

Il maltrattamento e l'abuso sessuale nel bambino.

La punta dell'iceberg...

Dr. Angelo Giusto MD

Medico dell'Emergenza

Dr. ssa Anna Costa MD e Dr. ssa Silvia Zecca MD

Medico Pediatra – S.C. di Pediatria e Neonatologia, Ospedale S. Paolo - Savona

Inquadramento del problema: un po' di storia...

Già dal 1997, i programmi di formazione dei Paramedici USA prevedevano, in molte realtà, un "capitolo" relativo alla individuazione, riconoscimento e gestione dei maltrattamenti e degli abusi sessuali nella popolazione infantile.

In Italia, con l'introduzione del Corso PEPP (Pediatric Education for Pre-Hospital Professionals) negli anni 2004/2005 tale problematica viene portata a conoscenza degli Operatori dei soccorsi pre-ospedalieri (118). Se ne comincia a prendere coscienza.

Chi si prende cura di un piccolo Paziente, DEVE essere posto nella condizione di poter riconoscere le situazioni pericolose o anche solo potenzialmente a rischio, di modo da poter adottare tutti i comportamenti e attivare le migliori procedure atte alla tutela del minore, ed interrompere il circolo vizioso del maltrattamento, dell'abuso, e della paura.

Studi recenti stimano che in Italia ci siano quasi 100.000 i minori vittime di un maltrattamento (la popolazione globale minorile italiana era 10.574.660 al 1° gennaio 2012). Sei bambini su 1000 subisce abusi sessuali e la violenza assistita colpisce 16 bambini su 1000.

Il maltrattamento durante l'infanzia procura, oltre ai gravi danni di salute mentale e fisica per il minore, anche una spesa rilevante per la società, generando interventi di protezione o trattamento delle vittime, che si traducono in costi diretti per il bilancio pubblico. Un costo stimato ora in circa 13,056 miliardi di euro annui, ovvero lo 0,84% del Pil, secondo uno studio

promosso dall'Università Bocconi, Terre des Hommes Italia e il Coordinamento Italiano dei servizi contro il maltrattamento all'infanzia (Cismai).

Per capire di cosa si parla: qualche definizione.

MALTRATTAMENTO

Si parla di **maltrattamento**, in generale, qualora una persona, adulto o minore, sia sottoposta a violenza di tipo fisico o morale.

Vi sono varie **definizioni del maltrattamento ai minori**, tra le quali probabilmente quella formulata dall'OMS nel 1999 appare meglio esaustiva: *«Per maltrattamento all'infanzia si intendono tutte le forme di cattiva cura fisica e affettiva, di abusi sessuali, di trascuratezza o di trattamento trascurante, di sfruttamento commerciale o altre, che comportano un pregiudizio reale o potenziale per la salute del bambino, la sua sopravvivenza, il suo sviluppo o la sua dignità nel contesto di una relazione di responsabilità, di fiducia o di potere».*

ABUSO

Abuso fisico: avviene quando una persona infligge intenzionalmente, o permette che venga inflitta, una lesione ad un bambino, ad un minore, o ad un disabile, tale da rappresentare causa o rischio di morte, deturpazione, o distress. La lesione associata al maltrattamento del bambino può essere fisica o emotiva.

Abuso emotivo: avviene quando vi sia l'applicazione di uno schema continuato e consistente di comportamenti che interferiscono con il normale sviluppo psicologico e sociale del bambino.

Abuso sessuale: È il coinvolgimento di un minore in attività sessuali anche non caratterizzate da violenza esplicita, da parte di un adulto (che quasi sempre è una figura di riferimento per il bambino), sia esso nell'ambito strettamente familiare, sia nell'ambito delle relazioni extra familiari (luoghi di aggregazione, attività sportive, scuola). L'abuso sessuale viene effettuato sul minore attraverso atti non esplicitamente violenti, è prevalentemente agito da un adulto, che ha una relazione significativa con il minore, con modalità falsamente ludiche ed ambigue, che sfruttano la relazione affettiva, o il ruolo di autorità, utilizzando però una comunicazione di tipo sessuale assolutamente inadeguata e dannosa per i bambini.

