

Una guida per i medici in tema di abuso sessuale dei bambini prepuberi

MARIA ROSA GIOLITO

Direttore SC Consultori Familiari e Pediatria di Comunità, ASLTO2, Torino

Si tratta di un documento denso e complesso che richiede una lettura particolarmente attenta. Presenta i requisiti essenziali per i professionisti medici, sia territoriali che ospedalieri, che si trovano a valutare un soggetto prepubere, sospetta vittima di abuso sessuale al fine di fornire un supporto scientifico, di uniformare le modalità della visita medica e di ridurre il rischio di errore in un settore di particolare complessità. Non viene qui accompagnato da messaggi chiave: l'articolo è tutto un messaggio.

A GUIDE FOR PHYSICIANS FOR EVALUATION OF THE SEXUALLY ABUSED CHILD
(Medico e Bambino 2012;31:291-297)

Key words

Child sexual abuse, Physical examination, Genital findings, Anal findings

Summary

This article comes from the text "A guide for physicians for evaluation of the sexually abused child" written by the Italian Group for Child Abuse. The article discusses the essential prerequisites for physicians, working in medical offices and hospitals, who find themselves having to evaluate a child suspected of being the victim of sexual abuse in order to provide scientific support, to systematize the procedures of the medical examination, and to reduce the risk of error.

Anche in Italia, pur se in ritardo in rapporto ai Paesi anglosassoni, il tema dell'abuso sessuale sui bambini ha iniziato a essere considerato, dalla fine degli anni '80, come un problema anche di interesse medico e non solo psicologico e/o sociale. Corsi di formazione, corsi di sensibilizzazione, convegni tematici hanno contribuito ad accendere l'attenzione sugli aspetti anche di pertinenza medica quando un/a bambino/a è vittima di abuso sessuale. Tuttavia i problemi che i medici esprimono quando sono coinvolti in una diagnosi di abuso sessuale sono ancora tanti.

- Molti medici, per esempio, "faticano" a immaginare che i bambini incontrati nella loro pratica clinica possano essere vittime di abuso sessuale.
- Ancora pochi sono i professionisti che hanno avuto dei percorsi formativi specifici sulla tematica e a tutt'oggi peraltro non è ancora prevista, nella maggior parte delle scuole di specializzazione in ginecologia, pediatria e medicina legale, una formazione mirata né alla valutazione dei genitali e della loro anatomia nel bambino/a prepubere normale e relative varianti anatomiche, né ai segni fisici riferibili a esiti di atti di abuso sessuale e/o a esiti di eventi traumatici accidentali.
- Spesso durante i controlli di routine nei bilanci di salute i genitali dei/delle bambini/e e l'area anale non vengono valutati.

- Succede ancora che alcuni medici del Dipartimento di Emergenza e Accettazione (DEA) non visitino i/le bambini/e accompagnati/e per un sospetto di abuso sessuale adducendo motivazioni anacronistiche ("Non è di mia competenza", "La bambina è accompagnata solo dalla nonna che non ha la patria potestà", "Non mi sembrava importante"...).
- È diffuso il pregiudizio che sia alta l'incidenza di false accuse di abuso sessuale sui figli fatte dalle madri in contesti di separazione e divorzi al fine di averne dei vantaggi o per vendetta contro l'ex partner e che quindi non sia necessario occuparsene.

Scarsa resta, inoltre, la documentazione scientifica di interesse medico prodotta in Italia. La necessità di rendere fruibile ai colleghi quanto elaborato a livello internazionale sul tema mi ha stimolato a ricontattare il gruppo di lavoro italiano per l'abuso e il maltrattamento dell'infanzia per ridefinire i requisiti e le raccomandazioni per una valutazione appropriata nei sospetti di abuso sessuale dei bambini. Già nel 2002 il gruppo aveva elaborato un documento che presentava le indicazioni di base per un corretto approccio del medico al problema¹.

La guida elaborata e pubblicata nel settembre 2010, *L'abuso sessuale nei bambini prepuberi. Requisiti e raccomandazioni per una valutazione appropriata* (Pensiero Scientifico Editore), ha lo scopo di fornire un aiuto ai professionisti medici che si trovano a valutare un soggetto prepubere con sospetto di abuso

sessuale. Come riportato nel testo, essa non costituisce una linea guida per la diagnosi di abuso sessuale, ma definisce alcuni requisiti essenziali e diffonde alcune conoscenze per evitare errori che possano ripercuotersi negativamente sulla valutazione. Sovente il professionista che si trova a effettuare la prima valutazione può non avere le sufficienti competenze ed è quindi necessario cercare di garantire un percorso diagnostico che permetta di minimizzare il rischio di errori in un settore di particolare complessità.

