



**CROCE ROSSA ITALIANA – CORPO MILITARE**  
**COMANDO REGIONALE LIGURIA - N.A.A.PRO SAVONA**

# L'inferno degli Angeli

- I bambini non si toccano -



**Nell'ambito del Corso Informativo "Pedofilia"**

**Savona, Palazzo della Provincia**

**26 Aprile 2012**

## **Dr. Angelo Giusto MD**

**Ufficiale Medico Corpo Militare C.R.I.**

# Definizioni, dati e distribuzione: la punta dell'iceberg

La parola **pedofilia** deriva dal tema greco παῖς, παιδός (bambino) e φιλία (amicizia, affetto).

- Nella mera definizione psichiatrica, la **pedofilia** è catalogata nel gruppo delle parafilie, ovvero tra i disturbi del desiderio sessuale, e consiste nella preferenza erotica da parte di un soggetto giunto alla maturità genitale per soggetti che invece non lo sono ancora, cioè in età pre-puberale. Il limite di riferimento di età varia da persona a persona (poiché ogni individuo raggiunge la maturità sessuale in tempi diversi), ma oscilla generalmente tra gli 11 e 13 anni.
- **L'abuso sessuale** avviene quando un bambino più vecchio o un adulto ingaggia attività sessuali con un bambino o adolescente con uno sviluppo immaturo per il divertimento sessuale della persona più vecchia o per il divertimento di altre persone (come la prostituzione o la pornografia). Nella maggior parte di abuso sessuale, chi perpetra è un adulto che conosce il bambino e che spesso vive sotto lo stesso tetto. Pochi di questi incidenti coinvolgono estranei dei quali i bambini possono avere paura. Gli abusi sessuali di solito non accadono come singolo incidente. Di solito non comportano l'uso della violenza e della forza fisica. Chi perpetra usa il potere dell'autorità adulto verso bambino piuttosto che l'uso della forza e della violenza. Quindi, spesso non è rilevabile da parte del personale pre-ospedaliero in un singolo intervento.
- Nella definizione comune, a volte il termine **pedofilo** viene utilizzato per indicare quegli individui che commettono violenza attraverso la sessualità su di un bambino, o che commettono reati legati alla pedopornografia. La psichiatria e la criminologia distinguono i **pedofili** dai **child molester** (molestatori o persone che abusano di bambini), e in questa direzione si è mosso anche il legislatore: la pedofilia è una **preferenza sessuale** dell'individuo o un disturbo psichico, non un reato, definendo l'orientamento della libido del soggetto, non un comportamento oggettivo. Vi sono soggetti pedofili che non attuano condotte illecite, come si hanno casi di abusi su bambini compiuti da individui non affetti da pedofilia.

## Analisi del fenomeno: la pedofilia in Italia

*Un'indagine svolta dall'Asl di Varese, insieme alla Provincia, su un campione di 561 studenti ha rilevato che il 12,5% degli stessi aveva subito abusi sessuali durante l'infanzia, facendo così parlare di "epidemia silenziosa": tali dati potrebbero essere in difetto dato che il 3% dei ragazzi intervistati tramite questionari anonimi, a tale domanda ha siglato la risposta "preferisco non rispondere".*

Reati di pedofilia si sono verificati in tutti i luoghi dove sono presenti bambini: famiglie (nel qual caso potrebbe trattarsi di incesto), centri religiosi (seminari, oratori), scuole d'infanzia, associazioni giovanili. Data l'estrema ampiezza di tipologie di reati, che talvolta non richiedono nemmeno il contatto fisico col bambino (per es. esibizionismo, riproduzione di materiale pedopornografico, ecc.), la diffusione dei reati di pedofilia è considerata elevatissima. Il 10-30% circa dei bambini subisce molestie sessuali entro i 18 anni. L'attrazione del pedofilo può essere rivolta sia verso i bambini sia verso le bambine, ma sembra che queste ultime siano le vittime più frequenti (88%).

Per quanto riguarda i crimini più efferati, uno studio del Centro Aurora di Bologna (Centro Nazionale per i bambini scomparsi e sessualmente abusati) ha evidenziato che in Italia dal 2004 al 2007 sono scomparsi 3.399 minori, non ritrovati nel periodo considerato. Lo stesso studio, coadiuvato dalle denunce del Procuratore Nazionale Antimafia, Pier Luigi Vigna, suggerisce che i mercati illeciti principali per questi bambini e ragazzi sono essenzialmente tre: pedofilia, traffico di organi e satanismo.

