

INDICE

1. INTRODUZIONE	pag. 1
1.1 Classificazione delle forme di maltrattamento e abuso	pag. 3
1.1.1 Maltrattamento fisico	pag. 4
1.1.2 Maltrattamento psicologico	pag. 5
1.1.3 Violenza assistita	pag. 6
1.1.4 Abuso sessuale	pag. 6
1.1.5 Abuso on line	pag. 7
1.1.6 Patologia delle cure	pag. 8
1.1.7 Bullismo e cyber bullismo	pag. 8
1.2 Dati epidemiologici	pag. 9
2. OBIETTIVI	pag. 13
3. MATERIALI E METODI	pag. 14
4. RISULTATI	pag. 15
4.1 Scale di valutazione	pag. 21
4.2 Presa in carico del minore vittima di abuso	pag. 26
4.3 Codice Rosa	pag. 27
5. DISCUSSIONE E CONCLUSIONI	pag. 29
6. BIBLIOGRAFIA	pag. 31

1. INTRODUZIONE

“Ogni bambino ha diritto alla salute e ad una vita priva di violenza. Ogni anno, però, milioni di minori nel mondo sono vittime e testimoni di violenza fisica, sessuale ed emotiva. Il maltrattamento sui minori è un problema internazionale ingente con un impatto notevole sulla salute fisica e mentale delle vittime, sul loro benessere e sviluppo e per estensione sulla società in generale” (Organizzazione Mondiale della Sanità [OMS], 2006).

Come sancito dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) nel 2002, per maltrattamenti infantili si intendono gli abusi e l'incuria che colpiscono i bambini al di sotto dei 18 anni di età. Possono concretizzarsi in una condotta attiva o in una condotta omissiva e includono ogni genere di maltrattamento fisico, psicologico e/o emotivo, abuso sessuale, abbandono, incuria o trattamento negligente e sfruttamento a fini commerciali o di altra natura, che abbia come conseguenza un danno reale o potenziale per la salute, la sopravvivenza, lo sviluppo o la dignità del bambino nel contesto di un rapporto di responsabilità, fiducia o potere. Anche la violenza assistita è inclusa tra le forme di maltrattamento infantile (Gonzalez et al., 2023).

I maltrattamenti subiti in età infantile possono ripercuotersi in gravi conseguenze lungo il corso della vita, provocando deterioramenti fisici e psicologici (Suniega et al., 2022).

La conseguenza più grave è la mortalità infantile, con una stima di 155.000 decessi all'anno a livello globale. Altri effetti includono: lesioni fisiche; ritardo di crescita; sviluppo sociale, emotivo e comportamentale compromesso; ridotta capacità di lettura e di ragionamento visuo-percettivo; deficit a lungo termine nel rendimento scolastico; depressione; ansia; disturbo da stress post-traumatico; bassa autostima; uso di alcol e droghe; aggressività; delinquenza; effetti negativi sull'occupazione e sullo stato economico. Ad eccezione dell'abuso sessuale, i bambini più piccoli (di età pari o inferiore a un anno) sono i più vulnerabili nell'essere abusati e trascurati. La maggior parte degli episodi avviene in privato e non diventa nota alle autorità governative e ai servizi sociali (Walsh et al., 2022).

L'infanzia rappresenta un periodo fondamentale per lo sviluppo del corpo, della mente e delle capacità relazionali. Essere maltrattati e subire quelle che in letteratura sono state definite “Adverse Childhood Experiences- ACEs” (tradotto in italiano con Esperienze

Sfavorevoli Infantili - ESI), ossia esperienze avverse dell'infanzia, in questo periodo, può esitare nell'accumulo del cosiddetto "stress tossico" che può provocare danni allo sviluppo psicofisico e comportamentale. È stata riscontrata una forte correlazione tra l'entità dell'esposizione ad abusi e maltrattamenti durante l'infanzia e la sussistenza di molteplici fattori di rischio per alcune delle principali cause di morte negli adulti: cardiopatia ischemica, cancro, malattie polmonari croniche e malattie epatiche. I meccanismi di collegamento fra le esperienze infantili negative ed i comportamenti rischiosi per la salute in età adulta, sembrano concentrarsi su comportamenti come fumo, abuso di alcol o droghe, eccesso di cibo o comportamenti sessuali che possono essere utilizzati consapevolmente o inconsapevolmente perché portano un beneficio fisico o psicologico immediato, come dispositivi di difesa di fronte allo stress provocato da abusi e maltrattamenti. Alti livelli di esposizione a esperienze infantili negative producono prevedibilmente ansia, rabbia e depressione nei bambini; nella misura in cui comportamenti come fumo, alcol o uso di droghe si rivelano efficaci come dispositivi di difesa, tenderebbero a essere utilizzati cronicamente (Felitti et al., 2019).

Il danno cagionato è tanto maggiore quanto più:

1. il maltrattamento resta sommerso e non viene individuato;
2. il maltrattamento è ripetuto nel tempo ed effettuato con violenza e coercizione;
3. la risposta di protezione alla vittima nel suo contesto familiare o sociale ritarda;
4. il vissuto traumatico resta non espresso o non elaborato;
5. la dipendenza fisica e/o psicologica e/o sessuale tra la vittima e il soggetto maltrattante è forte;
6. il legame tra la vittima e il soggetto maltrattante è di tipo familiare;
7. lo stadio di sviluppo ed i fattori di rischio presenti nella vittima favoriscono una evoluzione negativa (Società Italiana di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza, 2007).

Il maltrattamento sui minori comporta inoltre un importante impatto economico. A livello nazionale, secondo uno studio del 2016 condotto dall'Università Bocconi, su commissione della Fondazione Terre des Hommes e Cismai (Coordinamento Italiano dei Servizi contro il Maltrattamento e l'Abuso all'Infanzia), circa 13 miliardi di euro, pari allo 0,84% del PIL nazionale, vengono spesi dalla collettività in un anno a causa della violenza e degli abusi contro l'infanzia.

Gli autori del maltrattamento a danno del bambino possono essere:

- genitori ed altri membri della famiglia;
- altre persone che si prendono cura del bambino;
- amici;
- conoscenti;
- estranei;
- altre persone con una posizione di autorità, come insegnanti, poliziotti, soldati e ecclesiastici;
- operatori dei servizi sociosanitari;
- altri minori (OMS, 2006).

I risultati prodotti dalla ricerca italiana di Terre des Hommes e CISMAI su dati del 2018, evidenziano come nella stragrande maggioranza dei casi, il 91,4%, gli autori di maltrattamento siano i familiari (Martinelli et al., 2021).

1.1 Classificazione delle forme di maltrattamento e abuso

Le differenti tipologie di maltrattamento raramente si manifestano singolarmente: molto spesso si combinano tra di loro, generando esperienze multiple e complesse di maltrattamento.

Il maltrattamento può esprimersi in:

1. Maltrattamento fisico.
2. Maltrattamento psicologico.
3. Violenza assistita.
4. Abuso sessuale.
5. Sfruttamento sessuale.
6. Abuso on line.
7. Patologie delle cure (incuria/trascuratezza grave, discuria, ipercura).
8. Bullismo e cyber bullismo (Regione Emilia Romagna, 2013).

L'OMS, all'interno del Rapporto sullo stato globale della prevenzione della violenza del 2014, riporta la prevalenza globale di abusi e maltrattamenti per tipologia, come dettagliato in Figura 1 (OMS, 2014).