I primi studi pubblicati in letteratura negli anni '70 e '80 descrivevano segni fisici in bambini sessualmente abusati, ma in assenza di studi di "controllo" in bambini non vittime di abuso sessuale il concetto di segno di abuso sessuale rimaneva un po' indefinito. Successivamente sono stati pubblicati studi, in particolare sull'anatomia dei genitali femminili in neonate e bambine, che hanno permesso a ricerche successive di essere più precise e di mettere in evidenza che l'assenza di segni fisici non significa la certezza che un bambino/a non sia stato abusato né che la presenza di certi segni significhi che il bambino/a sia stato sicuramente abusato. La letteratura quindi ha permesso di aumentare le conoscenze sul tema e di fare chiarezza sul fatto che spesso i bambini/e vittime di abuso sessuale non presentano alcun segno fisico. È molto importante la valutazione multidisciplinare che consideri gli aspetti sociali, psicologici e medici, con particolare attenzione all'eventuale racconto fatto dalla presunta vittima purché il racconto venga raccolto con estrema competenza da personale specializzato. Operatori senza conoscenze mediche e medici non esperti si aspettano un evidente segno fisico a supporto di un racconto di penetrazione vaginale e pensano ancora che il medico possa determinare, attraverso l'ispezione dei genitali, se un'adolescente o una bambina sia "vergine", nonostante alcune ricerche abbiano dimostrato che "è normale essere normale" anche dopo atti di abuso sessuale; spesso reperti normali o non specifici vengono mal interpretati come se significasse che "non è successo niente".

La metodologia adottata per la stesura del documento ha previsto:

1. la rilettura del documento "Semeiotica clinica dell'abuso sessuale nel prepubere", elaborato nel 2002 da un gruppo di medici italiani con specifica competenza nella semeiotica fisica dell'abuso sessuale dei soggetti prepuberi;
2. l'analisi e il confronto delle osservazioni e raccomandazioni della letteratura internazionale più validata: la classificazione proposta da Adams e coll.^{2,3}, la revisione di letteratura effettuata dal *Royal College of Paediatrics and Child Health*⁴, le raccomandazioni del *Committee on Child Abuse and Neglect* dell'*American Academy Pediatrics*⁵, la Linea Guida del *National Collaborative Centre for Women's and Children's Health*⁶;
3. l'integrazione della letteratura analizzata con le esperienze dei medici coinvolti;
4. la richiesta del patrocinio di:
 - Associazione Culturale Pediatri (ACP)
 - Società Italiana di Ginecologia dell'Infanzia e dell'Adolescenza (SIGIA)
 - Società Italiana di Medicina Legale e delle Assicurazioni (SIMLA)
 - Società Italiana di Pediatria (SIP);
5. l'elaborazione del documento finale.

Si riportano le principali raccomandazioni previste dal testo.

LA VISITA MEDICA

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

- una visita medica effettuata per altri motivi in cui emergano segni fisici sospetti;
- una visita medica effettuata sulla base di un sospetto di abuso sessuale da parte di un genitore;
- una visita medica richiesta dalla rete dei Servizi;
- una visita medica richiesta dall'Autorità Giudiziaria.

Nei primi due casi la visita medica deve essere seguita dall'attivazione dei Servizi e/o segnalazione all'Autorità Giudiziaria.

Competenze del professionista che effettua la visita

È improbabile, come già riportato, che tutti i professionisti coinvolti nelle cure del bambino/a possiedano le competenze professionali ed emotive necessarie a garantire un adeguato percorso diagnostico assistenziale per le vittime di abuso sessuale. I rischi derivanti da un'errata diagnosi di abuso sessuale (falsi negativi e falsi positivi) fanno sì che si debba garantire che la valutazione sia condotta da professionisti con specifiche competenze e inseriti in un'organizzazione che possa prevedere un secondo parere.

Raccomandazioni. I professionisti che effettuano la valutazione dei casi di sospetto abuso sessuale devono possedere le seguenti competenze:

- **Abilità comunicative:** saper relazionarsi con il bambino/a sospetta vittima di abuso sessuale e con gli adulti che si occupano di lui/lei.
- **Abilità tecniche:** saper effettuare un esame obiettivo generale e dell'apparato ano-genitale e saperlo documentare; conoscere le diagnosi differenziali dei segni fisici associati all'abuso; saper redigere una relazione contenente la descrizione e l'interpretazione dei reperti clinici.
- **Attitudine al lavoro inter-disciplinare:** saper lavorare in modo integrato con professionisti di altre aree.

Come effettuare l'accoglienza

È frequente che la prima valutazione di un sospetto abuso sessuale non sia programmabile e che quindi avvenga in un contesto non ottimale.