Secondo i dati raccolti da Telefono Azzurro e pubblicati nel rapporto nazionale sulla condizione dell'infanzia e dell'adolescenza, quasi il 60% degli abusi su minori avviene in famiglia. Nel panorama internazionale emerge che in Francia e in Inghilterra i minorenni vittime di abuso sessuale sono molto più numerosi, ma ciò che preoccupa in Italia è il "sommerso": è probabile, infatti, che alcune situazioni di abuso non arrivino alla denuncia.

Da una analisi dei dati forniti dalle Procure italiane, comparata con i dati forniti dal Ministero di Giustizia e dal Dipartimento Anticrimine, emerge che in Italia c'è stato un aumento esponenziale di atti di violenza nei confronti delle donne e che si sono registrati ben il 30% dei casi di abuso sessuali sui bambini in più, rispetto agli anni precedenti. Al pari di questo si è mantenuta drammaticamente bassa l'età media delle vittime di abuso, che va così dagli zero ai cinque anni. Tra le Regioni più colpite la Lombardia, il Veneto, il Lazio e la Campania.

Lo scorso anno sono state aperte circa 3.000 pratiche legate a minori scomparsi: solo nel primo semestre del 2006 i siti, collettivi o individuali, pro-pedofilia hanno avuto un incremento del 300%. Il 20% dei bambini scomparsi non viene più ritrovato e si sospetta possa essere finito nei giri delle reti pedopornografiche. Altro dato a dir poco agghiacciante: su un campione scelto di ben 443 pedofili accertati, pare che il 67% (pari quindi a 299 abusanti) sia rimasto in stato di libertà con l'aggravante di continuare a rimanere nella maggior parte dei casi a contatto diretto con i bambini.

Per quanto riguarda internet, un sito pedopornografico è ritenuto "di buona qualità" se produce un introito giornaliero di almeno 90 mila euro, (Dati del dott. Tommaso Pastore, dirigente responsabile della Squadra Mobile di Cuneo). Il costo medio di una foto pedopornografica spazia invece tra le 30 e le 100 euro. Oggi i pedofili cercano fotografie sempre più raccapriccianti, chiedendo ai produttori di tale materiale un aumento delle violenze ed un abbassamento delle età delle vittime. Per questo non è più raro che si trovino anche dei neonati, tra le giovani vittime.

Oggi i bambini iniziano a navigare in internet fin dall'età di 7 anni. Sette bambini su dieci navigano da soli senza alcun controllo da parte di adulti ed il 70% degli "agganci" da parte di pedofili avviene nelle Chat. Spesso dopo i primi messaggi segue anche un contatto diretto da parte del pedofilo che riesce a risalire all'abitazione del giovane, ad ottenere un incontro ed a far scattare l'abuso.

Riguardo al turismo sessuale, l'Italia persiste ad essere uno dei paesi a "massima esportazione" di turisti sessuali. Al fianco delle mete oramai consolidate "storiche" (Romania e Thailandia), oggi si presentano nuovi territori dove andare a "caccia di bambini, tra questi l'Ungheria, che ha nel 2006 ha visto triplicati i reati di abusi a danno di minori o il Kenya dove esistono circa 15 mila bimbi di strada vittima di violenza. Quando il reato non è consumato all'estero, dall'estero vengono portate le vittime. Solo a Milano sono almeno 500 i baby prostituti della Romania, sfruttati a tale fine.

Restando in Italia, sono oramai ridotti ad una percentuale bassissima i casi di cosiddetti "falsi abusi", che oggi si avvicinano intorno allo 0,5 %. Percentuale riferita specialmente a quei casi in cui adolescenti, o pre-adolescenti affermano di aver subito attenzione da parte di adulti, salvo poi in sede di colloquio venire smentite dai fatti. Lo stesso non avviene per casi di bimbi piccoli, la cui credibilità è confermata dal fatto che si trovano a raccontare, con vissuti drammatici e per loro sempre dolorosi, attenzioni o violenze sconosciute alla loro giovanissima età.

