

Semeiotica medica dell'abuso sessuale nei bambini prepuberi: requisiti e raccomandazioni

GRUPPO DI LAVORO PER L'ABUSO E IL MALTRATTAMENTO DELL'INFANZIA

Il documento presentato è il risultato del lavoro di un gruppo di professionisti italiani afferenti all'area ginecologica, medico-legale e pediatrica. Coordinatore e referente del gruppo la dott.ssa Maria Rosa Giolito, ginecologa, responsabile del progetto "Cappuccetto Rosso" per la prevenzione e l'intervento sui casi di maltrattamento e abuso sessuale contro i minori dell'ASL 4 di Torino, progetto associato al CISMAI (Coordinamento Italiano dei Servizi contro il Maltrattamento e l'Abuso all'Infanzia).

«**S**i 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 o al bambino, o abusi senza contatto diretto quali l'esibizionismo, il voyeurismo, o usando il bambino per la produzione di materiale pornografico. L'abuso sessuale include uno spettro di attività che va dallo stupro all'abuso meno intrusivo.»

American Academy Pediatrics. Guidelines for the evaluation of sexual abuse of children: subject review. Pediatrics 1999;103:186-191.

La rilevazione, la diagnosi, la presa in carico e il trattamento dell'abuso sessuale dei bambini costituiscono problemi complessi in cui si intrecciano aspetti medici, psicologici, sociali e giuridici; questo rende indispensabile il coinvolgimento di più figure professionali. La diagnosi di abuso sessuale è infatti una diagnosi multidisciplinare. Una diagnosi solo

MEDICAL EVALUATION OF SUSPECTED SEXUALLY ABUSED PRE-PUBERTAL CHILDREN

(Medico e Bambino 2004;23:243-248)

Key words

Sexual abuse, Physical examination

Summary

A document prepared by a multidisciplinary task force provides recommendations on medical evaluation of suspected sexually abused pre-pubertal children. The document identifies the objectives and the environmental requisites for the assessment, describes how best to collect the history and carry out the physical examination, particularly of the genital area. A classification of the physical findings is proposed as well as criteria for differential diagnosis and for evaluating the likelihood of the sexual abuse. Indications are given on when and how to investigate for sexually transmitted disease and, finally, on how to prepare an appropriate medical report.

medica raramente è possibile: nella letteratura internazionale è riportato che il 50-90% dei minori vittime di abuso sessuale accertato presenta reperti genitali e/o anali normali o non specifici. Diventa quindi indispensabile elaborare, tra i diversi professionisti coinvolti, un linguaggio e una modalità di intervento comuni e condivisibili.

Il presente documento, in assenza di una specifica formazione universitaria, è rivolto a tutti i medici che lavorano con i bambini nel tentativo di offrire uno strumento per un corretto approccio ai minori con sospetto di abuso sessuale.

Il gruppo di lavoro (*vedi box*) ha individuato i **requisiti minimi indispensabili** per la corretta applicazione delle raccomandazioni presentate nel documento.

REQUISITI MINIMI INDISPENSABILI PER LA VISITA

- ❑ *Ambiente adeguato*: la valutazione clinica deve essere effettuata in una stanza che permetta di garantire la riservatezza e la tranquillità durante il corso della visita.
- ❑ *Tempo sufficiente*: la valutazione può richiedere tempi lunghi in rela-

zione allo stato emotivo del bambino e alla sua volontà di collaborare. Tempi contingentati possono determinare più facilmente errori nella relazione con il bambino da parte del professionista.

- ❑ **Dotazione tecnica:** è necessaria una strumentazione che garantisca una buona effettuazione e documentazione della visita. È necessario ricordare che il dover sottoporre il bambino a una successiva visita, per una incompleta valutazione della prima, può costituire un inutile trauma psicologico.
- ❑ **Rete dei servizi:** la visita non può essere disgiunta dagli altri accertamenti tesi a valutare l'esistenza o meno di un abuso sessuale. La visita medica non può costituire, salvo pochi casi (*vedi classificazione di Adams*), l'unico elemento diagnostico.

