggior parte delle donne con MGF spesso non è consapevole che i disturbi cronici che le affliggono siano dovuti alla mutilazione subita.
Le MGF sono patologie che richiedono da parte del medico una conoscenza e una particolare attenzione e sensibilità.

2.3 Esiti psicologici

Le MGF determinano conseguenze fisiche e psicologiche che qualificano tale evento come traumatico, ma non per tutte le donne è così perché la loro appartenenza ad una tradizione escissoria spesso le porta a vivere tale pratica come un evento indispensabile di crescita e di ingresso nel mondo degli adulti.
Queste donne (cioè coloro che vivono ancora la tradizione escissoria e sono emigrate da adulte) presentano a livello apparente un sentimento di accettazione, mentre a livello profondo si rilevano emozioni di paura e rabbia. La sintomatologia correlata a tale ambivalenza è varia (disturbi depressivi, d'ansia, attacchi di panico, disturbi del sonno, ecc.), sino ad arrivare al Disturbo da Stress Post Traumatico. Ma, come già sottolineato, le donne di prima generazione spesso non manifestano tali esiti perché i benefici secondari (vissuto di inclusione sociale) della MGF attenuano il dolore subito, perché in tale contesto culturale chi non ha subito tali pratiche è "diverso, sporco".
Gli esiti psicologici sono molto più gravi per le bambine e le donne di seconda e terza generazione, coloro che sono nate e cresciute in un contesto occidentale e che subiscono la mutilazione. La mancanza dell'elemento culturale che "accetta" la mutilazione rappresenta il principale fattore di rischio per lo svilupparsi di psicopatologia; poiché si sentono diverse e ferite, il sentimento di inferiorità può determinare l'isolamento dal gruppo dei pari in cui sono cresciute. Il conflitto interiore può manifestarsi attraverso diversi quadri diagnostici, sino a giungere a tentativi di suicidio soprattutto nella fase in cui le giovani donne si confrontano con il rifiuto dell'intimità sessuale a causa della mutilazione.
Le MGF vanno combattute con fermezza per i danni gravi e irreparabili, è importante che le bambine e le donne sottoposte alle mutilazioni vengano accolte e rassicurate, affinché trovino un contesto non giudicante in cui possano aprirsi e avviare il processo di cura. Un contesto che non dovrà attaccare la loro cultura, ma la violenza a cui sono state sottoposte (Ricci, 2014).

2.4 Aspetti medico legali delle MGF

In Italia è stata introdotta una specifica normativa, Legge n. 7 del 9 gennaio 2006 "Disposizioni concernenti la prevenzione e il divieto delle pratiche di mutilazione genitale femminile", che prevede il reato di "pratiche di mutilazione degli organi genitali femminili".
Si postula una dura ed assoluta condanna nei confronti di tale pratica, che prescinde dalle eventuali ragioni di carattere culturale ad essa sottesa. Con l'art 6 (Pratiche di mutilazione degli organi genitali femminili) si introduce, nel Codice Penale vigente, l'Art. 583-bis. che recita: "Chiunque, in assenza di esigenze terapeutiche, cagiona una mutilazione degli organi genitali femminili è punito con la reclusione da quattro a dodici anni. Ai fini del presente articolo, si intendono come pratiche di mutilazione degli organi genitali femminili la clitoridectomia, l'escissione e l'infibulazione e qualsiasi altra pratica che cagioni effetti dello stesso tipo. Chiunque, in assenza di esigenze terapeutiche, provoca, al fine di menomare le funzioni sessuali, lesioni agli organi genitali femminili diverse da quelle indicate al primo comma, da cui derivi una malattia nel corpo o nella mente, è punito con la reclusione da tre a sette anni. La pena è diminuita fino a due terzi se la lesione è di lieve entità. La pena è aumentata di un terzo quando le pratiche di cui al primo e al secondo comma sono commesse a danno di un minore ovvero se il fatto è commesso per fini di lucro…".
In ragione di tale aspetto il fenomeno in oggetto implica una peculiare attenzione agli aspetti di tipo normativo, e quindi medico-legali, che riguardano non solo il medico ma anche altri professionisti sanitari fra cui ostetrici, infermieri, psicologi ed assistenti sociali.
Considerando la giovane età delle "vittime", a prescindere da qualunque tipo di implicazione o motivazione ad esse sottesa, è un fatto che i danni delle Mutilazioni genitali femminili sono puniti finanche con la decadenza dalla responsabilità genitoriale sui figli.
Il compito di chi esercita una professione sanitaria sarà improntato pertanto sia ad accogliere nel miglior modo possibile da un punto di vista socio-sanitario le vittime di tali pratiche ma anche ad evitare

che eventi di questo genere possano nuovamente verificarsi in futuro. Il professionista sanitario avrà quindi il dovere, in conformità alla legge vigente, non solo di non effettuare tale pratica, ancorchè richiesta da adulti ovvero da genitori per i propri figli, ma anche di segnalare tale reato all'Autorità Giudiziaria nelle forme e con le modalità previste nell'ipotesi di reati/delitti procedibili di ufficio, come nel caso di specie.

Coerentemente con tale orientamento è stato introdotta la pena accessoria, prevista dal successivo Art. 583-ter, e che riguarda specificatamente il professionista sanitario che effettua mutilazioni genitali femminili. Si precisa che "La condanna contro l'esercente una professione sanitaria per taluno dei delitti previsti dall'articolo 583-bis importa la pena accessoria dell'interdizione dalla professione da tre a dieci anni. Della sentenza di condanna è data comunicazione all'Ordine dei medici chirurghi e degli odontoiatri".

Si tratta, come facilmente desumibile dal testo, di un ulteriore elemento di repressione nei confronti di tale pratica in cui alcuna possibilità di scelta ovvero alternativa è lasciata al medico. Anche in presenza di un'eventuale ferma convinzione, non vincolata cioè da altrui costrizione, da parte della donna adulta il professionista sanitario non può in alcun modo procedere ad eseguire alcuna delle forme di MGF: la rimozione del prepuzio clitorideo (tipo 1) analogamente alla forma più grave della infibulazione (tipo 3) sono entrambe vietate (Solarino, Maselli, 2012; Solarino, Tattoli, 2014).

Capitolo III

Malattie sessualmente trasmissibili

Gaetano Brindicci e Carmen Rita Santoro

3.1 Definizione e terminologia

Per malattia sessualmente trasmessa si intende qualsiasi malattia infettiva acquisita per contatto sessuale.
Si usano gli acronimi MST (malattia sessualmente trasmessa) o MTS (malattia a trasmissione sessuale) indistintamente, mentre in caso di sola presenza del germe a livello genitale, (senza sintomi) si parla di ITS (infezione a trasmissione sessuale), o IST (infezione sessualmente trasmessa). In inglese gli acronimi diventano rispettivamente STDs (*sexual trasmitted diseases*) e STIs (*sexual trasmitted infection*).
Le MST rivestono una notevole importanza epidemiologica e sono caratterizzate da:

- Asintomaticità
- Lunga latenza
- Lunga infettività
- Elevata recidività
- Associazione con processi di cancerogenici

3.2 Fattori di rischio

- Età (fascia maggiormente colpita 16-25 anni)
- Sesso (femminile)
- Livello socioeconomico
- Numero partner
- Comportamenti sessuali
- Uso di droghe

3.3 Eziologia

Si contano almeno una trentina di agenti responsabili di queste malattie tra batteri, virus, protozoi, funghi, ectoparassiti (figura 1) e, sebbene le manifestazioni cliniche possano essere molto simili tra loro, la competenza è multidisciplinare, pertanto possono essere interessati ginecologi, urologi, dermatologi, infettivologi, pediatri e microbiologici clinici.