Purtroppo, il più delle volte il pedofilo tende a farla franca in Tribunale per insufficienza di prove ed a far così passare la vittima per quello che non è.

Tra gli elementi di novità, se così si può dire, l'aumento di casi legati a scuole materne dove interi gruppi di bimbi sono stati sottoposti ad abusi rituali.

Ultimo dato, in questo quadro, l'aumento di sette pseudo religiose o di tipo satanico, che rivolgono sempre di più la propria attenzione ai giovani, come partecipanti delle stesse, o giovanissimi come vittime per i propri rituali.

Negli anni 2008, 2009 e 2010 sono state riferite a Telefono Azzurro 570 situazioni di abuso sessuale (giunte alle linee di ascolto e al 114 Emergenza Infanzia), ovvero, in media, 191 casi all'anno. Nello stesso periodo di riferimento, il servizio di Telefono Azzurro per consentire a chi naviga in Internet di segnalare contenuti inadeguati o potenzialmente pericolosi per bambini e adolescenti, ha accolto 5.768 segnalazioni: il 26% si riferiva a materiale pedopornografico..

In base alle segnalazioni pervenute alle linee di ascolto di Telefono Azzurro (364 situazioni riferite tra il 2008 e il 2010), il 68,4% delle vittime di abusi sessuali sono bambine e adolescenti femmine e il 55,8% delle vittime ha generalmente un'età inferiore agli 11 anni. Le femmine subiscono in misura maggiore toccamenti (120 casi femmine vs 55 maschi) e abusi con penetrazione (42 femmine vs 13 maschi). Più spesso dei maschi, inoltre, ricevono proposte sessuali di tipo verbale (37 casi). I maschi sembrano essere più spesso costretti ad assistere ad atti sessuali (16 casi) oltre che a penetrazioni anali (12 casi). Nel 90% dei casi le vittime degli abusi sono minori italiani; nel restante 10% si tratta invece di bambini e adolescenti stranieri, provenienti principalmente da Paesi dell'Est.

Dalla stessa indagine emerge poi come nella maggior parte dei casi gli abusi sessuali siano commessi da persone appartenenti al nucleo familiare: padri, madri, nonni, nuovi conviventi/coniugi e altri parenti. Se solo il 9,6% riguarda soggetti estranei, negli altri casi si tratta di soggetti esterni alla famiglia ma comunque conosciuti: tra questi spiccano gli amici di famiglia (11% circa), gli insegnanti (9,1%) e i vicini di casa (4,8%). L'1% circa delle segnalazioni al Telefono Azzurro riguarda figure religiose. Le donne autrici di abusi sessuali rappresentano il 12,8% delle segnalazioni pervenute; gli abusi praticati sono sia di tipo "attivo", cercati per motivi di piacere o di denaro, sia "assistito", ossia compiuti da altri che generalmente sono i compagni, taciuti e in alcuni casi facilitati.

In generale, sussiste un'errata percezione del fenomeno della pedofilia, che porta a considerare i pedofili come figure estranee, non integrate: come orchi, appunto. La realtà è invece ben diversa. Il pedofilo non è un soggetto facilmente identificabile come "problematico": egli è invece abile nel mimetizzarsi all'interno della comunità e a sfruttare tutte quelle situazioni che favoriscono il contatto con i bambini. **Si tratta spesso di persone che i bambini conoscono bene, nelle quali ripongono fiducia**, abbassando così le difese e finendo così per trovarsi in una condizione di "fragilità" emotiva. Sebbene gran parte dei pedofili sia di sesso maschile, una percentuale stimata almeno al 4% da un rapporto FBI del luglio 2000 è rappresentata da adulti di sesso femminile.

## Maltrattamenti, abusi, violenze: da vittime a carnefici

E' ormai acclarato che una rilevante percentuale dei condannati per pedofilia ha a sua volta subito abusi durante l'infanzia.

Già Freud affermava che i traumi infantili, in generale, sono inguaribili e lasciano ferite che non rimarginano più e che provocano, negli adulti con una storia di abusi nella loro infanzia, una molteplicità di fenomeni a carico della sfera emotiva, relazionale, sociale, comportamentale di varia profondità ed entità.