Questi requisiti sono indispensabili per evitare visite inutili, ripetute e potenzialmente dannose. In assenza di essi è necessario l'accompagnamento del bambino a un altro collega competente.

GLI OBIETTIVI DELLA VALUTAZIONE CLINICA

Gli obiettivi della valutazione clinica sono:

- individuare quadri clinici e/o lesioni genitali ed extragenitali di natura traumatica o infettiva che necessitano o meno di trattamento;
- rassicurare, quando possibile, il bambino sul suo stato di salute fisica;
- identificare i bisogni medici che, insieme a una adeguata valutazione dei bisogni psicologici e sociali, possano contribuire al processo di recupero della vittima;
- raccogliere eventuali elementi medico-legali che potrebbero essere utili anche in sede giudiziaria;
- rispondere alla richiesta di chi esercita la potestà genitoriale o dell'Autorità Giudiziaria.

I TEMPI ENTRO I QUALI VA CONDOTTO L'ESAME

Nella maggioranza dei casi le lesioni delle mucose anali e vulvo-vaginali non sono più evidenziabili a breve distanza di tempo da quando sono state provocate. Ne consegue che:

- la visita va effettuata nell'immediato se l'episodio è avvenuto entro le 72 ore;
- va organizzata entro e non oltre sette giorni dall'abuso se l'episodio è avvenuto tra i tre e 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.

COME EFFETTUARE L'ACCOGLIENZA

È sempre necessario:

- assicurare un ambiente adatto (quiete e riservatezza);
- limitare il numero degli operatori, delle procedure e degli spostamenti a quelli strettamente necessari;
- aver adeguato tempo a disposizione;
- garantire che l'atteggiamento degli operatori sia rassicurante, disponibile all'ascolto e mai frettoloso;
- effettuare la visita in presenza del genitore o di altra persona adulta.

Bisogna porre la massima attenzione a:

- offrire spiegazioni sulla modalità della visita e ottenere il consenso del minore;
- non utilizzare mai forza, coercizione e/o inganno, riprogrammando eventualmente la visita (tenendo comunque conto dei tempi indicati);
- non porre domande dirette sul fatto e raccogliere l'eventuale racconto

spontaneo del minore, riportando le stesse espressioni usate dal bambino;

- evitare, se possibile, che il racconto dell'accompagnatore avvenga in presenza del minore.

COME RACCOGLIERE L'ANAMNESI

- ❑ **Anamnesi patologica remota:** va raccolta con particolare attenzione a: eventuali precedenti osservazioni presso Dipartimenti di Emergenza o ricoveri, sintomi riferibili all'apparato gastrointestinale e genito-urinario, traumatismi e chirurgia della regione genito-anale.
- ❑ **Anamnesi patologica prossima:** va raccolta con particolare attenzione a: traumi della regione genito-anale, corpi estranei, perdite ematiche anali e/o vaginali, flogosi genitali e urinarie, stipsi, enuresi, encopresi, imbrattamento fecale.

Particolare attenzione deve essere rivolta alla rilevazione di cambiamenti comportamentali.

COME CONDURRE L'ESAME OBIETTIVO GENERALE

È opportuno effettuare un esame obiettivo generale, all'interno del quale si effettuerà l'esame dell'area genito-anale. Per quanto riguarda la conduzione della visita è opportuno che:

- tutto il corpo del bambino sia esaminato, prestando molta attenzione a ricoprire le parti del corpo già sottoposte a controllo man mano che si procede nella visita;
- si descrivano eventuali lesioni (su tutto il corpo) specificando: la sede, le dimensioni e i caratteri morfologici (ecchimosi, soluzioni di continuo, cicatrici ecc.). È necessario esaminare attentamente l'orofaringe;
- si documenti fotograficamente ogni lesione;
- siano registrati peso, altezza, stadiatura di Tanner e centili di crescita;

- si valuti lo stato igienico generale;
- si osservi l'atteggiamento del bambino durante la visita.