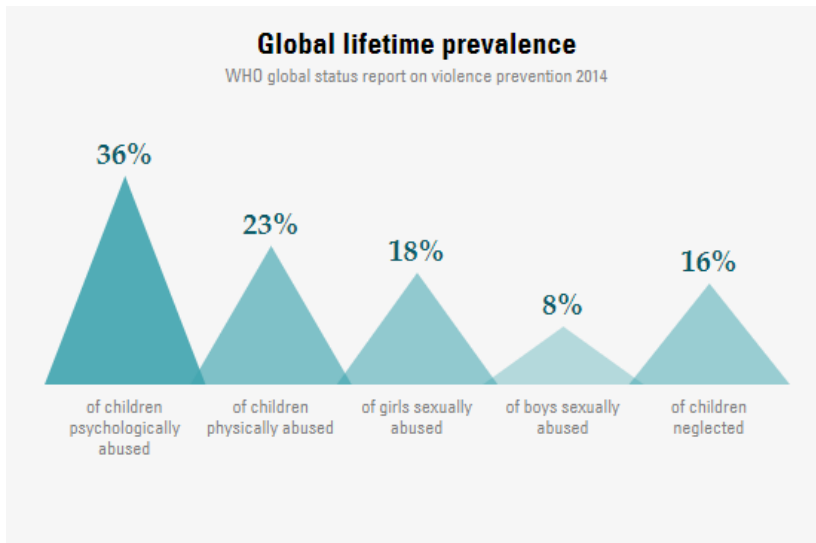


Figura 1: Prevalenza globale abusi (OMS, 2014)

1.1.1 Maltrattamento fisico

Il maltrattamento fisico include il colpire, percuotere, prendere a calci, scuotere, mordere, strangolare, ustionare, avvelenare, soffocare. Gran parte della violenza a danno di minori dentro le mura domestiche viene inflitta con lo scopo di punire (OMS, 2006).

Segni di potenziale abuso includono lesioni apparentemente inspiegabili, che coinvolgono più di un sistema di organi, in vari stadi di guarigione, solitamente in una posizione atipica, ad esempio sulle orecchie, sul collo e sul viso (Suniega et al., 2022).

Contusioni, lividi, morsi o scottature rappresentano, solitamente, un primo segno di abuso. È di notevole importanza effettuare un'adeguata anamnesi, affinché si possa comprendere la tipologia del danno riscontrato a livello del corpo del bambino: fattori quali dimensione, posizione, forma e modello della lesione dovrebbero essere attentamente osservati per differenziare l'incidente dall'infortunio non accidentale (Manan et al., 2022).

Maggiore è la mobilità di un bambino, maggiore è la probabilità che subisca traumi accidentali. Pertanto, la presenza di lividi in qualsiasi bambino di età inferiore a nove mesi che non sia ancora in grado di camminare, dovrebbe far sorgere il sospetto di un abuso fisico (Jackson et al., 2015).

Ulteriore danno riscontrabile sono le fratture, in cui si cercano di captare precocemente "segni di allarme" nell'esame obiettivo, associati a fratture abusive, quali: trauma senza testimoni, meccanismo del trauma sconosciuto, anamnesi non coerente con la lesione, ritardo di oltre 24 ore nel richiedere assistenza medica e lesioni aggiuntive come contusioni (Hoytema van Konijnenburg et al., 2016).

Una ulteriore tipologia di maltrattamento fisico è il 'Shaken Baby Syndrome', ovvero sindrome del bambino scosso. Negli ultimi anni, viene utilizzata maggiormente la terminologia di 'trauma cranico abusivo', con la sigla AHT (Abusive Head Trauma). Il bambino viene scosso violentemente, spesso per reazione al suo pianto inconsolabile, con conseguente trauma sull'encefalo non visibile ad occhio nudo e successive sequele neurologiche (Shekdar et al., 2016).

1.1.2 Maltrattamento psicologico

L'OMS include il maltrattamento psicologico nelle categorie di abuso e negligenza, evidenziandone l'impatto sui disturbi dell'umore e dell'ansia nei bambini. I comportamenti dannosi delle persone verso il minore sono svariati: possono disprezzare, terrorizzare, intimidire, rifiutare, isolare, sfruttare, corrompere, negare la reattività emotiva, dimostrare inaffidabilità o incoerenza, aggredire verbalmente, esercitare una pressione eccessiva e trascurare i bisogni emotivi. Conosciuto anche come abuso emotivo, questa tipologia di maltrattamento può essere ampiamente diffusa, ma è arduo riconoscerla a causa dell'assenza di reperti fisici e della complessità di discernere una genitorialità non ottimale dal maltrattamento (Suniega et al., 2022).

Il maltrattamento psicologico spesso si manifesta in concomitanza con altre forme di maltrattamento. Le conseguenze possono essere profonde e durature, influenzando negativamente vari aspetti della vita.

I segni comportamentali della violenza psicologica che si possono riscontrare sono:

- atteggiamento timoroso da "vittima" o atteggiamento aggressivo;
- personalità rigida e scarsa capacità di adattamento;
- continua svalutazione delle proprie azioni e pensieri;
- scarsa socievolezza;
- iperattività e disturbi del sonno;
- adultizzazione precoce;

- ansia nelle separazioni;
- abitudini improprie o stereotipate;
- autolesionismo, distruttività, crudeltà e comportamento di sfida;
- stato di ansia continua, scarsa autostima, mancanza di fiducia di base in sé stessi e negli altri;
- percezione minacciosa del mondo;
- tristezza, inibizione e assenza di slancio vitale (Zusman et al., 2022.).

L'American Academy of Pediatrics sottolinea come, durante l'esame obiettivo del bambino, la valutazione delle condizioni familiari o delle abitudini domestiche possano concorrere a far identificare tempestivamente i bambini ad alto rischio di essere esposti a tale abuso (Jackson et al., 2015).

1.1.3 Violenza assistita

Con la Legge 69 del 19 luglio 2019, nota come "Codice Rosso", la violenza assistita è stata riconosciuta come circostanza aggravante all'interno dei reati di maltrattamento domestico, disciplinati e sanzionati dall'articolo 572 del codice penale. La Corte di Cassazione, con la sentenza n. 18833 del 2 maggio 2018, ha affrontato il tema della violenza assistita, confermando che il reato di maltrattamento si configura anche nelle situazioni in cui i minori sono "involontari spettatori" di atti violenti, fisici o morali.

Secondo la definizione stilata nel 1999 dal Coordinamento Italiano dei Servizi contro il Maltrattamento e l'Abuso all'Infanzia (CISMAI), "la violenza assistita da minori si verifica quando i bambini sono spettatori di qualsiasi forma di maltrattamento espresso attraverso atti di violenza fisica, verbale, psicologica, sessuale ed economica su figure di riferimento o su altre figure affettivamente significative, adulte o minori".

1.1.4 Abuso sessuale

La Fondazione Svizzera per la protezione dell'Infanzia definisce l'abuso sessuale come "il coinvolgimento di un bambino in un'attività sessuale che non comprende pienamente, per la quale non è in grado di dare un consenso o per la quale non è preparato dal punto di vista dello sviluppo" (Schönbucher et al., 2011).

L'abuso sessuale rappresenta una criticità di salute pubblica significativamente sottostimata, associata a una serie di manifestazioni bio-psicosociali potenzialmente

permanenti. Secondo il Centro per il controllo e la prevenzione delle malattie di Atlanta, circa una ragazza su quattro e un ragazzo su 13 subiscono abusi sessuali (Jackson et al., 2015).

