

**Pronto Soccorso**

**"Violenza sessuale e di genere: cosa vedere, come agire, quali obblighi"**

Esperienze e proposte operative nei Dipartimenti di Emergenza e Pronto Soccorso degli Ospedali del FVG

**11 Dicembre 2017**  
Sala Oceania, Stazione Marittima - Trieste

REGIONE AUTONOMA DEL FRIULI VENEZIA GIULIA  
ISTITUTO DI RIABILITAZIONE E CURA AL CARO TUMORI SCIENZA E SALUTE  
Bulfo Garofolo di Trieste

8 crediti ECM

# La violenza in Pronto Soccorso o in Emergenza

## Violenza sessuale nelle bambine – A. Sorz

### What is Child Maltreatment?

It's the abuse and neglect of children. It takes many forms.

#### Physical abuse

Hitting, beating, shaking



#### Sexual abuse

Sexual contact or exposure to sexual acts or materials



#### Emotional or psychological abuse

Threatening, insulting, ridiculing, confining



#### Neglect

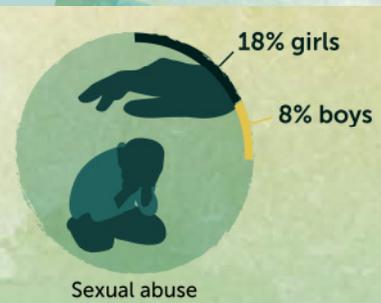
Failing, despite having the means, to provide medical care, education, shelter or other essentials for a child's healthy development



### Child Maltreatment



Worldwide, **1 in 4 adults** were physically abused as children.



#### The Health

Sexual abuse





## *DEFINIZIONE E CARATTERISTICHE*

- a) abuso sessuale è il coinvolgimento, intenzionale e interpersonale, di un minore esperienze sessuali forzate o comunque inappropriate dal punto di vista dello stadio di sviluppo
- b) tali esperienze possono non comportare violenza esplicita o lesioni; possono avvenire senza contatto fisico e/o essere vissute come osservatori
- c) è un fenomeno diffuso
- d) si configura sempre e comunque come un attacco confusivo e destabilizzante alla personalità del minore e al suo percorso evolutivo e può produrre DSPT (Disturbo da Stress Post-Traumatico), acuto e/o cronico, anche con espressione ritardata e persistente in età adulta
- e) l'intensità e la qualità degli esiti dannosi derivano dal bilancio tra i fattori di rischio (condizioni personali e ambientali precedenti l'evento; caratteristiche dell'evento come frequenza, precocità, durata, gravità degli atti sessuali, relazione con l'abusante; coping inefficace, riattivazioni traumatiche successive all'evento) e i fattori di protezione (risorse individuali della vittima, del suo ambiente familiare, interventi attivati nell'ambito psicologico, sociale, sanitario, giudiziario )



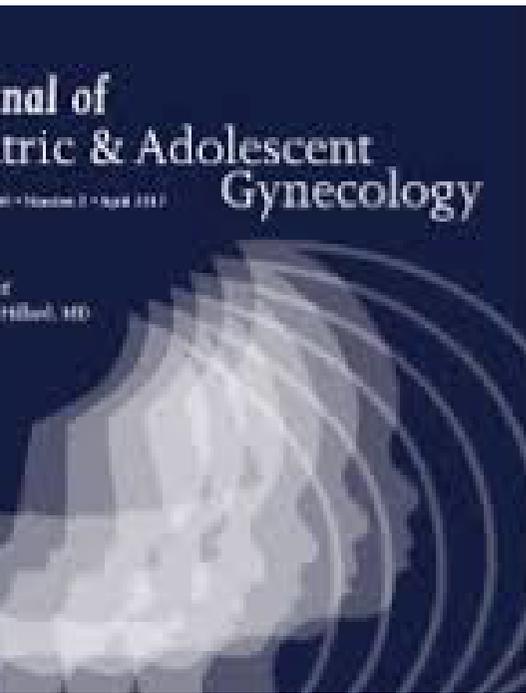
Coordinamento Italiano dei Servizi  
contro il Maltrattamento e l'Abuso all'Infanzia

