

LA PRESENZA DELL'INFERMIERE LEGALE E FORENSE IN AMBITO PEDIATRICO: RUOLI E FUNZIONI

Laura Motacchi - infermiere legale forense

L'Infermiere legale e forense è un professionista specializzato nella valutazione di ogni aspetto giuridico e giurisprudenziale che riguardi l'esercizio dell'assistenza infermieristica.

Si tratta, dunque, della nascita e dello sviluppo di una nuova branca della disciplina che si propone di studiare gli aspetti concettuali, metodologici e pratici della dimensione giuridica e legale dell'assistenza infermieristica, allo scopo di promuovere la sua concreta applicazione in una serie di potenziali settori di sviluppo occupazionale.

L'Infermieristica legale e forense è una specialità di recentissima introduzione in Italia, mentre in altri Paesi, come Stati Uniti e Canada, vanta origini più consolidate. Nel 1998 la IAFN, International Association of Forensic Nurses, propose tale definizione: *“La professione di infermiere legale consiste nell'applicazione delle conoscenze infermieristiche alle procedure pubbliche o giudiziarie; consiste inoltre nell'applicazione di procedimenti propri della medicina legale, in combinazione con una preparazione bio – psico – sociale dell'infermiere diplomato, nel campo dell'indagine scientifica, del trattamento di casi di lesione e/o decesso di vittime di abusi, violenza, attività delinquenziale ed incidenti traumatici”*. Questa definizione fu confermata negli anni seguenti ed è tutt'oggi in vigore.

Le possibili aree di intervento dell'Infermieristica legale si diversificano per campo di applicazione e tra queste vi è il *Nursing pediatrico forense* ossia l'applicazione delle conoscenze del nursing all'assistenza ai minorenni, con particolare riguardo agli abusi e/o alla negligenza ed agli aspetti concernenti i diritti legali e umani.

La funzione dell'infermiere legale e forense in ambito pediatrico è dunque quello di contribuire a individuare tutte quelle situazioni in cui, dal punto di vista sanitario e legale, i diritti dell'infanzia sono stati violati.

A tal proposito l'attenzione dell'infermiere legale e forense deve essere posta su tutti quei casi in cui vi sia il sospetto di maltrattamento.

Maltrattamento: “Atti e carenze che turbano gravemente il bambino attentando alla sua integrità corporea, al suo sviluppo fisico, affettivo, intellettuale e morale, le cui manifestazioni sono la trascuratezza e/o lesioni di ordine fisico e/o psichico e/o sessuale da parte di un familiare o di altri che hanno cura del bambino”. (Lenoir- Degumois; 1981)

Tuttavia una sola definizione è riduttiva, poiché il maltrattamento riveste più definizioni:

1. **Abuso fisico:** Consiste in atti fisici che causano o possono aver causato una lesione al bambino. Degli esempi sono gli schiaffi violenti; il contorcimento di un osso; i morsi ed i graffi; lo sbatacchiamento; le ustioni con sigarette e acqua bollente; le escoriazioni della bocca (per nutrizione forzata o imbavagliamento); il torcimento di un orecchio; strappare i capelli.

2. **Abuso psicologico:** Azioni od omissioni che determinano o possono determinare disordini comportamentali, cognitivi, affettivi, mentali. Le forme di maltrattamento psicologico sono la privazione del contatto fisico; la privazione della comunicazione verbale; il rifiuto di riconoscere disturbi e difficoltà del bambino; la strumentalizzazione del figlio per penalizzare il partner.

3. **Patologia della fornitura di cure:** viene individuata non solo nella carenza di cure, ma anche nella inadeguatezza delle cure fisiche e psicologiche offerte, considerandole sia da un punto di vista quantitativo che qualitativo.

4. **Violenza sessuale:** Ci si riferisce a tutte le pratiche sessuali manifeste o mascherate a cui vengono sottoposti i minori e comprende:

a. **abuso sessuale intra familiare:** riguarda quello attuato da un genitore (compresi quelli adottivi e affidatari, patrigni, conviventi) nei confronti di un figlio, ma anche quello attuato da membri della famiglia allargata (nonni, zii, cugini, ecc...);

b. **abuso sessuale extrafamiliare:** è attuato da persone conosciute dal minore (vicini di casa, conoscenti ecc.).