- **BATTERI**
  - Neisseria gonorrhoeae
  - Chlamydia trachomatis
  - Mycoplasma hominis
  - Ureaplasma urealyticum
  - Mycoplasma genitalium
  - Treponema pallidum
  - Gardnerella vaginalis
  - Mobiluncus curtisii
  - Mobiluncus mulieris
  - Haemophilus ducreyi
  - Calymmatobacterium granulomatis
  - Shigella spp
  - Campylobacter spp
- **VIRUS**
  - Human immunodeficiency virus
  - Herpes simplex virus
  - Human papillomavirus
  - Virus epatite A, B, C
  - Cytomegalovirus
  - Virus del mollusco contagioso
  - Herpes virus tipo 8
- **PROTOZOI**
  - Trichomonas vaginalis
  - Entamoeba histolytica
  - Giardia lamblia
- **FUNGHI**
  - Candida albicans e spp.
- **ECTOPARASSITI**
  - Phthirus pubis
  - Sarcoptes scabiei

Classificazione eziologica delle MST

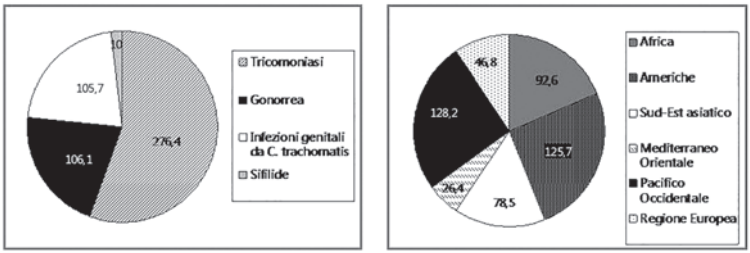
3.4 Epidemiologia

Gli ultimi dati disponibili dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (WHO, OMS, figura 2) parlano di circa 500 milioni di nuovi casi di MST curabili/anno fra le donne e gli uomini di età compresa fra 15 e 49 anni. Le quattro MST curabili prese in considerazione sono quelle causate da *Chlamydia trachomatis* (105 milioni di nuovi casi/anno), *Neisseria gonorrhoeae* (106 milioni), *Treponema pallidum* (10 milioni) e *Trichomonas vaginalis* (276

milioni). Non viene presa in considerazione l'infezione da HIV di cui pertanto parleremo in un paragrafo successivo. Da questo conteggio sono escluse le infezioni genitali virali, quali quelle provocate da *Herpes simplex virus* di tipo 1 e 2 (HSV 1 e 2) e quelle da *Human papillomavirus* (HPV) delle quali non è facile produrre stime numeriche sulla loro diffusione, ma quelle più verosimili parlano rispettivamente di circa 530 e 290 milioni di casi totali. Globalmente nel 2013 le MST (diverse dall'HIV), hanno provocato 142.000 morti.

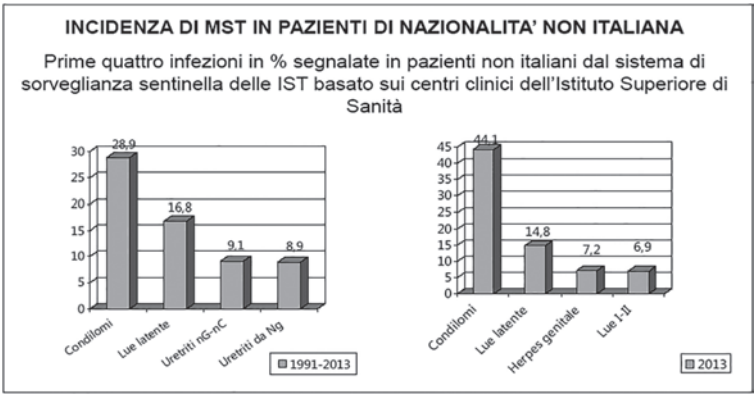
EPIDEMIOLOGIA (dati WHO 2008 in milioni di nuovi casi)

Incidenza in adolescenti-adulti (15-49 anni) per infezione e per area geografica.
Totale 498,9 milioni di nuovi casi nel 2008, 53% nel sesso maschile



Diffusione epidemiologica delle MST

- In Italia i dati sulle IST sono raccolti dall'Istituto Superiore di Sanità che si avvale di due sistemi di sorveglianza sentinella uno basato sui centri clinici che quindi ci fornisce informazioni sull'incidenza delle MST ed uno basato sui laboratori di microbiologia clinica e che quindi fa un quadro dell'epidemiologia delle IST.



Incidenza di MST in soggetti immigrati in Italia

3.5 Presentazione clinica dei principali agenti eziologici

Fra i batteri responsabili di malattie sessualmente trasmesse ricordiamo:

- ***Neisseria gonorrhoeae**:* responsabile di uretriti nell'uomo (con secrezione di materiale purulento dall'uretra) e cerviciti nelle donne (che nel 50% dei casi possono essere asintomatiche).
- ***Chlamydia trachomatis:*** che nelle donne pur essendo asintomatica nell'80% dei casi, può causare cervicite, endometrite, uretriti (il 35-50% di quelle non gonococciche), salpingite e bartolinite. Si tratta della MST più diffusa nei Paesi industrializzati. Recente importanza ha assunto una particolare manifestazione clinica della *Chlamidya* e cioè il linfogranuloma venereo (caratterizzato da linfoadenomegalia inguinale bilaterale), la cui prevalenza è in forte aumento negli ultimi anni nelle comunità omosessuali in Europa (dove fino a pochi anni fa era considerato una malattia rara).
- **Micoplasmi urogenitali**: spesso asintomatici possono tuttavia causare gravi complicanze nella donna puerpera (febbre post-partum) e nel neonato (corionamnionite).

Fra i protozoi particolare importanza riveste:

- ***Trichomonas vaginalis*** sia per il forte impatto sull'epidemiologia globale sia per i danni che un'infezione misconosciuta può procurare: possibile sterilità (sia nella donna che nell'uomo), aumentato rischio di carcinoma cervicale, di trasmissione di HIV, di gravidanze ectopiche, di parti prematuri e di basso peso del bambino alla nascita.

Fra i virus di notevole importanza sono ***Herpes simplex 1 e 2 (HSV 1 e 2)*** e ***Papilloma virus (HPV)*** che si manifestano con lesioni cutanee caratteristiche (vescicole raggruppate il primo, verruche e condilomi il secondo). Entrambe le specie virali si integrano nel genoma della cellula ospite e sono oncogene.
Oggi in Italia esistono due formulazioni di vaccini anti-papilloma specifici per i sierotipi più pericolosi: il bivalente (efficace per i sierotipi 16 e 18) e il quadrivalente (efficace per il 6, 11, 16 e 18).

Anche i **virus dell'epatite A e B** possono essere trasmessi per via sessuale. Il vaccino per l'epatite B ha notevolmente cambiato la situazione della prevalenza di questa malattia globalmente, ma ancora oggi la trasmissione materno-fetale nei Paesi a basso reddito è frequente (a causa della ridotta possibilità di screening della donna gravida in questi Paesi).

3.6 La Sifilide

Epidemiologia. Secondo i dati del WHO, nel mondo ci sono circa 12 milioni di persone con la sifilide, soprattutto nei Paesi a basso reddito. Nelle donne gravide non trattate, la sifilide primaria è responsabile del 25% delle morti in utero e del 14% delle morti neonatali. In Africa, la prevalenza dell'infezione nelle gestanti varia dal 4% al 15%. Nel 2007, in Italia sono stati registrati 720 casi di sifilide, 561 dei quali in maschi.