MAI

## *INDICATORI E SEGNI FISICI*

l'abuso sessuale può causare lesioni, prevalentemente di carattere aspecifico, dell'ano-genitale, nonché segni in altri distretti corporei rilevabili con esame obiettivo. La gravidanza, la presenza di spermatozoi e alcune malattie sessualmente trasmesse, specie di abuso, sono riscontri rarissimi

Il mancato rilievo di segni anali e/o genitali non esclude mai la possibilità che il bambino sia o sia stato vittima di abuso sessuale



## Guidelines for the Medical Assessment and Care of Who May Have Been Sexually Abused

... MD<sup>1,\*</sup>, Nancy D. Kellogg MD<sup>2</sup>, Karen J. Farst MD<sup>3</sup>, Nancy S. Harper MD<sup>4</sup>, ... MD<sup>5</sup>, Lori D. Frasier MD<sup>6</sup>, Carolyn J. Levitt MD<sup>7</sup>, Robert A. Shapiro MD<sup>8</sup>, ... MD<sup>9</sup>, Suzanne P. Starling MD<sup>10</sup>

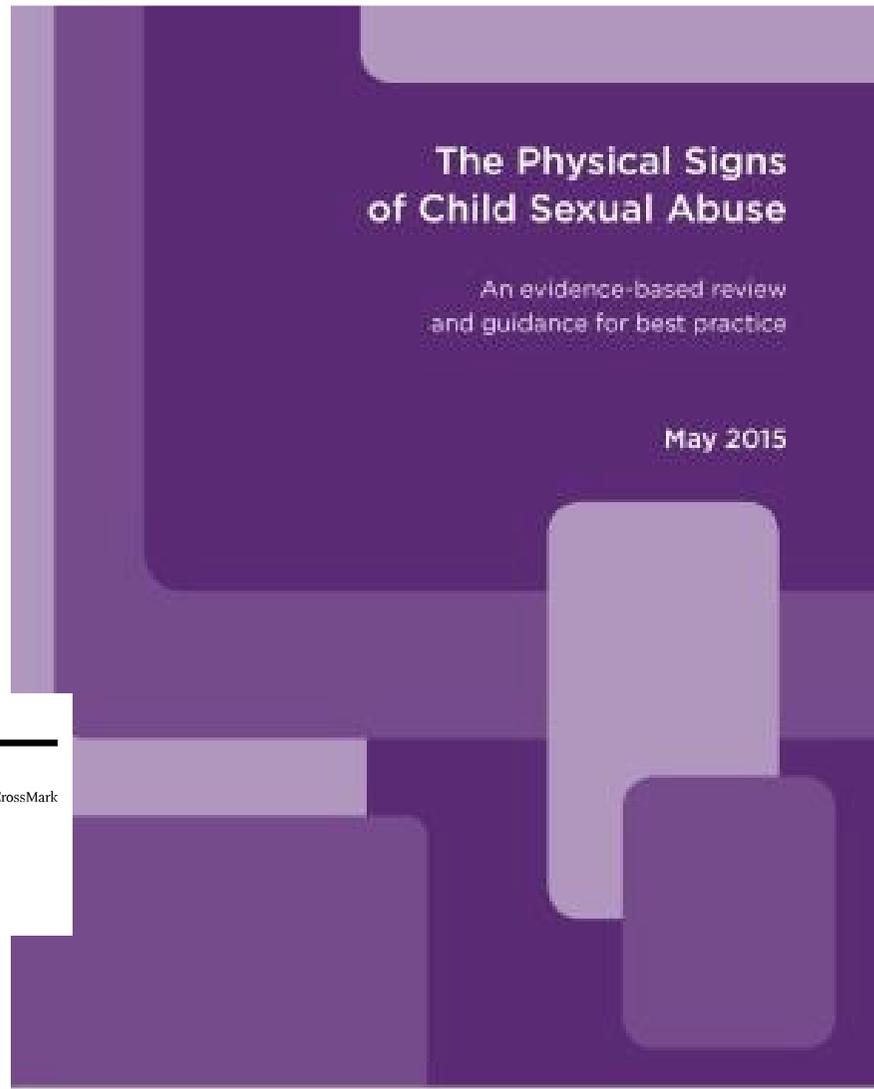


# Guidelines for medico-legal care for victims of sexual violence

... sexual abuse



WORLD HEALTH ORGANIZATION  
GENEVA



## L'abuso sessuale nei bambini prepuberi

### Requisiti e raccomandazioni per una valutazione appropriata

a cura di  
Maria Rosa Giolito  
e del Gruppo di lavoro  
per l'abuso  
e il maltrattamento  
dell'infanzia

Il Pensiero Scientifico Editore

# Entro quali tempi va condotto l'esame?

## Valutazione immediata:

urgenza/emergenza clinica che necessitino di interventi sanitari non differibili  
possibilità di rilevare lesioni e/o recuperare tracce biologiche



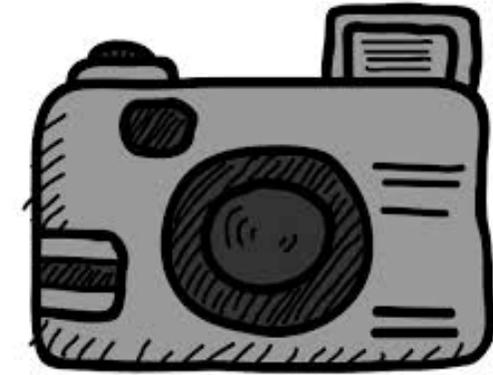