ESAME DELL'AREA GENITO-ANALE

L'esame dell'area genito-ale richiede una strumentazione costituita da:

- lente di ingrandimento e/o colposcopio;
- macchina fotografica.

La posizione del minore durante la visita può essere:

- supina (a rana);
- decubito laterale;
- genu-pettorale (quest'ultima posizione permette una migliore visualizzazione del bordo imenale posteriore).

Nei bimbi molto piccoli può talora essere utilizzata la posizione prona con rialzo del bacino (ad esempio con un cuscino).

È fondamentale specificare sempre la sede di ogni segno, riferendosi come repere al quadrante dell'orologio.

Sono da evitare manovre invasive e visite in narcosi, salvo specifica indicazione clinica.

Esame genitale femminile

Per la visualizzazione dell'apertura imenale si usa la tecnica della separazione e/o trazione delle grandi labbra.

Descrizione sistematica di:

- **regione vulvare:** estrogenizzazione, discromie, arrossamento, ipervascolarizzazione, ecchimosi, escoriazioni, soluzioni di continuo, perdite di sostanza, lesioni vescicolari e/o verrucose, cicatrici, sinechie, secrezioni e sanguinamenti;
- **meato uretrale:** dilatazione, bande periuretrali, edema, sanguinamenti;
- **imene:** conformazione di base, caratteristiche e spessore del bordo, bande peri-imenali, arrossamento, ipervascolarizzazione, ecchimosi, escoriazioni, sanguinamenti, cicatrici (*scars*), appendici (*tags*), sine-

chie, convessità (*bumps, mounds*) del bordo in continuità o meno con pliche della mucosa vaginale, incisure (*clefts, notchs*) parziali, che superano il 50% dello spessore o che raggiungono la base di impianto (*transections*), assenza di tessuto imenale nella metà posteriore;

- **forchetta e perineo:** discromie, arrossamento, friabilità, sanguina-

menti, ipervascolarizzazione, ecchimosi, escoriazioni, soluzioni di continuo, perdite di sostanza, cicatrici, appendici cutanee, visibilità del rafe mediano.

Esame genitale maschile

Descrizione sistematica di:

- **scroto:** discromie, arrossamento, edema, ecchimosi, escoriazioni,

GLOSSARIO

Ano ad imbuto: rilasciamento dello sfintere esterno

Appiattimento delle pliche anali: riduzione o assenza delle pliche anali quando lo sfintere anale esterno è parzialmente o completamente rilassato

Arrossamento: iperemia locale più o meno associata a edema

Attenuazione dell'imene: riduzione significativa dell'altezza imenale

Bande peri-imenali: banderelle che connettono l'imene alla parete vestibolare

Bande periuretrali: piccole banderelle laterali all'uretra che connettono i tessuti periuretrali alla parete anteriore-laterale del vestibolo

Bump/Mound: elevazione di tessuto sul margine imenale (convessità)

Cicatrice: tessuto fibroso non vascolarizzato che sostituisce il normale tessuto dopo la guarigione di una ferita o di una ragade

Dilatazione anale: apertura degli sfinteri interno ed esterno che compare entro 30", con minima trazione dei glutei in decubito laterale o genu-pettorale

Discromia: variazione circoscritta di pigmentazione

Ecchimosi: soffiatura emorragica sottoepiteliale

Escoriazione: perdita di sostanza superficiale dell'epitelio

Friabilità della forchetta: particolare sottigliezza della cute che determina una estrema facilità alla lacerazione nelle comuni manovre di trazione

Incisure imenali: indentature parziali a forma di "U" (*notches*) oppure a forma di "V" (*clefts*)

Ipervascolarizzazione: chiara evidenza della trama vascolare per aumento del numero dei vasi e/o dilatazione dei vasi

Mound: elevazione di tessuto sul margine imenale che ha uno spessore minore della lunghezza

Perdita di sostanza: si intende perdita di sostanza simile all'escoriazione ma che si approfonda fino allo stroma

Ragade/fissurazione: è una soluzione di continuo lineare interessante la mucosa e/o l'epidermide e gli strati più superficiali del derma, determinata dall'aprirsi di una fessura nello spessore del tessuto