Manifestazioni cliniche. Gli esami di laboratorio possono non essere dirimenti (vi è una alta frequenza di falsi positivi nella sierologia), pertanto la diagnosi clinica rimane fondamentale.
Nella Figura 4. sono schematizzate le differenti fasi e le manifestazioni tipiche di ogni fase della lue. In figura 5 ci sono alcuni esempi di manifestazioni cliniche della sifilide occorse in pazienti diagnosticati presso la Clinica delle Malattie Infettive del Policlinico di Bari.

Classificazione clinica della Sifilide

1. ACQUISITA

a) PRECOCE:
- primaria: sifiloma
- secondaria: esantema maculo-papulare, alopecia, manifestazioni oculari
- latente precoce: contagio presunto avvenuto da < di 1 anno*

b) TARDIVA:
- latente tardiva: (contagio > 1 anno*)
- terziaria: gommosa (granulomi gommosi dopo 1-45 anni dall'infezione)
  cardiovascolare (aortite, aneurisma dell'aorta, dopo 10-30 anni)
  neurologica (demenza, psicosi, paresi, tabe dorsale dopo 4-25 anni)

2. CONGENITA

a) PRECOCE: nei primi due anni di vita
b) TARDIVA: dopo i 2 anni di vita

* Il WHO considera lue latente precoce/tardiva quando il contagio presunto è avvenuto da </> di 2 anni

Storia naturale e manifestazioni cliniche di lue

3.7 HIV/AIDS

Epidemiologia. Secondo gli ultimi dati dell'OMS, nel 2016 sono quasi 37 milioni le persone HIV positive nel mondo, di queste quasi la metà sono donne adulte e più di due milioni sono bambini di età inferiore ai 15 anni. Ogni anno si contano quasi 2 milioni di nuove

infezioni e 1 milione di morti per AIDS. Infezione da HIV (che di fatto è una MST) e malattie sessualmente trasmesse hanno diversi punti di contatto innanzitutto perché condividono la maggior parte dei fattori di rischio, in secondo luogo perché la sieropositività per HIV può condizionare incubazione, decorso clinico, diagnosi e terapia di una malattia sessualmente trasmessa e poi perché le malattie sessualmente trasmesse, soprattutto quelle ulcerative (sifilide primaria, herpes genitale, infezione da *Haemophilus ducreyi* ecc.) costituiscono un aumentato fattore di rischio per la trasmissione di HIV.

Decorso clinico. Il decorso clinico tipico (in assenza di trattamento) è caratterizzato essenzialmente da tre fasi distinte: una di incubazione/infezione acuta, una di latenza clinica ed uno stadio finale di malattia (caratterizzato da un aumento della suscettibilità alle infezioni opportunistiche e alle malattie neoplastiche).
I CDC (*Centers for Disease Control and Prevention*) statunitensi nel 1993 hanno proposto (e nel 2008 aggiornato) un sistema di classificazione per l'infezione da HIV che è ancora oggi il più usato a livello internazionale e che distingue lo stadio di malattia in base al numero di cellule CD4 e alle patologie opportunistiche/neoplasie eventualmente diagnosticate nel corso della storia clinica del paziente. Il sistema di classificazione e le patologie definenti lo stadio sono schematizzati nelle tabelle 1 e 2.

Categorie di CD4	Categorie cliniche		
	(A) Infezione acuta Asintomatico	(B) Sintomatico condizioni nonA – nonC	(C) Condizioni indicative di AIDS
> 500/mmc	A1	B1	C1
200-499/mmc	A2	B2	C2
< 200/mmc	A3	B3	C3

Sistema di classificazione dell'infezione da HIV

Condizioni cliniche definenti lo stadio A

- Infezione acuta febbrile sinimononucleosica
- Infezione asintomatica
- Linfoadenopatia generalizzata persistente

Condizioni cliniche definenti lo stadio B

- Candidosi oro-faringea
- Diarrea persistente (> 30 gg)
- Febbre >38,5°C
- Leucoplachia orale villosa
- Herpes zoster
- Porpora trombocitopenica idiopatica
- Angiomatosi bacillare
- Neuropatia periferica
- Candidosi vulvo-vaginale
- Displasia/carcinoma *in situ* della cervice uterina
- Malattia infiammatoria pelvica

Condizioni cliniche definenti lo stadio C

- Candidosi di bronchi, trachea, esofago o polmoni
- Carcinoma invasivo della cervice
- Coccidioidomicosi, disseminata o extra pomonare
- Criptococcosi extra polmonare
- Criptosporidiosi intestinale cronica (durata > 1 mese)
- Malattia sistemica o retinite da CMV
- Encefalopatia HIV-correlata
- Herpes simplex: ulcera cronica (> 1 mese)
- Herpes simplex: bronchite, polmonite o esofagite
- Istoplasmosi, disseminata o extra polmonare
- Isosporiasi intestinale cronica (durata > 1 mese)
- Sarcoma di Kaposi
- Linfoma di Burkitt
- Linfoma immunoblastico o primitivo del cervello
- *Mycobacterium avium complex* o *M. kansasii*, disseminati o extra pomonari
- *Mycobacterium Tuberculosis*, qualsiasi sede
- *Micobatteriosi non tubercolari* (altre specie o specie non identificate, disseminate o extra polmonare)
- Polmonite da *Pneumocystis jirovecii*
- Polmoniti batteriche ricorrenti (>3 episodi in 12 mesi)
- Leucoencefalite multifocale progressiva
- Setticemia ricorrente da *Salmonella spp*
- Toxoplasmosi cerebrale
- *Wasting syndrome*

Le condizioni morbose associate ai vari stadi di infezione da HIV

3.8 Principali metodiche utilizzate nella diagnosi delle malattie sessualmente trasmesse

Principali agenti eziologici	Ricerca microbiologica (esame diretto/ colturale)	Ricerca sierologica anticorpi (Ab)/ antigeni (Ag)	Ricerca DNA/RNA
HIV		Test ELISA Ab/ Agp24	Dosaggio HIV-RNA
Virus Epatite A		ricerca anticorpi HAV-Ab	
Virus Epatite B		ricerca HBsAg/Ab	Dosaggio HBV-DNA
Herpes Simplex Virus		ricerca anticorpi	Ricerca DNA virale su sangue o lesioni cutanee
Human Papiloma Virus			Ricerca DNA su biopsia o Pap test
Cytomegalovirus		Ricerca anticorpi Antigenemia pp65	PCR su sangue per ricerca genoma virale
Neisseria gonorrhoeae	colorazione Gram e coltura tampone uretrale/cervicale		Biologia molecolare
Treponema pallidum	ricerca al microscopio ottico in campo oscuro	Test sierologici treponemici e non treponemici	
Gardnerella vaginalis	esame diretto e colturale su tampone vaginale – Pap test		
Chlamydia trachomatis	Esame diretto e colturale su tampone vaginale	Ricerca anticorpi	
Mycoplasma spp.	Esame diretto e colturale su tampone vaginale	Ricerca anticorpi	
Trichomonas vaginalis	Esame diretto e colturale su tampone vaginale – Pap test		
Candida albicans	Esame diretto e colturale su tampone vaginale – Pap test	Ricerca anticorpi Ag circolante	