## 72 ore e assenza di evidenti lesioni:

visita ginecologica e accertamenti non urgenti

→ Programmati il prima possibile con ginecologo esperto in semeiologia dell'abuso sessuale su bambine

# Le immagini fotografiche

## La ricerca del DNA



- La documentazione fotografica è irripetibile
- I segni si modificano nel tempo
- La letteratura indica ricostruzione della mucosa imenale in 5 -7 gg

Nella maggioranza dei casi le lesioni anali e genitali non sono più evidenziabili a breve distanza di tempo da quando sono state provocate

DNA:

< 24 ore nelle bambine prepuberi

< 72 ore nelle adolescenti

Nell'adolescente il DNA può essere rintracciato nel fornice posteriore fino a 5 gg

# Anamnesi



non porre domande dirette sul fatto

raccogliere il racconto spontaneo del bambino/a  
riportando fedelmente le sue parole

evitare che il bambino/a ripeta il racconto

valutare la congruenza tra dinamica, tempi riportati e la  
coerenza con la clinica

# Esame obiettivo generale



esaminare tutto il corpo del bambino/a

descrivere eventuali lesioni o esiti (su tutto il corpo, anche orofaringe)

specificare: sede, dimensioni e caratteri generali

congruenza tra segni fisici e racconto del bambino/a

valutare la presenza di segni di trascuratezza (capelli, denti, igiene)

atteggiamento del bambino/a durante la visita: adattare la conduzione della stessa

documentare fotograficamente le lesioni o i loro esiti



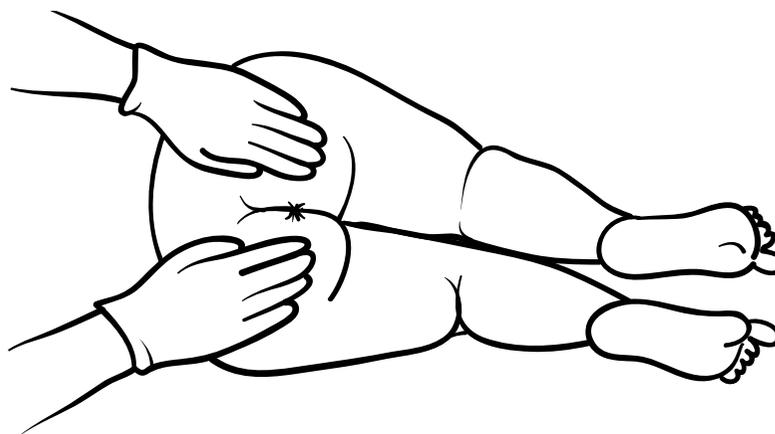
# E.O. dell'area genito-anale

## Osservazione della regione anale

Posizione del bambino/a:

- *decubito laterale*
- *supina (a "rana")*
- *genupettorale*

ispezione anale deve precedere quella genitale per valutare la comparsa di segni anali



**FIGURA 1A.** Posizione in decubito laterale sinistro, tecnica di divaricazione.



**FIGURA 1B.** Posizione genupettorale, tecnica di divaricazione.

*separare i glutei utilizzando i palmi delle mani  
non oltre i 30 secondi per la valutazione del tono dello sfintere  
evitare l'esplorazione rettale se non indispensabile*

# Tecnica d'esame

Divaricazione e trazione delle grandi  
labbra:

Utilizzare il pollice e l'indice

per separare  
contattamente

le labbra esternamente e  
trarle in avanti

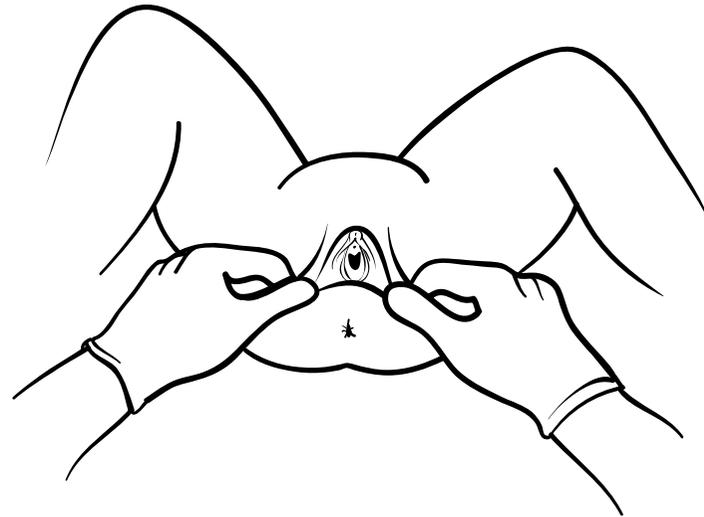
per una migliore visualizzazione della  
morfologia dell'imene (e dei suoi  
margini), dell'uretra e del vestibolo  
profondo

