

CAPITOLO 3

INDICATORI E SEGNI FISICI

2.2.1 Va considerato che:

- a) 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*
- b) i segni specifici (gravidanza, presenza di spermatozoi, malattie sessualmente trasmesse) sono rarissimi*
- c) l'assenza di lesioni non può mai portare il medico a escludere l'ipotesi di abuso, in quanto numerosi atti di abuso non lasciano segni fisici*

2.2.2 Conseguentemente:

- a) la visita medica va effettuata esclusivamente da medici specificamente competenti*
- b) le lesioni vanno valutate correttamente e completamente onde evitare la ripetizione delle indagini*

1. PREMESSA

Forse più che nelle altre due aree oggetto di valutazione, le manifestazioni di disagio psicologico e le rivelazioni, si ha l'impressione, a riguardo dell'esame medico nel sospetto abuso sessuale, di *muoversi all'interno di un orizzonte ancora in florido e rapido mutamento*.

E' riconoscibile un'analogia con quanto avvenuto ad esempio nella storia dell'attenzione ai comportamenti sintomatici nelle piccole presunte vittime, in cui *a una prima fase di ricerca di segni dotati di ampia sensibilità è seguita una fase mirata alla ricerca di una più precisa specificità* degli stessi. Anche rispetto ai reperti medici, l'esercizio osservativo e la capacità di minuziosa descrizione e misurazione dell'area genitale e anale delle possibili vittime hanno portato negli ultimi 15 anni a un quadro composito di probabili "anomalie", potenzialmente collegabili a eventi traumatici lesivi di quelle aree: quadro che negli anni più recenti sta subendo una riorganizzazione e una "scrematura" proprio nella direzione dell'individuazione di un peso specifico da attribuire a ogni singolo rilievo nel ragionamento diagnostico.

Una difficoltà ulteriore, che forse ha ritardato il naturale sviluppo della ricerca nel campo dei reperti fisici, è stata costituita dalla *carenza di conoscenze anatomiche relative alla popolazione infantile normale*, la cui area perineale ovviamente non è mai stata osservata così minuziosamente nel corso degli abituali controlli pediatrici: carenza molto meno evidente a proposito, ad esempio, dello sviluppo psicologico del bambino e dell'ampia gamma delle manifestazioni comportamentali che possono costituire varianti della norma senza indurre allarme.

Da qui è nata l'esigenza di sottoporre sperimentalmente ad accurata ispezione genitale e anale consistenti numeri di bambini per cui non è ipotizzato abuso sessuale nè patologia di quegli organi, nell'intento di acquisire gli indispensabili dati normativi con cui controllare i rilievi evidenziati nella popolazione sospetta.

Pur nella rapida evoluzione della conoscenze, *una convinzione continua a confermarsi tra gli esperti nel campo: e cioè che nessuna visita medica può escludere l'esistenza di atti di abuso* che, come è noto, possono interessare aree diverse da quella perineale e, anche in quella sede, possono non lasciare traccia riconoscibile, specie a distanza di tempo. Ricordiamo l'affermazione lapidaria di Lamb (1994) circa il fatto che "skilfull perpetrators" (perpetratori abili) possono compiere penetrazioni complete in bambine prepuberi senza lasciare lesioni riconoscibili. Ma ancora oggi, bene esprime tale concetto anche Adams (2001) quando asserisce che, per quanto i criteri di rilevazione e diagnosi nell'abuso sessuale in campo medico siano in continua crescita, tuttavia frasi come: "Rilievi normali o non specifici sono da attendersi in un bambino che descrive questo tipo di molestia" o "Un esame normale nè esclude nè supporta una dichiarazione di abuso" andrebbero sempre incluse nei referti medici inviati all'Autorità giudiziaria e ai Servizi di protezione dell'infanzia.

Ma un secondo aspetto ultimamente ha assunto importanza nel campo della valutazione medica, e cioè la domanda e il *dibattito intorno al bilancio costi-benefici* della stessa valutazione.

Tale aspetto, come è facile intuire, non può essere indipendente dal primo: infatti non può essere evitato il pensiero che, allo stato attuale delle conoscenze, potrebbe accadere di sottoporre un bambino a una osservazione di parti intime del suo corpo, con gli ovvi "effetti-alone" psicologici, senza sapere ancora se tale intervento avrà efficacia diagnostica adeguata.

Per addentrarsi in quest'ultimo problema, è necessario innanzitutto mettere a fuoco gli *obiettivi* e i *significati* dell'esame medico nelle situazioni di sospetto abuso. Gli autori concordano generalmente intorno a una pluralità di scopi.

In primo piano sta, come è ovvio, la funzione clinica di tale esame. Hobbs et al. et al. (1999), per citare solo la letteratura più recente, sintetizzano quello che appare come pensiero consolidato espresso da molti altri autori. L'utilità dell'esame medico è indiscussa per il *riconoscimento di eventuali condizioni morbose* correlate agli atti di vittimizzazione, per diagnosticarne l'origine traumatica e per predisporre un programma di trattamenti e di controlli a distanza finalizzati ad avviare e monitorare il processo di guarigione. E' inoltre importante per *dare rassicurazione psicologica* al bambino, e agli adulti che se ne prendono cura, circa lo stato del suo corpo, che egli

potrebbe sentire eccessivamente come un "bene danneggiato". In ordine a ciò, aggiunge Chadwick (1998), esiste una consolidata opinione tra i medici circa l'effetto benefico a distanza di tali assicurazioni, che vanno dal precisare i contorni, spesso minimi, del danno fisico subito dal bambino, al fare prognosi di pronta e completa guarigione delle lesioni, qualora presenti; adottare tale pratica, secondo i clinici, avrebbe il potere di interrompere, o almeno attenuare, la catena di malesseri e somatizzazioni che spesso costituiscono nel tempo fastidiose sequele dell'esperienza di abuso, come anche rilevato da Berkowitz (1998).

Esiste però anche una *funzione legale* dell'esame medico, come mezzo per procurare evidenze che possano sia orientare i provvedimenti di protezione della piccola vittima, sia facilitare l'individuazione e la condanna del vittimizatore (De Jong, 1998). Se gli aspetti clinici dell'esame medico non pongono alcun particolare dilemma al professionista, il problema nasce invece se si considera che *molto spesso la consultazione dello specialista non avviene in un contesto per l'appunto di tipo clinico*, ma a seguito della necessità di corroborare attraverso il rilievo di dati fisici l'ipotesi, comunque sollevata precedentemente (rivelazioni, comportamenti o sintomi), di un avvenuto trauma sessuale. Si verifica cioè la situazione in cui il rapporto medico-paziente (e possiamo includere sotto quest'ultima definizione anche l'adulto che si cura del bambino) non è determinato primariamente dalla ricerca di cure, ma dalla ricerca di elementi puramente diagnostici o addirittura con valenza di prova legale; per lo stesso motivo l'esame medico è richiesto non tanto dalla vittima o da chi può interpretarne i bisogni, ma da terzi istituzionali interessati alla validazione del sospetto abuso. Bowen e Aldous (1999) aggiungono che anche quando la consultazione specialistica in ordine a un possibile abuso è richiesta da medici proecocupati per segni fisici di non facile interpretazione rilevati nei loro piccoli pazienti, l'esigenza, se del caso, di attivare il circuito protettivo istituzionale è latente nella loro ricerca di una precisa diagnosi.

E' facilmente intuibile che tale contesto dell'esame può rischiare di oscurare gli aspetti clinici dello stesso; potrebbe quindi risultrarne un impatto psicologico negativo nella vittima, in quanto le procedure utilizzate (manipolazione e osservazione delle parti intime, già oggetto di violenza, prelievi a fini batteriologici, fotografie, presenza di più professionisti con funzioni e atteggiamenti diversificati) potrebbero essere percepite come anche più intrusive di quanto intrinsecamente sono, a causa del sentimento di non poterne trarre vantaggio per la propria salute, ma di dover pagare un prezzo ulteriore di esposizione personale, in aggiunta alla vittimizzazione già subita, magari proprio come sistema per mettere alla prova le proprie affermazioni in proposito.

E' corretto di conseguenza chiedersi in primo luogo *se i vantaggi ricavabili dall'esame medico siano tali da controbilanciare i rischi negativi ad esso intrinseci*, e in secondo luogo quali siano le migliori procedure per ottimizzare il suo utilizzo, sia selezionando per quanto possibile i soggetti da sottoporre a questa valutazione, sia operando con modalità tali da ridurre il più possibile gli effetti negativi.

2. TECNICHE DI VISITA

2.1 I principi condivisi

Alcuni orientamenti sembrano essersi ormai consolidati nella prassi a riguardo sia della visita genitale che anale.

Una prima considerazione concerne la competenza dell'esaminatore. Al di là delle differenze di scuola circa la necessità di una competenza di base in medicina legale o in ginecologia o, più spesso, in pediatria nella letteratura anglofona, è indubbio che le indagini più rigorose e approfondite, specie se finalizzate a studi controllati o a esigenze giudiziarie, siano effettuate da *personale specializzato*, che risulta di secondo livello rispetto al medico o pediatra di base (Berenson et al., 2000; Bowen e Aldous, 1999; Ingram et al., 2001). Adams (1999) avverte che sembra ormai giunto il tempo per una formazione standardizzata, per l'individuazione di centri specialistici di riferimento e per l'istituzione di una prassi costante di confronto tra colleghi sui casi.