Sinechie: adesione fra superfici mucose ed epiteliali, non separabili senza adeguata terapia

Soluzione di continuo: lesione discontinuativa con margini accostabili che non comporta perdita di tessuto

Tags: appendice del tessuto imenale o anale

Transection: incisura che raggiunge la base di impianto dell'imene

Twitich anus: rilasciamento e contrazioni ritmiche dell'ano

ALLEGATO

Classificazione della Adams del 2001 sulla valutazione dei dati fisici, laboratoristici e storici nei casi di sospetto abuso sessuale dei bambini**PARTE 1****Reperti ano-genitali alla visita medica****Categoria 1a: normale** (descritta nei neonati)

- bande periuretrali (o vestibolari)
- cresta o colonna intravaginale longitudinale
- appendice imenale
- convessità del tessuto imenale
- linea vestibolare
- incisura nella metà anteriore del bordo imenale sopra la linea tra le ore tre e le ore nove a paziente supina
- cresta imenale esterna

Categoria 1b: varianti normali

- imene settato
- mancata fusione della linea mediana (solco perineale)
- solco nella fossa in età puberale femminile
- diastasi anale
- appendice perianale
- aumento della pigmentazione perianale
- congestione venosa dell'area perianale

Categoria 1c: altre condizioni

- emangioma delle labbra, dell'imene o dell'area peri-imenale (può sembrare un livido o un'emorragia sottomucosa)
- lichen scleroso e atrofico (può portare a friabilità e sanguinamento)
- morbo di Behçet (causa ulcere orali e genitali che possono essere confuse con lesioni da herpes simplex)
- cellulite streptococcica del tessuto perianale (causa arrossamento e infiammazione dei tessuti)
- mollusco contagioso (lesioni simili alle verruche)
- verruca volgare (verruche comuni)
- vaginite causata da streptococco o batteri intestinali
- prolasso uretrale (può causare sanguinamento, può sembrare da trauma)
- corpi estranei vaginali (possono causare sanguinamento, perdite vaginali)

Categoria 2: reperti non specifici (segni che possono essere il risultato di abuso sessuale e che dipendono dal tempo intercorso tra l'abuso e l'esame, ma possono essere dovuti ad altre cause)

- eritema (arrossamento) del vestibolo, del pene, dello scroto o del tessuto perianale (può essere dovuto a sostanze irritanti, infezioni o trauma)
- incremento della vascolarizzazione (dilatazione dei vasi sanguigni esistenti) del vestibolo (può essere dovuto a sostanze irritanti locali)
- fusione labiale (può essere dovuta a irritazione o sfregamento)
- perdite vaginali (molte cause, incluse le malattie a trasmissione sessuale)
- lesioni vescicolari dell'area genitale o dell'area anale (vanno eseguite colture per herpes di tipo 1 e 2 e il test per la sifilide)
- lesioni simili alle verruche nell'area genitale e anale (può essere necessaria la biopsia per confermare la diagnosi)
- friabilità della forchetta posteriore o della commessura (può essere dovuta a irritazione, infezione o alla trazione esercitata sulle grandi labbra durante la visita)
- ispessimento imenale (può essere dovuto all'azione degli

estrogeni, ai bordi ripiegati dell'imene, a gonfiore da infezione o da trauma)

- ragadi anali (dovute di solito a stipsi o a irritazioni perianali)
- appiattimento delle pliche anali (può essere dovuto al rilassamento dello sfintere esterno dell'ano)
- dilatazione anale di ogni dimensione, se sono presenti feci nell'ampolla rettale o se il bambino è stato in posizione genu-pettorale per trenta secondi o più (è un normale riflesso)
- perdite ematiche vaginali (possono essere dovute a diverse cause: uretrali, infezioni vaginali, corpi estranei, trauma accidentale o abuso)
- incisura nella porzione posteriore dell'imene che si estende non più del 50% dell'altezza del bordo imenale (diagnosticato in ugual misura in bambine da tre a otto anni abusate e non abusate. Berenson et al. 2000)