A questa classificazione si può aggiungere una distinzione ancora più ampia:

- c. abuso istituzionale: quando gli autori sono maestri, educatori, allenatori, medici, infermieri, religiosi, ecc., cioè tutti coloro ai quali i minori vengono affidati per ragioni di cura, custodia, educazione, gestione del tempo libero;
- d. abuso da parte di persone sconosciute (i cosiddetti "abusi di strada");
- e. sfruttamento sessuale a fini di lucro da parte di singoli o di gruppi criminali organizzati (quali le organizzazioni per lo sfruttamento della prostituzione, agenzie per il turismo sessuale);
- f. violenza da parte di gruppi organizzati (sette, gruppi di pedofili, ecc.).

Prima di entrare nello specifico di queste definizioni appena accennate vorrei ricordare che, agli effetti della legge penale, coloro i quali, a qualunque titolo, prestano un pubblico servizio sono **incaricati di pubblico servizio**. In questa categoria rientrano tutti gli esercenti le professioni sanitarie, ad esclusione dei medici che vengono considerati **pubblici ufficiali**, in quanto in possesso di poteri certificativi o autoritativi.

L'art.331 del c.p.p prevede che *“i pubblici ufficiali e gli incaricati di un pubblico servizio che, nell'esercizio o a causa delle loro funzioni o del loro servizio, hanno notizia di un reato perseguibile d'ufficio (tra questi vi sono i delitti contro la famiglia e contro la persona, tra i quali rientrano i reati di maltrattamento e di abuso sessuale nei confronti dei minorenni), devono farne denuncia per iscritto, anche quando non sia stata individuata la persona alla quale il reato è attribuito”*. L'inadempimento (omettere o ritardare) di tale obbligo è penalmente sanzionabile (art. 361, 362 c.p).

In particolare per quanto riguarda coloro che esercitano una professione sanitaria vige l'obbligo del referto, dove per referto si intende l'atto mediante il quale ogni esercente una professione sanitaria rende nota all'autorità giudiziaria competente i casi, in cui **ha prestato la propria assistenza ed opera**, che presentino i caratteri di un delitto per il quale si debba procedere d'ufficio. L'inadempimento di tale obbligo è penalmente sanzionabile (art. 365 c.p)

La denuncia e/o il referto costituiscono, dunque, il primo passo necessario per avviare sia un intervento di tutela della vittima, sia un procedimento penale nei confronti del presunto colpevole. È quindi importante per tutti coloro che nella routine quotidiana di lavoro hanno contatti con i bambini e con le loro famiglie, avere un'approfondita conoscenza degli "indizi" del maltrattamento, che dovrebbero indurre il sospetto di un episodio di violenza, e adempiere all'obbligo di redigere il referto.

Ponendo l'attenzione sul referto, in quanto è quello a cui noi professionisti sanitari siamo tenuti a redarre, l'art. 334 del c.p.p stabilisce *“il referto indica la persona alla quale è stata prestata assistenza e, se è possibile, le sue generalità, il luogo dove si trova attualmente e quanto altro valga a identificarla nonché il luogo, il tempo e le altre circostanze dell'intervento; dà inoltre le notizie che servono a stabilire le circostanze del fatto, i mezzi con i quali è stato commesso e gli effetti che ha causato o può causare. Chi ha l'obbligo del referto deve farlo pervenire entro quarantotto ore o, se vi è pericolo nel ritardo, immediatamente al pubblico ministero o a qualsiasi ufficiale di polizia giudiziaria del luogo in cui ha prestato la propria opera o assistenza ovvero, in loro mancanza, all'ufficiale di polizia giudiziaria più vicino. Se più persone hanno prestato la loro assistenza nella medesima occasione, sono tutte obbligate al referto, con facoltà di redigere e sottoscrivere un unico atto.”*

Come appena accennato è importante che tutti coloro che nella routine quotidiana del loro lavoro hanno contatti con i bambini e con le loro famiglie devono essere in grado di riconoscere tempestivamente i segni e sintomi tipici di chi ha subito una violenza.