Capitolo IV

Aspetti Giuridici

Simona Filoni

4.1 Il percorso legislativo

I minorenni e la loro intangibilità sessuale hanno trovato tutela sin dai tempi della Convenzione di New York sui diritti del fanciullo del 20 novembre 1989, divenuta legge il 27 maggio 1991, n. 176. L'art. 19 della legge recita, al punto 1: "Gli Stati parti adottano ogni misura legislativa, amministrativa, sociale ed educativa per tutelare il fanciullo contro ogni forma di violenza, di oltraggio o di brutalità fisiche o mentali, di abbandono o di negligenza, di maltrattamenti o di sfruttamento, compresa la violenza sessuale, per tutto il tempo in cui è affidato all'uno o all'altro, o a entrambi i genitori, al suo tutore legale (o tutori legali), oppure a ogni altra persona che abbia il suo affidamento".
La legislazione in materia nel nostro Stato ha subito diverse modifiche, in linea con l'evoluzione dei tempi. Infatti, la Legge 15 febbraio 1996, n.66 , contenente "Norme contro la violenza sessuale", ha abrogato la precedente disciplina giuridica che collocava tale tipologia di reato nel titolo IX del codice penale Rocco (1930) intitolato "*Dei delitti contro la moralità pubblica e contro il buon costume*", trasformando il reato di violenza sessuale da delitto contro la moralità pubblica ed il buon costume in *delitto contro la libertà personale*.
La normativa nazionale vigente è stata seguita da ulteriori, significative regolamentazioni dei delitti commessi in danno dei minorenni e delle vittime vulnerabili in genere, quali la Legge 3 agosto 1998, n. 269, in materia di "Prostituzione minorile , di Pornografia minorile e di Turismo sessuale"; la Legge 6 febbraio 2006, n. 38 contenente "Disposizioni in materia di lotta contro lo sfruttamento sessuale dei

bambini e la pedopornografia anche a mezzo Internet", che introduce delle modifiche alle disposizioni già formulate dalla precedente normativa n. 269/98"; la Legge 15 luglio 2009, n. 94 contenente "Disposizioni in materia di sicurezza pubblica", fino alla Legge 1 ottobre 2012, n. 172, di "Ratifica ed esecuzione della Convenzione del Consiglio d'Europa per la protezione dei minori contro lo sfruttamento e l'abuso sessuale", siglata a Lanzarote il 25 ottobre 2007, nonché norme di adeguamento dell'ordinamento interno); la Legge 15 ottobre 2013, n. 119, contenente "Disposizioni urgenti in materia di sicurezza e per il contrasto della violenza di genere"; il D.L.gs. 4 marzo 2014, n. 39 (Attuazione della direttiva 2011/93/UE relativa alla lotta contro l'abuso e lo sfruttamento sessuale dei minori e la pornografia minorile).
È evidente la volontà del legislatore di tutelare i minori e le donne, per lo più vittime di violenze all'interno della famiglia e, come tali, misconosciute e sottostimate.

A ciò si aggiunge la Carta di Noto, stilata il 9 giugno 1996, aggiornata il 7 luglio 2002 ed integrata nell'anno 2011, relativa alle linee guida contenenti suggerimenti diretti a garantire l'attendibilità dei risultati degli accertamenti tecnici e la genuinità delle dichiarazioni rese dal minore in caso di abuso sessuale, assicurando, al contempo, al minore, la protezione psicologica, la tutela dei suoi diritti relazionali, nel rispetto dei principi costituzionali del giusto processo e degli strumenti del diritto internazionale.
In particolare, i principi e le regole contenuti in questa Carta recepiscono le disposizioni contemplate dall'articolo 8, comma 6 del Protocollo della Convenzione di New York ratificato l'11 marzo 2002 e dall'articolo 30, comma 4, della Convenzione di Lanzarote, ratificata in data 19 gennaio 2010. Si menziona, altresì, il Decreto Legislativo 212/2015 sulle cd. "*vittime vulnerabili*", che aumenta la tutela delle parti offese, in ragione della gravità e dell'allarme sociale scaturente dall'aumento crescente di siffatti crimini e della necessità di creare una "rete" di interventi, anche di natura extra giudiziaria, al fine di sopperire alla solitudine, morale e sociale che, spesso, accompagna

la vittime nel difficile percorso della rivisitazione del trauma e del superamento dello stesso.
Dalla lettura di tutta la normativa in materia, emerge la volontà del legislatore di tutelare i cd. "soggetti deboli", soprattutto le donne ed i minori, da ogni forma di violenza, fisica e psicologica, soprattutto quella consumata in ambito intrafamiliare, spesso sconosciuta e sottostimata.
La legge 15 ottobre 2013, n. 119 (*cd. Legge sul Femminicidio*), che ha apportato innovazioni profonde alla disciplina sullo "stalking", ha modificato, tra gli altri, l'art. 351, comma 1 ter, c.p.p., relativo all'ascolto del minore, stabilendo che, "nei procedimenti per i reati di cui agli articoli… 609 *bis*, 609 *quater* (atti sessuali con minorenne), 609 quinquies (corruzione di minorenne), 609 octies (violenza sessuale di gruppo), 609 undecies (adescamento di minori), la polizia giudiziaria, quando deve assumere sommarie informazioni da persone minori, si avvale dell'ausilio di un esperto in psicologia o in psichiatria infantile, nominato dal pubblico ministero. Il legislatore ha previsto, infatti, la necessaria presenza di un esperto in psicologia o psichiatria *infantile* ogni volta che debbano essere raccolte in fase investigativa (in assenza di contraddittorio, dunque, non nella fase dell' incidente probatorio) le dichiarazioni (sommarie informazioni testimoniali) di un minore «in relazione» a reati di abuso sessuale.
Sarebbe auspicabile che tale forma di audizione "mediata" avvenisse prima della visita della vittima, al fine di consentire al medico-legale di valutare il racconto, riferito *de relato,* dell'accompagnatore ovvero direttamente dal minore in base all'età dello stesso, e verificare la congruenza di quanto denunciato con i segni obiettivabili nel corso dell'accertamento.

Invece, nei casi di abusi sessuali per i quali si interviene nella immediatezza, o nella quasi immediatezza, in flagranza o in quasi flagranza rispetto alla commissione del fatto reato, la visita medico legale precede necessariamente l'ascolto protetto del minore.
Si assiste, infatti, ad un aumento esponenziale di delitti in materia ses-

suale, in linea con l'evoluzione dei tempi e con la perdita del rispetto per i valori fondamentali dell'individuo, in una escalation crescente di agguati di natura sessuale, in cui l'aggressività, la frustrazione, i fallimenti e la violenza, trovano la loro massima espressione nella sopraffazione dei soggetti più deboli e, come tali, più indifesi.
La norma di riferimento del reato di violenza sessuale è costituita dall'art. **609 bis c.p.,** che recita testualmente: *"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: 1) abusando delle condizioni di inferiorità fisica o psichica della persona offesa al momento del fatto; 2) 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"*.
L'art. **609 ter c.p,** disciplina una serie di circostanze aggravanti, con aumento previsto di pena da sei a dodici anni, in una serie di ipotesi, tra le quali *"1) l'aver commesso il fatto in danno di una persona che non ha compiuto i quattordici anni; 2) con l'uso di armi o di sostanze alcoliche, narcotiche o stupefacenti o di altri strumenti o sostanze gravemente lesivi della salute della persona offesa; 3) da persona travisata o che simuli la qualità di pubblico ufficiale o di incaricato di pubblico servizio; 4) su persona comunque sottoposta a limitazioni della libertà personale; 5) nei confronti di persona che non ha compiuto gli anni sedici della quale il colpevole sia l'ascendente, il genitore anche adottivo, il tutore; 5 -bis) all'interno o nelle immediate vicinanze di istituto d'istruzione o di formazione frequentato dalla persona offesa; 5-ter) nei confronti di donna in stato di gravidanza; 5-quater) nei confronti di persona della quale il colpevole sia il coniuge, anche separato o divorziato, ovvero colui che alla stessa persona è o è stato legato da relazione affettiva, anche senza convivenza; 5-quinquies) se il reato è commesso da persona che fa parte di un'associazione per delinquere e al fine di agevolarne l'attività; 5-sexies) se il reato è commesso con violenze gravi o se dal fatto deriva al minore, a causa della reiterazio-*

ne delle condotte, un pregiudizio grave". **La pena è della reclusione da sette fino a quattordici anni se il fatto è commesso nei confronti di persona che non ha compiuto gli anni dieci**.
L'abuso intrafamiliare, come può osservarsi, comporta un aumento della pena base, essendo considerato di eccezionale gravità, sia per il ruolo di subordinazione e, quindi, della logica mancanza di consenso da parte della vittima, imprigionata in un contesto in cui, il più delle volte, non riesce a trovare aiuto, sia per le conseguenze, a breve e lungo termine, che tale atto può avere nei confronti del minore.