Categoria 3: reperti che possono essere indicativi per abuso o trauma (segni che sono stati osservati in bambini con abuso documentato e che possono essere sospetti per abuso, ma per i quali ci sono insufficienti dati per indicare che l'abuso possa essere la sola causa; la storia è essenziale nel determinarne il significato globale)

- marcata, immediata dilatazione dell'ano, senza feci visibili o palpabili nell'ampolla rettale, quando il bambino viene esaminato nella posizione genu-pettorale, va escluso che ci sia storia di encopresi, stipsi cronica, deficit neurologici o sedazione
- incisura dell'imene estesa oltre il 50% dell'altezza del bordo nella porzione posteriore (spesso è un artefatto della tecnica di visita, ma se persiste in tutte le posizioni può essere dovuta a precedente trauma contusivo o a trauma penetrante)
- abrasioni acute, lacerazioni o contusioni delle labbra, del tessuto peri-imenale, del pene, dello scroto o del perineo (può essere per trauma accidentale o conseguenza di maltrattamento fisico)
- segni di morsi o di suzione sui genitali o sull'interno delle cosce
- cicatrice o lacerazione recente della forchetta che non coinvolgono l'imene (possono essere dovute a traumatismi accidentali)
- cicatrice perianale (rara, può essere dovuta anche ad altre condizioni mediche così come le ragadi o le lesioni della malattia di Crohn o a causa di precedenti procedure mediche)

Categoria 4: chiara evidenza di trauma contusivo o trauma penetrante (segni che non possono avere altra spiegazione che un trauma dell'imene o dei tessuti perianali)

- lacerazione acuta dell'imene
- ecchimosi (contusione) dell'imene
- lacerazioni perianali estese e profonde fino allo sfintere anale esterno
- incisura che raggiunge la base di impianto dell'imene (guarita): nell'area dove l'imene è stato lacerato fino alla base non c'è il tessuto imenale tra la parete vaginale e vestibolare. Questo reperto è anche riportato come "incisura completa" in adolescenti e in giovani donne adulte sessualmente attive
- assenza di tessuto imenale: ampie aree nella metà posteriore del bordo imenale con assenza di tessuto imenale fino alla base dell'imene, assenza che è confermata in posizione genu-pettorale.

PARTE 2

Valutazione globale della probabilità di abuso

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 e 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 delle categorie 1 e 2 in combinazione con significativi cambiamenti di comportamento, specialmente comportamenti sessualizzati, ma il bambino è incapace di riferire una storia di abuso
- lesioni erpetiche di tipo 1 anogenitali in assenza di una storia di abuso con un esame fisico altrimenti normale
- condilomi acuminati con esame fisico altrimenti normale; non sono presenti altre malattie sessualmente trasmesse e il bambino non riferisce storie di abuso (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; o è stata ottenuta attraverso domande orientate circa segni fisici con nessuna prova di abuso

Classe 3: probabile abuso

- il bambino ha dato una chiara, spontanea, consistente e dettagliata descrizione di essere stato molestato con o senza anormali o positivi reperti fisici alla visita
- coltura positiva (non con test antigenico rapido) 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)
- coltura positiva per herpes simplex tipo 2 da lesioni genitali o anali
- 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 o di contatto sessuale

- categoria 4 dei segni fisici senza storia di trauma accidentale
- tracce di sperma o di liquido seminale nel o sul corpo del bambino
- gravidanza
- positività confermata da coltura per gonorrea da vagina, uretra, ano o faringe
- evidenza di sifilide acquisita dopo il parto (e non perinatale)
- casi di abuso documentati con materiale fotografico o videocassette
- infezione da HIV senza nessuna possibilità di trasmissione perinatale o per contatto con sangue o aghi contaminati

Nota: la maggior parte dei bambini che sono stati abusati sessualmente hanno reperti normali o non specifici a livello genitale e anale. Più del 90% delle bambine, dai tre agli otto anni, che descrivono penetrazioni vaginali con dita o pene non hanno segni di lesioni genitali.

soluzioni di continuo, perdite di sostanza, lesioni vescicolari e/o verrucose, cicatrici, sanguinamento; dolorabilità dei testicoli

- *pene*: circoncisione, fimosi, arrossamento, edema, ecchimosi, escoriazioni, perdita di sostanza, cicatrici, secrezioni, sanguinamento.