La cura del contesto è fondamentale per evitare di determinare un ulteriore trauma nel bambino/a, aumentandone l'ansia e rendendo più difficile la sua collaborazione.

Un particolare aspetto è quello relativo alla presenza di una persona adulta accanto al bambino/a. Si tratta di comprendere se tale presenza sia desiderata dal bambino/a e lo/la tranquillizzi rispetto alla visita o quanto essa possa viceversa limitare la sua possibilità di racconto spontaneo.

La conduzione della visita comporta un importante coinvolgimento emotivo dei professionisti; la mancata acquisizione di abilità in grado di evitare che tali emozioni si riflettano nella relazione con il bambino/a e gli adulti che lo/la accompagnano può determinare significative ripercussioni negative sulla conduzione della visita stessa.

Raccomandazioni

- **Assicurare un ambiente adatto (quiete e riservatezza).**
- **Limitare il numero dei professionisti, delle procedure e degli spostamenti a quelli strettamente necessari. È opportuno garantire la presenza di un secondo professionista (medico o**

non) per un supporto sia a chi effettua la visita che al bambino/a.

- Aver adeguato tempo a disposizione; può essere necessario più di un incontro per ottenere l'adesione e la fiducia del bambino/a e/o valutare l'evoluzione dei segni.
- La visita dovrebbe essere effettuata in presenza di un adulto, di cui il bambino/a si fidi, se non diversamente desiderato dal bambino/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.

Come raccogliere l'anamnesi

La raccolta anamnestica deve costituire la guida per il successivo esame clinico. In ogni caso, è necessario correlare sempre i dati clinici con quelli anamnestici per valutarne la congruenza e, in caso di incongruenza, programmare approfondimenti ulteriori. Va ricordato che, nella quasi totalità dei casi, la valutazione medica è solo una parte di un più articolato percorso diagnostico che implica interventi multidisciplinari.

Raccomandazioni

- Non porre domande dirette sul fatto, ma raccogliere l'eventuale racconto spontaneo del bambino/a riportando fedelmente le sue parole. Anche nel caso sia l'adulto a riportare il racconto del bambino/a, è opportuno farsi ripetere la terminologia utilizzata dal bambino/a.
- Evitare, se possibile, che il racconto dell'accompagnatore avvenga in presenza del bambino/a.
- Ridurre quanto più possibile la necessità che il bambino/a ripeta il racconto (e i suoi dettagli).
- Valutare la congruenza tra dinamica, tempi riportati e lesioni osservate.
- Porre attenzione, nella raccolta dell'anamnesi, alle alterazioni/regressioni dello sviluppo neurocomportamentale, alla comparsa di sintomi comportamentali e a precedenti ricoveri.

Come condurre l'esame obiettivo generale

La visita medica deve interessare tutto il corpo del bambino/a. I bambini vittime di abuso sessuale possono essere anche vittime di altre forme di maltrattamento e/o presentare segni indiretti degli stessi (es: ritardo di accrescimento). È importante inoltre considerare la necessità di restituire al bambino/a il concetto di interezza/integrità corporea che una visita circoscritta alla sola regione genito-ale potrebbe precludere.

Raccomandazioni

- Effettuare un esame obiettivo generale all'interno del quale si procederà all'esame dell'area genito-ale.
- Esaminare tutto il corpo del bambino/a prestando molta attenzione a ricoprire le parti del corpo già sottoposte a controllo man mano che si procede nella visita.
- Descrivere eventuali lesioni o esiti (su tutto il corpo) specificando: sede, dimensioni e caratteri generali (morfologia, colore, aspetto dei margini, presenza fenomeni riparativi...).
- Esaminare attentamente l'orofaringe (sono frequenti, tra gli atti abusanti, i contatti oro-genitali).
- Valutare la presenza di segni di trascuratezza (capelli, denti, igiene).
- Disegnare la lesione su uno schema corporeo e valutare

l'opportunità di documentare fotograficamente le lesioni o gli esiti.

- Registrare peso, altezza (centili di crescita) e stadiazione di Tanner.
- Osservare l'atteggiamento del bambino/a (stato emotivo, livello di cooperazione e risposte comportamentali) durante la visita anche al fine di adattare la conduzione della stessa. Nella relazione devono essere descritti i comportamenti del bambino/a (piange, si rifiuta, è molto tranquillo/a...) evitando ogni forma di interpretazione o giudizio soggettivo. L'utilizzo di tecniche anestesiolgiche è raramente indicato e deve essere applicato esclusivamente quando i benefici clinici superino chiaramente i rischi potenziali (es: necessità di ricorso a esame intravaginale o anale per presenza di corpi estranei, lesioni intravaginali o intranali che necessitino di riparazione chirurgica o in presenza di sanguinamento senza evidenziazione della sede d'origine).