L'abuso sessuale può verificarsi in ambiti differenti:

- Peri-familiare: l'abusante è una persona conosciuta dalla persona;
- Intra-familiare: l'abusante è un membro del nucleo familiare;
- Extra-familiare: l'abusante è una figura estranea al minore ed al suo ambiente familiare (Bragança-Souza et al., 2024).

Rientrano in questa forma di maltrattamento anche lo sfruttamento sessuale, ovvero pedopornografia e prostituzione minorile (Chiesa et al., 2017).

1.1.5 Abuso on line

Per abuso on line si intende ogni forma di abuso sessuale su minori perpetrata attraverso internet e l'acquisizione di immagini, video, registrazioni di attività sessuali esplicite, reali o simulate. L'ultimo resoconto della Polizia Postale fornisce alcuni dati significativi: nel 2023 sono lievemente diminuiti i casi di adescamento on line di minori, ma la maggior parte di questi avviene in preadolescenza (11-13 anni), età nella quale l'uso di dispositivi quali smartphone e PC dovrebbe essere mediato dagli adulti. Si abbassa la soglia di età delle vittime, che sono sempre più adolescenti tra i 10 e i 13 anni, mentre il 9% delle vittime ha meno di 10 anni. In generale la fascia preadolescenziale nel 2023 è quella che ha avuto più "interazioni sessuali tecno-mediate" (206 su 351 casi totali). Il report evidenzia inoltre un aumento di casi di sextortion (ovvero il ricatto online che utilizza materiale sessualmente esplicito) in adolescenza e in particolare tra i 14 e i 17 anni; i casi di sextortion a danno di minori nel 2022 erano pari a 130, mentre nel 2023 sono saliti a 136 (Polizia Postale, 2023).

Il fatto che l'abuso si possa fossilizzare in rete, causando un'ampia diffusione di immagini, documentazioni e video, provoca ripercussioni in un soggetto in età evolutiva. Tale tipologia di maltrattamento può sfociare in un "trauma pervasivo": le immagini dell'abuso o dei contatti sessuali in rete accrescono all'infinito gli esiti dell'abuso sulla vittima. Tale maltrattamento diventa una realtà oppressiva e duratura con cui la vittima dovrà scontrarsi "per sempre" (Martinelli et al., 2021).

1.1.6 Patologie delle cure

Per patologia delle cure si intendono quelle condizioni in cui i genitori o le persone legalmente responsabili del bambino/adolescente non provvedono adeguatamente ai bisogni primari fisici, psichici e affettivi, in rapporto alla fase evolutiva. Racchiude:

- incuria/trascuratezza: qualsiasi azione omissiva dovuta ad una grave incapacità del genitore nel rispondere alle esigenze del figlio, provocando un pericolo imminente e grave per il bambino quale abbandono, rifiuto, grave compromissione dello sviluppo fisico, cognitivo, emotivo o altre forme di abuso e violenza, fino al decesso. È di complessa rilevazione e diagnosi, frequentemente associata ad altre forme di maltrattamento;
- discuria: riscontrabile quando le cure vengono fornite in modo distorto, non appropriato o congruo all'età del bambino, tali da indurre un anacronismo delle cure;
- ipercuria: identificabile nel momento in cui le cure fisiche sono caratterizzate da una eccessiva medicalizzazione da parte di un genitore, generalmente dalla figura materna. Si declinano in:
 1. “Medical Shopping per procura”, condizione nella quale uno o entrambi i genitori, altamente preoccupati per lo stato di salute del figlio a causa di segni/ sintomi modesti, lo sottopongono a inutili ed eccessivi controlli medici;
 2. “Chemical Abuse”, quando vengono somministrate al bambino dai genitori, di propria iniziativa, sostanze o farmaci che possono provocare sintomi, con l’obiettivo di richiamare l’attenzione dei professionisti sanitari;
 3. “Sindrome di Münchausen per procura (MPS)”, quando un genitore attribuisce al figlio malattie inesistenti, frutto di una propria immaginazione successivamente trasferita al bambino, che tende a creare un accordo fraudolento con il familiare simulando i sintomi di patologie (Regione Emilia-Romagna, 2013).

1.1.7 Bullismo e cyber bullismo

Con il termine “bullismo” si definiscono quei comportamenti intenzionali di carattere offensivo e/o aggressivo che un singolo individuo o più persone mettono in atto, ripetutamente nel corso del tempo, ai danni di uno o più soggetti, con lo scopo di esercitare

un potere o un dominio sulla vittima, determinando malessere con conseguenze fisiche e/o psicologiche alle vittime. Si distinguono le seguenti forme di bullismo, a seconda della tipologia e dell'intensità del comportamento aggressivo:

1. fisiche: botte, spinte, prepotenze fisiche;
2. verbali: ingiurie, costrizioni, intimidazioni, persecuzione;
3. indirette: diffusione di malignità sgradevoli o offensive, esclusione sistematica di una persona dalla vita di gruppo... È una manipolazione sociale che consiste nell'usare gli altri come mezzi, invece che attaccare la vittima in prima persona.

Con il termine 'cyberbullismo', si intende l'uso improprio delle nuove tecnologie per colpire appositamente e volontariamente persone indifese, deboli. Tale problematica descrive un'azione aggressiva, che può essere condotta da un singolo individuo o da un gruppo di persone. Gli eventuali aggressori possono agire in completo anonimato e divulgare offese e umiliazioni attraverso il web, arrivando ad un pubblico potenzialmente illimitato (Regione Emilia-Romagna, 2013).

1.2 Dati epidemiologici

Il maltrattamento infantile è un fenomeno in crescita, diffuso a livello nazionale e internazionale. Nel 2020 l'OMS, sulla base dei dati forniti da 155 Paesi, ha calcolato che ogni anno nel mondo un miliardo di bambini (uno su due) è vittima di violenza; essa è poi causa di morte per 40.150 di essi (Martinelli et al., 2021).

Ogni anno in Europa muoiono, a causa di maltrattamenti, almeno 850 bambini con meno di 15 anni; i tassi di mortalità sono più alti nei bambini sotto i 5 anni. La prevalenza del maltrattamento dei bambini in Europa evidenzia percentuali del 29,1% per quello psicologico, 22,9% per quello fisico, 16,3% per la trascuratezza fisica/emotiva e 9,6% per l'abuso sessuale (Save the Children Italia Onlus, 2017).

Ogni anno negli Stati Uniti, le agenzie del Child Protective Service (CPS) indagano su oltre 2,4 milioni di segnalazioni di sospetti maltrattamenti sui minori. Dopo le indagini, più di 656.000 bambini risultano vittime di maltrattamenti e ogni anno oltre 1.800 decessi infantili sono attribuiti ad abusi o negligenza sui minori. La maggior parte di questi decessi (70%) si verifica nei bambini di età inferiore a 3 anni (Christian et al., 2015).

Nel Regno Unito, il 17% dei casi di abusi sui minori segnalati sono stati causati da abusi all'interno della famiglia, mentre l'8% era correlato a omicidio extrafamiliare di minori (Lee et al., 2022).