#### POSSIBILI COMPLICANZE DEL MALTRATTAMENTO

Comportamenti criminali che cominciano in giovane età  
Morte  
Bassa stima di se e di sentirsi realizzati  
Danni fisici o neurologici permanenti  
Scarse performance scolastiche  
Scarsi legami sociali  
Disordini psicologici o sintomi psichiatrici  
Crescita e sviluppo ritardati  
Ritiro sociale  
Abuso di sostanze  
Tendenze suicide  
Vulnerabilità per ulteriori abusi

## Doveri del personale pre-ospedaliero e dei soccorritori

Il personale pre-ospedaliero ha un ruolo molto importante sulla scena. I soccorritori, il 118 ed i sanitari del PS fanno riferimento alla valutazione della scena e alla documentazione di sospetto maltrattamento del bambino.

### Valutazione della scena

Assicurarsi che la scena sia sicura per il bambino e per il personale pre-ospedaliero. Successivamente, documentare attentamente le condizioni che possono far sospettare il maltrattamento: questa è una condizione così grave che va sospettata in ogni caso di lesione ad un bambino, ma va anche considerato nei casi di malattia con circostanze sospette nell'ambiente, nel comportamento del bambino o dei parenti, nell'anamnesi o nell'esame fisico. Una casa malsana e sporca, la presenza di droghe o addirittura di armi, alimentazione non adeguata sono tutte cose che debbono essere riportate.

#### DOVERI DEL PERSONALE PREOSPEDALIERO NEL SOSPETTO DI UN MALTRATTAMENTO

Riconoscere le circostanze sospette durante la valutazione della scena.  
Valutazione fisica del bambino  
Valutazione del comportamento dei parenti e del bambino  
Eseguire un esame anatomico dettagliato, quando appropriato  
Comunicazione con i genitori e la famiglia  
Attenta documentazione e report

**Tabella:** Doveri del personale preospedaliero nel sospetto di maltrattamento

### Valutazione iniziale

Se la scena è sicura, eseguire la valutazione iniziale del bambino, e fornire il soccorso appropriato. Se un infante con sospetto di maltrattamento ha un'apparenza anormale (p.e., non ascolta, impassività, inconsolabilità, pianto debole) o un alterato stato di coscienza (risposta anormale allo stimolo verbale e doloroso), ma un normale lavoro respiratorio e circolo, considerare che il bambino abbia un serio problema psicologico, come una lesione cerebrale o un'anormalità tossico/metabolica. Una causa di apparenza anormale in un bambino che può essere stato maltrattato è la **sindrome del bambino scosso**. Non è un dovere del personale pre-ospedaliero sgridare, criticare, o giudicare i parenti od intervenire nelle funzioni dei genitori nel sospetto di maltrattamento. Considerare l'abuso sul bambino in ogni caso di lesione, anche nei casi di malattia con circostanze sospette nell'ambiente del bambino o dei genitori, nell'anamnesi o nell'esame fisico. Dopo aver valutato un bambino

stabile per il quale c'è il sospetto di maltrattamento, trasportarlo sempre in PS.

DOMANDE	CONSIDERAZIONI
Com'è avvenuta la lesione?	È plausibile la spiegazione del parente? Le condizioni fisiche sulla scena concordano con il meccanismo di lesione?
Quando è successo?	È passato molto tempo prima di chiamare il 118? L'apparenza della lesione corrisponde con il tempo trascorso?
Chi ha visto l'evento?	Le storie dei parenti o dei supervisori concordano? C'è stata un'adeguata supervisione?
Qual'è la storia medica del bambino?	Ci sono problemi psicosociali, di sviluppo, o cronici preesistenti?
Il bambino ha un dottore?	Quando è stata fatta l'ultima visita? Il medico conosce il bambino?

Tabella: Anamnesi focalizzata: domande e considerazioni sulla valutazione

## Valutazione addizionale

Dopo la valutazione iniziale, effettuare una valutazione addizionale se il bambino è stabile e la scena è sicura. Ottenete un'anamnesi accurata, usando le domande suggerite nella **Tabella**.