Esame della regione anale

Descrizione sistematica di:

arrossamento, appendici cutanee (*tags*), aumento della pigmentazione, appianamento delle pliche cutanee, congestione venosa (specificandone il tempo di comparsa durante la visita), 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), lacerazione a tutto spessore dello sfintere anale esterno, ano a imbuto (*funneling*), "twitch anus".

DIAGNOSI DI MALATTIE SESSUALMENTE TRASMISSIBILI

In presenza di sintomi o di sospetto contatto con secrezioni infette è necessario eseguire, nei tempi adeguati, concordando il protocollo con il laboratorio di riferimento, una serie di esami che descriviamo qui di seguito.

□ Prelievi per coltura:

- per *Neisseria gonorrhoeae*: nella bambina a livello vaginale, anale e orale e nel bambino a livello uretrale, anale e orale;
- per *Chlamydia trachomatis*: nella bambina a livello vaginale e anale e nel bambino a livello uretrale ed anale;
- per *Trichomonas vaginalis*: nella bambina a livello vaginale.

□ Prelievi per HSV I e II per lesioni sospette genitali e/o anali.

□ Prelievo ematico:

- per test sierologico per HIV, HCV, HBV, HSV I e II, *Chlamydia trachomatis* e sifilide.

Inoltre sarà effettuata la ricerca di spermatozoi, se l'anamnesi è suggestiva, e, in strutture specialistiche, anche prelievi per la tipizzazione del DNA (permanenza di materiale biologico del sospetto abusante).

Il materiale eventualmente utile all'Autorità Giudiziaria deve essere raccolto e adeguatamente conservato in busta sigillata ed etichettata.

DIAGNOSI DIFFERENZIALE

Una particolare attenzione deve essere rivolta a:

- varianti anatomiche e anomalie congenite o acquisite dell'area genito-anale;
- traumi accidentali;
- sanguinamenti genito-urinari e anali da causa non traumatica;
- vulvo-vaginiti e uretriti non correlabili all'abuso;
- patologie dermatologiche;
- malattie sistemiche;
- neoplasie;

- emangiomi;
- prolasso uretrale;
- corpi estranei (questo reperto necessita di particolare valutazione e approfondimento).

RELAZIONE MEDICA

Il reperto clinico deve essere inquadrato secondo la classificazione della Adams del 2001 (*vedi allegato*).

Il documento dattiloscritto deve riportare sempre:

- dati anagrafici del minore;
- da chi è stata richiesta la visita medica e per quale motivo;
- da chi è accompagnato il minore e chi è presente alla visita;
- la durata della visita;
- l'anamnesi;
- l'esame obiettivo generale e il comportamento del bambino durante la visita, specificando sia la presenza che l'assenza di segni riferibili a lesioni recenti o pregresse;
- la descrizione dell'area genitale, anale e perineale (riportare le posizioni in cui è stato visitato il bambino e l'eventuale uso del colposcopio);
- gli accertamenti eseguiti o richiesti;
- l'eventuale racconto spontaneo del minore;
- inquadramento secondo la classificazione della Adams del 2001;
- la data e la firma;
- inoltre va specificato se è disponibile documentazione fotografica.

Bibliografia

1. Emans SJ, Laufer MR, Goldstein DP. Pediatric and Adolescent Gynecology, Fourth Edition. Lippincott-Raven, 1998.
2. Hobbs CJ, Hanks HG, Wynne JM. Child Abuse and Neglect. A clinician's handbook. Second Edition. Churchill Livingstone, 1999.
3. Heger AH, Emans SJ, Muram D. Evaluation of the sexually abused child. II Edition. New York: Oxford University Press, 2000.
4. Sanfilippo JS, Muram D, Dewhurst J, Lee PE. Pediatric and Adolescent Gynecology. Second Edition. JWB Saunders Company, 2001.
5. Adams JA. Evolution of a Classification Scale: Medical Evaluation of Suspected Child Sexual Abuse. Child maltreatment. 2001; 6:31-36.