In tale ottica, tanto minore è l'età della vittima, tanto maggiore sarà ritenuta la gravità del fatto reato e, di conseguenza, la pena edittale in astratto comminabile per il delitto commesso.
L'art **609 quater c.p**., disciplina gli *"Atti sessuali con minorenne" e punisce chi compie atti sessuali con persona che, al momento del fatto: "1) non ha compiuto gli anni quattordici; 2) 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".*
In risposta alla "modernità" e ad un sostanziale mutamento della abitudini sessuali, si prevede, nell'ultima parte di tale articolo, di non punire il minorenne che, al di fuori delle ipotesi previste nell'articolo 609-*bis*, compie atti sessuali con un coetaneo/a che abbia compiuto gli anni tredici, se la differenza di età tra i soggetti non è superiore a tre anni.
Si "consente", quindi, al minore tredicenne di avere rapporti sessuali

consenzienti con il sedicenne ma non con il diciasettenne. È opportuno rammentare che non può invocarsi la ignoranza della normativa che, peraltro, nella fattispecie prevede (articolo 609-sexies, "Ignoranza dell'età della persona offesa"), che il colpevole non possa invocare a propria scusa l'ignoranza dell'età della persona offesa allorquando si hanno rapporti con un soggetto minore degli anni diciotto.
La bravura, l'esperienza e l'attenzione degli operatori nella trattazione di siffatti delitti, risiede anche nella capacità di "accertare" finte denunce di abusi sessuali, soprattutto promananti da minori adolescenti, per nascondere le più disparate situazioni, che li hanno visti intrattenere, consensualmente, rapporti sessuali, spesso con coetanei, all'insaputa dei genitori, poi sfociate in denunce per abusi sessuali.
Siffatti casi, invero sempre più frequenti, in linea con l'evoluzione dei tempi e costituenti, altresì, espressione di un sempre minore dialogo all'interno delle famiglie, non esonerano gli operatori, comunque, dall'approntare le metodologie e dal seguire le linee guida previste per la trattazione degli abusi sessuali, pur in presenza di palesi incongruità nella narrazione del racconto da parte della persona offesa, ed in assenza di segni obiettivi comprovanti la violenza, giacché trattasi di valutazioni ed approfondimenti costituenti esclusiva prerogativa del magistrato inquirente, unico soggetto deputato a svolgere le indagini penali.

Il medico e gli operatori che intervengono nella immediatezza del fatto, pertanto, devono limitarsi al riscontro diagnostico ed a segnalare quanto accertato in sede di visita medico legale. Ad ogni buon conto, soccorre la considerazione che, comunque, in presenza di un "*sospetto*" abuso sessuale, poi rivelatosi infondato, le indagini vanno comunque effettuate, a prescindere dal risultato e dalle conseguenze scaturenti dalle dichiarazioni della vittima risultate calunniose e mendaci.
La tutela dei minori è ulteriormente prevista dall'**art. 609 quinquies c.p,** che disciplina il delitto di corruzione del minore, e punisce la condotta di chiunque compie atti sessuali in presenza di persona mi-

nore degli anni quattordici, al fine di farla assistere, ovvero fa assistere una persona minore di anni quattordici al compimento di atti sessuali, ovvero mostra alla stessa materiale pornografico, al fine di indurla a compiere o a subire atti sessuali.

L'**art. 609 octies c.p**., inoltre, recita che *"La violenza sessuale di gruppo consiste nella partecipazione, da parte di più persone riunite, ad atti di violenza sessuale di cui all'articolo 609-bis"*. La pena massima prevista è di 12 anni ed aumenta in associazione alle circostanze aggravanti disciplinate dall'articolo 609 ter c.p. Lo stupro di gruppo è un delitto considerato di estrema gravità in ragione della componente sociale/culturale spesso associata alla sua costituzione. Il disvalore del fatto reato va ricercato nella motivazione che, in linea con i tempi, potrebbe non essere di natura prettamente sessuale, essendo la violenza di gruppo espressione di una forte aggressività extrasessuale connotata da un forte disprezzo per la vittima. È in siffatte situazioni, in cui ad agire spesso è il branco, che la violenza e l'aggressività trovano la loro massima espressione; non di rado, siffatti abominevoli crimini, vengono commessi con il contestuale utilizzo, da parte dei correi, di sostanze alcooliche e stupefacenti e, purtroppo, anche di strumenti telematici atti a riprendere (e spesso divulgare), tutte le fasi dello stupro.

La nuova normativa stabilisce, poi, all'**art. 609 septies c.p,** che i delitti previsti dagli art. 609 bis, 609 ter e 609 quater c.p., sono puniti a querela della persona offesa, proponibile in sei mesi (in luogo dei tre canonici) e che la querela, una volta proposta, è irrevocabile, affermando, allo stesso tempo, una serie di ipotesi per le quali scatta la procedibilità di ufficio, vale a dire a prescindere dalla querela di parte; in primis, nell'ipotesi in cui i delitti sessuali siano commessi in danno di persona che, al momento del fatto, non ha compiuto gli anni diciotto. Altre ipotesi che determinano la procedibilità di ufficio, sono quelle in cui il delitto è commesso dall'ascendente, dal genitore, anche adottivo, o dal di lui convivente, dal tutore, ovvero da persona cui il minore è affidato per ragioni di cura,di educazione, di istruzione, di vigilanza o di custodia o che abbia con esso una relazione di

convivenza; se il fatto è commesso da un pubblico ufficiale o da un incaricato di un pubblico servizio nell'esercizio delle sue funzioni; se il fatto è connesso con un altro delitto per il quale si deve procedere di ufficio e se il fatto è commesso nell'ipotesi di cui all'art. 609 quater, ultimo comma.

Si sancisce, dunque, la principale regola della disciplina in questione, vale a dire che i delitti di violenza sessuale godono di una **tutela primaria da parte dell'ordinamento**, attesa la loro gravità intrinseca, ed i danni sullo sviluppo psicofisico del minore, con la conseguenza che il legislatore interviene accertandone l'esistenza, in presenza della sola notizia di reato, a prescindere dalla proposizione della querela, circostanza che, se prevista per i minori degli anni diciotto, rischierebbe di lasciare impuniti moltissimi delitti consumati in ambito familiare.