Per quanto riguarda il **Maltrattamento**:

L'art. 572 del codice penale (maltrattamenti in famiglia o verso fanciulli) afferma che *“chiunque maltratti una persona della famiglia, o un minore degli anni quattordici, o una persona sottoposta alla sua autorità, o a lui affidata per ragione di educazione, istruzione, cura, vigilanza o custodia, o per l'esercizio di una professione o di un'arte, è punito con la reclusione da sette a quindici anni; se ne deriva la morte, la reclusione da dodici a venti anni”*.

I modi con cui si possono manifestare le lesioni cliniche da maltrattamento sono molteplici.

LESIONI CUTANEE (90%) - ecchimosi, escoriazioni, tagli, ematomi, ustioni.

LESIONI SCHELETRICHE (30%) - fratture ossa lunghe, fratture multiple, distacchi epifisari, calcificazioni periostee.

TRAUMI CRANICI - ematoma subdurale, epilessia post-traumatica, ipertensione endocranica.

ALTRE MANIFESTAZIONI CLINICHE - lesioni oculari, rottura membrana timpanica, rottura milza, pneumotorace.

Le ragioni per sospettare un maltrattamento:

- madre e padre forniscono informazioni spesso contrastanti;
- il bambino non dà notizie anche se è in grado di esprimersi;
- ripetuto ricorso agli ospedali ed ambulatori di pronto soccorso per traumi analoghi;
- bambino con espressione triste e sguardo vacuo;
- bambino con igiene scarsa e malnutrito;
- traumi multipli su parti diverse o opposte della superficie corporea;
- traumi con decorso diverso da quello riferito dai genitori (discrepanza tra quanto dicono i genitori e quanto si osserva);
- ritardo nel cercare le cure mediche.

La diagnosi di maltrattamento è quasi sempre complessa e difficile, richiede quasi costantemente la stretta collaborazione di diverse figure professionali e presuppone che i professionisti abbiano la sensibilità e l'attitudine a prevederla tra le possibili diagnosi e la preparazione tecnica per accertarla. D'altra parte individuare le situazioni di abuso o maltrattamento è di importanza essenziale sia per la sopravvivenza fisica del bambino, sia per il suo successivo sviluppo.

Le lesioni, che sono conseguenza di un maltrattamento fisico, devono essere distinte da quelle derivanti da un incidente. Di regola, infatti, è proprio un "meccanismo accidentale" quello che viene riferito, dai genitori o dagli adulti che hanno in carico il bambino nel corso delle visite mediche come causa delle lesioni.

E' necessario che il personale sanitario che si trova a curare il bambino, compia un'anamnesi accurata della dinamica dell'incidente e un'osservazione attenta del comportamento spontaneo del bambino e dell'adulto che lo accompagna, anche se si tratta di una lesione presunta accidentale.

Gli accertamenti strumentali devono essere altresì particolarmente accurati e mirati ad evidenziare alcune specifiche caratteristiche delle lesioni cutanee, scheletriche e viscerali, delle ustioni o delle eventuali intossicazioni o asfissie.

Chi e' il bambino maltrattato?

Per quanto riguarda l'età in cui il bambino è soggetto con maggiore frequenza a sevizie si può affermare che gli episodi di violenza si scatenano più facilmente nel caso di bambini molto piccoli della fascia da 0 a 3 anni.

Secondo le statistiche vi è una assoluta parità nel maltrattamento tra i due sessi.