***Non ponete le domande in maniera accusatoria o l'intervista può diventare inutile o pericolosa.***

Ponete una stretta attenzione, e prendete nota, delle risposte dei parenti. Valutate le reazioni dei parenti alle domande che possono fornire indicazioni su eventuali maltrattamenti. Considerate lo sviluppo e le capacità del bambino in base all'età. Prendete nota dell'inconsistenza o dell'evitare di fornire i dettagli dell'evento. Uno dei segni più importanti di lesione inflitta è la discrepanza nella descrizione di una lesione che non corrisponde con le circostanze. Un altro segno di possibile lesione inflitta è una storia che cambia. Se la lesione viene descritta come un "incidente" o come non intenzionale, cercate di capire come siano andate le cose.

COMPORAMENTI DEL BAMBINO CHE SUGGERISCONO UNA STORIA DI MALTRATTAMENTO
Evita il genitore La storia è diversa da quella del genitore Cerca continuamente cibo o favori Non cerca la sicurezza del genitore Guarda con sospetto il contatto fisico

Tabella: Comportamenti del bambino che suggeriscono il maltrattamento

Ad esempio: se i genitori riportano che il bambino è caduto, determinare la distanza, la superficie dove è caduto, e le reazioni iniziali del bambino. Queste informazioni dalla scena possono essere le più accurate di tutte per il personale del PS, l'agenzia di CPS, e la forza dell'ordine.

## Valutare il comportamento del bambino

Anche se alcune forme di maltrattamento siano difficili scoprire, ci sono spesso indizi nel comportamento del bambino. I bambini mandano messaggi che spesso suggeriscono maltrattamento. Questi indizi possono essere nella forma di "tradurre in pratica" o comportamenti che riflettono il tentativo del bambino di affrontare o nascondere il maltrattamento. I bambini tendono a comportarsi come barometri dell'ambiente in famiglia. Indicatori comportamentali sono più difficili da scoprire ed interpretare che gli indicatori fisici. Per un bambino, la



paura dello sconosciuto spaventa più che il maltrattamento stesso. Quindi, ogni interrogativo diretto a un bambino può avere risultati variabili.

Il bambino può anche porre resistenza alla valutazione. I bambini cercheranno spesso di nascondere le proprie lesioni nel tentativo di proteggere chi ha abusato, specialmente se chi perpetra è un genitore. Il bambino può sentire che la punizione ricevuta era meritata o che chi ha perpetrato verrà punito o allontanato da casa se il maltrattamento viene scoperto. Allo stesso modo, altri membri della famiglia provano a proteggere un genitore che abusa pretende che l'abuso non sia successo. Quando avviene un maltrattamento in casa, non significa che esistano cattivi rapporti fra i membri della famiglia. La paura di punizioni severe o di rotture della famiglia può prevenire il riportare il maltrattamento da altri membri della casa.

***L'abuso sessuale è spesso accompagnato da minacce di violenza o rappresaglia.***

Il bambino potrebbe sentirsi responsabile dell'abuso e di ogni azione correttiva o deleteria. Molti bambini semplicemente non credono che nessuno possa credergli o starli ad ascoltare se loro riportano un abuso. A volte le circostanze anomali del bambino o il comportamento sono evidenti. Il paziente potrebbe risultare abbandonato o non supervisionato, o potrebbe avere un tutore non adeguato come un altro bambino o un adulto non abile. Il bambino potrebbe presentarsi con uno sviluppo ritardato o comportarsi in modo da mostrare distress, come l'inconsolabilità o il pianto costante.

## Valutare il comportamento dei genitori

Il comportamento del genitore verso il bambino e verso il personale pre-ospedaliero può suggerire un possibile maltrattamento. Caratteristiche comuni fra i genitori dei bambini maltrattati sono l'isolamento, scarso concetto di sé, immaturità, mancanza di conoscenze come genitori, e mancanza di abilità interpersonali. Potrebbero non essere abili per interagire in maniera competente con il personale pre-ospedaliero. Queste caratteristiche possono mostrarsi come "red flag", annotate nella **Tabella**. Comunque, un genitore che non mostra nessuna di queste caratteristiche e appare compiacente e appropriato può lo stesso aver maltrattato il bambino.