4.2 L'esperienza del Pubblico Ministero

La violenza sessuale si configura allorquando un soggetto, "*con violenza o con minaccia o mediante abuso di autorità, costringe un minore a compiere od a subire atti sessuali";* analogamente dicasi qualora la violenza sessuale venga consumata anche solo "*per induzione*", vale a dire "abusando" delle condizioni di inferiorità fisica o psichica della persona offesa al momento del fatto, situazioni che, nel caso di minore vittima, ricorrono sempre, in presenza di obiettive condizioni di inferiorità fisica e/o psichica dovute alla minore età.
Le notizie di reato che giungono all'attenzione della Procura della Repubblica costituiscono, purtroppo, soltanto una piccola percentuale degli abusi in realtà consumati; ciò, in quanto, la maggior parte degli abusi sessuali commessi trova la sua consumazione all'interno delle mura domestiche o, comunque, in ambienti chiusi (comunità di accoglienza, comunità ecclesiastiche, collegi), costituendo, pertan-

to, soltanto la punta di un iceberg. Negli ultimi anni, con l'aumento dei dibattiti e della costante informazione sull'importanza di sporgere denuncia anche nei casi di sospetto abuso, soprattutto qualora commesso in danno di soggetti minori, così come avvenuto per altre forme di violenza che sono state e sono oggetto di grande attenzione mediatica (si pensi allo *stalking*, al femminicidio, ai maltrattamenti ma, anche, alla pedopornografia, alla corruzione di minorenne, alla prostituzione minorile), si è registrato un cospicuo aumento dei casi di denuncia o, comunque, delle segnalazioni pervenute alle Forze dell'Ordine o all'Autorità Giudiziaria; si denuncia di più, è vero, ma, purtroppo, si abusa anche di più.
Questo accade perché, il più delle volte, l'abusante "sa" di poter contare sul silenzio della vittima, silenzio carpito, solitamente, con la minaccia di infliggere ben più gravi atrocità o con il semplice ricatto di divulgare quanto accaduto, forte del conseguente senso di vergogna maturato nella vittima, la quale si colpevolizza per non essere riuscita ad opporsi o a chiedere aiuto ad un adulto di riferimento.

Da qui la doppia considerazione, sia in relazione alla attenzione ed alla bravura che devono riporre tutti "gli operatori del sociale" (assistenti sociali, insegnanti, medici), vale a dire tutti quegli adulti che, al di là dei genitori, si interfacciano con il minore, attraverso una costante opera di ascolto, nonché di osservazione dei suoi cambiamenti, nella condotta e nell'umore; sia in relazione alla dedizione, alla cura, alla professionalità, alla diligenza che devono essere profuse nel corso della trattazione di minori vittima di abusi sessuali, sin dal loro primissimo ingresso in ospedale.
Il mondo del minore è un mondo che ha i suoi tempi, che richiede modi, cure, attenzioni particolari; in cui non possono trovare spazio la fretta nello svolgimento degli accertamenti, seppure urgenti, e l'approssimazione nel giudizio. Sono gli adulti che si devono adattare ai tempi ed alle modalità di comunicazione del bambino e non il bambino agli adulti; se così non fosse, si finirebbe soltanto con l'impattare contro un muro di silenzio.

Ed è soprattutto nelle primissime fasi, quelle che seguono la acquisizione della notizia di reato, che le varie professionalità devono necessariamente convergere, guardare all'obiettivo comune che si persegue, proseguendo con le visite medico legali ginecologiche-chirurgiche, fino al sostegno psicologico della vittima, fasi fondamentali per l'acquisizione della prova e prodromiche alla assunzione della testimonianza del minore da parte del Pubblico Ministero.

Preliminarmente alla visita, di estrema importanza ai fini dell'accertamento del reato, risulta essere il momento della raccolta dell'anamnesi della violenza subita dalla vittima, la quale deve avere pochi ma chiari interlocutori: medico legale, pubblico ministero o polizia giudiziaria delegata dal P.M.; il giudice nella fase dell'incidente probatorio. Costituisce prerogativa esclusiva dell'Autorità Giudiziaria quella di valutare la credibilità e l'attendibilità del minore e, per fare questo, è necessario che il suo racconto non venga inquinato, anche in buona fede, attraverso continue sollecitazioni della memoria finalizzate a tranquillizzarlo o a comprendere meglio quanto accaduto, a tutela della stessa vittima e della genuinità delle dichiarazioni rese.

A tal proposito si rammenta che, per il particolare costrutto della legge, la sola testimonianza della vittima, in assenza di segni traumatici riferibili all'atto sessuale subito, può essere decisiva ai fini della condanna del "presunto" aggressore. Il giudice, infatti, secondo costante giurisprudenza, può trarre il proprio convincimento "circa la responsabilità dell'imputato anche dalle sole dichiarazioni rese dalla persona offesa" (Cassazione, III Penale, 11.10.2012, n. 40143), purché chiare, lineari, precise, scevre da contraddizioni di sorta.

Dunque, ogni attore della vicenda che si interfaccia con un minore abusato deve avere ben chiari i propri compiti ed i propri limiti di intervento, anche per non disorientare il minore stesso, cui vanno date indicazioni e segnali ben precisi, anche sulle **qualifiche** *rivestite dagli adulti con cui viene in contatto nelle fasi di accertamento del reato.*

È in questo delicatissimo momento, che tutti gli operatori devono profondere un'opera di assunzione della prova e di sostegno della vit-

tima, evitando, al contempo, inquinamenti probatori, *discovery* e duplicazioni di interventi, fondendo professionalità ed umanità insieme. Non va mai dimenticato che dietro ogni fascicolo, dietro ogni caso, c'è una vita umana; vittime indifese che hanno subito la profanazione del corpo e dell'anima, che vedono in noi i depositari del loro vissuto, che si "**affidano**" a noi richiedendo protezione, tutela, cura, vicinanza, affetto; il ripristino della loro dignità e, nel caso di minori, il ripristino della loro infanzia violata.

Una grande attenzione va posta ai segnali, a tutti quei comportamenti, anche non verbali, con cui il minore ci mette a conoscenza del suo dramma. Vi sono bambini che, non riuscendo a parlare, disegnano gli abusi subiti sui fogli, o attraverso le movenze realizzate con i pupazzi messi loro a disposizione, o li raccontano nei compiti in classe; si sono registrati casi eclatanti, in cui i minori iniziavano a piangere allorquando, in casi di abusi intrafamiliari, vedevano il loro abusante all'uscita dalla scuola; vi sono casi in cui i minori non riescono a guardare in faccia il P.M. ed a raccontare quanto accaduto: allora, in alcune occasioni, si è reso necessario effettuare il racconto al buio, con la tapparella della finestra abbassata e con un fazzoletto che il minore ha tenuto sul viso, assicurato agli occhiali, per tutto il tempo, mentre descriveva le modalità degli abusi. Ci sono stati casi in cui i minori si sono confidati con le insegnanti, con "l'adulto di riferimento", trovato a fatica in una società sempre più "orfana" di padri, e casi in cui le stesse insegnanti hanno osservato il profondo disagio e l'enorme sofferenza del bambino, vittima di abusi intrafamiliari e lo hanno riferito alle Forze dell'Ordine. Si rievoca il caso di una minore, abusata dal convivente sordomuto della madre: orbene, la bambina in questione, in occasione di un accesso al Comune di residenza, in cui il suo abusante la aveva condotta per presentare istanze di sussidio, ponendosi di spalle rispetto al suo aguzzino, lo ha pubblicamente denunciato, proferendo le testuali parole all'impiegata che aveva di fronte e che, allibita, la ascoltava "quest'uomo, il convivente della mamma, mi violenta".

Questi sono solo alcuni degli esempi con i quali i minori comunicano; è importante, dunque, possedere una grande capacità di osservazione, di comprensione e di ascolto; ascoltarli, sentire i loro drammi, approfondire le dinamiche e le modalità dell'abuso senza lasciare trasparire lo sconcerto e la disapprovazione, anche espresse con la sola mimica facciale; scendere al loro "livello" di bambini, adoperare il loro linguaggio, i loro scritti, intervallare il racconto parlando di cose leggere, dei loro idoli, dei loro desideri, dei loro sogni, delle loro speranze, facendo le necessarie pause; imparando ad ascoltare i loro silenzi ed a rispettare il loro pianto.