Utilizzare speculum, tamponi o  
cottoni solo se necessario

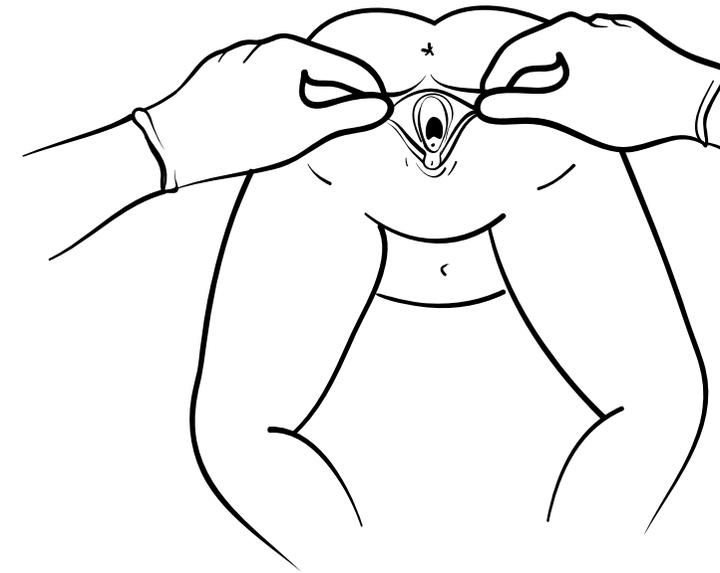
---

## Osservazione dei genitali femminili

---



**FIGURA 2A.** Posizione supina, tecnica di divaricazione e trazione.

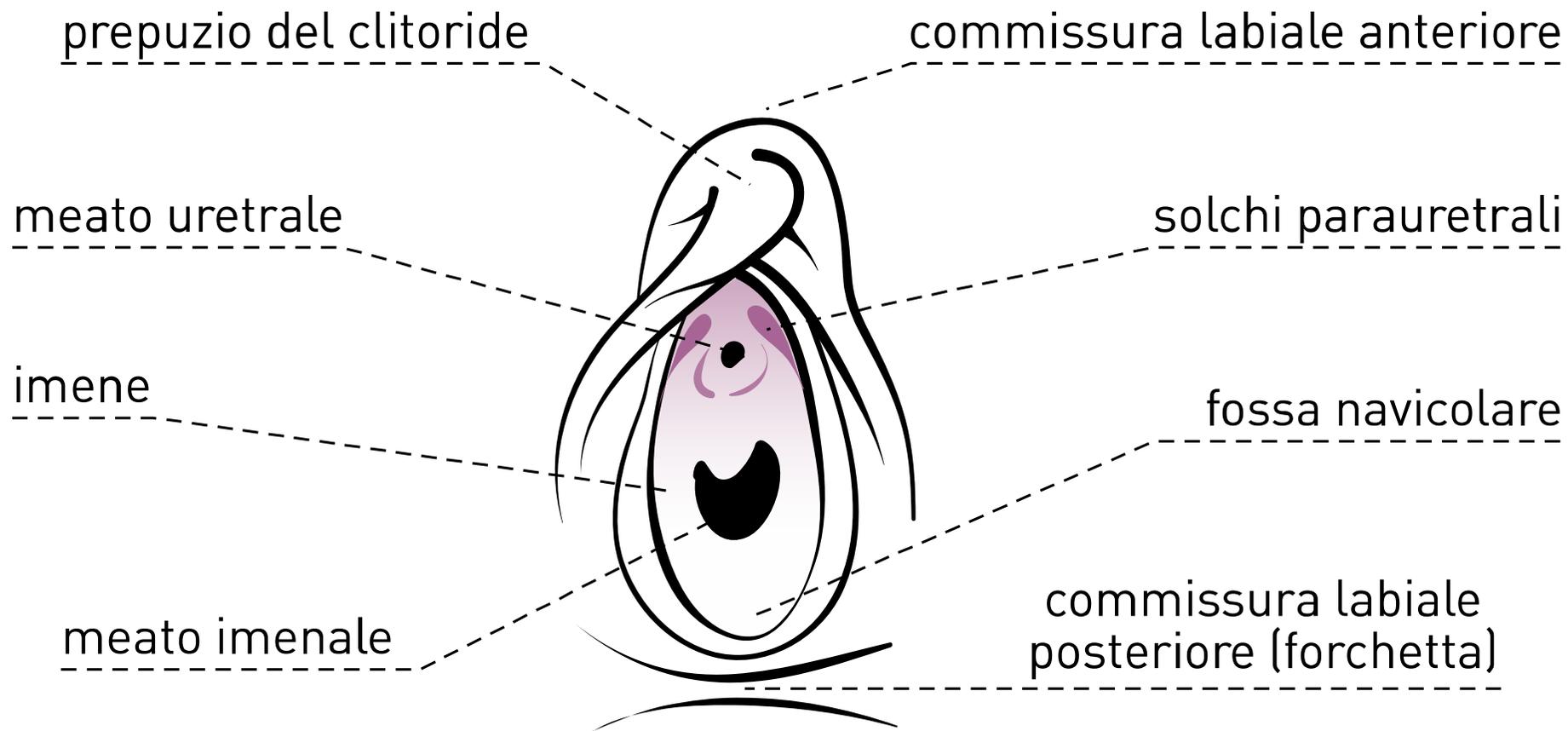


**FIGURA 2B.** Posizione genupettorale, tecnica di divaricazione e trazione.

---

# anatomia

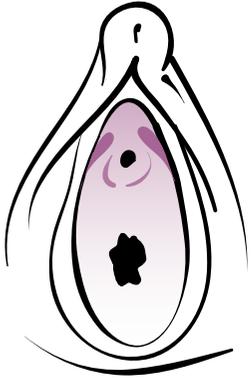
## orfologia in età prepubere



---

# Varianti anatomiche normali

---



puntiforme



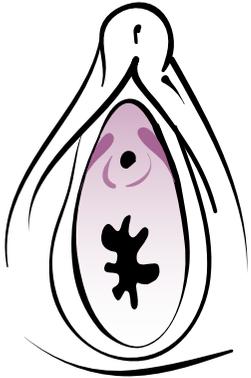
anulare



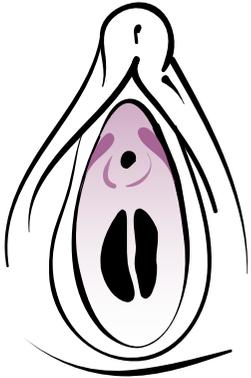
cribato



semilunare



fimbriato



settato



a tasca



a risvolto di manica

---

# la valutazione dei segni ano-Genitali

---

## 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 dei genitali esterni
- Lacerazioni imenali
- Transezioni imenali
- Cicatrici della forchetta

---

**SEGNi RILEVATI CON ANALOGA FREQUENZA**  
nella popolazione dei soggetti  
vittime di abuso sessuale e in quella  
dei soggetti non abusati

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

---

**CARENZA DI DATI**  
per stabilire se vi sia diversa frequenza  
nella popolazione dei soggetti  
vittime o no di abuso sessuale

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

# Ecchimosi

Reperto diagnostico di trauma e/o contatto sessuale.

Le ecchimosi localizzate all'imene sono indicative di trauma penetrante.

# Lacerazioni genitali

Lacerazioni/ferite imenali: parziali o complete sono indicative di trauma penetrante.

Altre lacerazioni/ferite: non sufficienti evidenze per determinare il significato.

In assenza di una convincente storia di penetrazione accidentale, un abuso sessuale deve essere fortemente sospettato.

# Lesioni genitali in via di guarigione/guarite

Segni diagnostici di trauma o contatto sessuale:  