E' pur vero che anche medici di prima linea possono trovarsi nella condizione di sospettare che un piccolo paziente sia vittima di abuso sessuale, sulla base di segni fisici, ma anche comportamentali. L'indicazione, a questo punto (Kini, Lazoritz, 1998), è di essere comunque attrezzati con nozioni di base tutt'altro che di prima linea: saper effettuare correttamente un'intervista al bambino, conoscere i principi base dello sviluppo anche psicologico infantile, sapersi destreggiare nell'anatomia genitale dei bambini, sapere a quale agenzia protettiva locale eventualmente rivolgersi. Inoltre il medico dovrà essere capace di distinguere i casi di cui potrà occuparsi da solo da quelli per cui gli sarà necessario un consulto con centri specialistici.

A ogni buon conto, l'American Academy of Pediatrics, potente organizzazione di categoria, ha provveduto da più di dieci anni a stilare linee-guida che possano orientare tutti i suoi iscritti (e non) circa le corrette procedure di visita e di ragionamento diagnostico nei casi di sospetto abuso sessuale (1991): linee-guida che ha sentito l'esigenza di aggiornare recentemente (1999). In esse viene delineato il ruolo del clinico proprio nell'ottenere un'anamnesi specifica, nell'effettuare l'esame fisico e i prelievi per gli esami di laboratorio, nonché nel trarre dalle precedenti operazioni indicazioni circa la necessità di una segnalazione giudiziaria. *Pare quindi di poter concludere che una certa quota di specializzazione in materia sia ritenuta indispensabile ad ogni livello di intervento, salvo il ricorso a colleghi ancora più specializzati nelle molteplici occasioni in cui si incontrano casi dubbi.*

Una seconda considerazione riguarda *l'orientamento a ottenere dal bambino, e dagli adulti che ne hanno la responsabilità, il maggior grado di consapevolezza e collaborazione.*

Ingram et al.(2001), illustrando la loro ricerca sul diametro imenale, precisano che l'uso della semplice e innocua strumentazione predisposta allo scopo non è stata utilizzata nel caso le bambine si mostrassero impaurite da essa anche dopo tutte le tranquillizzanti spiegazioni date. In ogni lavoro, nella descrizione del metodo impiegato per l'esame fisico, viene sottolineato l'ottenimento preliminare di un *consenso informato* scritto dagli accompagnatori del bambino (Ingram et al., 2001; Bowen e Aldous, 1999); Berenson et al. (2000) dichiarano di avere ottenuto anche un consenso verbale da parte delle bambine esaminate.

Un'altra osservazione riguarda la prassi ormai diffusa di non effettuare alcun esame fisico se non dopo avere raccolto *adeguati dati anamnestici*, sia sullo sviluppo generale del bambino e sulla sua storia clinica (sul versante medico e psicologico), sia sulla storia che specificamente porta il bambino alla visita e cioè ciò che ha risvegliato il sospetto di abuso. Parte di tali informazioni sono ottenute rivolgendosi ai servizi invianti, se chi opera è un centro specialistico (Ingram et al., 2001), parte dagli adulti che si prendono cura del bambino, parte direttamente da quest'ultimo. Vediamo le ragioni di questa scelta.

De Jong (1998), facendo un'ampia revisione della letteratura precedente, afferma che *la valutazione medica nei casi di sospetto abuso non è sostanzialmente diversa da ogni diagnosi medica.* Ne consegue innanzitutto che *l'anamnesi* (ossia l'accurata raccolta della storia clinica del paziente) *ne è la chiave principale*: l'autore mette in guardia rispetto al mito che l'esame obiettivo di per sè possa dirimere completamente i dubbi circa natura e origine di eventuali lesioni riscontrate. Su questo punto si allinea con forza anche Adams (1995), che cita in proposito anche l'autorevole parere espresso già nel 1991 dalla Committee on Child Abuse and Neglect della American Academy of Pediatrics, che nelle "Guidelines for the Evaluation of Sexual Abuse of Children" conclude: "La diagnosi di abuso sessuale all'infanzia è fatta sulla base della storia del bambino. Il solo esame fisico infrequentemente è diagnostico in assenza di un'anamnesi e/o di specifici esami di laboratorio" (pag.256) (trad. it. dell'autore). Quanto alle nuove linee-guida dell'American Academy of Pediatrics, riviste nel 1999, l'indicazione di effettuare un'accurata anamnesi viene pienamente confermata. Va inoltre ricordato che già nel 1990 l'American Professional Society on the Abuse of Children aveva stilato un protocollo per la raccolta di dati psicosociali nelle valutazioni di sospetto abuso sessuale: ad esso si attengono ancora alcuni dei ricercatori già più volte citati per standardizzare la raccolta anamnestica.

Eseguire un'accurata anamnesi, avverte prudentemente Myers (1998), significa incrociarsi, nell'espletamento di un compito clinico, con il diverso significato che il piano giudiziario, quasi sempre coinvolto nei casi di abuso sessuale all'infanzia per la determinazione della responsabilità del

presunto abusante, nonchè per l'adozione di provvedimenti di tutela del bambino stesso, attribuisce ad ogni conversazione con la presunta vittima che contempra anche la descrizione della violenza subita. Come acutamente nota l'autore, tutte queste occasioni, anche se nate per scopi di pura rilevazione clinica, per chi opera sul piano giudiziario assumono il valore di "interviste"; e ben si sa, aggiunge, come intorno ai supposti modi erronei di "intervistare" il bambino si concentra un punto di forza della difesa dei presunti abusanti, che pretende che le affermazioni del piccolo perdano ogni credibilità se si può introdurre il sospetto che quest'ultimo sia stato sottoposto a domande suggestive e direttive. *E' dunque necessario che i medici acquisiscano competenza su come preservare la validità dei racconti dei bambini*, andando oltre la loro specifica funzione e capacità come rilevatori di segni fisici, per non distruggere inconsapevolmente la possibilità del sistema legale di proteggere la piccola vittima. Inoltre, afferma sempre Myers (op. cit.), data la scarsità di evidenze in molti casi di abuso sessuale, la prima rivelazione fatta dal bambino a un professionista (che può essere per l'appunto un medico), costituisce spesso la prova più consistente dell'abuso. E' quindi di grande interesse imparare a conservarne la precisione e la spontaneità, nella prospettiva di riuscire a farla arrivare in giudizio come testimonianza 'de relatu' valida.

La quarta considerazione mette in luce il generale consenso circa l'effettuazione di una *visita generale*, e non solo dell'area perineale, come preliminare a quest'ultima. Molti autori, nel descrivere il loro metodo, segnalano di attenersi a tale prassi, che compare tra le indicazioni recenti dell'American Academy of Pediatrics. Il senso di tale procedura sembra essere, al di là dell'ovvia valenza di completezza nella rilevazione di eventuali lesioni o elementi patologici che possano meglio cooperare alla diagnosi, anche l'intento di non causare un impatto troppo brusco e spiacevole del bambino con lo specifico dell'esame in corso, che va a osservare proprio un'area normalmente riservata e potenzialmente già oggetto di manipolazioni e violenze. Sempre l'American Academy of Pediatrics (1999) raccomanda di ***non recare ulteriori traumi***, con la visita, ai piccoli pazienti. Hobbs et al. (1999) pure sottolineano che ***le tecniche di visita devono rispettare al massimo la dignità del bambino***. E' concordemente *escluso*, in linea con quanto sopra, *l'utilizzo di metodiche invasive* (con penetrazioni digitali o di strumenti osservativi) sia nell'esame genitale che anale: oltretutto esse non sono affatto necessarie alla rilevazione (Lamb, 1994; American Academy of Pediatrics, 1995; Adams, 1996; in: Maggioni, 1999)

Berenson et al. (2000) fanno anche di più che non causare inutili traumi: gli autori spiegano che, durante la ricerca da loro effettuata, uno specialista addestrato interagiva con ogni singola bambina durante la visita, per diminuire la tensione e l'ansietà a questa collegate, utilizzando tecniche di distrazione, come libri, musica e videocassette. Più in generale, tutti gli autori concordano sull'opportunità di fissare la visita, qualora si sia già oltre le 72 ore di distanza dall'ultimo episodio di abuso (termine utile per ricercare tracce organiche di rilievo medico-legale), in un momento in cui il bambino sia preparato e tranquillo. Se ciò non fosse ottenibile, si può seriamente considerare l'ipotesi di un esame sotto sedazione (American Academy of Pediatrics, 1999).

Parlando ora delle *attrezzature ritenute invece necessarie*, e non lesive, esse devono garantire adeguata illuminazione e ingrandimento, nonchè dispositivi per effettuare precise misurazioni, per esempio dello spessore del bordo imenale o della larghezza dell'introito vaginale, tenendo conto che si opera su organi con dimensioni molto ridotte. Anche se non considerato indispensabile all'espletamento di un buon esame, sia anale che genitale, tuttavia gli esperti convergono nel considerare ***il colposcopio*** un eccellente supporto, in quanto può garantire in un unico strumento la risposta alle esigenze di cui sopra; infatti esso permette di disporre di un'importante fonte di luce e di ingrandimento, mentre lo stesso oculare attraverso cui si osserva è graduato in modo da consentire le misurazioni necessarie.

Inoltre allo stesso strumento può essere collegata una *macchina fotografica* (APSAC, 1995) capace di garantire documentazione permanente dell'esame, possibilità di revisione differita da parte di chi l'ha materialmente eseguito, per un maggior rigore del ragionamento diagnostico, e strumento per un controllo dei rilievi tra più professionisti. Questa tecnica, introdotta circa 20 anni fa da Teixeira (1981) e raccomandata nel corso degli anni da vari autori (Jones, 1990; Brayden et al., 1991; Adams, Wells,

1993; O'Connel, 1995; Muram et al., 1996), sembra oggi essere entrata nelle procedure di tutti e di conseguenza citata come ovvia nell'illustrazione del metodo di rilevazione.