Questo è il compito dell'inquirente, il compito del Pubblico Ministero che deve accertare l'esistenza del reato, nel rispetto della dignità e della sensibilità della vittima, coniugando la professionalità, il rispetto del codice e delle leggi vigenti ma, al contempo, restando "*umano*", senza mai cedere alla approssimazione o, ancor peggio, al pregiudizio.
Ed allora, se si conviene sulle suesposte considerazioni, si potrà comprendere il senso e la portata dell'agire comune nella trattazione dei casi di abuso sessuale commesso in danno di minori; si potrà comprendere come sia importante agire con tempestività ed operare all'unisono, in una profonda sinergia di opera e di intenti; si potrà comprendere come figure fondamentali quali la polizia giudiziaria, il medico legale, il ginecologo, il chirurgo, il pediatra, lo psicologo, il magistrato, l'assistente sociale, siano tutte pedine necessarie e fondamentali per l'accertamento della verità, giacché **tutte parti di un unico meccanismo**, nel quale nessuna componente può fare a meno l'una dell'altra, nel rispetto della legge, della deontologia e dei dettami morali. Si capirà l'importanza di concetti come "dialogo" e "collaborazione"; si fornirà una vera tutela alle vittime; si tasterà, con mano, il senso della professionalità di ognuno di noi.
Si eviteranno errori, duplicazioni di interventi, inquinamento delle prove, tutti elementi dannosi per l'indagine e per la stessa vittima.
Una delle regole cardine da seguire nella trattazione degli abusi sessuali commessi in danno di soggetti minori, è costituita, infatti, dalla

speditezza che deve necessariamente caratterizzare l'operato di tutti i soggetti chiamati in causa; tanto più grave è l'abuso patito, infatti, tanto più rapida ed efficace deve essere la risposta nell'indagine penale, per fare in modo di accelerare il "ritorno alla normalità" della piccola vittima.
Mi piace pensare all'immagine dell'altalena; tanto più grave è l'abuso ricevuto, tanto più forte deve essere la spinta "verso il ritorno alla normalità", verso la vita, quella vera, quella che tutti i bambini, di ogni razza, religione, lingua e provenienza dovrebbero avere il diritto di vivere. Questo, almeno, dovrebbe accadere in uno Stato democratico regolato dal diritto; in una società moderna, tecnologica ed avanzata come la nostra.
Soltanto così si potrà riuscire ad evitare che le vittime diventino vittime una seconda volta, a causa dei ritardi e delle lungaggini procedurali a noi imputabili.

Mi piace pensare che il mio, il Vostro operato e quello di tanti altri servitori dello Stato, sono una piccola goccia nell'oceano; è vero, penso che sono solo una piccola goccia; ma, poi, rifletto, piego il capo, sorrido e ripenso alla profonda verità insita nelle parole di chi disse:

"***Sappiamo bene che ciò che facciamo non è che una goccia nell'oceano. Ma se questa goccia non ci fosse, all'oceano mancherebbe. Importante non è ciò che facciamo, ma quanto amore mettiamo in ciò che facciamo; bisogna fare piccole cose con grande amore***".

Questi i miei pensieri; questo il mio augurio per Voi, di andare avanti, sempre, insieme, uniti, senza mollare mai, perché nessuna gioia può essere paragonata a quella che si prova nel salvare una vita umana o nel contribuire ad alleggerire il peso della sofferenza altrui, soprattutto quando a portarlo sono i bambini. Ed i bambini sono amore; e l'amore è la vita stessa.

Bibliografia

- Adams, J.A. et al. (2018). *Interpretation of Medical Findings in Suspected Child Sexual Abuse: An Update for 2018.*
- American Academy of Pediatrics (1999). Guidelines for the evaluation of sexual abuse of children: subject review, *Pediatrics*, 103, 1999, 186-191.
- Castoro, G., Foschino Barbaro, M.G. (2017). *Psicopatologia del Trauma.* In Terapia cognitivo-comportamentale del trauma interpersonale infantile, a cura di Foschino Barbaro M.G., Mancini F., Franco Angeli.
- CISMAI (2015). *Dichiarazione di consenso in tema di abuso sessuale.*
- Classen, C.C., Palesh, O.G., Aggarwal, R. (2005). Sexual revictimization: a review of the empirical literature. *Trauma, Violence Abuse*, 6:103-129
- Consiglio dei Ministri (2017). Linee guida nazionali per le Aziende sanitarie e le Aziende ospedaliere in tema di soccorso e assistenza socio-sanitaria alle donne vittime di violenza. De-creto del presidente del Consiglio dei Ministri 24 novembre 2017
- Foschino Barbaro, M.G., De Iaco, D. (2014). *Le mutilazioni Genitali Femminili.* Vol. II Protagonisti Pugliesi. Regione Puglia, in collaborazione con ASL BA.
- Garante per l'Infanzia e l'Adolescenza, CISMAI, Terre des Hommes (2015). *Indagine nazionale sul maltrattamento dei bambini e degli adolescenti in Italia. Risultati e Prospettive.*
- Giolito, M.R., Gruppo di lavoro per l'abuso e il maltrattamento dell'infanzia (2010). *L'Abuso sessuale nei bambini prepuberi. Requisiti e raccomandazioni per una valutazione appropriata,* Il Pensiero Scientifico Editore.
- Montecchi, F. (2005). *Dal bambino minaccioso al bambino minacciato. Gli abusi sui bambini e la violenza in famiglia: prevenzione, rilevamento e trattamento*. Franco Angeli, Milano.
- Organizzazione Mondiale della Sanità (1996). *Female genital mutilation: report of WHO*. Technical Working Group Meeting, Geneva.
- *Regione Puglia (2016). Linee guida regionali in materia di maltrattamento e violenza nei confronti delle persone minori per età. Regione Puglia, Delibera del 30 novembre 2016, n. 1878.*
- *Regione Puglia (2020). Manuale Operativo. Regione Puglia, Delibera dell' 8 ottobre 2020, n. 1641.*
- Rhodes, J. (2016). *Le variazioni del dolore*. Tr.It. Enaudi, Torino.
- Ricci, E. (2014). *Le conseguenze psicologiche delle MGF nella sfera personale ed in quella interpersonale*, In Le mutilazioni genitali femminili tra teoria ed esperienza. Atti Seminari Progetto MGF 2014, Regione Puglia e ASL BA.
- Solarino, B., Maselli, E. (2012). *Mutilazioni genitali femminili: aspetti medico-legali.* In: Le mutilazioni genitali femminili. Vol II, pp 45-62, I quaderni della prevenzione.
- Solarino, B., Tattoli, L. (2014). *Le mutilazioni genitali femminili: aspetti*

medico-legali. In: Le mutilazioni genitali femminili tra teoria ed esperienza atti Seminari Progetto MGF 2014 a cura di Altomare Edoardo. Bari Dedalo Litostampa srl, pp 83-101 – ISBN: 978-88-905-6684-4.
- UNICEF (2015). *Changing a harmful social convention; Female genital mutilation/cutting* .