Il maltrattamento di bambini e adolescenti in Italia è un problema serio e altamente diffuso. In oltre il 90% dei casi il minore viene maltrattato da un familiare e il maltrattamento comprende un'articolata varietà di tipologie di violenza che possono anche coesistere. Secondo le statistiche disponibili, circa 1 bambino su 4 in Italia subisce forme di abuso o negligenza, e la maggior parte di questi casi non viene denunciata. L'“Indagine nazionale sul maltrattamento dei bambini e degli adolescenti in Italia”, realizzata da Terre des Hommes e Cismai (Coordinamento Italiano dei Servizi contro il Maltrattamento e l'Abuso all'Infanzia) tra luglio 2019 e marzo 2020 per l'Autorità garante per l'infanzia e l'adolescenza, su dati del 2018. Dall'indagine, che si è concentrata su un bacino effettivo di 2,1 milioni di minorenni residenti nei 196 comuni interessati e selezionati dall'Istat, emerge che sono 401.766 i bambini e gli adolescenti affidati ai servizi sociali in Italia, di cui 77.493 vittime di maltrattamento. La percentuale di minorenni stranieri in carico ai servizi per maltrattamento è tre volte maggiore rispetto a quella dei minorenni italiani: su 1.000 minorenni, 23 sono stranieri e 7 italiani. La forma di maltrattamento maggiormente diffusa è la patologia delle cure (incuria, discuria e ipercura), che colpisce il 40,7% dei minorenni seguiti dai servizi sociali, seguita dalla violenza assistita (32,4%). Per quanto riguarda il maltrattamento psicologico ne è vittima il 14,1% degli under 18, mentre il maltrattamento fisico è registrato nel 9,6% dei casi e l'abuso sessuale nel 3,5% (Figura 2). I dati raccolti evidenziano una crescita del fenomeno sotto ogni aspetto: aumentano sia i minorenni in carico ai servizi sociali in generale (+3,6%), sia quelli seguiti perché vittime di maltrattamento (+14,8). Nel 65,6 % dei casi l'intervento dei servizi sociali ha una durata maggiore di due anni, e risulta più frequente al nord rispetto al sud Italia. Relativamente alla fonte della segnalazione del maltrattamento, per la maggior parte dei casi è l'autorità giudiziaria ad attivarsi in tal senso (42,6%); agli ultimi posti ospedali e pediatri (Figura 3). Il dato sulla famiglia come fonte di segnalazione (17,9%) può sembrare in contrasto con il dato relativo ai maltrattanti (91% familiari): un'ipotesi interpretativa in linea con il dato relativo alla prevalenza della violenza assistita, indica che questo 7% di segnalazioni può essere collegato con quelle fatte dalle donne vittime di violenza domestica. Dall'indagine emerge inoltre che hanno

accesso ai servizi di protezione soprattutto i bambini e ragazzi di età compresa tra gli 11 e i 17 anni (54%), a testimoniare la difficoltà di intercettazione delle fragilità nelle fasce di età dei più piccoli, con il conseguente tardivo intervento dei Servizi. La prevalenza dei minori in carico ai servizi cresce al crescere dell'età: la fascia più penalizzata è quella 0-5 anni (27%) (Martinelli et al., 2021).

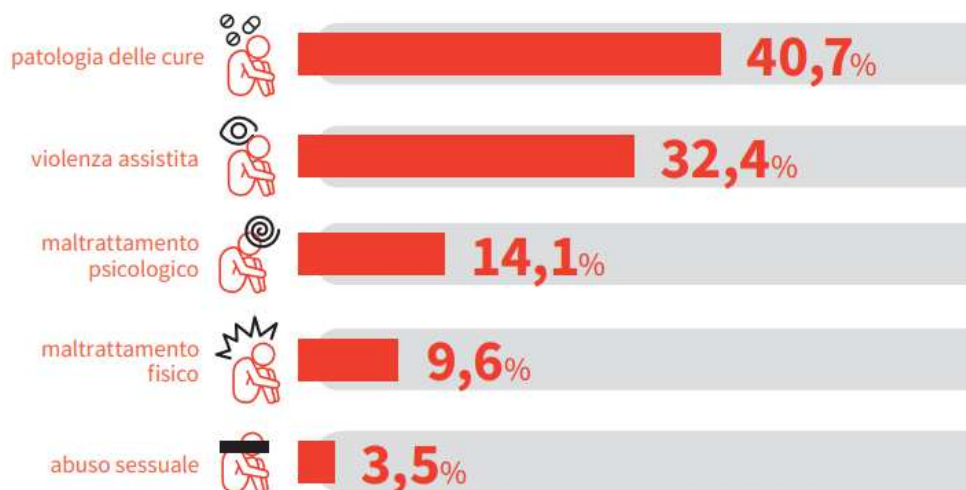


Figura 2 Tipologia di abuso. Fonte: Autorità Garante per l'Infanzia e l'Adolescenza - Cismai - Terre des Hommes

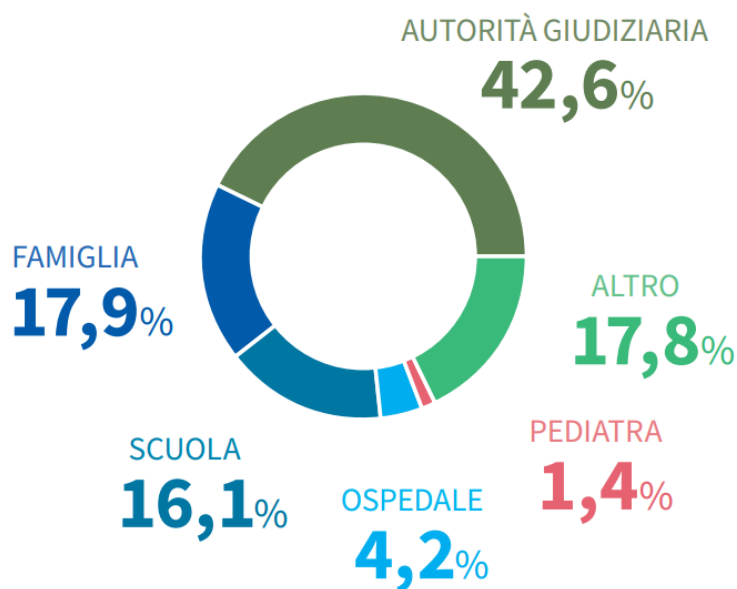


Figura 3 Origine della segnalazione del maltrattamento. Fonte: Autorità Garante per l'Infanzia e l'Adolescenza - Cismai - Terre des Hommes

Gli ultimi dati italiani disponibili sono stati elaborati dal Servizio Analisi Criminale della Direzione Centrale Polizia Criminale e sono stati resi noti l'otto ottobre 2024 dalla Fondazione Terre des Hommes alla Camera dei Deputati in occasione della presentazione del Dossier InDifesa "La condizione delle bambine e delle ragazze nel mondo" 2024 e in vista della Giornata internazionale delle bambine e delle ragazze (11 ottobre).

Sono stati 6.952 i reati a danno di minori in Italia nel 2023: in media 19 al giorno, 95 in più rispetto al 2022. Aumentati del 35% in 10 anni e addirittura dell'89% dal 2006. I reati più diffusi, che registrano anche l'incremento più alto, sono i maltrattamenti in famiglia: ben 2.843 casi, cresciuti del 6% dal 2022 e più che raddoppiati dal 2013. Dal dossier emerge che sono proprio le bambine e le ragazze ad essere colpite in misura maggiore dai reati a danno di minori, perché nel 61% dei casi sono proprio loro le vittime. Si tratta prevalentemente di crimini sessuali come violenza sessuale e violenza sessuale aggravata, rispettivamente 89 e 85% di vittime femminili, atti sessuali con minorenni (il 79% di vittime è femmina), detenzione di materiale pornografico e corruzione di minorenne (entrambi con il 78% di vittime di genere femminile), fino alla prostituzione e pornografia minorile (in entrambi le vittime sono al 64% bambine o ragazze). Hanno invece in maggioranza vittime maschili l'omicidio volontario (67%), l'abbandono di persone minori o incapaci (61%), l'abuso dei mezzi di corruzione o di disciplina (59%) e la sottrazione di persone incapaci (55%). Le vittime sono pressoché in parità nei reati di violazione degli obblighi di assistenza familiare (entrambi i generi al 50%) e di maltrattamenti in famiglia o verso i fanciulli (vittime femminili 51%).