- lacerazione transezionale imenale tra le ore 4 e le ore 8  
- perdita di tessuto estesa alla base dell'imene  
- lacrimazioni della forchetta

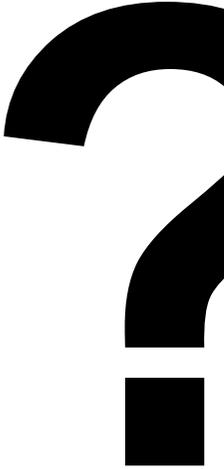
# Eritema - Edema

Se la visita medica viene effettuata tempestivamente è più probabile trovare l'eritema e l'edema.



# Incisure imenali (clefts/notches)

Incisure nell'imene che non si estendono alla sua base di impianto. Possono essere parte della morfologia imenale normale. In presenza di clefts e notches dorsali va considerata l'ipotesi di un trauma penetrativo.



# Convessità del bordo imenale (hymenal bumps/mounds)

Anche se riscontrati, non è possibile notare alcuna differenza nella loro conformazione in bambine sessualmente abusate ed in bambine non abusate.

# Fusione labiale

Adesione delle superfici mucose adiacenti delle piccole labbra.  
Comparsa dopo i 6-7 anni d'età può essere messa in relazione a stati irritativi cronici.

# Abrasioni/escoriazioni genitali

Causate da movimenti di  
sfregamento contro una superficie  
secca.  
Guarigione completamente in 2-3  
giorni nella maggior parte dei casi.

Hemangioma of labia majora, which caused  
a bruise or abrasion. (*Child Abuse: Medical  
Diagnosis & Management*, 3rd Edition: Image 10.1)

# Perdite vaginali

ascertare sempre le cause (colture)  
anche per escludere eventuali  
infezioni sessualmente trasmissibili.  
episodi ripetuti di perdite vaginali.

*Shigella* vaginitis causing bleeding. (*Child Abuse: Medical Diagnosis & Management*, 3rd Edition: Image 13.23.)

# Corpi estranei vaginali

I corpi estranei endovaginali possono dipendere da manovre di inserimento da parte di terzi o da parte della stessa bambina. Possono essere causa di perdite vaginali.