Come condurre l'esame obiettivo dell'area genito-ale

La conoscenza della tecnica di visita adeguata consente di evidenziare e documentare con maggiore chiarezza la presenza di eventuali segni fisici.

La posizione del bambino/a (Figura 1)

L'ispezione anale deve precedere quella genitale al fine di valutare la comparsa di segni anali.

La posizione del bambino/a durante l'ispezione genito-ale può essere:

- decubito laterale (sinistro, per convenzione) per l'ispezione della regione anale;
- supina (a "rana");
- genu-pettorale.

Quest'ultima, considerata attualmente la posizione di prima scelta perché consente la visualizzazione ottimale del bordo posteriore dell'imene, talvolta non è gradita alla bambina. Per questo motivo è spesso consigliabile proporla come ultima posizione per la visita.

Nei bambini molto piccoli può talora essere utilizzata la posizione prona con rialzo del bacino (ad esempio con un cuscino) oppure in braccio a un adulto che mantenga le gambe del bambino/a in posizione flessa e abdotta.

Tecnica d'esame

Nel caso dell'ispezione anale, si raccomanda di:

- separare i glutei utilizzando i palmi delle mani;
- non prolungare la separazione oltre i 30 secondi per la valutazione del tono dello sfintere e indicare, nella relazione, la durata della manovra;
- evitare l'esplorazione rettale perché non fornisce elementi utili alla definizione della diagnosi a meno che i benefici clinici superino chiaramente i rischi potenziali (es: presenza di corpi estranei, lesioni ano-rettali che necessitino di riparazione chirurgica o in presenza di sanguinamento di ndd).

Nel caso dell'ispezione dei genitali femminili, al fine di permettere una migliore visualizzazione della morfologia dell'imene (e dei suoi margini), dell'uretra e del vestibolo in toto si raccomanda di:

- separare delicatamente le grandi labbra (separazione labiale);
- effettuare la trazione labiale tenendo le grandi labbra tra il pollice e l'indice e delicatamente tirarle esternamente e leggermente in avanti (trazione labiale) (Figura 2).

OSSERVAZIONE DELLA REGIONE ANALE

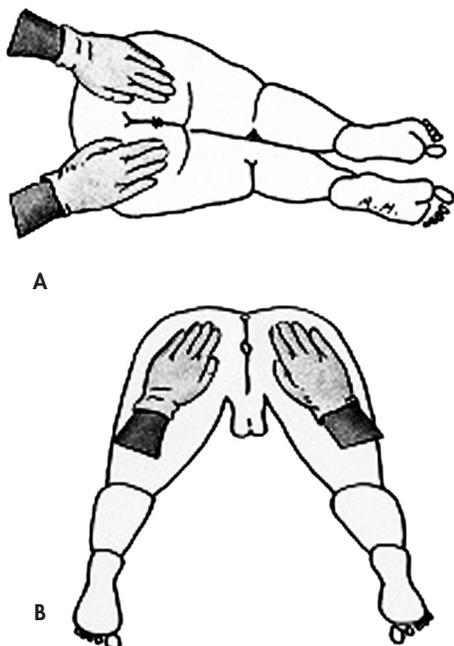


Figura 1. A) Posizione in decubito laterale sinistro: tecnica di divaricazione. B) Posizione genupettorale: tecnica di divaricazione.

OSSERVAZIONE DEI GENITALI FEMMINILI

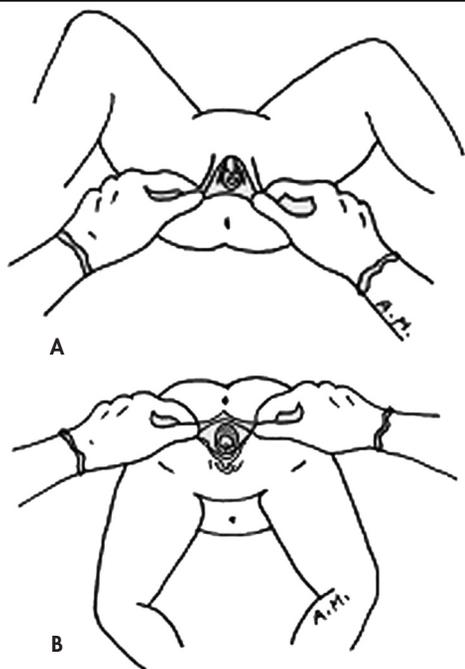


Figura 2. A) Posizione supina: tecnica di divaricazione e trazione. B) Posizione genupettorale: tecnica di divaricazione e trazione.