Non vi sono delle caratteristiche specifiche del bambino maltrattato, ma piuttosto vi sono dei fattori che più di altri possono far sì che il minore divenga vittima dell'episodio violento:

INERENTI AL BAMBINO

- handicap fisici;
- ritardo mentale;

- bambino iperattivo;
- pianto notturno;
- problemi di alimentazione;
- disturbi comportamentali (bambino “difficile”)

CAUSE SOCIALI

- povertà, isolamento, emarginazione sociale;
- conflitti madre-padre;
- stress perinatale;
- figlio indesiderato;

CAUSE GENITORIALI

- genitore solo;
- genitore maltrattato da piccolo;
- genitore affetto da patologia psichiatrica;
- genitore tossicodipendente o alcolista.

Le conseguenze del maltrattamento

Le sevizie sui bambini portano ad un'alta incidenza di deficit di vario tipo e questo non solo quando si provocano lesioni alla testa, ma anche quando il bambino piccolo sia stato violentemente scosso pur senza provocare lividi o fratture craniche.

I sintomi psicopatologici residui nel bambino maltrattato:

- succhiarsi il pollice dopo i 2/3 anni;
- enuresi notturna o diurna;
- disturbi del sonno, incubi ricorrenti, sonnambulismo.
- onicofagia;
- balbuzie (o altri disturbi funzionali del linguaggio);
- tics mimici;
- tic da dondolamento;
- rituali ossessivi;
- fobie;
- tendenza all'isolamento;
- incomunicabilità relazionale;

Patologia della fornitura di cure

Negli ultimi anni l'attenzione degli operatori si è progressivamente orientata anche verso i minori vittime di carenze gravi, nutrizionali o affettive.

In queste violenze l'elemento centrale è l'inadeguatezza delle cure, per cui possono esistere diversi tipi di patologia:

- a. incuria: quando le cure sono latenti;
- b. discuria: quando le cure sono distorte;
- c. ipercura: quando le cure sono eccessive.

Incuria

Si parla di incuria quando le persone legalmente responsabili del bambino non provvedono adeguatamente ai suoi bisogni sia fisici che psichici in rapporto all'età e al momento evolutivo.

I fattori o indicatori di rischio, che permettono una diagnosi precoce della patologia possono essere suddivisi in:

- a. Notizie sullo stato di salute

Al colloquio con i genitori emerge una loro difficoltà a fornire notizie esatte e complete sulla

nascita e sulle tappe evolutive del figlio. È importante controllare se è stato rispettato il calendario delle vaccinazioni obbligatorie, se il bambino presenta carie dentali non curate, disturbi visivi o uditivi non trattati.

b. Segni fisici

Il bambino trascurato spesso indossa vestiti inadeguati all'età, al sesso e alla stagione. Si possono inoltre riscontrare scarsa igiene e dermatiti recidivanti, soprattutto scabbia e pediculosi. Dal punto di vista clinico quasi tutti questi bambini presentano una distorsione delle abitudini alimentari con denutrizione o, al contrario, anche se più raramente, obesità. Infine il loro sviluppo psico-motorio è spesso ritardato.

c. Segni comportamentali

I bambini non curati appaiono pigri, demotivati, sempre stanchi, con scarso rendimento scolastico e disturbi dell'alimentazione. Sono soggetti ad avere molti infortuni domestici, non essendo in grado di percepire il pericolo perché non hanno un'esperienza di contenimento e attenzione-protezione da parte dei genitori.

Discuria

Nella discuria le cure vengono effettuate, ma non sono adeguate al momento evolutivo.

I tipici atteggiamenti di discuria sono:

- anacronismo delle cure. L'atteggiamento dei genitori sarebbe corretto se il bambino fosse in uno stadio evolutivo diverso (ad esempio un bambino di sei anni al quale la madre somministra solo dieta latte e cibi frullati);
- imposizione di ritmi di acquisizione precoci. Raramente i bisogni del bambino nei primi anni di vita sono in perfetta armonia con le abitudini degli adulti. Nei casi di discuria spesso sono presenti dei conflitti proprio per questo motivo, in quanto i genitori pretendono dal bambino una precoce autonomia nel controllo sfinterico, nella motricità e nei ritmi alimentari;

Ipercura

Rientrano in tale categoria tutti i casi in cui i genitori offrono "cure" eccessive al loro figlio. La forma più importante è la sindrome di Münchhausen per procura.