Forse di maggiore interesse possono essere le voci che mettono in luce, oltre agli indubbi vantaggi, anche *i limiti* di tale attrezzatura. In un recente lavoro, Muram et al. (1999) si sono ripromessi di valutare l'accuratezza diagnostica delle fotografie scattate attraverso colposcopio, attraverso la rilevazione dell'accordo raggiunto nell'interpretazione tra l'esaminatore diretto e un altro professionista "revisore" del materiale fotografico. Lo studio ha coinvolto 189 bambine. Benchè in generale il grado di accordo raggiunto risulti alto (tra il 93% e il 95%), portando a concludere per la positività di continuare in questa prassi, va rilevato che proprio nelle bambine con segni di abuso tale accordo si riduceva di molto, attestandosi tra il 58% e l'88%.

Più indirettamente, deduciamo dalle complicate procedure illustrate da Berenson et al. (2000), di mutua formazione e di tappe per raggiungere l'accordo tra "revisori" ed "esaminatori" sulle fotografie, che l'impresa deve essere non del tutto facile.

Adams (2001) ha riscontrato poi un problema specifico nella determinazione, attraverso le fotografie scattate attraverso colposcopio, dello spessore del bordo imenale, in quanto il punto di inserzione dello stesso nella parete vaginale è spesso impossibile da individuare attraverso le fotografie: tale rilievo lo ha indotto addirittura a togliere l'indicatore costituito dallo spessore del bordo imenale inferiore a 1 mm. dalla classificazione dei segni di abuso sessuale.

Sembra di poter dedurre che, anche se progressi tecnici sono certo ancora possibili, ***l'inequivocabilità della documentazione, auspicata soprattutto all'interno delle procedure giudiziarie, sia un traguardo non ancora raggiunto*** anche con le migliori attrezzature.

Da ultimo, trova concordi tutti gli autori l'esigenza di non trascurare i prelievi di *materiale sia per le indagini medico-legali* (qualsiasi traccia organica riconducibile all'abuso, specie nei casi acuti; per spiegazioni di dettaglio, vedi Muram, 2001) *sia per la ricerca batteriologica*, al fine di individuare eventuali malattie sessualmente trasmesse: quest'ultima indagine non dovrebbe mai essere omessa sia per evidenti ragioni di cura, sia per l'importanza diagnostica di tali rilievi (American Academy of Pediatrics, 1999).

Può essere utile fare un confronto con ***la situazione italiana*** circa gli orientamenti sopra descritti (Bellone, Bruni V., 1990; Maggioni, 1999; Giolito, 2001; Carini, 2001; De Ferrari, Perotti, 2001; Bruni M., in corso di stampa).

Su molti aspetti si registra un assoluto allineamento, come ad esempio sulle tecniche di visualizzazione e documentazione, sulla necessità di tamponi batteriologici, sull'esclusione di strumentazione invasiva, sulla necessità di una visita completa e di tempi sufficientemente distesi, sul rispetto per la dignità del bambino, sull'esigenza di ottenerne la collaborazione. Quanto a quest'ultimo punto va notato che nella realtà italiana non è altrettanto diffuso l'utilizzo di formulari preliminari per il consenso informato. Ciò è ugualmente vero per la raccolta anamnestica. In ordine a questa, la maggioranza ritiene necessario questo atto prima della visita, con l'eccezione di Maggioni (1999), orientata a una maggiore spontaneità del dialogo con la piccola paziente, specie sui temi che l'hanno portata all'esame ginecologico: tuttavia non può esserci dubbio che, qualora scelto dal bambino come confidente, il medico abbia il dovere di ascoltarlo con attenzione e delicatezza, senza forzarlo ma anche senza sottrarsi.

Un *punto di carenza* nella realtà italiana è rappresentato dalla possibilità di acquisire la necessaria competenza specialistica, raccomandata sia nella letteratura internazionale sia dagli stessi autori italiani. Bruni (in corso di stampa) e Giolito (2001) avvertono che nessuna specialità medica è oggi in grado di offrire le conoscenze di base necessarie a trattare adeguatamente casi di abuso ed è rarissima l'organizzazione dei professionisti in centri specializzati, legati o meno all'università: ***la competenza sembra quindi da raggiungere "sul campo", con ovvi limiti.***

2.2 Le tecniche specifiche

Riguardano essenzialmente le scelte della *posizione di visita* e degli *elementi da osservare*.

Nell'esame ginecologico sembra ormai indiscussa nella letteratura internazionale la necessità di osservare la bambina in ambedue le posizioni possibili, supina ginecologica e prona genu-pettorale. Nell'esame anale si ricorre al decubito laterale sinistro (Hobbs et al., 1999) ed eventualmente alla posizione supina o prona qualora l'osservazione genitale e anale debbano essere compiute contemporaneamente (Bruni, in corso di stampa)

Quanto a cosa osservare, i criteri sono in evoluzione nei dettagli in ragione della constatata significatività di ciascun elemento rilevabile., argomento che sarà affrontato nei paragrafi successivi. Resta indubbio che nella *visita anale*, dopo la rilevazione dell'eventuale *RAD* (Reflex Anal Dilatation), si procede alla descrizione di ogni irregolarità del *margin*e e delle *pliche radiate*, e di eventuali *lesioni* presenti (Bruni, in corso di stampa).

Nella *visita genitale*, oltre alla descrizione di anomalie nei *genitali esterni*, gran parte dell'osservazione si concentra sulla *membrana imenale*. Essa, come è dimostrato da più studi (Jenny et al., 1987; Kerns et al., 1992; Berenson et al., 1991) è sempre presente nella neonata. Di tale membrana, quindi, andranno notate tutte le caratteristiche e irregolarità (incisure, punte, rigonfiamenti, con precise dimensioni, forme e localizzazioni descritte con riferimento al quadrante dell'orologio: per dettagli, si veda soprattutto la minuziosa e circostanziata descrizione di Berenson et al., 2000), tenendo presente che nei soggetti perfettamente normali essa può già presentarsi come molto variabile nella sua conformazione e dimensione.

Un discorso particolare merita la prassi della *trazione* utilizzata di norma per visualizzare l'imen. Essa viene effettuata attraverso una gentile divaricazione delle grandi labbra, ad opera di un assistente alla visita, in direzione predefinita e applicando una forza costante per tutti i soggetti. Come è intuitivo, tale standard sarà ben difficilmente confrontabile, sia per la differenza di chi interviene, sia per la differenza circa lo stato di rilassamento raggiungibile da ogni singola bambina. Recentemente Ingram et al. (2001), sulla scorta di studi precedenti (Lillibridge e Kappes, 1993; Muram 1989), hanno sperimentato una particolare tecnica di trazione volta a rendere massimo il diametro dell'orifizio imenale: tale tecnica dovrebbe non soltanto consentire un'ottima visualizzazione dell'imen, ma anche attenuare le differenze nella misurazione del suddetto diametro, che era stato negli anni precedenti, come si vedrà tra poco, al centro di molte controversie come indicatore di abuso.

2.3 *Gli interventi conclusivi*

Benchè ci sia anche negli studi più recenti una accentuazione della necessità di guadagnarsi la collaborazione del bambino alla visita e da tempo in letteratura sia stata evidenziata la funzione di rassicurazione sullo stato del proprio corpo auspicabilmente svolta dalla visita medica (vedi il paragrafo iniziale di questo capitolo), ci sono ben poche descrizioni nelle pubblicazioni correnti circa le procedure con cui tale effetto viene ottenuto. Ciò è ancora più appariscente in quanto, viceversa, contrasta con l'abbondanza di dettagli riservati alle tecniche di esame e agli elementi osservati.

E' pur vero che nel recente lavoro di Berenson et al. (2000) si fa cenno al fatto che ogni bambino sottoposto a visita nel quadro della sua ricerca sperimentale, o i suoi parenti, ricevevano alla fine un "compenso" in denaro e anche un album da colorare sulla prevenzione dell'abuso sessuale: ma non pare che tali atti possano conseguire il risultato di "restituzione" di un'immagine di integrità al piccolo paziente. Almeno Maggioni (1999) descrive con un po' più di precisione le domande che si affacciano alla mente delle bambine e la cura che il medico deve mettere nel cercare di dare risposte franche sulla patologia presente e sulla sua rilevanza nell'indurre preoccupazione, ma anche circostanziatamente rassicuranti sulla prognosi di guarigione.

C'è da augurarsi che in futuro, un po' ridimensionata la preoccupazione di arrivare a definizioni diagnostiche, possa trovare maggiore spazio, anche attraverso studi sperimentali di impatto, l'attenzione al passaggio di informazioni successivo alla visita, fondamentale in ogni atto medico.

E' comunque confortante che, almeno nelle linee-guida dell'American Academy of Pediatrics (1999) sia esplicitato con forza *l'imperativo di dare cura* (che in molti altri studi sperimentali resta nell'implicito): si afferma che *tutti* i bambini abusati sessualmente dovrebbero essere valutati circa il

bisogno di terapia e fisica e psicologica. Ancora più lodevole è la sottolineatura che anche il livello di supporto fornito dai genitori deve essere valutato, tenendo conto che *anche questi ultimi hanno bisogno di trattamento* per affrontare il trauma emotivo derivante dall'aver a che fare con l'abuso del loro bambino.