Raccomandazioni. Nell'esame delle bambine, anche se prossime alla pubertà, si raccomanda di:

- evitare l'utilizzo di speculum per l'ispezione della vagina, a meno che i benefici clinici superino chiaramente i rischi potenziali (es: presenza di corpi estranei, lesioni intravaginali che necessitano di riparazione chirurgica o in presenza di sanguinamento di nnd);
- evitare l'uso indiscriminato di tamponi e cateteri di Foley per meglio visualizzare l'imene (si ricorda infatti che l'imene è molto sensibile e si può facilmente provocare dolore).

Strumentazione

Per l'effettuazione della visita medica non è necessario disporre di particolari attrezzature. È tuttavia opportuno:

- disporre di una fonte luminosa adeguata (scialitica, colposcopio, pila...);
- utilizzare una macchina fotografica; affinché la documentazione fotografica possa essere di reale supporto all'esame clinico, è necessario che le immagini siano di adeguata qualità, tali da rendere evidenti i segni clinici che si vogliono documentare (se ciò non è possibile, è necessario evidenziare la discrepanza nella relazione). Per ottenere una buona documentazione fotografica utilizzare apparecchi fotografici analogici o digitali.

Per quanto riguarda l'uso del colposcopio con macchina fotografica, questo strumento permette l'ingrandimento dell'immagine e la registrazione della stessa. Nella decisione di avvalersi di tale strumento è necessario tuttavia tenere conto che il suo utilizzo può comportare il rischio di sovrastimare i segni fisici. A fronte di tali considerazioni non si ritiene che il colposcopio debba essere considerato strumento indispensabile.

La valutazione dei segni ano-genitali

Il professionista che effettua la visita deve conoscere l'anatomia del prepubere (genitali femminili e maschili e regione anale) e le possibili varianti fisiologiche (Figura 3).

Quanto detto precedentemente sul contributo limitato della semeiotica fisica alla diagnosi di abuso sessuale non può essere conseguentemente assunto come una sottovalutazione dell'importanza di comprendere se i segni rilevati siano congruenti o suggestivi per una storia di abuso sessuale.

Negli studi di popolazione la frequenza dei segni rilevati nei soggetti abusati viene confrontata con quella evidenziata nei bambini non abusati per comprendere quanto i segni siano specifici: tanto maggiore è la differenza tra le due frequenze tanto più si può ipotizzare un'associazione causale. La revisione dei dati di letteratura permette di classificare i segni secondo la diversa frequenza osservata nei soggetti abusati e non.

Nelle *Table 1 e 2* è riportata una sintesi classificativa dei segni di abuso, ma per una piena comprensione della rilevanza del singolo segno è necessario consultare la relativa scheda presente nel testo, nella quale sono evidenziate le osservazioni dei documenti consultati. È necessario sottolineare che in nessun caso la rilevazione di un segno che si riscontra più frequentemente negli abusati deve essere assunto come "prova di per sé sufficiente" di un abuso, con esclusione del riscontro di gravidanza o della presenza di spermatozoi.

È necessario interpretare il segno rilevato alla luce della storia che caratterizza il sospetto di abuso sessuale. Un segno di scarsa specificità, ad esempio l'eritema in area genitale, può assumere un maggior valore predittivo se la storia raccontata è