NEGLIGENZA

Per estensione, anche la **negligenza** si configura nella sfera dell'abuso: avviene quando la condizione fisica, mentale o emotiva del bambino viene danneggiata o messa in pericolo qualora chi si deve prendere cura del bambino non lo faccia nella maniera più appropriata. L'uso da parte

dei genitori, o dei caregivers in generale, di alcool o droghe rientra pienamente nel concetto. Negligenza è la mancanza di agire nel nome del bambino. Negligenza comprende il porre in essere, o l'omettere, atti che abbiano rilevanza sulla sfera cognitiva, affettiva e sociale del bambino. E' sostanzialmente un atto di omissione. La negligenza può non avere segni visibili, e di solito avviene durante un lungo periodo di tempo. Può inoltre essere fisica o emotiva: nel primo caso è la mancanza ad incontrare i requisiti base per lo sviluppo fisico del bambino, come la supervisione, l'alloggio, il vestiario, le attenzioni mediche, la nutrizione, e il supporto; nel secondo caso è la mancanza nel fornire supporto o l'affetto necessario per lo sviluppo psicologico e sociale del bambino.

Qualche dato... l'orco è in casa!!!

La maggior parte degli "incidenti" che coinvolgono un minore sono perpetrati proprio da figure alle quali i piccoli sono affidati. Gli abusi sessuali di solito non accadono come singolo incidente, e non comportano l'uso della violenza e della forza fisica. Chi perpetra tali atti 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 nel corso di un singolo intervento.

Gli abusi ed i maltrattamenti esistono e sono diffusi.

E' convinzione estremamente errata e fuorviante che vadano a collocarsi nelle fasce più "deboli" del tessuto sociale, ove magari è più basso il livello culturale, il grado di benessere economico, ed è più povera l'offerta educativa.

Si è portati a inoltre considerare i molestatori e gli abusanti come figure estranee, non integrate, dall'aspetto sporco trasandato e terribile: come orchi, appunto. La realtà è invece ben diversa: si tratta spesso di persone che i bambini conoscono bene, nelle quali ripongono fiducia!



I “campanelli di allarme”, fuori e dentro l'ospedale

E' sempre molto difficile per i soccorritori e per gli operatori sanitari capire quando sospettare il maltrattamento di un bambino. L'aver a che fare “più spesso” con fenomeni di questo genere può rendere, probabilmente, più semplice o meno difficile la gestione del singolo caso. In ogni caso i soccorritori, ed i sanitari, che dovessero incontrare un sospetto o un'evidenza di un maltrattamento o di un abuso possono avere un ruolo vitale nel riconoscimento del problema e, a volte, nel fornire un aiuto tempestivo, nonché una valida documentazione dello scenario e dell'evento.

Percorsi adeguati di formazione rappresentano, a nostro avviso, non l'unica ma certamente la migliore strada da intraprendere, al fine di fornire agli operatori sanitari, soccorritori ed insegnanti gli strumenti più adeguati atti a prendere coscienza della gravità e della capillare diffusione del fenomeno.

Alcuni indicatori di “ambiente inadeguato ad un bambino”o di “inadeguata interazione bambino/genitori o caregivers:

1) L'ambiente è inadeguato ad un bambino!

- La casa è sporca, disordinata, fredda
- L'alimentazione fornita al bambino non è quella appropriata per l'età
- Il caregiver non è affidabile e/o adeguato (un altro bambino, magari di poco più grande; un adulto in evidente stato di alterazione psico-fisica);
- Il bambino è denutrito, sporco, “curato male”

2) Valutare il comportamento del bambino:

- Il bambino evita il genitore/caregiver
- La storia che il piccolo riferisce è diversa da quella riferita dal genitore/caregiver
- Il bambino cerca continuamente cibo, favori, coccole...
- Il bambino non cerca la sicurezza del genitore, ma interagisce senza problemi con i soccorritori o sanitari
- Guarda con sospetto il contatto fisico

3) Valutare il comportamento dei genitori/caregivers

- Aggressività o difensivismo da parte dei genitori/caregivers quando si chiedono notizie in merito ai problemi che concernono il loro bambino
- Apatia, indifferenza in merito a quanto sta accadendo
- Comportamento bizzarro o strano
- Poca o nessuna preoccupazione per il bambino
- Reazioni eccessive ad un cattivo comportamento del bambino
- Nessuna disponibilità a spiegare gli eventi