3. LA RICERCA IN CORSO SUI REPERTI GINECOLOGICI E ANALI

Come si diceva nella premessa, grande è la velocità con cui si stanno evolvendo le conoscenze circa le caratteristiche anatomiche dell'area perineale nei bambini, sia nella popolazione normativa che in quella per cui si sospetta abuso. Di conseguenza sono in rapido mutamento anche le valutazioni circa la significatività dei vari indicatori nell'orientare verso l'ipotesi di eventi lesivi esterni in quelle aree.

3.1 La popolazione normativa

Si deve soprattutto al gruppo che fa capo alla Berenson la minuziosa ricerca sull'*apparenza dell'imene nelle bambine normali*. Muram (2001) fornisce un utile riassunto dei risultati di tale ricerca, nonché di altri autori che abbiano operato in parallelo nella stessa direzione. Il primo studio risale al 1991 (Berenson et al.): da esso si ricava che un significativo numero di neonate, osservate prima che lasciassero la nursery, aveva incisure, punte, rigonfiamenti e pliche. Di queste bambine, 62 furono rivalutate a 1 anno di età: attenuatosi l'effetto degli ormoni materni, presenti alla nascita, l'imene si era ridotto in circa la metà dei soggetti e assumeva prevalentemente una conformazione semilunare (vedi anche Pokorny, 1987); le punte potevano sia essersi conservate come osservate alla nascita, sia essere scomparse, sia essere apparse successivamente; altre particolarità permanevano invariate (Berenson, 1993). Questo andamento sembrava confermarsi negli anni successivi (Berenson, 1995). Su un'altra popolazione tra 1 mese e 7 anni non abusata e senza sintomi ginecologici, Berenson et al. (1992) trovarono conferme di quanto sopra, come anche McCann et al. nel 1990: ***quasi tutte le particolarità che nel tempo avevano fatto sospettare una connessione con eventi traumatici sono state ritrovate in bambine in cui tali eventi potevano essere ragionevolmente esclusi. Unica eccezione, le incisure*** che, pur presenti a volte dalla nascita, non si collocavano mai nella zona tra ore 4 e ore 8 (centrale inferiore), quella in cui si trovano di solito a seguito di traumi.

Per quanto riguarda *la zona anale*, minori sono stati gli studi sulla popolazione normativa. McCann et al. (1996: in Muram, 2001) hanno esaminato soggetti deceduti di età compresa tra la nascita e i 17 anni. Di riscontro frequente è stata la dilatazione dello sfintere anale (74%) come anche altri reperti non specifici, come congestione venosa o l'esposizione della linea pettinata. *Non sono state trovate mai fessurazioni, lacerazioni o cicatrici.*

3.2 I processi di guarigione

Se le lesioni o l'infiammazione sono limitati all'*area vulvare* la guarigione è completa e senza sequele in pochi giorni, o con esiti cicatriziali (per esempio nella forchetta posteriore) quasi inapparenti. Traumi penetrativi più gravi possono lasciare esiti che permangono fino alla pubertà, quando, sotto l'effetto dell'afflusso ormonale, le mucose imenale e vaginale si ipertrofizzano, con conseguente scomparsa dei segni precedenti (McCann et al., 1992; McCann et al., 1993: in Muram, 2001).

Studi effettuati sull'evoluzione nel tempo di *traumi acuti accidentali* mostrano innanzitutto che questi eventi raramente ledono l'imene, ma danno esiti limitati alle piccole labbra. Anche nel caso di traumi penetrativi da oggetti appuntiti, persino dopo riparazione chirurgica è difficile evidenziare, a successivi controlli, l'area dove è avvenuta la perforazione (Muram, 2001).

Per quanto riguarda *l'area anale*, talvolta trascurata nell'osservazione, gli studi sull'evoluzione nel tempo di lesioni acute hanno portato a concludere per l'alta probabilità di una completa guarigione, (Hobbs, Wynne, 1989), anche se una dilatazione dello sfintere o profonde lacerazioni prendono mesi

per riparare: queste ultime lasciano come esito sottili cicatrici che scompaiono in circa un anno (McCann, Voris, 1993, in: Muram, 2001).

Tutto converge nel far ritenere che solo i traumi più lesivi non vadano incontro a completa 'restitutio ad integrum', che è invece il destino, dopo un tempo variabile, di quasi tutte le lesioni indotte da un ipotetico trauma sessuale.

3.3 Gli indicatori di trauma sessuale

Come si può dedurre da quanto sopra, la grande variabilità anatomica riscontrabile nell'area perineale della popolazione normativa e la facilità con cui eventuali lesioni guariscono senza lasciare traccia, specie a distanza di mesi e anni dall'eventuale esperienza traumatica (e sappiamo che rivelazioni tardive sono quasi la regola nelle vere situazioni di abuso sessuale), rende certo non facile orientarsi circa i segnali che devono provocare allarme. In realtà, si verifica che segni in alcuni casi non connessi a eventi lesivi esterni possono in altri casi esserne anche gli unici segnali: pensiamo alle varie particolarità della membrana imenale, come ai sintomi più aspecifici come l'arrossamento dei genitali esterni, come anche la dilatazione riflessa del canale anale.

Arduo è quindi decidere quale peso specifico dare a rilievi che, pur minuziosi e sempre più precisi, raramente acquistano significati univoci in assenza di racconti dei bambini sulla possibile esperienza di abuso: e anche in questo caso devono essere letti con la necessaria prudenza.

Per riassumere la linea che sembrano aver assunto ultimamente gli esperti nel campo, *mentre si conserva intatta la serie degli indicatori da sempre considerati definitivi nella diagnosi di trauma, si assiste a una mobilità e a un progressivo ridimensionamento del significato degli altri indicatori.* E la ricerca pare ancora in pieno sviluppo.

E' stata una scelta degli autori riferirsi, circa la significatività dei reperti medici genitali e anali, alla recentissima classificazione di Adams (2001), che riportiamo integralmente in appendice a questo capitolo: *ben sapendo che anche questa piattaforma di consenso potrebbe in tempi non lunghi trovare modificazioni*, e di non poco conto. Tale classificazione, recependo gli studi più recenti (in particolare quello di Berenson et al. del 2000), *sceglie di sacrificare, per quanto riguarda l'esame genitale, punti che sembravano fermi fino a un paio di anni fa* (si veda per confronto, quanto riportato da Muram, 2001), come il peso della coesistenza di due o più segni aspecifici; o l'analisi del diametro dell'ostio imenale, che pure tanto aveva animato il dibattito scientifico fin dagli ultimi anni '80 e che è ancora incluso come segno "allarmante" dall'American Academy of Pediatrics del 1999 (per i dettagli, si veda Maggioni, 1999, che in una nota riassume tale dibattito); o ancora i significati dello spessore del bordo imenale, che, qualora inferiore a 1 mm, era fino a poco tempo prima considerato quasi un equivalente della deflorazione (perdita di tratti di tessuto imenale a causa di profonde lacerazioni) e delle incisure dell'area posteriore dell'imene, assenti nella popolazione normativa secondo gli studi del gruppo della Berenson nei primi anni '90 e oggi "declassate", se presenti, a meno che non interessino più del 50% del tessuto.

Anche per quanto riguarda la lesività anale, la classificazione di Adams recepisce soltanto l'essenziale di osservazioni ben più minuziose operate ad esempio da Hobbs et al. nel loro testo del 1999. Bruni (in corso di stampa) ne dà un riassunto, che non è inutile riportare proprio per rilevare l'evoluzione rapida del pensiero scientifico, elogiando il testo sia per la ricca iconografia, sia per il tentativo di porre ordine nella metodologia di visita, ma anche per la chiarificazione che viene portata sui rilievi semeiologici. In tale testo si afferma ad esempio che una singola ragade, specie se mediana, può essere causata da feci particolarmente grosse e dure, ma anche da penetrazione. In questa pubblicazione vengono analizzati sia come incidenza di presenza, sia come significato, anche la dilatazione anale riflessa (RAD), la congestione venosa, le irregolarità e le alterazioni delle pliche perianali, la brevità dell'ano, alla luce del progresso delle conoscenze: per esempio se in uno scritto di una decina di anni fa (Hobbs et al., 1988) lo stesso autore affermava che per parlare di abuso erano necessarie più di due ragadi, nel suo lavoro del 1999 prescinde completamente dal numero, specie se tale lesione è extramediana. Hobbs et al. concludono comunque che la presenza di ragadi in

bambini non abusati è rara, poiché solo in un 17-26 % di bambini con stipsi severa si trovano ragadi mentre nei suoi dati almeno il 59% dei bambini abusati presentava ragadi (1989).

Ciò nonostante, nella classificazione di Adams le ragadi, a meno che non siano particolarmente profonde, tanto da dare esiti cicatriziali, sono comprese nei segni aspecifici.

Non a caso, la classificazione di Adams è suddivisa in due parti, la prima che prudentemente seleziona i reperti fisici e la seconda, come si vedrà, che aggiunge altri elementi per una valutazione complessiva della possibilità di abuso, puntando sui racconti del bambino e su altri eventuali reperti obiettivi: ***si conferma in definitiva che il segno fisico a sè stante raramente è diagnostico, ma messo insieme a informazioni più ampie, può assumere significati più certi.***

4. POTENZIALE VALIDATIVO DELLA VISITA MEDICA

Anche partendo da un'accurata anamnesi, De Jong (1998) ricorda che l'esame medico spesso non potrà portare che a una rilevazione di reperti che possono essere giudicati compatibili con la storia raccolta, e non a una certezza assoluta sui fatti originanti il quadro clinico.