Componenti del gruppo di lavoro

- Aprile Anna**, Medico-legale, Istituto di Medicina legale dell'Università di Padova
- Balboni Roberta**, Pediatra, "Equipe multidisciplinare su maltrattamento e abuso minori" ASL 2, Osp. Martini, Torino
- Baldini Gianpiero**, Medico-legale, Servizio di Medicina legale e delle Assicurazioni Sociali, AUSL Ravenna
- Bellora Maria Grazia**, Ginecologa, Struttura semplice consultori familiari e pediatria di comunità, ASL 4 Torino
- Baroncini Dante**, Neonatologo, "Centro per la Valutazione dell'Efficacia dell'Assistenza Sanitaria", Modena
- Borrelli Flavia**, Ginecologa, Reparto OSGI Azienda Sanitaria S.M. delle Croci, Ravenna
- Bova Maria Antonietta**, Ginecologa, responsabile del servizio di colposcopia e ginecologia psicosomatica, ASL 9 Locri (RC)
- Bruni Maurizio**, Medico legale, Milano
- Cattaneo Cristina**, Medico legale, Istituto di Medicina legale dell'Università di Milano
- Certosino Maria Rosaria**, Pediatra, Salute infanzia, Ferrara
- Fadda Nicoletta**, Medico legale, specialista in criminologia e psichiatria forense, ASL 3 Genova
- Furani Silvia**, Ginecologa, Ospedale M. Bufalini, Cesena (FO)
- Dei Metella**, Ginecologa, Policlinico Careggi, Firenze
- Di Tommaso Mariarosaria**, Ginecologa, medico legale, Policlinico Careggi, Firenze
- Gabutti Daniela**, Pediatra, Struttura semplice consultori familiari e pediatria di comunità, ASL 4 Torino
- Gentilomo Andrea**, Medico legale, Istituto di Medicina legale dell'Università di Milano
- Giolito Maria Rosa**, Ginecologa, responsabile struttura semplice consultori familiari e pediatria di comunità, ASL 4 Torino
- Kusterman Alessandra**, Ginecologa, SVS, Clinica Mangiagalli di Milano
- Loroni Leonardo**, Pediatra, Presidio Ospedaliero di Ravenna, AUSL Ravenna
- Mazzei Attilio**, Pediatra, responsabile servizio pediatria del consultorio dell'Istituto Toniolo di Studi Superiori, Napoli
- Motta Tiziano**, Ginecologo, Clinica Mangiagalli di Milano
- Negro Fulvia**, Pediatra, Gruppo di lavoro su abuso e maltrattamento minori, Osp. Infantile Regina Margherita, Torino
- Offidani Caterina**, Medico legale, Ospedale Bambino Gesù, Roma
- Ragazzon Ferdinando**, Pediatra di base, Muggiò (MI), consulente al Centro Bambino Maltrattato, Milano
- Ruspa Marina**, Ginecologa, SVS, ASL Città di Milano
- Vero Ida Gloria**, Ginecologa, ASL 7 Catanzaro

Parole rubate

Non disprezzare la morte, ma accettata di buon grado, come una delle cose volute dalla natura, come il divenire giovani e l'invecchiare, il crescere, il maturare, metter denti e barba e ingrigire, generare figliuoli, portarli nel seno, metterli alla luce, e tutte le altre azioni naturali che accompagnano i vari periodi della vita. Tale è anche la dissoluzione. È quindi dove-

roso essere ragionevole, non mostrarsi in faccia alla morte né leggero né iroso o superbo, attendendola come un fatto naturale. E come ora aspetti che un nuovo nato esca dalle viscere della tua consorte, attendi l'ora in cui la tua animuccia uscirà dall'involucro che la avvolge.

Marco Aurelio