Figura 4 Minori vittime di reato. Direzione Centrale Polizia Criminale. Dati 2023

2. OBIETTIVI

L'elaborato di tesi si propone di:

- delineare i tratti quali-quantitativi dell'abuso sul minore;
- individuare le strategie e gli strumenti che consentano all'infermiere, che opera nei contesti ospedalieri e territoriali e nell'ambito della famiglia, della comunità e della scuola, di identificare e prendere in carico il minore vittima di abuso.

3. MATERIALI E METODI

Partendo dal quesito di foreground espresso in forma narrativa: “Come riconoscere un caso di abuso sul minore in ambito ospedaliero e territoriale?”, è stata realizzata una revisione narrativa della letteratura, attraverso ricerca bibliografica svolta sulla banca dati biomedica PubMed e consultazione di norme e pubblicazioni ufficiali emesse da OMS, Unione Europea, Ministero della Salute.

Sono stati inclusi articoli pubblicati a partire dal 2011 ad oggi, redatti in lingua inglese e reperibili in full text.

Le parole chiave sono state individuate tramite il seguente schema PIO:

Problema	Intervento	Outcome
Abuso sul minore	Riconoscimento del caso attraverso la messa in opera di specifiche strategie e strumenti	Migliore presa in carico del minore vittima di abuso

Tabella 1: *schema PIO*

Le parole chiave utilizzate per la ricerca bibliografica sono: “Child Abuse”, “Child Neglect”, “Child Maltreatment”, “Nurse”, “Diagnosis”, “Adverse Childhood Experiences”, “Assessment and Intervention”.

La ricerca ha prodotto n. 19 risultati ritenuti validi per il presente elaborato, in base a pertinenza e rilevanza degli stessi.

4. RISULTATI

I risultati della ricerca bibliografica sono sintetizzati nella seguente tabella:

n.	Titolo articolo/testo	Autore/i	Anno	Fonte
1	Child Abuse and Neglect.	Gonzalez, D., Bethencourt Mirabal, A., & McCall, J. D.	2023	StatPearls Publishing. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29083602/
2	Nurses' and physicians' reported difficulties and enablers to recognising and reporting child abuse in Swiss paediatric emergency and paediatric surgery departments - an observational study.	Berchtold, M. B., Wüthrich, C., Garcia, D., Berger, S., & Löllgen, R. M.	2023	Swiss medical weekly, 153, 40017. https://doi.org/10.57187/smw.2023.40017
3	Screening Tools for Child Abuse Used by Healthcare Providers: A Systematic Review.	Chen, C. J., Chen, Y. W., Chang, H. Y., & Feng, J. Y.	2022	<i>The journal of nursing research : JNR</i> , 30(1), e193. https://doi.org/10.1097/JNR.0000000000000475
4	The evaluation of suspected child physical abuse.	Christian, C. W., & Committee on Child Abuse and Neglect, American Academy of Pediatrics	2015	<i>Pediatrics</i> , 135(5), e1337–e1354. https://doi.org/10.1542/peds.2015-0356
5	Integration of the Nurse Practitioner Into Your Child Abuse Team.	Herold, B., St Claire, K., Snider, S., & Narayan, A.	2018	Journal of pediatric health care :official publication of National Association of Pediatric Nurse Associates & Practitioners, 32(3), 313-318. https://doi.org/10.1016/j.pedhc.2018.01.005
6	Nurses' perceptions of systems and hierarchies shaping their responses to child abuse and neglect.	Lines, L. E., Grant, J. M., & Hutton, A.	2020	<i>Nursing inquiry</i> , 27(2), e12342. https://doi.org/10.1111/nin.12342
7	New program for identification of child maltreatment in emergency department: preliminary data.	Milano GP, Vianello FA, Cantoni B et al.,	2016	Italian Journal of Pediatrics 2016; 42:66. https://doi.org/10.1186/s13052-016-0275-2
8	Effectiveness of simulation-based education on nursing students' professional knowledge, attitude and self-confidence in handling child abuse cases.	Lee, P. Y., & Lee, B. O.	2022	<i>Nurse education in practice</i> , 65, 103480. https://doi.org/10.1016/j.nepr.2022.103480
9	A Multispecialty Approach to the Identification and Diagnosis of Nonaccidental Trauma in Children.	Manan, M. R., Rahman, S., Komer, L., Manan, H., & Iftikhar, S.	2022	<i>Cureus</i> , 14(7), e27276. https://doi.org/10.7759/cureus.27276
10	Paediatric femur fractures at the emergency department: accidental or not?.	Hoytema van Konijnenburg, E. M., Vrolijk-Bosschaart, T. F., Bakx, R., & Van Rijn, R. R.	2016	The British journal of radiology, 89(1061), 20150822. https://doi.org/10.1259/bjr.20150822

11	Health Professionals: Identifying and Reporting Child Physical Abuse-a Scoping Review.	Bragança-Souza, K. K., Lopes de Lisboa, J., Silva-Oliveira, F., Soares Nunes, L., Ferreira E Ferreira, E., Gomes, V. E., & Zarzar, P. M. P. A.	2024	<i>Trauma, violence & abuse</i> , 25(1), 327–340. https://doi.org/10.1177/15248380221150949
12	Child Sexual Abuse.	Chiesa, A., & Goldson, E.	2017	<i>Pediatrics in review</i> , 38(3), 105–118. https://doi.org/10.1542/pir.2016-0113
13	REPRINT OF: Relationship of Childhood Abuse and Household Dysfunction to Many of the Leading Causes of Death in Adults: The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study.	Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards, V., Koss, M. P., & Marks, J. S	2019	<i>American journal of preventive medicine</i> , 56(6), 774–786. https://doi.org/10.1016/j.amepre.2019.04.001
14	Aspects of abuse: Recognizing and responding to child maltreatment.	Jackson, A. M., Kissoon, N., & Greene, C.	2015	<i>Current Problems in Pediatric and Adolescent Health Care</i> , 45(3), 58–70. https://doi.org/10.1016/j.cppeds.2015.02.001
15	Prevalence of child sexual abuse in Switzerland: A systematic review.	Schönbucher, V., Maier, T., Held, L., Mohler-Kuo, M., Schnyder, U., & Landolt, M. A.	2011	<i>Swiss Medical Weekly</i> , 140, w13123. https://doi.org/10.4414/smw.2011.13123
16	Imaging of Abusive Trauma.	Shekdar K.	2016	<i>Indian journal of pediatrics</i> , 83(6), 578–588. https://doi.org/10.1007/s12098-016-2043-0
17	Child Abuse: Approach and Management.	Suniega, E. A., Krenek, L., & Stewart, G.	2022	<i>American family physician</i> , 105(5), 521–528.
18	Child protection training for professionals to improve reporting of child abuse and neglect.	Walsh, K., Eggins, E., Hine, L., Mathews, B., Kenny, M. C., Howard, S., Ayling, N., Dallaston, E., Pink, E., & Vagenas, D.	2022	<i>The Cochrane database of systematic reviews</i> , 7(7), CD011775. https://doi.org/10.1002/14651858.CD011775.pub2
19	Organizational factors affecting nurses' tendency to report child abuse and neglect.	Zusman, N., & Saporta-Sorozon, K.	2022	<i>Public health nursing (Boston, Mass.)</i> , 39(3), 601–608. https://doi.org/10.1111/phn.13030