---

# Segni anali

---

**SEGNi RILEVATI CON MAGGIORE FREQUENZA**  
nella popolazione dei soggetti vittime  
di abuso sessuale rispetto  
a quella dei soggetti non abusati

---

- Cicatrici perianali ed anali
  - Ecchimosi perianali ed anali
  - Lacerazioni perianali ed 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 no di abuso sessuale

---

- Riflesso di dilatazione anale
-

# Lacerazioni - cicatrici anali



Lacerazioni/soluzioni di continuo anali: deve sempre essere considerata la possibilità di un abuso sessuale.

Cicatrici anali: dovrebbe essere considerato l'abuso sessuale, sebbene sia indispensabile escludere altre possibili cause.

Failure of midline fusion at 12 o'clock on t  
This finding appears inflamed in this  
(*Child Abuse: Medical Diagnosis & Mana*  
3rd Edition: Image 13.18.)

A horizontal bar with a textured, grey pattern is located at the bottom of the text block.

# Ecchimosi anali/perianali

Altamente suggestivo di un abuso a meno che il bambino e/o chi ne ha la cura siano in grado di dare una descrizione chiara, pertinente e plausibile di un trauma accidentale.

Se la visita medica viene effettuata tempestivamente, è più probabile trovare ecchimosi anali/perianali.



Perianal group A streptococcal dermatitis causes erythema and pain and can be confused with sexual abuse trauma. (*Medical Evaluation of Child Sexual Abuse: A Practical Guide*, 3rd edition: Image 8.7.)

# Ragadi anali

La presenza di ragadi anali necessita di essere corroborata dalla presenza di altri segni. In assenza di una rivelazione di abuso, dovrebbero essere escluse le altre possibili cause, come il passaggio di feci dure o la stipsi ricorrente, prima di considerare un abuso sessuale.

# Riflesso di dilatazione anale

RAD=apertura degli sfinteri interno ed esterno del canale anale, che compare a seguito di separazione dei glutei, in decubito laterale o genupettorale, entro 30 secondi.

Marcata, immediata dilatazione anale (diametro antero-posteriore  $\geq 2$  cm), in assenza di altri fattori predisponenti: l'abuso sessuale deve sempre essere considerato nel contesto della storia, della valutazione medica e di altri segni ano-genitali.

---

# 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
- Trichomonas vaginalis
- Treponema pallidum
- HIV

In letteratura non è l'età a cui possa essere esclusa la possibilità di trasmissione verticale dell'infezione

Una diagnosi positiva nella madre non esclude un abuso sessuale nel bambino

---

## **INFEZIONI RILEVATE CON ANALOGA 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 no di abuso sessuale

- HPV (condilomi)
  - Herpes simplex
  - Micoplasmi
  - Epatite B e C
-

**TABLE 1.** Implications of Commonly Encountered STDs for the Diagnosis and Reporting of Sexual Abuse of Infants and Prepubertal Children

STD Confirmed	Sexual Abuse	Suggested Action
Gonorrhea*	Diagnostic†	Report‡
Syphilis*	Diagnostic	Report
HIV infection§	Diagnostic	Report
<i>C trachomatis</i> infection*	Diagnostic†	Report
<i>T vaginalis</i> infection	Highly suspicious	Report
<i>C acuminata</i> infection* (anogenital warts)	Suspicious	Report
Herpes simplex (genital location)	Suspicious	Report
Bacterial vaginosis	Inconclusive	Medical follow-up

\* If not perinatally acquired and rare nonsexual vertical transmission is excluded.

† Although the culture technique is the “gold standard,” current studies are investigating the use of nucleic acid–amplification tests as an alternative diagnostic method in children.

‡ To the agency mandated in the community to receive reports of suspected sexual abuse.

§ If not acquired perinatally or by transfusion.

|| Unless there is a clear history of autoinoculation.



# Take home message:

95-98% nessun segno fisico di abuso

È impossibile escludere un abuso solo sulla base di una valutazione clinica negativa

...Va documentato sul referto



THERE IS ALWAYS HO