Va ancora rilevato che ***la maggioranza dei bambini vittime di abuso sessuale non ha evidenze fisiche specifiche o conclusive*** (Adams e coll., in un lavoro del 1994, attestano che tali evidenze riguardano meno del 25% dei bambini); che, anche qualora tali evidenze esistessero nell'immediatezza degli atti abusivi, le ritardate rivelazioni comportano sovente la *guarigione nel tempo*, a volte senza lasciare tracce riconoscibili; e che, in ogni caso, *la mancanza di lesioni rilevabili non può escludere* l'esistenza di una situazione traumatica sessuale, sia per le varie modalità con cui questa si manifesta (pensiamo ai rapporti oro-genitali), sia per la possibilità che anche atti da cui ci si aspettano esiti fisici genitali invece non ne lascino, a causa dell'estensibilità dei tessuti e della lenta progressione degli atti abusivi. In questo senso Adams (1995) mette in guardia rispetto ai "miti" che spesso circondano la valutazione medica, caricandola di potenzialità diagnostiche assolute, che viceversa non ha. I tre "miti" da lui individuati sono espressi dalle seguenti affermazioni: l'esame medico può determinare se un bambino è o non è stato vittima di molestie sessuali; può determinare se è avvenuta penetrazione; può dirci quando e come un bambino è stato abusato.

4.1 La diagnosi differenziale in presenza di dichiarazioni (o elementi di certezza)

A maggior conferma di quanto sopra, quando si è certi per altri dati che l'abuso è stato davvero perpetrato, solo in una parte dei casi i dati medici risultano concordanti.

Ciò risulta innanzitutto dalle ricerche su *situazioni in cui l'abusante aveva confessato*. Muram (1989) riporta una incidenza di rilievi normali nel 29% della sua casistica, in cui i perpetratori avevano ammesso per gran parte penetrazione vaginale della vittima (in sei casi, soltanto un contatto pene-vagina). De Jong e Rose (1991), su un gruppo più numeroso, riportano un'incidenza di reperti specifici solo del 23%. Adams e coll. (1994) su un gruppo di 236 casi (età media 9 anni) con abusanti confessi hanno rilevato chiare o suggestive evidenze ginecologiche nella piccola vittima nel 14% dei casi; reperti sospetti si notavano in un altro 9%. Tutte le ricerche sembrano dunque confermare che *anche aggressioni certe all'area ano-genitale possono non lasciare traccia conclusiva*.

Adams e Knudson (1996) hanno esaminato un gruppo di *ragazze grandi* (età media 13 anni) che dichiaravano di aver subito una penetrazione penile-vaginale: di esse il 32% mostrava reperti *anormali*, specie se c'era stato sanguinamento o l'esame era avvenuto entro 72 ore dal contatto; la transezione dell'imene (deflorazione) era presente solo nel 7% dei soggetti.

Bambine sicuramente prepuberi (al livello più basso di estrogeni serici), viceversa, sono l'oggetto dello studio di Berenson et al. (2000): sono state messe a confronto bambine tra 3 e 8 anni che avevano dichiarato un abuso con penetrazione vaginale con il dito o con il pene (192 soggetti) e bambine di uguale età e razza per cui era stata esclusa ogni possibile esperienza di abuso ai test preliminari di selezione della casistica (200 soggetti). All'osservazione della vulva, la secrezione vaginale sembra distinguere significativamente i due gruppi, dimostrandosi più frequente nelle bambine abusate (11%

contro il 4%), specie se l'esame è effettuato entro 7 giorni dall'episodio e se il soggetto è di razza bianca. Lacerazione ed ecchimosi vulvare sono state notate in una sola bambina abusata. Quanto ai segni imenali, pigmentazione, vascolarizzazioni, punte (tag), protuberanze (bump), incisive superficiali (notch) nonché ogni possibile conformazione non distinguono tra i due gruppi, che dimostrano queste particolarità in misura quasi pari. Un'imene settato è presente con frequenza significativamente maggiore nei soggetti abusati (4% contro l'1%); le sinechie parziali delle labbra sono significativamente più presenti nei soggetti abusati solo se di razza bianca (20% contro l'8%), ma non possono essere considerate un segno conclusivo in quanto presenti anche nella popolazione non abusata (7%). Le incisive profonde e le transezioni si ritrovano soltanto nelle bambine abusate (1%) e solo nella porzione inferiore dell'imene: tuttavia non si può confermare che tutte le incisive con quella localizzazione, anche quelle superficiali, siano connesse all'abuso, come precedenti ricerche avevano dedotto, perchè compaiono anche in 7 bambine non abusate (4%).

Le anomalie imenali e vulvari che compaiono soltanto nelle bambine abusate sono presenti in tutto nel 2,5% dei casi, e *fattori congruenti con un trauma pregresso si notano in meno del 5% dei soggetti.* Tali risultati sono ovviamente limitati dall'esclusione dell'esame anale e di malattie sessualmente trasmesse (i soggetti con colture positive sono stati esclusi dalla ricerca).

Anche se limitata alla rilevazione e misurazione di un unico indicatore possibile di abuso sessuale (*il diametro dell'ostio imenale*), è istruttiva anche la ricerca di Ingram et al. (2001). Gli autori, facendo un'ampia revisione di quanto riportato in letteratura circa la predittività di un diametro dell'apertura imenale aumentato rispetto a una supposta norma (numero di millimetri pari all'età della bambina), cominciano a discutere la paragonabilità del metodo stesso di rilevazione: il diametro dell'ostio imenale infatti varia anche di 6 mm nello stesso soggetto a seconda dello stato di rilassamento e dell'entità della trazione applicata per evidenziarlo. Per eliminare quindi possibili discrepanze di risultati dovute semplicemente ad artefatti di tecnica, l'attenzione degli autori si è concentrata su un metodo di trazione che rende massimo il diametro in questione. La ricerca ha coinvolto un vasto numero di bambine (1975) tra i 3 e i 12 anni osservate in un centro specialistico di cura dell'abuso sessuale nell'arco di dieci anni (1988 - 1998). I soggetti esaminati sono stati distribuiti in tre gruppi, di circa pari consistenza, sulla base delle loro dichiarazioni e di altri segni fisici considerati conclusivi (malattie sessualmente trasmesse, incisive della porzione inferiore dell'imene): il gruppo in cui una penetrazione vaginale era sicura o fortemente sospetta, il gruppo ad alto rischio (con dichiarazioni parziali ma altri pesanti segni fisici) e il gruppo a basso rischio. *Il diametro imenale massimo è risultato sostanzialmente invariato nei tre gruppi*, specie se analizzati per piccole fasce omogenee d'età; un aumento modesto (circa 2 mm) è stato rilevato solo in quei soggetti che già avevano altri indicatori fisici inequivocabili di abuso penetrativo, dimostrandosi così ridondante rispetto a tali indicatori.

4.2 La diagnosi differenziale in assenza di dichiarazioni

Alcuni studi sono stati effettuati su una popolazione proveniente da professionisti sanitari, che inviavano per una valutazione circa un possibile abuso sessuale bambini da loro esaminati per sintomi nell'area ano-genitale.

Una prima ricerca è dovuta a Kellogg et al. (1998) e ha coinvolto 157 bambini che manifestavano sanguinamento o ematomi anogenitali, oppure arrossamento, perdite vaginali, o altre anomalie in zona perineale. Di tale popolazione, *solo il 15% mostrava segni suggestivi o probabili o conclusivi di abuso sessuale.*

Ancora inferiore è l'incidenza di tale quota di conferme di trauma sessuale nel campione di Bowen, Aldous (1999): rivedendo più anni di attività del loro centro, gli autori hanno selezionato una casistica costituita da 393 bambini di cui 73 (18.6%) non fornivano alcuna dichiarazione di abuso sessuale, ma erano stati inviati per una valutazione a causa di sintomi fisici (57.1%), modificazioni del comportamento, con particolare riguardo a condotte sessualizzate (42%), e altri fattori di sospetto. Le dichiarazioni raccolte erano a loro volta suddivise in due categorie, di bassa o alta credibilità. Gli

autori hanno constatato che *in ogni gruppo la grande maggioranza dei soggetti aveva reperti fisici normali o non specifici (tra l'83 e il 94%)*: in particolare solo 2 bambini senza dichiarazioni mostravano dati specifici all'esame fisico (2.8%), contro il 14.4% di quelli con storia altamente credibile.

Gli autori hanno anche confrontato la loro ricerca con quella di Kellogg et al. (op. cit.), trovando un'incidenza ancora inferiore di casi con reperti fisici significativi, una volta isolata la categoria di bambini che oltre a non avere dichiarazioni di abuso non mostrava neppure modificazioni del comportamento (2 su 30, pari al 7%).

Questi dati portano gli autori a ***conclusioni critiche circa l'opportunità di sottoporre bambini che non hanno fatto dichiarazioni in merito all'abuso alla visita medica***, che, a loro avviso, non procura prove nè giova alla salute fisica del piccolo: tuttavia, qualora si verificano sintomi in area ano-genitale, sarà difficile sottrarsi al dovere di approfondire la situazione. Una strada promettente sembra quella di aumentare le conoscenze dei medici di base in materia di reperti normali, in modo da meglio direzionare gli approfondimenti specialistici.