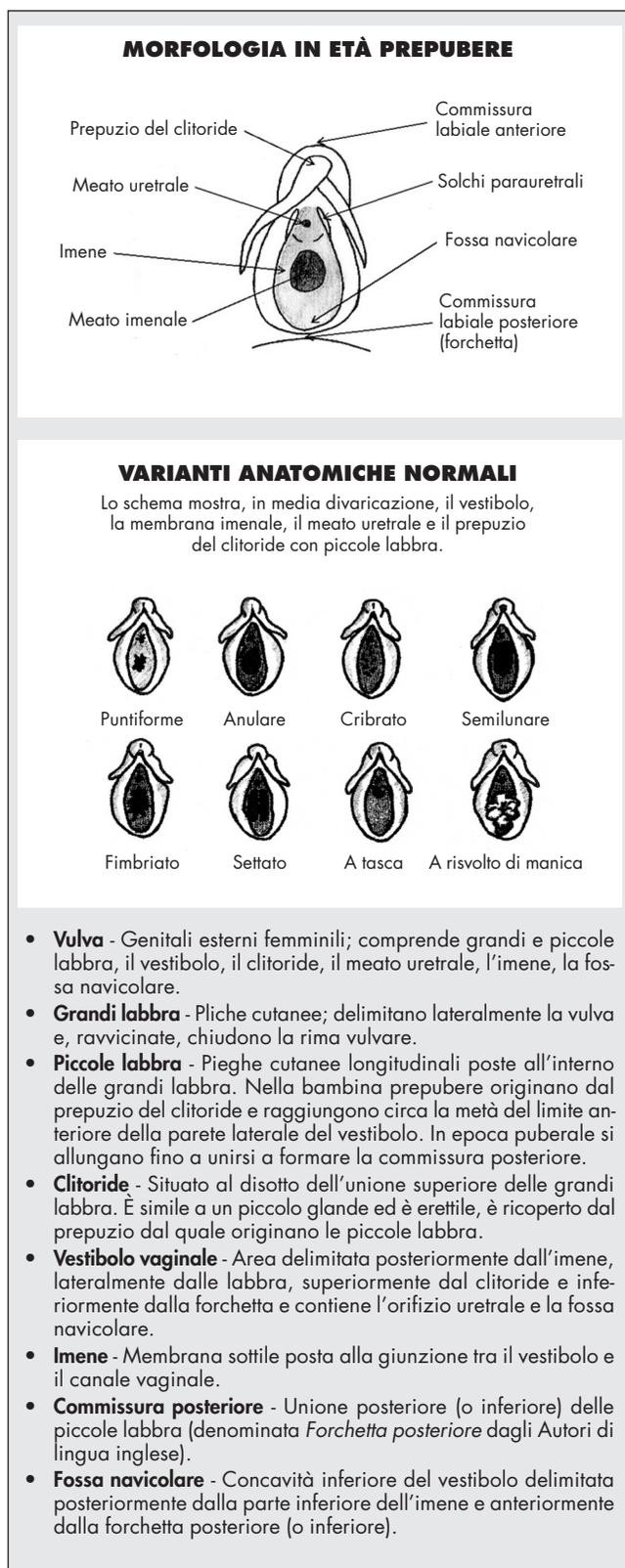


Figura 3. Anatomia degli organi genitali femminili esterni e sue varianti anatomiche normali.

SEGNI ANALI

Segni rilevati con maggiore frequenza nella popolazione dei soggetti vittime di abuso sessuale rispetto a quella dei soggetti non abusati:

- Cicatrici perianali e anali
- Ecchimosi perianali e anali
- Lacerazioni perianali e 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 meno di abuso sessuale:

- Riflesso dilatazione anale

Tabella I

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 genitali esterni
- Lacerazioni imenali
- Transezioni imenali
- Cicatrici forchetta (la maggiore frequenza è probabile)

Segni rilevati con analoga frequenza nella popolazione dei soggetti vittime di abuso sessuale e in quella dei soggetti non abusati:

- Convessità bordo imenale (*bumps/mounds*)
- Edema genitali esterni
- Eritema genitali esterni
- Friabilità della commissura/forchetta
- Fusione labiale
- Incisure imenali (*cleft/notches*)

Carenza di dati per stabilire se vi sia diversa frequenza nella popolazione dei soggetti vittime o meno di abuso sessuale:

- Abrasioni/escoriazioni genitali esterni
- Perdite vaginali ricorrenti
- Corpi estranei vaginali

Tabella II

coerente con la presenza di eritema e si sono escluse le possibili altre cause. Viceversa un segno caratterizzato da maggiore specificità (ad esempio ecchimosi) può assumere un minor valore predittivo se la storia raccontata è congrua con il racconto di un evento traumatico accidentale.

INFEZIONI SESSUALMENTE TRASMESSE (IST)

Le modalità che caratterizzano la maggior parte degli abusi sessuali in bambini prepuberi sono tali da rendere poco frequente la trasmissione di malattie sessualmente trasmissibili. Per questo motivo non è proponibile l'effettuazione di uno screening di IST in tutti i casi di sospetto abuso.

INFEZIONI SESSUALMENTE TRASMESSE

Infezioni rilevate con maggiore frequenza nella popolazione dei soggetti vittime di abuso sessuale rispetto a quella dei soggetti non abusati:

- *Neisseria gonorrhoeae*
- *Chlamydia trachomatis*
- HIV
- *Treponema pallidum*
- *Trichomonas vaginalis*

Infezioni rilevate con analogia frequenza nella popolazione dei soggetti vittime di abuso sessuale e in quella dei soggetti non abusati:

- Vaginosi batterica

Carenza di dati per stabilire se vi sia diversa frequenza nella popolazione dei soggetti vittime o meno di abuso sessuale:

- Vaginosi batterica
- HPV (condilomi)
- Epatite B e C
- Herpes simplex
- *Mycoplasma*

Tabella III

I professionisti devono avere sufficienti competenze per decidere, nei casi di sospetto abuso sessuale, quando vi sia necessità di procedere ad approfondimenti diagnostici relativi alle malattie sessualmente trasmissibili.