Alcuni indicatori di “sofferenza emotiva”:

- Pianto improvviso, irritabilità e scoppi di collera, bruschi sbalzi d’umore, disperazione, angoscia, iperattività, ipervigilanza, comportamento insicuro;
- Ostilità, aggressività, impulsività;
- Disturbi del sonno (incubi), disturbi dell’alimentazione;
- Paure eccessive e/o inappropriate, evitamento o paura inspiegata di persone o luoghi; Fobie;
- Disturbi dell’apprendimento e del linguaggio, cambiamenti o cali bruschi nel rendimento scolastico, “paura della scuola”;
- Rifiuto di sottoporsi a visite mediche, di spogliarsi in occasione di attività sportive;
- Comportamenti regressivi (perdita del controllo degli sfinteri, ad esempio);

Qualche strategia:

- non porre domande dirette sul fatto, ma raccogliere l’eventuale racconto spontaneo del bambino riportando fedelmente le sue parole (anche nel caso sia l’adulto a riportare il racconto del bambino, è opportuno farsi ripetere la terminologia utilizzata dal minore);
- evitare, se possibile, che il racconto dell’accompagnatore avvenga in presenza del bambino;
- 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;

Diritti, doveri, soccorritori, sanitari.

Cosa fare? Lasciare a casa o trasportare?

Dimettere o ricoverare?

Dopo la valutazione iniziale e l’inizio del trattamento medico, considerare il trasporto immediato, quando è da ritenersi appropriato. Se un bambino con un sospetto di maltrattamento ha anomalie fisiologiche o serie anomalie anatomiche, cominciare il trasporto. Se la scena non è sicura per il bambino o per il personale pre-ospedaliero, trasportare ed effettuare le ulteriori valutazioni sulla strada verso il PS.

Il dovere di riportare

In alcuni degli Stati USA, i soccorritori (paramedici, o personale sanitario ospedaliero) rispondono direttamente all’autorità in caso di sospetto o di accertamento di abuso, in qualità di “reporter fidati”.

Oltre all'obbligo legale di riportare, esiste anche un obbligo morale. A volte, ne siamo consapevoli, potrebbe essere più semplice "far finta di niente" ed aspettare che "qualcun altro" scriva e si faccia carico del problema.

Ricordiamo però che, nel frattempo, la spirale di violenza cui è sottoposta la vittima che abbiamo davanti potrebbe inasprirsi, o allargarsi anche ad altre persone della sfera familiare.

Siamo gli "avvocati del bambino" (non nel senso giuridico del termine, ovviamente). Diamo al nostro piccolo Paziente la chance di venirne fuori.

Documentazione

Occorre che la documentazione redatta (scheda di intervento, referto, rapporto, relazione clinica) sia il più completa ed il più attendibile possibile. E' importante documentare esclusivamente ciò che si è potuto vedere, ascoltare, "toccare con mano". Se la vicina di casa ci riferisce che il papà è solito picchiare il proprio figlio, non scriveremo *"Il papà picchia abitualmente il bambino"*, ma *"La vicina, signora XY, riferisce di aver visto il papà picchiare il proprio figlio"*.

Tali situazioni sono spesso difficili, l'accertamento dei fatti è difficile. La comunicazione è difficile, l'esame fisico del nostro piccolo Paziente può essere estremamente difficile.

Ai soccorritori ed ai sanitari non spetta l'indagine, ma spetta di capire, conoscere, curare e riportare.

Strategie

Può essere difficile, al di fuori dell'ospedale, ottenere il consenso ad ospedalizzare un bambino che si sospetti di essere stato maltrattato o abusato, specialmente qualora il sospetto abusante sia un membro della famiglia, o qualora coesistano problemi correlati alla patria potestà.

Collaborare strettamente con le Autorità locali (Forze dell'Ordine, Procura della Repubblica presso il Tribunale dei minori...) può certamente fornire un valido supporto morale e materiale, oltre che giuridico.

Sul territorio, in assenza di patologie importanti, lesioni gravi e/o problemi macroscopicamente evidenti, è possibile suggerire un trasporto in Ospedale per "ulteriori accertamenti", o per poter "far visitare il bambino ad un pediatra, non essendo noi specialisti". Possono essere piccole bugie che però possono cavare d'impaccio i soccorritori, ed avvicinare il bambino alla "fine del tunnel".