Letture consigliate per l'approfondimento

- Adams, J.A. et al. (2016). Updated Guidelines for the Medical Assessment and Care of Children Who May Have Been Sexually Abused, *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*. Volume 29, Issue 2, April 2016, 81-87.
- Adams, J.A., Kaplan, R.A., Starling, S.P. et al. (2007). Guidelines for medical care of children who may have been sexually abused. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 2007;20(3):163-72.
- Adams, JA. (2008). Guidelines for medical care of children evaluated for suspected sexual abuse:an update for 2008. *Current Opinion in Obstetrics and Gynecology;* 20:435-41.
- Avenia, F., Mundanu, S., Lo Baido, R. (2001). Mutilazioni genitali femminili: storia e attualità. *Rivista di Sessuologia*, 2001, 4, 353- 365.
- Baldaro Verde, J., Catania, L., Sigratti, S. et al. (2003). *Female Genital mutilation modalities and emotions*. 16th World Congress of Sexology Sexuality and Human Development. Cuba.
- Brindicci, G., Trillo G., Santoro C.R. et al. (2015), Access to health services for undocumented immigrants in Apulia. *J Immigr Minor Health*. 2015 Apr; 17(2):618-23.
- Caritas Italiana & Fondazione Migrantes (2014). XXIII *Rapporto immigrazione 2013: Tra crisi e diritti umani*. Tau Editrice.
- Centers for Disease Control and Prevention, CDC. *https://www.cdc.gov/std/default.htm*
- Centro Studi e Ricerche Immigrazione Dossier Statistico, IDOS *http://www.dossierimmigrazione.it/index.php*
- D'Antuono, A., Andalò, F., Carlà, E.M. et al. (2001). Prevalence of STDs and HIV infection among immigrant sex workers attending an STD centre in Bologna, Italy. *Sex Transm Infect.* 2001 Jun;77(3):220.
- European Centre for Disease Prevention and Control *https://ecdc.europa.eu/en/sexually-transmitted-infections-sti*
- Fasano, M., Saracino, A., Carosi, G. et al. (2012). Hepatitis B and immigrants: a SIMIT multicenter cross-sectional study. *Infection.* 2013 Feb;41(1):53-9. doi: 10.1007/s15010-012-0384-9. Epub 2012 Dec 21.
- Freeman Longo, R.E., Blanchard, G.T. (1998). *Sexual abuse in America: Epidemic of the 21st century*. Safer Society Press.

- Gallion, H.R., Milam, L.J., Littrel, L.L. (2016). Genital Findings in cases of child sexual abuse genital vs vaginal penetration. *J pediatr adolesc Gynecol* 2016;29:604.
- Grassivaro Gallo, P., Viviani, F.(2005). *Alle radici delle Modificazioni etniche dei genitali Femminili*. In : corpi e simboli. Immigrazione sessualità e MGF in Europa. Armando Editore 2005.
- Kellogg Nancy, D., Shirley, W. , Menard, R.N., Annette Santos, R.N. (2004). Genital Anatomy in Pregnant Adolescents: "Normal" Does Not Mean "Nothing Happened" , PEDIATRICS Vol. 113 No. 1 January 2004, pp. e67-e69
- Kellogg, N., The Committee on Child Abuse and Neglect (2005). The evaluation of sexual abuse in children. *Pediatrics* 2005;116:506-12
- Miller, M., Moneti, F., Landini, C., Lewnes, A. (2005). *Changing a harmful social convention: female genital mutilation/cutting*
- National Collaborative Centre for Women's and Children's Health (2009). *When to suspect child maltreatment*. Clinical Guideline. London: RCOG Press, 2009
- OER Osservatorio Epidemiologico Regionale Puglia. *https://www.sanita.puglia.it/documents/20182/26606354/Documento+tecnico+HIV+allegato+B/7a181e5a-0b70-4f5c-babd-6b752283c3b4*
- Pasquinelli C. (2000). *Antropologia delle mutilazioni genital femminili*. AIDOS.
- Royal College of Paediatrics and Child Health (2008). *Physical signs of child sexual abuse: An evidence-based review and guidance for best practice*. London: RCPCH,2008
- Uccella, I., Petrelli, A., Vescio, M.F. et al. (2017). *HIV rapid testing in the framework of an STI prevention project on a cohort of vulnerable Italians and immigrants*. AIDS Care. 2017 Aug;29(8):996-1002.
- World Health Organization (2014). *Global Status Report on Violence Prevention 2014*.
- World Health Organization, WHO. *http://www.who.int/life-course/partners/global-strategy/ewec-globalstrategyreport-200915.pdf?ua=1*

Documenti della Regione Puglia da scaricare ai seguenti link:

Regione Puglia (2016). Linee guida regionali in materia di maltrattamento e violenza nei confronti delle persone minori per età. Regione Puglia, Delibera del 30 novembre 2016, n. 1878.
https://drive.google.com/file/d/0B5np1shdvaJqSzZQbG5SbGY5Vk0/view

Regione Puglia (2020). Manuale Operativo - Regione Puglia, Delibera dell'8 ottobre 2020, n. 1641.
https://www.regione.puglia.it/web/pari-opportunita/-/lotta-alla-violenza-contro-i-minori-approvato-il-manuale-operativo-della-rete-regionale-dei-servizi

GIADA

(Gruppo Interdisciplinare Assistenza Donne e bambini Abusati)

Responsabile Scientifico	**Foschino Barbaro**	**Maria Grazia**	**080.5596610**

Equipe dedicata

Psicologa, psicoterapeuta	Berlingerio	Isabella	080.5596827
Psicologo, psicoterapeuta	Pellegrini	Michele	
Psicologa, psicoterapeuta	Vitale	Tiziana	
Assistente Sociale	De Iaco	Domenica	

Equipe funzionale

Dirigente Medico Direzione Sanitaria	D'Amelio	Maria Giustina	080.5592609
Dirigente Medico di Ortopedia	Carluccio	Giuseppe	080.5596571
Dirig. Medico Oncoematologia Pediatrica, Policlinico	Cervellera	Maria	080.5593363
Dirigente Medico di Pronto Soccorso	Li Moli	Ornella	080.5596622
Dirigente Medico di Neonatologa	Foglianese	Alessandra	080.5592220
Dirigente Medico di Radiologia	Gaeta	Alberto	080.5596854
Dirigente Medico di Chirurgia	Savino	Carmela	080.5596578 080.5596678
Medico Legale	Solarino	Biagio	080.5592204
Infermiera Coordinatrice	Porcelli	Santa	080.5596732

LINEA EDITORIALE

Per operatori

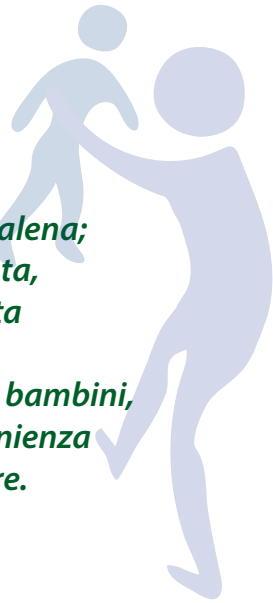
- "Aspetti radiologici e medico-legali del maltrattamento fisico in età pediatrica"
- "Codice GIADA. Percorso operativo in condizione di emergenza/urgenza e in regime di ricovero"
- "La violenza sessuale sui minorenni. Un approccio multidisciplinare"
- "Piccoli passi per affrontare il trauma nell'infanzia. Indicazioni Psicoeducative"
- "Ascoltare il trauma Indicazioni operative sull'ascolto dei minorenni in ambito giudiziario"

Per le famiglie

- "Piccoli passi per affrontare le separazioni familiari"
- "Da cullare e non scuotere" Shaken Baby Syndrome
- "Navigare nel Web. Parents in Exploration"

Per i bambini e gli adolescenti

- "Navigare nel Web. Teen in Exploration"
- "Dove sei Papà" Favola per figli con un genitore in carcere



Mi piace pensare all'immagine dell'altalena;
tanto più grave è la violenza ricevuta,
tanto più forte deve essere la spinta
"verso il ritorno alla normalità",
verso la vita, quella vera, quella che tutti i bambini,
di ogni razza, religione, lingua e provenienza
dovrebbero avere il diritto di vivere.

Simona Filoni

Azienda Ospedaliero-Universitaria
Policlinico - Giovanni XXIII

Con il contributo di

FAVIA

Terre des hommes
Proteggiamo i bambini insieme

ISBN 978-88-6922-165-1