Si raccomanda di considerare:

- il tipo di contatto sessuale (penetrazione, eiaculazione...);
- il tempo trascorso dal contatto sessuale (attenzione al periodo finestra);
- segni o sintomi suggestivi di malattie sessualmente trasmesse (secrezioni vaginali o peniene, ulcere genitali, vulviti, lesioni anali e vulvari inclusi condilomi...);
- la presenza di familiari o sospetti abusanti affetti da malattie sessualmente trasmesse.

Analogamente a quanto osservato per i segni ano-genitali, anche nel caso delle IST la revisione dei dati di letteratura permette di classificarle secondo la diversa frequenza osservata nei soggetti vittime di abuso sessuale e non.

In presenza di sintomi o di sospetta presenza di malattie sessualmente trasmissibili è necessario eseguire, nei tempi adeguati, concordando il protocollo con il laboratorio di riferimento, prelievi finalizzati alla coltura per: *Neisseria gonorrhoeae*, *Chlamydia trachomatis*, *Trichomonas vaginalis*, HSV I e II e prelievo ematico per test sierologico per HIV, HCV, HBV, HSV I e II, C, *Trachomatis* e sifilide. I prelievi per le IST nelle bambine in età prepubere possono essere effettuati a livello vaginale, utilizzando tamponi uretrali di dimensione inferiore rispetto ai tamponi tradizionali. Se l'ostio imenale non permette il passaggio del cotton-fioc senza provocare dolore, si possono effettuare prelievi a livello vulvare, utilizzando cotton-fioc all'interno delle piccole labbra.

- È possibile effettuare test per la *Chlamydia* e gonorrea sulle urine, con metodica PCR e questo metodo è da preferirsi in quanto non invasivo.
- Se l'anamnesi è suggestiva deve essere effettuata la ricerca di spermatozoi.
- Nel caso della possibilità di raccolta di materiale per la tipiz-

zazione del DNA (permanenza di materiale biologico del sospetto abusante) si deve garantire la raccolta di questo eventuale materiale utile all'Autorità Giudiziaria, con modalità adeguata e la conservazione in busta sigillata ed etichettata.

RELAZIONE MEDICA E DOCUMENTAZIONE

Il documento dattiloscritto, oltre che riportare sempre i dati anagrafici del minore, deve esplicitare:

- 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;
- l'inquadramento diagnostico;
- la data e la firma.

Va specificato se è disponibile una documentazione fotografica e sono stati effettuati prelievi o raccolta di materiale. Per facilitare la redazione della relazione scritta può essere opportuno la registrazione nella cartella clinica di tutti i dati necessari⁷.

Indirizzo per corrispondenza:

Maria Rosa Giolito

e-mail: mariorosa.giolito@aslto2nord.it

Bibliografia

1. Gruppo di lavoro per l'abuso e il maltrattamento all'infanzia. Semiotica medica dell'abuso sessuale nei bambini prepuberi: requisiti e raccomandazioni. *Medico e Bambino* 2004;23:243-8.
2. Adams JA, Kaplan RA, Starling SP et al. Guidelines for Medical Care of Children Who May Have Been Sexually Abused. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 2007;20:163-72.
3. Adams JA. Guidelines for medical care of children evaluated for suspected sexual abuse: an update for 2008. *Curr Opin Obstet Gynecol* 2008;20:435-41.
4. Royal College of Paediatrics and Child Health. Physical Signs of Child Sexual Abuse: An evidence-based review and guidance for best practice. RCPCH, London, 2008.
5. Kellogg N and the Committee on Child Abuse and Neglect. The Evaluation of Sexual Abuse in Children. *Pediatrics* 2005;116:506-12.
6. National Collaborative Centre for Women's and Children's Health. When to suspect child maltreatment. Clinical Guideline, July 2009 RCOG Press.
7. Giolito MR e Gruppo di lavoro per l'abuso e il maltrattamento a l'infanzia. L'abuso sessuale nei bambini prepuberi. Requisiti e Raccomandazioni per una valutazione appropriata. Il Pensiero Scientifico Editore, 2010.

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

Aprile Anna Medico legale, Istituto di Medicina legale, Università di Padova

Balboni Roberta Pediatra, "Equipe multidisciplinare su maltrattamento e abuso minori", ASLTO1, Ospedale Martini, Torino

Baldini Gianpiero Medico legale, Servizio di Medicina legale e delle Assicurazioni Sociali, AUSL, Ravenna

Baroncini Dante Neonatologo, "Centro per la Valutazione dell'Efficacia dell'Assistenza Sanitaria", Modena

Bellora Maria Grazia Ginecologa, SC Consultori familiari e pediatria di comunità, ASLTO2, Torino

Borrelli Flavia Ginecologa, reparto OSGI Azienda Sanitaria S.M. delle Croci, Ravenna

Bova Maria Antonietta Ginecologa, Ospedale Civile di Locri (RC)