Anche in PS, nel sospetto di un maltrattamento o di un abuso, è sempre meglio "mantenere in osservazione" il nostro piccolo Paziente. Il ricovero temporaneo, anche solo di uno-due giorni, mette in condizione di poter attivare tutte le risorse e le istituzioni deputate; in ogni caso, si mantiene il bambino in ambiente "protetto" e lontano dai potenziali rischi.

L'esperienza di Savona

Nello scorso mese di Marzo si sono svolti a Savona, presso la sede del Campus Universitario, una serie di incontri relativi al tema **“Rilievo e gestione dell’abuso sessuale a carico dei minori”**.

Tali incontri fanno parte di un progetto multidisciplinare, più articolato, che vede come fine l’individuazione precoce dei soggetti a rischio e dei soggetti sottoposti a maltrattamento/abuso, attraverso la formazione di una “rete” che coinvolga specialisti ospedalieri, pediatri di base, Servizio 118, Forze dell’Ordine.

Sono state “gettate le basi”, quindi, per una corretta sensibilizzazione, oltre che formazione, di tutte le figure che hanno a che fare con minori, specialmente nei contesti degradati o “ad alta sensibilità”

Ulteriori incontri, già programmati, verteranno a meglio focalizzare gli aspetti giuridici, normativi e legali attraverso interfaccia con i magistrati della Procura della Repubblica presso il Tribunale dei minori e del Tribunale di Savona.

Conclusioni

Se il soccorritori intervenuti sulla scena, o i sanitari che prendono in carico il piccolo Paziente ignorano 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!

Anche se a volte può sembrare più semplice,

***Non chiudete gli occhi
davanti ad un bambino abusato.***

MAI!

* * * * *

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 2° Edizione del "Neonatal Intensive Care" presso la Scuola Internazionale di Scienze Pediatriche presso la Fondazione "Gaslini International".

Certificato BLS-D, ACLS, PBLIS-D, PEPP, ITLS, PEDIFACT'S, ECx2, ATLS, EMD provider, BLS-D, PBLIS-D, PEPP, ITLS e PEDIFACT'S Istruttore. E' abilitato al volo sanitario su mezzi ad ala fissa e rotante.

Si occupa di formazione per i V.d.S. CRI, così come per numerose 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 "Appunti di Primo Soccorso" e "Manuale di Primo Soccorso", linee-guida per Aspiranti V.d.S. CRI, e numerosi altri articoli sempre 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, con la Rivista Online "Emergency-Live", 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 dei soccorsi in caso di catastrofi e maxi-emergenze. E' stato Pre-Hospital Disaster Manager per il servizio presso il quale lavora.

Ufficiale Medico del Corpo Militare C.R.I., ha acquisito la qualifica di Insegnante Militare di area sanitaria.

Medico della Marina Mercantile Italiana, abilitato da Concorso dello Stato (2009).

Anna COSTA, Medico Specialista in Pediatria lavora presso la S.C. di Pediatria e Neonatologia e DEA presso l'Ospedale S. Paolo di Savona.

Ha seguito i corsi di perfezionamento in "Emergenze e Pronto Soccorso Medico" presso l'Istituto "Giannina Gaslini" di Genova ed in "Immuno-Allergologia Pediatrica" presso l'Università degli Studi di Perugia.

Ha partecipato in qualità di Docente a numerosi eventi formativi rivolti a Pediatri di base, Medici Ospedalieri, laici ed altre figure sanitarie. E' Istruttore PBLIS-D.

E' Responsabile della Struttura Semplice di Pediatria d'Urgenza dal 2007.

Silvia ZECCA, Medico Specialista in Pediatria, lavora presso la S. C. di Pediatria e Neonatologia e DEA presso l'Ospedale S. Paolo di Savona.

Ha seguito il Corso di Perfezionamento in Allergologia Pediatrica presso l'Università degli Studi di Perugia.

In qualità di Docente e/o di coordinatore di progetto, ha partecipato a numerosi eventi formativi per personale sanitario e laico. E' autrice di numerose pubblicazioni scientifiche.