Tabella 2: *tabella delle evidenze*

La capacità di riconoscere i segnali di un possibile maltrattamento ai danni di bambini e bambine rappresenta un aspetto cruciale. La diagnosi di abuso sui minori è un processo complicato, specie in età molto precoci, con implicazioni per l'intera famiglia. Possedere

un'adeguata sensibilità alla diagnosi significa essere in grado di esplorare il quadro clinico, stabilendo collegamenti significativi con le informazioni riguardanti l'ambiente, le relazioni, le condizioni socio-economiche, le dinamiche di conflittualità e le tensioni interne al nucleo familiare. Ci sono segni, sintomi, aspetti comportamentali e/o funzionali che considerati nel loro insieme, possono portare a una precoce diagnosi differenziale di maltrattamento. Per ottenere questo risultato, occorre essere in grado di riconoscere i segnali che identificano quelle famiglie e quei minori che hanno bisogno di assistenza e supporto. Per creare questa abilità di identificare precocemente e di intervenire serve prima di tutto formare gli operatori. Questa formazione dovrebbe trattare:

- le percezioni errate sul maltrattamento sui minori;
- i segni fisici e comportamentali di maltrattamento possibile, probabile e chiaro, così come i segni che non sono indicativi di maltrattamento;
- come rispondere quando un possibile maltrattamento viene identificato, includendo l'utilizzo di protocolli per segnalare i casi e fare denuncia (OMS, 2006).

Il riconoscimento di un abuso su un minore può avvenire da parte di professionisti della salute che operano in strutture sanitarie ospedaliere o territoriali; in particolare il riconoscimento e la presa in carico del caso coinvolge l'infermiere quando questi è addetto al triage in Pronto Soccorso, quando opera nel dipartimento materno-infantile e quando i suoi ambiti professionali sono rappresentati dalla famiglia, la comunità, la scuola. I più frequenti colpevoli di abuso sono i genitori del bambino, che tendono ovviamente a negare o minimizzare l'accaduto, fornendo spiegazioni incongruenti. Per tale motivo, il professionista sanitario non si deve basare esclusivamente sulla spiegazione fornita, ma deve bensì focalizzare la propria attenzione su segnali secondari, come la presenza di lesioni incompatibili con la ricostruzione prodotta dagli adulti presenti o indizi di trascuratezza del bambino (Chen et al., 2022).

Alcune forme di violenza sui minori, come la patologia delle cure, la violenza assistita e il maltrattamento fisico, risultano più evidenti e facili da rilevare, come confermano i dati sulla loro prevalenza e su quanto essi siano stati il motivo di apertura del fascicolo presso i servizi. Risultano invece più complessi da intercettare e riconoscere l'abuso sessuale e il maltrattamento psicologico (Martinelli et al., 2021).

Ai genitori o agli accompagnatori del bambino deve essere richiesto di descrivere in maniera dettagliata l'accaduto, consentendo una esposizione senza interruzioni, in modo

tale che il corso della narrazione non sia influenzato da richieste di precisazioni e domande; successivamente si possono porre quesiti specifici rispetto all'aspetto che si vuole chiarire. Talvolta può essere opportuno intervistare le figure genitoriali separatamente. È fondamentale assumere informazioni sul comportamento del bambino prima, durante e dopo l'incidente, comprese le abitudini durante l'arco della giornata, sugli eventi che hanno portato al danno e sul livello di reattività. In caso di abuso o maltrattamento, può capitare che non venga identificato il momento preciso dell'infortunio: per stabilirlo si può cercare di risalire a quando è stato notato il bambino come normalmente attivo e di bell'aspetto. È importante documentare le descrizioni della dinamica della lesione, delle caratteristiche riscontrate dalla prima comparsa, della progressione dei sintomi e segni. Attualmente sono pochi i professionisti sanitari formati per il colloquio forense; non è responsabilità del sanitario identificare l'autore dell'abuso o i dettagli specifici di una situazione di maltrattamento, ma lo è il riconoscere in maniera tempestiva il potenziale abuso, ottenere un'accurata anamnesi dell'evento, avviare un'indagine appropriata ed il percorso di presa in carico del minore. Gli adolescenti in età scolare, nella maggior parte delle situazioni, non sono in grado di riconoscere, accettare e comprendere appieno il proprio contesto di violenza, anche quando le loro ferite fisiche e psicologiche ne costituiscono la dimostrazione più eclatante. Ad esempio, potrebbero avere timore delle ripercussioni o provare sentimenti di attaccamento verso il proprio aggressore. Potrebbero temere di essere allontanati dalla propria abitazione e, per questo, voler restare a casa nonostante il pericolo (Christian et al., 2015).

La tipologia dei sintomi di abuso è ampia, ma saperli riconoscere è indispensabile per identificare un caso di maltrattamento. I segni di abuso sui minori possono essere completamente soggettivi, superficiali e non specifici, tra cui irritabilità, vomito, letargia, distensione addominale, anemia o shock, improvvisi cambi d'umore, ansia ed aggressività (Herold et al., 2018).

Il bambino, arrivando in un luogo a lui sconosciuto come un dipartimento di emergenza, potrebbe risultare particolarmente spaventato e preoccupato; per tale motivazione, è indispensabile che i professionisti sanitari sappiano osservare, valutare e comprendere l'atteggiamento che il piccolo paziente può mostrare in seguito ad una violenza subita (Lines et al., 2020).

Tuttavia, nonostante la consapevolezza di fondo, legale, etica e morale degli operatori

sanitari finalizzata al riconoscere e segnalare abusi e negligenza sui minori, si possono riscontrare alcune criticità, quali formazione specifica insufficiente e capacità limitata del personale nell'instaurare una appropriata relazione terapeutica con pazienti pediatrici, non in grado, nella maggior parte dei casi, di esplicitare ciò che hanno subito o attraversato. In sintesi, le dotazioni di personale socio-assistenziale e sanitario con competenze specifiche ed adeguata formazione nel settore risultano ancora insufficienti. Per tale motivazione, si può verificare un disconoscimento dei casi di abuso ed un ritardo della presa in carico degli stessi (Berchtold et al., 2023). In uno studio pubblicato nel 2016 è stata verificata l'efficacia di una formazione specifica degli operatori sanitari di un ospedale italiano, sul miglioramento dell'intercettazione dei casi di maltrattamento. La frequenza dei casi identificati prima (fra gennaio 2010 e dicembre 2011) e dopo l'intervento (tra gennaio 2013 e dicembre 2014) è passata da 7 casi su 10.000 a 8 casi su 10.000. Nel periodo post formazione i bambini arrivati al pronto soccorso pediatrico sono stati quasi 54.000, di età media 2,1 + 0,9 anni, poco meno della metà maschi, e fra questi sono stati diagnosticati 45 casi di maltrattamento, di cui circa un terzo maschi e di età media 9,1 + 3,6 anni (Milano et al., 2016).