Prove più certe di abuso sembrano continuare a pervenire dal ritrovamento di *infezioni sessualmente trasmesse*, che, stando alle indicazioni dell'American Academy of Pediatrics (1999), devono orientare a credere a un'esperienza traumatica sessuale anche in assenza di dichiarazioni e di qualsiasi altro segno di sospetto (comportamentale o fisico). Anche nei casi in cui si è aperto un dibattito circa l'effettiva congruenza dell'infezione con un abuso, come a riguardo delle infezioni da papilloma virus (HPV), una recente ricerca di Stevens-Simon et al. (2000) attesta che, per quanto non frequente e spesso non appariscente come malattia conclamata, tuttavia la presenza di DNA da HPV è stata ritrovata nella loro ricerca solo sulle bambine con abuso certo o altamente sospetto, e in nessuna del gruppo delle non abusate, confermando la specificità del reperto.

4.3 Gli esiti legali

E' lecito quindi domandarsi, a fronte di questi dati, quanto di fatto incida la valutazione medica nell'orientare il giudizio di chi deve determinare la responsabilità del presunto abusante.

Anche a questo proposito *le ricerche considerate danno risultati non univoci*. Va innanzitutto constatato che è alta la frequenza con cui i casi di abuso sono perseguiti e giungono a condanna (le percentuali di casi archiviati varia dal 9 al 20%, in vari studi menzionati nell'opera citata di De Jong; di quelli perseguiti, il 93 - 95% arrivano a condanna).

Ma qual è il ruolo della valutazione medica nei processi di decisione nell'area penale? Smith e coll. (1994) hanno intervistato 600 magistrati inquirenti: due terzi di essi affermavano che la mancanza di evidenze fisiche non induceva di per sè l'avvio all'archiviazione del caso, anche se avrebbero desiderato di potersi avvalere di professionisti più qualificati al fine di ricavare dall'esame medico maggiori elementi di prova; molti altri fattori sembrano determinare maggiormente il percorso di presa di decisione dei giudici, come l'età del bambino, la sua capacità di essere un efficace testimone, la gravità dell'abuso, la disponibilità di prove di vario tipo.

Da una ricerca di Kerns e Ritter (1992) si può ricavare il dato ulteriore che molte confessioni e condanne avvengono in assenza di reperti medici conclusivi o specifici.

Recentemente Palusci et al. (1999) hanno esaminato la casistica del loro centro, relativa a due coppie di anni di attività, comprensiva di 497 bambini, di cui solo il 17% mostravano segni fisici significativi (secondo la classificazione di Adams e Knudson del 1996). Dall'analisi effettuata circa la congruenza tra dati emersi dall'esame fisico e gli esiti giudiziari emerge un panorama molto articolato. Va innanzitutto notato che solo il 20% circa degli accusati veniva incriminato e arrestato: di questi, il 90% arrivava a condanna. Quando l'abusante veniva condannato, le vittime dimostravano segni fisici significativi in poco più di un terzo dei casi (35.8%); ma accadeva al contrario che casi simili dal punto di vista medico non ottenessero la condanna dell'accusato (12.7%). Gli autori trovano una spiegazione di ciò nel fatto che i segni fisici non indicano con certezza l'autore degli stessi, in assenza

di convincenti dichiarazioni. *Resta assodato l'ovvio: se c'è convergenza tra segni fisici e dichiarazioni e se l'età del bambino è maggiore (rendendolo migliore testimone) le condanne sono più probabili.* Tuttavia, Cross e coll. (1994) hanno rilevato che la probabilità che un caso sia perseguito penalmente è sei volte maggiore in presenza di dati positivi per lesioni fisiche. ***Si conferma in definitiva che, nonostante tutti i suoi limiti, che andranno sempre più precisamente circostanziati, la valutazione medica continua a rivestire un ruolo non secondario sul piano giudiziario penale.***

Visto quanto sopra, *è possibile porsi almeno l'obiettivo di selezionare in anticipo la casistica in cui è più probabile il ritrovamento di lesioni fisiche significative, e ridurre a questa l'esecuzione della valutazione medica a fini giudiziari?* A questa domanda, certo di grande interesse nella prospettiva dell'ottimizzazione delle risorse professionali, cerca di rispondere una recente ricerca dello stesso Kerns (1998), analizzando retrospettivamente 1456 vittime di abuso sessuale, per le quali era stata eseguita una completa visita medica, comprensiva di documentazione fotografica colposcopica dell'area anogenitale. Circa il 17% delle piccole pazienti aveva ricevuto una diagnosi di "trauma" e un altro 10% aveva reperti "suggestivi di trauma" (le lesioni considerate significative in tal senso comprendevano l'assottigliamento del bordo imenale, transezioni acute o cicatrizzate dell'imene, anomalie della forchetta posteriore). Un primo dato emerso con grande regolarità è stata la relazione lineare tra diagnosi del gruppo "trauma" e l'età delle bambine. Se ne potrebbe quindi dedurre che *la probabilità di trovare reperti conclusivi in un caso di sospetto abuso diventi maggiore quanto più grande è il soggetto esaminato* (almeno fino all'età di 8 anni, dopo di che la probabilità rimane pressochè stazionaria). Di conseguenza, sarebbe opportuno sviluppare un modello predittivo che possa risparmiare ai bambini più piccoli la valutazione medica in funzione dell'età, purchè non esistano associati fattori di rischio, ricavabili dalle verbalizzazioni dei bambini stessi. Infatti *l'altra associazione significativa rilevata è tra rilievi positivi ed elementi fattuali dell'abuso*, come il contatto vaginale con il pene fino alla penetrazione, e fattori anamnestici come dolore e sanguinamento.

Resta la ***contraddizione con le esigenze attualmente dimostrate dagli invianti giudiziari***, interessati all'accertamento penale e/o alla tutela del bambino: ***infatti, quanto più la presunta vittima è piccola, e quindi meno in grado di dare un resoconto preciso di quanto le è avvenuto, tanto più si tende a ricorrere alla visita medica per corroborare il sospetto di abuso.***

Sembra utile anche aggiungere alle considerazioni esposte da Kerns un'ulteriore preoccupazione per quanto riguarda i fattori di rischio relativi alle modalità della vittimizzazione: è infatti non infrequente (come è ampiamente documentato dal capitolo sulle rivelazioni) che *le verbalizzazioni dei bambini su quanto subito siano tutt'altro che complete in un primo tempo* e possano sottacere proprio gli avvenimenti più traumatici, perchè associati a sentimenti maggiormente negativi. Quindi *escludere dai protocolli di indagine medica bambini che sono molto giovani e non sembrano avere fattori di rischio associati, può portare alla pericolosa conseguenza di non poter acquisire in tempo utile reperti fisici, magari compromettendone definitivamente la rilevabilità.*

Tutti gli studi sopra citati concludono per la necessità di ulteriore ricerca per arrivare a determinare in modo più preciso e su campioni più estesi l'utilità validativa dell'esame medico.

5. COSTO PSICOLOGICO

Considerato il panorama articolato emerso dalle ricerche sopra esposte circa le potenzialità validate della visita medica nei casi di sospetto abuso, ancora più attenta riflessione merita il tema dell'impatto psicologico della stessa: *è infatti poco discutibile che tale procedura, di cui restano fermi gli obiettivi di tipo clinico e sfumano un po' quelli probatori, non debba avere un costo che ne ecceda i benefici.* Alcuni studi si sono dedicati a raccogliere dati oggettivi su tale costo.

Nel 1994, Lazebnik e coll. hanno esplorato come i bambini esaminati (dai 3 ai 17 anni) percepissero l'esperienza della valutazione medica. Va innanzitutto notato che essa avveniva in un contesto molto specializzato ad opera di professionisti particolarmente esperti e non gravati dal compito di acquisire evidenze da produrre in ambito legale. Tutti i bambini (e gli adulti responsabili per loro) accedevano a un'accurata preparazione, attraverso colloqui esplicativi, e potevano esplorare il locale della visita

prima della stessa; l'esame era effettuato rispettando i tempi del piccolo paziente e garantendogli la persona di supporto di sua scelta. Successivamente, bambino e genitore venivano intervistati circa i sentimenti associati alla visita, e l'esaminatore stesso quantificava il disagio eventualmente dimostrato dal piccolo, deducendolo dal suo comportamento.

Se le reazioni fortemente negative sono risultate abbastanza ridotte (il 14% ha dichiarato dolore e paura intensi durante l'esame), tuttavia sentimenti di moderato disagio erano presenti nel 50% e oltre dei piccoli pazienti, e in quantità doppia rispetto a quelli associati a una comune visita medica. Gli autori concludono per la *necessità*, visti i dati emersi, *che la valutazione per abuso avvenga in un contesto molto specializzato*, in cui il prevedibile impatto spiacevole della stessa possa essere efficacemente controllato da professionisti esperti e sensibili; tale raccomandazione è ulteriormente rafforzata dal fatto che già, nel campione considerato, molti sforzi erano stati fatti per prevenire paura e dolore e che, nonostante ciò, l'incidenza di reazioni di disagio è rimasta alta.

Britton (1998) amplia le riflessioni degli autori precedentemente citati, chiedendosi sia quali siano i fattori, oggettivamente controllati, che possono minimizzare l'impatto negativo della visita medica (l'esperienza o il genere dell'esaminatore? la familiarità del bambino col setting? il tempo che è possibile dedicare all'esame?), sia quali possano essere i fattori relativi alle precedenti esperienze dei piccoli pazienti e/o all'ambiente sociale in cui vivono che prevedibilmente aumenteranno o diminuiranno il disagio da essi sperimentato.

La ricognizione delle poco numerose ricerche sul tema mette in evidenza alcuni punti.