“La sindrome di Münchhausen per procura è una grave forma di abuso, difficile da diagnosticare, caratterizzata da 1) simulazione di malattia o 2) aggravamento riferito o procurato nel corso di un malattia reale o 3) provocazioni di sintomi di una malattia in un bambino da parte di un adulto”. Tutto ciò significa che l'abusante, in genere la madre, induce nel bambino sintomi che richiedono l'intervento dello specialista: la vittima viene così sottoposta ad accertamenti clinici inutili ed a cure inopportune.

Nel DSM-IV-TR (quarta versione del Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali, pubblicato dall'American Psychiatric Association nel 1994; Consiste in una classificazione "nosografica teorica assiale" dei disturbi mentali. I disturbi mentali vengono definiti in base a quadri sintomatologici, e quest'ultimi sono raggruppati su basi statistiche) tale sindrome è indicata come “Disturbo fittizio per procura” e viene sottolineato come “la caratteristica essenziale è la produzione deliberata o la simulazione di segni o sintomi fisici in un'altra persona che è affidata alle cure del soggetto. Tipicamente la vittima è un bambino piccolo, e il responsabile è la madre del bambino. La motivazione di tale comportamento viene ritenuta essere il bisogno psicologico di assumere, per interposta persona, il ruolo di malato”. Attualmente la si ritiene una delle forme tipiche di criminalità femminile, particolarmente subdola in quanto nasconde dietro ad un'immagine, quella della madre premurosa, della quale ci è difficile diffidare, attenta alla salute del figlio e continuamente alla ricerca di medici e di cure.

Vi può essere una grande varietà di comportamenti che la madre può tenere: dal semplice racconto di episodi fittizi e sintomi inesistenti ad un vero e proprio comportamento attivo (falsificazione di campioni da analizzare e documenti, avvelenamento, soffocamento, introduzione di materiale infetto per via endovenosa).

Tutti gli organi sono bersagli potenziali; i sintomi riferiti e attribuiti al bambino dipendono unicamente dalla fantasia della madre e dalle sue conoscenze mediche.

La sindrome di Münchhausen per procura viene distinta da altri comportamenti simili:

a. DOCTOR SHOPPING PER PROCURA

Si tratta di bambini che hanno sofferto nei primi anni di vita di una grave malattia e da allora vengono portati dai genitori da tantissimi medici per disturbi di minima entità. Consiste in una "esagerazione della malattia": le madri, eccessivamente preoccupate per le condizioni fisiche del figlio, ricorrono continuamente all'aiuto medico, percependo lievi patologie come gravi minacce per la vita del bambino e chiedendo o facendo in modo che essi vengano ricoverati in ospedale o sottoposti a continui accertamenti.

b. HELP SEEKERS

In questo tipo di patologia il bambino presenta dei sintomi fittizi indotti dalla madre, ma si differenzia dalla sindrome di Münchhausen per la frequenza con cui questi vengono indotti. Infatti normalmente si ha un unico episodio di malattia immaginaria, piuttosto che una lunga serie di esperienze mediche, e rappresentano un preciso bisogno della madre in particolari momenti. Posta di fronte all'evidenza, la madre reagisce con sollievo, è disposta a collaborare e non tradisce alcun segno di ostilità o rifiuto. L'inganno le consente di cercare le cure mediche per sé, legittimando attraverso il figlio 'malato' il bisogno di aiuto psicologico.

c. ABUSO CHIMICO

Con tale termine viene indicata l'anomala somministrazione di sostanze farmacologiche o chimiche al bambino. Le sostanze somministrate possono essere suddivise in quattro gruppi:

1- sostanze qualitativamente prive di proprietà tossicologiche ma che possono tuttavia risultare nocive se somministrate in quantità o modalità eccessive. (Rientra in questo gruppo l'abnorme somministrazione di acqua);

2- sostanze con scarsa tossicità e di comune impiego domestico (ad esempio il sale da cucina);

3- sostanze ad azione farmacologica dotate di media tossicità e di facile reperibilità come lassativi, diuretici, glucosio, insulina;

4- farmaci dotati di spiccata tossicità ad azione sedativa e di non usuale disponibilità. Si tratta di solito di sonniferi prescritti alla madre dal medico curante: la loro somministrazione a dosi inadeguate causa nel bambino una sindrome neurologica grave che talvolta causa coma e/o morte.