Bruni Maurizio Medico legale, Milano

Cattaneo Cristina Medico legale, Istituto di Medicina legale, Università di Milano

Certosino Maria Rosaria Pediatra, Pediatria di comunità, AUSL Ferrara

Cisternino Mariangela Pediatra, Fondazione IRCCS Policlinico S. Matteo, Clinica Pediatrica, Università di Pavia

D'Andrea Maria Stella Medico legale, AUSL Reggio Emilia

Dei Metella Ginecologa, SOD Ginecologia Infanzia e Adolescenza, AOU Careggi, Firenze

Di Tommaso Mariarosaria Ginecologa, Medico legale, Policlinico Careggi, Firenze

Fadda Nicoletta Medico legale, Specialista in Criminologia e Psichiatria forense, ASL3 Genova

Gentilomo Andrea Medico legale, Istituto di Medicina legale, Università di Milano

Gino Sarah Medico legale, Istituto di Medicina legale, Università di Torino

Giolito Maria Rosa Ginecologa, Responsabile SC Consultori Familiari e pediatria di comunità, ASLTO2, Torino

Loroni Leonardo Pediatra, Presidio Ospedaliero di Ravenna, AUSL, Ravenna

Mazzei Attilio Pediatra, Responsabile Servizio di Pediatria del Consultorio dell'Istituto Toniolo di Studi Superiori, Napoli

Mortara Giulia Ginecologa, SC Consultori familiari e Pediatria di comunità, ASLTO2, Torino

Motta Tiziano Ginecologo, Fondazione Ospedale Maggiore Policlinico Mangiagalli e Regina Elena, IRCCS, Milano

Negro Fulvia Pediatra, "Gruppo di lavoro su abuso e maltrattamento minori", OIRM, Torino

Nicoli Luciana Pediatra, Pediatria di comunità, AUSL Bologna

Pelotti Susi Medico legale, Dipartimento Medicina e Sanità Pubblica, Sezione Medicina legale, Bologna

Perotti Paola Pediatra, AO Pavia, Ospedale di Voghera

Pistamiglio Paola Pediatra, "Equipe multidisciplinare su maltrattamento e abuso minori", ASLTO1 Ospedale Martini, Torino

Ragazzon Ferdinando Pediatra di libera scelta, ASL, Monza

Ranzato Cristina Pediatra di comunità, Padova

Rosa Rizzotto Melissa Pediatra di comunità, Padova

Ruspa Marina Ginecologa, SVS ASL Città di Milano

Vasino Valentina Medico legale, Istituto di Medicina legale, Università di Torino

Vero Ida Gloria Ginecologa, ASL 7, Catanzaro

DVD "CONFRONTI IN PEDIATRIA 2011"

1. Gastroenterologia (P. Lionetti, S. Martellosi; modera F. Panizon) - **2. Neuropsichiatria infantile** (A. Albizzati, M. Carrozzi; modera F. Panizon) - **3. Allergologia - Pneumologia** (G. Longo; modera F. Panizon) - **4. Reumatologia** (L. Lepore, A. Ravelli; modera A. Taddio) - **5. Dermatologia** (I. Berti, M. Cutrone; moderano M. Fontana, P.A. Macchia) - **6. Quando il problema è "molto specialistico": il caso dell'Oncoematologia** (A. Biondi, P. Tamaro; moderano M. Fontana, P.A. Macchia) - **7. La consulenza ortopedica** (M. Carbone, C. Origo; moderano M. Fontana, P.A. Macchia) - **8. Oculistica** (S. Pensiero, P. Nucci; modera G. Longo) - **9. Quando il problema è di tutti i giorni: il caso del Pronto Soccorso** (E. Barbi, L. Da Dalt; modera D. Faraguna) - **10. ORL (facile e difficile...)** - (E. Orzan, P. Marchisio; modera D. Faraguna) - **11. Pediablob** (G. Longo, A. Ventura; modera P.A. Macchia)

Il costo di un DVD è di euro 34 (comprensivo di IVA e spese postali)

È possibile visionare e acquistare (anche con pagamento on line usando la carta di credito) tutti i titoli sopra citati, nonché tutti i titoli delle edizioni passate del congresso "Confronti in Pediatria" a partire dall'anno 1997, collegandosi al sito www.quickline.it

Modalità di pagamento: Assegno bancario non trasferibile intestato a Quickline sas
Bonifico bancario IBAN IT 76 J 02008 02204 000100230804 intestato a Quickline sas
Versamento su c/c postale n. 36024982 (specificando la causale) intestato a Quickline sas

Quickline sas, via S. Caterina 3, 34122 Trieste Tel 040 773737 - 040 363586 Fax 040 7606590 e-mail: confronti@quickline.it