Andrebbe implementata la condivisione delle informazioni raccolte e l'utilizzo di protocolli comuni tra diversi paesi del mondo nel perseguimento di tali infrazioni. A distanza di 14 anni dalla Convenzione di Lanzarote per la protezione dei bambini vittime di maltrattamento e abusi sessuali, vi sono nazioni in cui alcuni reati basati su abusi dei minori come prostituzione, pornografia minorile e pedopornografia, sono perseguiti ancora con alta difficoltà. Sono presenti limitazioni nella collaborazione internazionale fra le autorità di controllo (Martinelli et al., 2021).

La formazione e l'addestramento specifico sul maltrattamento minorile non sono ancora una sezione obbligatoria del percorso accademico dei professionisti della salute in molti paesi europei (Berchtold et al., 2023).

L'addestramento caratterizzato dalla simulazione è stata implementata in diversi paesi, come il Taiwan, da oltre quattro decenni ed è stata incorporata nella formazione medica ed infermieristica. La simulazione comprende la riproduzione di scenari patognomonic per abuso sul minore, consentendo così agli studenti di apprendere procedure standard per scenari reali, acquisire esperienze ed abilità cliniche e sviluppare pensiero critico e capacità decisionale (Lee et al., 2022).

Nella maggior parte dei casi, i dipartimenti di emergenza pediatrica (PED) e i reparti di chirurgia pediatrica sono il primo punto di accesso per le vittime di abusi e i loro genitori. Si evidenzia in questi contesti una carenza di conoscenza degli operatori nel saper riconoscere e denunciare gli abusi sui minori (Berchtold et al., 2023).

Il margine di misconoscimento dei casi di maltrattamento è evidente, rendendo la diagnosi un fattore importante e impegnativo. Per tale motivazione, è richiesto di porre un'attenzione scrupolosa alla raccolta anamnestica e alla segnalazione immediata e responsabile alle autorità, nonché ai servizi di protezione dell'infanzia (Manan et al., 2022).

Facendo riferimento al contesto italiano, si possono riconoscere varie strutture che si prendono cura delle vittime di maltrattamento e che collaborano con la finalità di permettere il raggiungimento del benessere del minore nella sua globalità:

- Servizio Sociale: risponde al bisogno di protezione, accompagnamento e tutela del minore;
- Servizio Sanitario: risponde al bisogno di cura e riabilitazione, relativamente a disturbi fisici e/o psichici, anche correlati ad aspetti relazionali e sociali;
- Centro per l'infanzia: risponde al bisogno di accoglienza in casi in cui il minore si trovi in una situazione di rischio psico-fisico, per cui è necessario un intervento anche immediato di tutela;
- Equipe multidisciplinare per l'affidamento dei minori: risponde al bisogno di protezione e tutela di minori per i quali è previsto l'inserimento in una famiglia affidataria;
- Enti del privato sociale: rispondono al bisogno di accoglienza residenziale e semiresidenziale e garantiscono altre forme di servizi per la cura, assistenza e tutela dei minori e delle loro famiglie;
- Autorità Giudiziaria per il bisogno di tutela e protezione giuridica;
- Garante dei minori, per la garanzia e tutela dei diritti dei bambini e degli adolescenti (Provincia Autonoma di Trento, 2018).

Al fine della prevenzione e del raggiungimento dell'obiettivo di ridurre i casi di maltrattamento, l'OMS propone agli stati membri un approccio di sanità basato su due concetti principali:

- rendere maggiormente considerato il fenomeno attraverso l'implementazione di sistemi informativi, educando operatori sanitari, insegnanti ed altri professionisti che lavorano con i bambini sui segnali di rischio e sui sintomi del maltrattamento;
- sviluppare procedure operative basate su azioni mirate ad un intervento efficace e di supporto continuo.

In letteratura sono stati identificati alcuni fattori di rischio relativi all'abuso:

- l'età è un importante fattore di rischio; è stato accertato che i neonati, sotto l'anno di vita, corrono un rischio superiore di subire abusi fisici violenti. I neonati dipendono completamente dagli adulti per tutte le loro necessità, il che può portare a situazioni di frustrazione nei genitori o tutori che non sono preparati o in grado di gestire lo stress associato alla cura del proprio bambino. Il pianto inconsolabile è spesso un fattore scatenante;
- stato di salute: è stato riscontrato che il rischio di abuso è tre, quattro volte più alto nei bambini con disabilità rispetto ai coetanei non disabili. I bambini con necessità assistenziali elevate, portatori di handicap, con accrescimento psico-fisico non in linea con le aspettative dei genitori, sono generalmente percepiti come un peso ed un fallimento e, per tale motivazione, sono soggetti ad un rischio superiore di maltrattamento;
- condizione del nucleo familiare: la scarsa coesione familiare, i conflitti all'interno della famiglia e l'aggressività dei genitori comportano un rischio maggiore di maltrattamento fisico. Può risultare che le condizioni del quartiere in cui si vive, come povertà e alto tasso di criminalità violenta, possano influenzare notevolmente la prevalenza del maltrattamento sui minori. Condizioni quali utilizzo di alcol e abuso di droghe nella comunità, sono identificate come un alto fattore di rischio (Manan et al., 2022).

4.1 Scale di valutazione

Facendo riferimento ad una revisione sistematica della letteratura del 2022 sugli strumenti di screening utilizzati per identificare gli abusi sui bambini, sono stati identificati 15 strumenti di valutazione dell'abuso sui minori, utilizzati da figure sanitarie. Gli strumenti

di screening devono essere specifici, sintetici e schematici, di semplice utilizzo ed impiegabili con soggetti sotto osservazione, ovvero minori, in ogni ambito del sistema sanitario. Gli strumenti di screening devono soddisfare tre criteri principali:

- essere finalizzati all'identificazione precoce delle vittime di maltrattamenti fisici, psicologici o sessuali e di incuria;
- essere applicabili ai minori di 18 anni;
- essere strutturati per essere applicati da professionisti sanitari, come medici o infermieri di pronto soccorso, dei reparti pediatrici e dei servizi territoriali (Chen et al., 2022).

Gli strumenti di screening si basano prevalentemente sul “metodo degli indicatori di sospetto”, considerando indicatori ambientali, anamnestici, fisici, indicatori relativi a chi commette abuso e indicatori delle vittime di abuso. Si riporta, a titolo esemplificativo, uno strumento validato per l'Italia: la scheda Intovian. Il Progetto Europeo Intovian, avviato alla fine del 2012 e concluso nel 2015, si è posto l'obiettivo di migliorare l'efficacia dei servizi sanitari europei nella prevenzione e diagnosi precoce di abuso e negligenza nei bambini e neonati. In questo senso ha sviluppato uno strumento di screening, focalizzato in particolare sulla fascia di età 0-3 anni. I bambini molto piccoli non sono in grado di denunciare da soli la violenza: tuttavia tra tutti i minori, sono proprio loro quelli esposti a maggior rischio di grave lesione, danno neurologico e morte. Estendere le capacità dei professionisti sanitari, nell'identificazione del maltrattamento sui minori in bambini al di sotto dei cinque anni di età è, quindi, di importanza fondamentale. Tale strumento (Figura 5) è costituito da una lista di controllo di 5 elementi su fattori di rischio per violenza fisica e/o psicologica, trascuratezza e modelli relazionali disfunzionali o di abuso fra il bambino o neonato e chi si prende cura di lui. L'obiettivo generale è che lo Strumento Intovian venga utilizzato come supporto (senza sostituire altri strumenti o esami) nella prima fase di valutazione dei piccoli in età 0-3 anni nel corso della visita presso i servizi sanitari ed è stato ideato e sperimentato per un utilizzo nell'ambito delle cure primarie, come pediatra di famiglia e consultori, o terziarie, come ospedali e pronto soccorso. L'obiettivo è quello di stabilire un semplice sistema di individuazione per quanto riguarda l'abuso, la trascuratezza o i modelli relazionali maltrattanti, attraverso la distinzione tra due ampie categorie: 1) sospetto di abuso e trascuratezza o modelli relazionali maltrattanti che indicano la necessità di un intervento