Questa sindrome va sospettata quando ci si trova di fronte a sintomi non spiegabili in base alle consuete indagini di laboratorio e strumentali, che insorgono ogni volta che la madre ha un contatto diretto con il bambino.

d. SINDROME DA INDENNIZZO PER PROCURA

Si tratta di quei casi in cui la necessità dei genitori di avere un indennizzo (ad esempio nel caso di un infortunio) porta il bambino ad assumere dei sintomi riferiti dai genitori stessi. La motivazione psicologica è quella del risarcimento e viene totalmente negata sia dai genitori che dal bambino; i sintomi variano a seconda delle conoscenze mediche della famiglia e la sindrome si risolve con totale e improvvisa guarigione una volta ottenuto il risarcimento.

Violenza sessuale

Il codice penale fornisce una definizione di "violenza sessuale" (art. 609-bis) riferendosi a "*taluno che è costretto a compiere o subire atti sessuali, con violenza o minaccia o mediante abuso di autorità*", facendo alcune distinzioni riguardo all'età della vittima. "*La pena, infatti, è della reclusione da sei a dodici anni se i fatti sono commessi nei confronti di persona che non ha*

compiuto gli anni quattordici e nei confronti di persona che non ha compiuto gli anni sedici della quale il colpevole sia l'ascendente, il genitore anche adottivo, il tutore. La pena è della reclusione da sette a quattordici anni se il fatto è commesso nei confronti di persona che non ha compiuto gli anni dieci". (art. 609-ter c.p)

Per accertare l'effettivo verificarsi di un abuso sessuale è possibile utilizzare una serie di criteri o indicatori. Gli indicatori variano in relazione alla fase di sviluppo del minore e si distinguono in:

1. indicatori cognitivi
2. indicatori fisici;
3. indicatori comportamentali/emotivi.

Tra gli indicatori cognitivi rientrano le conoscenze sessuali inadeguate per l'età, le modalità di rivelazione da parte del bambino dell'abuso sessuale, i dettagli dell'abuso e, a volte, si verifica una certa confusione nel ricordo dei fatti e nella sovrapposizione dei tempi. Per scoprire questi indicatori, le aree da indagare sono: il livello di coerenza delle dichiarazioni, l'elaborazione fantastica, la distinzione tra il vero e il falso, il giudizio morale e la chiarezza semantica. Gli indicatori fisici di abuso sessuale sono: la deflorazione, la rottura del frenulo, le ecchimosi e i lividi in zona perineale, i sintomi di malattie veneree ed altri che devono considerarsi più equivoci per le molteplici cause che possono averli generati, come le incisive imenali, le neovascolarizzazioni a livello del derma nelle grandi labbra (nelle bambine) o le irritazioni del glande o del prepuzio (nei bambini) oltre che arrossamenti e infiammazioni aspecifiche localizzate. Gli indicatori comportamentali ed emotivi comprendono sentimenti di paura, depressione, disturbi del sonno e dell'alimentazione, un comportamento ipervigilante che indica la paura della ripetizione del trauma, la mancanza di interesse verso le attività ludiche con i compagni, l'alterazione significativa della personalità con possibili sintomi psiconevrotici (isteria, fobie, ipocondria). La timidezza e la paura si manifestano soprattutto in presenza del genitore abusante o nei confronti di adulti di tal sesso. A causa dei sensi di colpa e delle minacce che ricevono, i bambini abusati possono mettere in atto comportamenti autodistruttivi fino al suicidio.