Anche se i comportamenti "red flag" vengono rilevati, il personale pre-ospedaliero non deve mai mettere a confronto il genitore con il sospetto di maltrattamento poiché un approccio di questo tipo sulla scena porterà solo confusione e ritarderà il trattamento e può potenzialmente danneggiare il bambino. Il confronto può anche creare una situazione ostile e pericolosa per il personale preospedaliero. Annotare la presenza di droghe o alcool e documentare le citazioni dei genitori che mostrano incompetenza o disinformazione, inconsistenza o evasività. Osservate l'interazione fra i genitori e documentatela se sembrano non andare d'accordo.

## Doveri medico-legali

### Documentazione

Quando documentate la storia e l'accertamento fisico sul record dell'ambulanza, descrivete ritrovamenti oggettivi; non alterate i fatti o aggiungete i sentimenti personali. Questo approccio sarà più utile per il trattamento medico del bambino in PS, e avrà più potere come documento legale. I fatti parleranno per voi in tribunale. Asserzioni soggettive ("La vicina di casa dice che il papà brucia il piccolo con le sigarette" possono rendere il vostro documento inammissibile in tribunale. Per esempio, scrivete invece "il palmo mostra una scottatura circolare delle dimensioni di un centimetro". Usate una terminologia oggettiva, chiara, specifica. Mettete in virgolette tutte le asserzioni dei genitori che desiderate registrare (p.e., il padre ha detto che " il bambino si è arrampicato sulla vasca da bagno calda.")

## Il dovere di riportare

In alcuni Stati i soccorritori preospedalieri devono riportare giuridicamente il sospetto di maltrattamento del bambino come reporter fidati. Questo vuole dire che sono protetti dall'essere responsabili per le dichiarazioni false. Perciò, se l'evidenza è obiettiva aumenta la possibilità dell'abuso, ci sono doveri morali e civili per redigere un rapporto; ciò non significa che il professionista pre-ospedaliero abbia la prova assoluta che la lesione sia inflitta. Il rapporto serve a richiedere un'appropriate investigazione da parte delle autorità preposte. Un rapporto di sospetto maltrattamento del bambino non è un tentativo di danneggiare o punire una famiglia, ma un tentativo per aiutare il bambino.

Queste leggi sono definite per proteggere il bambino. Anche negli stati dove non esistono doveri legali nella redazione di un rapporto, è riconosciuto ampiamente che il professionista pre-ospedaliero ha un ruolo importante nell'identificare i possibili maltrattamenti. Quindi, se il personale sanitario ignora gli elementi che possono far pensare ad un maltrattamento, violenza o abuso, l'autore non sarà mai punito ed il piccolo non sarà mai tutelato.

## Bibliografia e testi di riferimento

### Libri di testo

- AAP & ACEPS "The Pediatric Emergency Medicine Resource", 4<sup>th</sup> Ed., Sudbury, MA, Jones & Bartlett Pub, 2004;  
N. Angileri e R. Catalano, "Angeli e orchidee", Editore: Flaccovio Dario;  
G. Cifaldi, *Pedofilia tra devianza e criminalità*, ed. Giuffrè, Milano, 2004;  
S. Di Maggio, *Avevo sei anni e mezzo* Roma, Fazi editore, 2008;  
M. Acconci e A. Berti, *Grandi reati, piccole vittime: reati sessuali a danno dei bambini. Confronto delle legislazioni dei paesi membri dell'Unione europea, esame degli aspetti clinici e preventivi del fenomeno della pedofilia*. Genova, Erga, 1999;  
L. Blissett, *Lasciate che i bimbi. "Pedofilia": un pretesto per la caccia alle streghe*. Roma, Castelvechi, 1997;  
A. Cadoppi, *Commentari delle norme contro la violenza sessuale e della legge contro la pedofilia* Padova, CEDAM, 1999;  
V.L. Castellazzi, *L'abuso sessuale all'infanzia: incesto e pedofilia, abusati e abusanti, accertamenti e interventi psicoterapeutici*. Roma, LAS, 2007;  
Centro Aurora, *Viaggio nelle tenebre – Pedofilia, traffico d'organi e culti distruttivi*, Bologna, Centro Aurora, 2007;  
C. Cerasa, *Ho visto l'Uomo Nero. L'inchiesta sulla pedofilia a Rignano Flaminio tra dubbi, sospetti e caccia alle streghe* Roma, Castelvechi, 2007;  
M. Hazinski, A. Zaritsky, V. Nadkarni et al. "PALS Provider Manual"; AHA 2002;  
P. Monni, *L'arcipelago della vergogna: turismo sessuale e pedofilia*. Roma, Edizioni Universitarie Romane. 2001;  
D. Natan & M. Snedeker, *Satan's silence. Ritual abuse and the making of a modern American witch hunt*, Basic Books 1995;  
M. R. Parsi, *Più furbi di Cappuccetto rosso: suggerimenti a bambini, genitori, educatori, su come affrontare la pedofilia* Milano, Mondadori, 2000;  
F. Pinotti e C. Zavattiero, *Olocausto bianco. Una inchiesta a 360°*. Milano, BUR, 2008;  
R. Reece R, S. Ludwig: "Child Abuse: Medical diagnosis and management" 2<sup>nd</sup> Ed., Lippincott, Williams & Wilkins;  
B. Romano, *La tutela penale della sfera sessuale: indagine alla luce delle recenti norme contro la violenza sessuale e contro la pedofilia*. Milano, Giuffrè, 2000;  
R. Vignati, *L'infanzia abusata, pedofilia e violenza sessuale*. In: *L'infanzia. Aspetti e problemi psicologici*(a cura di L. Di Giuseppe). Edizioni Psiconline, Pescara, 2006, pp. 171–185;