Secondo Berson e coll. (1993), l'esame genitale facilita il *ritorno alla mente delle pregresse esperienze di abuso*, aumentando di conseguenza il malessere connesso all'esame stesso. Un altro fattore aggravante lo stress è anche la *reazione dell'adulto* che si cura del bambino: mentre pare che dopo l'esame quest'ultimo raggiunga una certa distensione, l'adulto rimane ansioso, perchè probabilmente preoccupato di quanto l'esito potrà influenzare il processo legale, e può in questo modo condizionare negativamente il bambino (Steward e coll., 1995)

L'autrice aggiunge altre interessanti riflessioni circa *l'opportunità di ricorrere alla sedazione o a sistemi per distrarre dalla visita*, allo scopo di ridurre dolore e paura, mettendo in luce il rischio che l'esame medico in queste condizioni fallisca uno dei suoi obiettivi clinici, e cioè il ridare alla piccola vittima la padronanza del proprio corpo; si domanda anche quanto la *percezione del bambino della finalità della valutazione medica* possa influenzare la sua risposta emotiva, soprattutto se pensasse che l'esame è fatto per verificare la sua credibilità.

Ne conseguono numerose suggestioni per un'ulteriore ricerca, che porti maggiori dati sullo stato psicologico del bambino preesistente alla visita e sulla modificazione dello stesso dopo.

La stessa autrice figura nello staff che ha messo a punto, nello stesso anno (Gully e coll., 1998), una nuova misurazione del disagio sperimentato durante la valutazione medica. Partendo dalla Observation Scale of Behavioral distress (OSBD) descritta da Elliott e coll. (1987) e rielaborandola, gli autori arrivano alla *Genital Examination Distress Scale (GEDS)*, che hanno sperimentato su 512 bambini e bambine visitati, di età compresa tra 1 e 17 anni. Anche in questa ricerca, l'esame è stato effettuato in un contesto adatto a minimizzare il malessere, a causa della sensibilità ed esperienza dei professionisti e della preparazione fornita ai soggetti valutati. I risultati confermano un maggiore disagio espresso dai piccoli pazienti (attraverso il comportamento per i più piccoli, attraverso la verbalizzazione per i più grandi) nella parte di esame anogenitale, rispetto alla fase di valutazione generale. *Il dato nuovo e interessante concerne l'associazione di maggior malessere con reperti più suggestivi di trauma, che sembra avvalorare l'ipotesi che fattori preesistenti all'esame possano consistentemente influenzarne l'impatto psicologico.*

Gli autori, a partire da quest'ultima considerazione, immaginano che la GEDS possa essere anche utilizzata dai medici come semplice strumento di rilevazione comportamentale che possa confortare in sede giudiziaria, in aggiunta ai dati fisici, la loro testimonianza in favore della probabilità di effettivo trauma. Ulteriori conferme della validità di questo strumento sono ovviamente desiderabili.

6. CONCLUSIONI

Le considerazioni sopra esposte mettono in luce come il progresso delle conoscenze, che possiamo ritenere ora abbastanza ampie anche se ancora in fase di rapida evoluzione, riguardo i riscontri obiettivi dell'esame medico e il significato degli stessi, apra ultimamente la porta a bilanci circa l'utilità di tale atto e circa il rapporto costi/benefici della sua esecuzione.

*C'è accordo tra gli studiosi quanto all'opportunità, o addirittura indispensabilità, dell'esame medico per assolvere **compiti clinici di diagnosi e cura**.* Ricordiamo ancora una volta la raccomandazione dell'American Academy of Pediatrics (1999) circa la necessità di una completa valutazione medica (e psicologica) mirata a determinare l'opportunità di cure per *tutti* i bambini abusati o sospetti tali.

Le opinioni sono più controverse e problematiche sull'opportunità di tale esame *se unicamente deputato a rispondere a esigenze forensi*, nell'accertamento di un presunto abuso sessuale.

Benchè, relativamente a questa seconda funzione, si riscontri la tendenza da parte delle istituzioni giudiziarie a non rinunciare a tale possibile fonte di dati, richiedendo anzi sempre maggiore perizia specialistica, va sottolineato che *privare l'esame medico dell'altra, e principale, sua valenza, quella clinica, si configura come un'operazione fortemente inopportuna e ad alto rischio*. Tale circostanza potrebbe ad esempio configurarsi qualora l'interesse della piccola presunta vittima a un intervento che la renda pienamente consapevole delle modalità, degli esiti e delle conseguenti iniziative di cura da assumere confliggesse con l'interesse giudiziario a mantenere segreti i rilievi diagnostici e/o ad adottare metodi d'indagine (per esempio la contemporanea presenza di più medici) difficilmente giustificabili sul piano clinico e poco comprensibili per il bambino in una dimensione di attenzione al suo benessere.

La materia ha certamente bisogno di ulteriori approfondimenti affinché si giunga a una conciliazione accettabile tra esigenze cliniche ed esigenze giudiziarie.

APPENDICE

Sistema di classificazione di Adams (2001) per valutare l'informazione fisica, di laboratorio e storica in un sospetto abuso sessuale infantile

Parte I: Reperti ano-genitali all'esame fisico

Categoria 1a: Normale (ritrovata nel neonato)

- *strie periuretrali (o vestibolari)
- *plica o colonna intravaginale longitudinale
- *punta imenale
- *protuberanza imenale
- *linea vestibularis
- *incisura imenale nella metà superiore del bordo (sopra la linea tra le 3 e le 9) a paziente supina
- *plica imenale esterna

Categoria 1b: Varianti della norma

- *imene settato
- *mancata fusione della linea mediana (scanalatura perineale)
- *scanalatura nella fossa in femmina pubere
- *diastasis ani
- *punta cutanea perianale
- *aumentata pigmentazione perianale
- *congestione venosa nell'area perianale

Categoria 1c: Altre condizioni

- *emangioma delle labbra, dell'imene o dell'area periimenale (può simulare un livido o un'emorragia sottomucosa)
- *lichen sclerosus et atrophicus (può dare friabilità e sanguinamento)
- *morbo di Bechet (causa ulcere genitali e orali, simula lesioni da Herpes simplex)
- *cellulite streptococcica del tessuto perianale (eritema, infiammazione)
- *molluscum contagiosum (lesioni simili a verruche)
- *verruca vulgaris
- *vaginite da streptococco o da batteri intestinali
- *prolasso uretrale (causa sanguinamento, sembra da trauma)
- *corpo estraneo in vagina (può causare secrezione ematica)

Categoria 2: Reperti non specifici (possono essere l'esito di abuso sessuale, a seconda del momento dell'esame rispetto all'abuso, ma possono derivare da altre cause)

- *eritema di vestibolo, pene, scroto, tessuto perianale (può derivare da sostanze irritanti, infezione o trauma)
- *aumentata vascolarizzazione (dilatazione dei vasi esistenti) del vestibolo (può essere da irritanti locali)
- *adesione delle labbra (può derivare da irritazione o strofinamento)
- *secrezione vaginale (molte cause, incluse malattie sessualmente trasmesse)
- *lesioni vescicolari nell'area genitale o anale (vanno fatte colture per Herpes 1 e 2 e il test per la sifilide)
- *lesioni tipo verruche in area genitale o anale (può occorrere biopsia per confermare la diagnosi)
- *friabilità della forchetta posteriore o della commissura (può derivare da irritazione, infezione o trazione sulle grandi labbra nell'esame)
- *imene ispessito (può derivare dall'effetto degli estrogeni, o da un ripiegamento dell'imene, o da gonfiore da infezione o da trauma)
- *ragadi anali (di solito dovute a stitichezza o da irritazione perianale)
- *pliche anali appiattite (può derivare da rilassamento dello sfintere anale esterno)
- *dilatazione anale di qualsiasi dimensione, se sono presenti feci nell'ampolla rettale o se avviene dopo che il bambino è stato nella posizione genupettorale per 30" o più (riflesso normale)
- *sanguinamento vaginale (può derivare da altre localizzazioni, come l'uretra, o derivare da infezioni o corpi estranei vaginali o da trauma accidentale o da abuso)
- *incisura nella porzione inferiore dell'imene, che non si estenda oltre il 50% dello spessore del bordo imenale (rilevato in egual numero di bambine abusate e non tra 3 e 8 anni, Berenson, 2000)

Categoria 3: Allarme per abuso o trauma (reperti rilevati in bambini con abuso documentato e che possono essere sospetti per abuso ma per cui esistono insufficienti dati a indicare che l'abuso può esserne la sola causa; la storia è cruciale nel determinarne il significato complessivo)

- *marcata immediata dilatazione dell'ano, senza feci visibili o palpabili nell'ampolla rettale, in bambino esaminato in posizione genupettorale, senza storia di encopresi, di stitichezza cronica, di deficit neurologici o sedazione
- *incisura imenale estesa a oltre il 50% dello spessore del bordo nella porzione inferiore (spesso artefatto della tecnica d'esame, ma se persistente in tutte le posizioni può derivare da previa forza contundente o da traumi penetrativi)
- *abrasioni acute, lacerazioni o contusioni delle labbra, del tessuto periimenale, del pene, dello scroto o del perineo (può derivare da trauma accidentale o essere inflitto come punizione fisica)
- *segni di morsi o di suzione sui genitali o sull'interno delle cosce
- *cicatrice o lacerazione fresca della forchetta posteriore, imene non coinvolto (può derivare da trauma accidentale)
- *cicatrice perianale (raramente può derivare da ragadi o lesioni da morbo di Crohn o da precedenti procedure mediche)

Categoria 4: chiara evidenza di una forza contundente o di un trauma penetrativo (dati che non possono avere altra spiegazione che un trauma all'imene o ai tessuti perianali)