Occorre tener conto che tali indicatori di abuso non possono essere utilizzati indiscriminatamente, poiché la presenza di uno o più di essi può essere determinata anche da altre cause. Nel caso degli indicatori fisici, ad esempio nelle bambine, una diagnosi di neovascolarizzazione è giudicata compatibile con atti traumatici ripetuti (quali atti di abuso sessuale), ma anche con esiti di infiammazioni vaginali. La stessa integrità dell'imene si presta a conclusioni equivocate, in quanto apparenti lacerazioni di essa possono in realtà corrispondere a particolarità morfologiche congenite. L'equivocità può riguardare anche gli indicatori comportamentali. La presenza di incubi, la depressione, ecc... non costituiscono di per sé sintomi di abuso sessuale e possono essere ricollegati a varie cause che incidono sulla vita e crescita del bambino. Anche gli indicatori cognitivi possono trarre in inganno: spesso si è portati a pensare che, se un bambino ha conoscenza in materia di sesso inadeguate alla sua età, non può che averle acquisite attraverso contatti sessuali diretti. In realtà, frequentemente capita che il bambino abbia visto determinate scene nei film oppure abbia ascoltato gli adulti che ne parlavano. Gli indicatori da soli non possono, dunque, essere considerati gli indici certi di un avvenuto abuso sessuale: sono necessarie ulteriori indagini sulla situazione. Importante è anche l'incremento delle competenze diagnostiche da parte dei professionisti, per evitare che i bambini vadano incontro ad un'esperienza doppiamente traumatica (essere abusati e non trovare protezione);

Nel 1998 il Coordinamento nazionale dei Centri e dei Servizi di prevenzione e trattamento dell'abuso in danno di minori ha discusso e approvato la Dichiarazione di consenso in tema di abuso

sessuale all'infanzia, creando un documento di orientamento contenente le linee-guida per orientare gli interventi degli operatori psico-socio-sanitari in relazione ai casi di abuso sessuale ai minori.

In questo documento si afferma che:

- 1- l'ipotesi di abuso sessuale va sempre presa in esame in presenza di lesioni, pur di carattere aspecifico, dell'area ano-genitale, e di altri segni rilevabili con esame obiettivo compatibili con l'ipotesi di abuso;
- 2- i segni specifici (gravidanza, presenza di spermatozoi, malattie sessualmente trasmesse) sono rarissimi;
- 3- l'assenza di lesioni non può mai portare il medico ad escludere l'ipotesi di abuso, in quanto numerosi atti di abuso non lasciano segni fisici.

Conseguentemente:

- 1- la visita medica va effettuata esclusivamente da medici specificamente competenti, in grado di valutare correttamente e completamente le lesioni e di evitare la ripetizione delle indagini.
- 2- Ampliare il più possibile la raccolta anamnestica sul piano individuale e relazionale, anche ricorrendo alle informazioni pregresse e alla rete dei servizi;
- 3- che durante il percorso valutativo sia in ogni momento salvaguardata la protezione fisica e psicologica del minore garantendo, se necessario, percorsi paralleli di intervento per lui e per i suoi familiari.

In conclusione si può affermare che il riconoscimento del problema della violenza nei confronti dei minori si è concretizzato con la promulgazione di leggi che nel corso del tempo hanno favorito un'attività di protezione sempre più articolata e intensa del minore da questi fenomeni. Inizialmente sono stati sanzionati i fenomeni più facilmente percepibili all'estero quali il maltrattamento e l'incuria, seguiti poi dal riconoscimento di forme più "nascoste" quali la violenza psicologica e l'abuso sessuale. Con tale protezione l'ordinamento ha affermato che il valore da tutelare va ravvisato nell'integrità della persona di minore età, considerandola come soggetto che ha potenzialità che vanno salvaguardate ed ha inoltre realizzato una misura preventiva, impedendo indirettamente la commissione di ulteriori reati attraverso la minaccia della sanzione penale. Il diritto ha dunque riconosciuto sia che gli adulti hanno dei doveri nei confronti dei minori, sia che questi ultimi sono portatori di diritti che non solo devono essere rispettati, ma devono anche essere concretamente attuati.