### Articoli

- Johnson CF: "Child maltreatment 2002: Recognition, reporting and risk"; *Pediatric Int.* 2002;44:554-560;  
Kairys S: "Distinguishing SIDS from child abuse fatalities"; AAP, Committee on Child Abuse and Neglect. *Pediatrics*, Feb. 2001;107;(2);437-441;  
Kempe CH: "The battered child syndrome"; *JAMA*, 1962;181:17-24;  
Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA et al. "World report on violence and health"; Geneva, WHO, 2002;



## Siti web

[http://www.who.int/violence\\_injury\\_prevention/violence/world\\_report/en/FullIWRVH.pdf](http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/FullIWRVH.pdf)

## CD-ROM

AAP: "Visual Diagnosis of Child Abuse"; AAP, Elk Grove Village, IL, 2001;

Lauridson J, Levin A, Parrish R et al. "Shaken Baby Syndrome. A visual overview"; Version 2.0, National Center on Shaken Baby Syndrome, 2003;

**Angelo GIUSTO**, Medico dell'Emergenza, è nato a Savona nel 1969. Ha frequentato un Master in "Pronto Soccorso ed Emergenze Pediatriche" presso l'Istituto "G. Gaslini" di Genova. Ha partecipato alla 2ª Edizione del "Neonatal Intensive Care" presso la Scuola Internazionale di Scienze Pediatriche presso la Fondazione "Gaslini International". Certificato BLS-D, ACLS, PBLIS-D, PALS, PEPP, ITLS, PEDIFACT'S, ECx2, ATLS, EMD provider, BLS-D, PBLIS-D, PEPP, ITLS e PEDIFACT'S Istruttore. È abilitato al volo sanitario su mezzi ad ala fissa e rotante. Si occupa di formazione per i V.d.S. CRI, e per altre Associazioni di Volontariato del Soccorso Sanitario. Fa parte del Comitato Scientifico PEPP - Italian Chapter, ed è referente per la Liguria per i corsi PEPP. Ha pubblicato alcuni testi e numerosi articoli relativi all'emergenza sanitaria pre-ospedaliera. Ha curato l'edizione Italiana del Manuale "PEPP - Pediatric Education for Pre-Hospital Professionals". Web-Master del sito "SavonaEmergenza" (online dal 1999), collabora con il sito Farmasalute, e con altre pagine web relative all'emergenza sanitaria. Attualmente si occupa con particolare attenzione della medicina di emergenza pediatrica e neonatale nell'ambito del soccorso extraospedaliero. Si è occupato dello studio e della pianificazione di catastrofi e maxi-emergenze. È stato Pre-Hospital Disaster Manager per il servizio presso il quale lavora. V.d.S. C.R.I., è Ufficiale Medico del Corpo Militare C.R.I., ed ha acquisito la qualifica di Insegnante Militare di area sanitaria.

**FONTE DELLE IMMAGINI: IMMAGINI DI PUBBLICO DOMINIO PRELEVATE DAL WEB**