- *lacerazione dell'imene, acuta
- *ecchimosi (contusione) dell'imene
- *lacerazioni perianali che si estendono in profondità verso lo sfintere anale esterno
- *transezione imenale (guarita): un'area dove l'imene è stato lacerato fino alla base, così che non ci sia tessuto imenale rimanente tra la parete vaginale e la fossa o la parete vestibolare. Questo dato è riferito anche come "deflorazione completa" nelle femmine adolescenti e adulte sessualmente attive
- *assenza del tessuto imenale: ampie aree nella metà inferiore del bordo imenale di assenza del tessuto imenale, estesa fino alla base dell'imene, confermato in posizione genu-pettorale

Parte 2: Complessiva valutazione della probabilità dell'abuso

Classe 1: Nessuna indicazione di abuso

- *esame normale, nessuna storia, nessuna modificazione comportamentale, nessun testimone
- *dati non specifici con altra spiegazione nota o probabile e nessuna storia di abuso o modificazioni comportamentali
- *bambino considerato a rischio per abuso sessuale, ma non fa dichiarazioni e ha modificazioni comportamentali aspecifiche
- *dati fisici di danno congruenti con una storia di trauma accidentale che è chiara e credibile

Classe 2: Abuso possibile

- *dati della categoria 1 o 2 in combinazione con significative modificazioni del comportamento, specie comportamenti sessualizzati, ma il bambino non riesce a riferire una storia di abuso
- *lesioni anogenitali da Herpes di tipo 1, in assenza di storia di abuso e con un esame altrimenti normale
- *condiloma acuminato, con esame altrimenti normale; nessun'altra malattia sessualmente trasmessa presente, e il bambino non riferisce storia di abuso (il condiloma in un bambino maggiore di 3 - 5 anni è più probabilmente di origine sessuale, e un'ampia indagine deve essere fatta)
- *il bambino ha fatto dichiarazioni, ma non sufficientemente dettagliate, dato il livello di sviluppo del bambino, non consistenti o ottenute con domande guidanti circa dati fisici senza svelamento di abuso

Classe 3: Abuso probabile

- *il bambino ha dato una descrizione spontanea, chiara, consistente e dettagliata di essere stato molestato, con o senza reperti fisici anormali o positivi all'esame
- *coltura positiva (non test antigenico rapido) per *Clamydia trachomatis* dall'area genitale in bambina prepubere, o dalla cervice in femmina adolescente (assumendo che la trasmissione perinatale sia stata esclusa)
- *coltura positiva per Herpes simplex tipo 2 da lesioni genitali o anali
- *infezione da *Trichomonas*, diagnosticata da striscio a fresco o coltura da tampone vaginale, se la trasmissione perinatale è esclusa

Classe 4: Evidenza definitiva di abuso o di contatto sessuale

- *dati fisici di categoria 4 senza storia di trauma
- *ritrovamento di sperma o liquido seminale nel o sul corpo del bambino
- *gravidanza
- *coltura positiva, confermata, per *Naisseria gonorrhoeae* di origine vaginale, uretrale o faringea
- *evidenza di sifilide acquisita dopo il parto (e non perinatale)
- *casi dove fotografie o videocassette mostrano che il bambino viene abusato
- *infezione da HIV, senza possibilità di trasmissione perinatale o tramite sangue o aghi contaminati

BIBLIOGRAFIA 1

- Adams J. A. (1995) The role of the medical evaluation in suspected child sexual abuse. In: Ney T., *True and false allegations of child sexual abuse: assessment and case management*, Brunner/Mazel, New York.
- Adams J. A., Harper K., Knudson S., Revilla J. (1994) Examination findings in legally confirmed child sexual abuse: it's normal to be normal, *Pediatrics*, 94, 310-317.
- Berkowitz C.D. (1998) Medical consequences of child sexual abuse, *Child Abuse and Neglect*, 22 (6), 541-550.
- Berson N., Herman-Giddens M., Frothingham T. (1993) Children's perceptions of genital examinations during sexual abuse evaluations, *Child Welfare*, 122, 41-49.
- Britton H. (1998) Emotional impact of the medical examination for child sexual abuse, *Child Abuse and Neglect*, 22 (6), 573-579.
- Chadwick D.L. (1998) Medical consequences of child sexual abuse: commentary, *Child Abuse and Neglect*, 22 (6), 551-552.
- Cross T. P., De Vos E., Whitcomb D. (1994) Prosecution of child sexual abuse: which cases are accepted?, *Child Abuse and Neglect*, 18, 663-677.
- De Jong A. R. (1998) Impact of child sexual abuse medical examinations on the dependency and criminal systems, *Child Abuse and Neglect*, 22 (6), 645-652.
- De Jong A. R., Rose M. (1991) Legal proof of child sexual abuse in the absence of physical evidence, *Pediatrics*, 88,506-511.
- Elliot C. H., Jay S. M., Woody P. (1987) An observation scale for measuring children's distress during medical procedures, *Journal of Pediatric Psychology*, 12, 543-551.
- Gully K. J., Britton H., Hansen K., Goodwill K., Nope J. L. (1999) A new measure for distress during child sexual abuse examinations: the genital examination distress scale, *Child Abuse and Neglect*, 23 (1), 61-70.
- Hobbs et al. C.J., Hanks H.G.I., Wynne J.M. (1999) *Child abuse and neglect: a clinician's handbook*, Churchill Livingstone, London.
- Kerns D. L. (1998) Triage and referrals for child sexual abuse medical examinations: which children are likely to have positive medical findings?, *Child Abuse and Neglect*, 22 (6), 515-518.
- Kerns D. L., Ritter M. L. (1992) Medical findings in child sexual abuse cases with perpetrator confessions, *American Journal of Diseases of Children*, 146, 494.
- Lazebnik R., Zimet G. D., Eber J., Anglin T. M., Williams P., Bunch D. L., Krowchuk D. (1994) How children perceive the medical evaluation for suspected sexual abuse, *Child Abuse and Neglect*, 18, 739-745.
- Muram D. (1989) Child sexual abuse: relationship between sexual acts and genital findings, *Child Abuse and Neglect*, 13, 211-216.
- Myers J. E. B. (1998) Forensic impact of the child sexual abuse medical examination, *Child Abuse and Neglect*, 22 (6), 653-656.
- Smith B. E., Goretsky-Elstein S., Trost T., Bulkley J. (1994) *The prosecution of child sexual abuse cases* (final report of a grant from the National Center on Child Abuse and Neglect), Washington, DC: American Bar Association.
- Steward M. S., Schimtz M., Steward D. S., Joye N. R., Reinhart M. (1995) Children's anticipation of and response to colposcopic examination, *Child Abuse and Neglect*, 19, 997-1005:

BIBLIOGRAFIA 3

- Adams, JA, Harper, KE, Knudson, S (1992). A Proposed System for the Classification of Anogenital Findings in Children with Suspected Sexual Abuse., *Adolescent Pediatric Gynecology*, 5, 73-75.

- Adams JA (1996). Medical evaluation of suspected child abuse, in: Pokorny S.F., *Pediatric and adolescent gynaecology*. Chapman and Hall Ed, London.
- Agnarsson U, Warde C, McCarthy G, Evans N (1990). Perineal appearances associated with constipation, *Archives of Disease in Childhood*, 65(11), 1231-4.
- Bruni M (2000). Lesività anale nell'abuso sessuale cronico sui minori (dati preliminari). In pubbl. su Minerva Medicolegale.
- Cazzaniga A – Cattabeni CM– Luvoni R (1999). *Compendio di Medicina Legale e delle Assicurazioni, editore'?*
- Gentilomo A (1997). Consulenze e consulenti- Un discorso sul metodo. In: De Cataldo Neuburger L, *Abuso sessuale di minore e processo penale: ruoli e responsabilità*, CEDAM Ed., 347-357.
- Gerin C, Antoniotti F, Merli S (1997) *Medicina legale e delle assicurazioni*, SEU – Roma.
- Hobbs et al., CJ, Wynne, JM (1988). Sexual Abuse of English Boys and Girls : the Importance of Anal Examination, *Child Abuse & Neglect*, 13, 195-210.
- Hobbs et al. CJ, Hanks HGJ, Wynne JM (1999) *A clinicians's handbook. Child Abuse & Neglect*, Churchill Livingstone Ed.
- Hunter RS, Kilstrom N, Loda F (1997) Sexually abused children: identifying masked presentations in a medical setting, *Child Abuse & Neglect*, (?), 17-25.
- Knight B (1991) *Simpson's Forensic Medicine*, E. Arnold Ed.
- Lamb, EM (1994) The investigation of child sexual abuse: an interdisciplinary consensus statement, *Child Abuse & Neglect*, 18(12), 1021-1028.
- Macchiarelli L, Feola T (1995) *Medicina Legale*, Minerva Medica Ed. Torino.
- Maschka G (1891) *Trattato di Medicina Legale*, Jovine & C. Ed., Napoli.
- McCann J, Voris J, Simon M, Wells R (1989) Perianal Findings in Prepubertal Children Selected for Nonabuse : A Descriptive Study, *Child Abuse & Neglect*, 13, 179-193.
- McCann J (1998). The appearance of acute, healing and healed anogenital trauma, *Child Abuse & Neglect*, 22(6), 605-615.
- Muram D (1998). The appearance of acute, healing and healed anogenital injuries: response, *Child Abuse & Neglect*, 22(6), 617-619.
- Muram D (1989) Child sexual abuse: relationship between sexual acts and genital findings, *Child Abuse & Neglect*, 13:211-216.
- Paul DM (1990). The pitfalls which may be encountered during an examination for signs of sexual abuse, *Medical Science and Law*, 30(1), 3-11.