o di ulteriori valutazioni o prove e 2) l'esclusione del maltrattamento. In Italia la sperimentazione dello Strumento Intovian è stata realizzata presso l'ospedale di Pescara, per 6 mesi, nel Pronto Soccorso, dove in media ogni anno vi sono circa 3.600 accessi di bambini nella fascia di età 0-3 anni, dopo un corso di formazione per il personale medico e infermieristico del pronto soccorso stesso; viene riferita l'identificazione di 18 casi (14 maschi e 4 femmine), con diagnosi e/o sospetto di maltrattamento fisico (11 casi, di cui 2 Shaken Baby Syndrome), trascuratezza (6 casi) e sindrome di Munchausen (1 caso) (Save the Children Italia Onlus, 2017).

LO STRUMENTO DI SCREENING

Strumento per l'identificazione di famiglie a rischio o che presentano problematiche consolidate di abusi e forme di abbandono nei confronti di bambini e neonati

Lo strumento che segue è stato sviluppato per un utilizzo da parte di professionisti del settore medico e dei servizi sociali all'interno di famiglie della popolazione generale che hanno bambini e neonati nella fascia d'età compresa tra 0 e 3 anni. Si prega di rispondere a tutte le domande basandosi sulle proprie osservazioni e/o opinioni personali. Spuntare un pallino per ogni riga ✓.

Data (gg/mm/aaaa): ___/___/___ Età del bambino (in mesi): ___ Sesso del bambino: Bambino Bambina

Chi accompagna il bambino (in relazione al bambino)? [si prega di spuntare tutte le opzioni pertinenti]

Se si tratta di una donna:

Madre/Matrigna

Madre adottiva

Sorella

Nonna

Altro familiare donna (es.: zia): _____

Altra donna (specificare): _____

Se si tratta di un uomo:

Padre/Patrigno

Padre adottivo

Fratello

Nonno

Altro familiare uomo (es.: zio): _____

Altro uomo (specificare): _____

	Domanda	SI	No	Non Pertinente
1	Nel caso in cui venga notato un trauma o un segno fisico o si venga informati dell'incidente:			
	a. la storia del caregiver è coerente?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	b. si sarebbe potuto evitare o prevenire l'incidente/trauma fisico attraverso una supervisione idonea all'età del bambino?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2	L'interazione caregiver-bambino/neonato è caratterizzata da (a, b e c NON si escludono a vicenda):			
	a. rabbia e/o ostilità?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	b. freddezza e/o distacco?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	c. tensione e/o eccessiva ansia?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
3	Il caregiver si occupa del bambino/neonato adottando un approccio fisicamente duro e/o nuocendo al bambino?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
4	Ci sono altri segnali che fanno dubitare della:			
	a. sicurezza fisica del bambino/neonato?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	b. sicurezza emotiva del bambino/neonato?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
5	C'è qualche altro fattore di rischio che fa dubitare della sicurezza o dell'idoneità delle cure verso questo bambino/neonato?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	Se sì, si prega di specificare:			

Figura 5 Strumento Intovian (European Commission, 2012)

L'identificazione del maltrattamento sui minori può essere migliorata da operatori sanitari formati, specialmente pediatri, medici e infermieri di pronto soccorso e servizi territoriali,

con l'utilizzo di algoritmi, diagrammi di flusso e check-list. In figura 6 è riportato un esempio del tipo di algoritmo che può essere utile in questo caso.

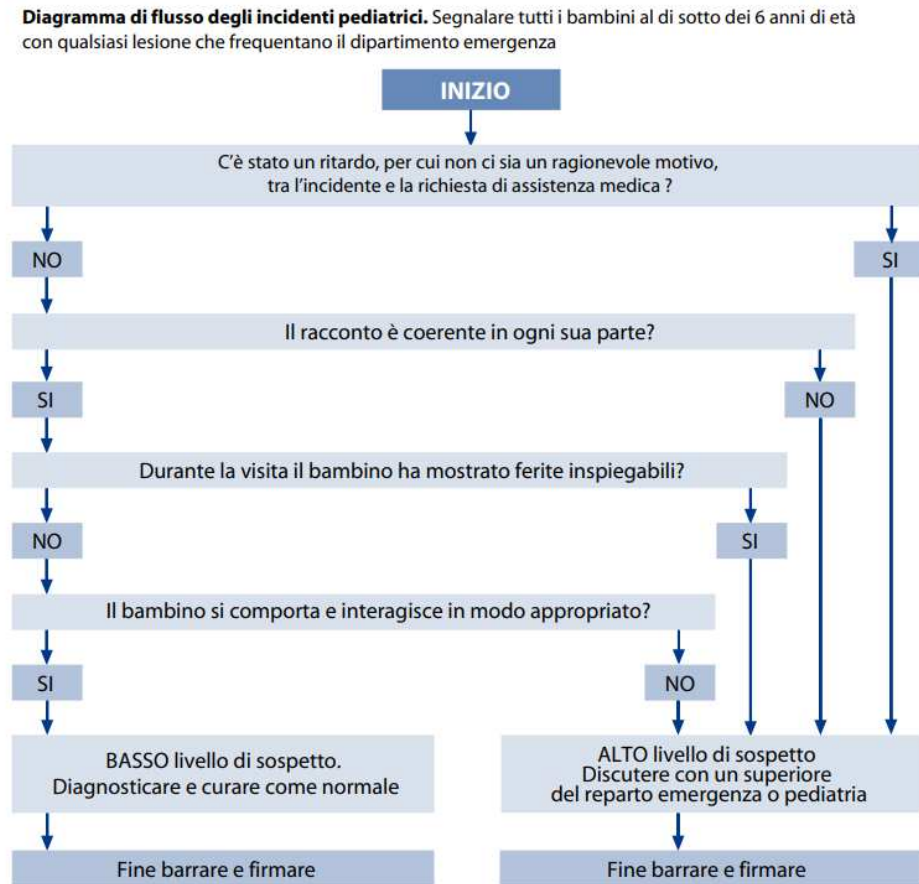


Figura 6 Algoritmo decisionale (Benger & Pearce, 2002)

Il Pronto Soccorso rappresenta il luogo attraverso cui le vittime di maltrattamento accedono più frequentemente al Servizio Sanitario: in tale ambito, spesso caratterizzato da carichi e ritmi di lavoro gravosi, occorre pertanto implementare strumenti di semplice e rapido utilizzo che consentano di intercettare i casi di sospetto abuso sul minore. Diversi sono i motivi che possono condurre il minore in Pronto Soccorso tra cui i più frequenti sono: maltrattamenti fisici e/o psicologici; abusi sessuali; violenza assistita. La letteratura scientifica internazionale è d'accordo sulla progettazione ed utilizzo di screening strutturati da mettere in atto in un Pronto Soccorso, che si basino su caratteristiche chiave, quali:

- struttura semplice e di comprensione immediata, con istruzioni chiare e facilmente memorizzabili;
- di rapida esecuzione, attuabili da tutto il personale sanitario, specifico e sensibile;
- obiettivo chiaro e focalizzato, che possa permettere al team di avviare tempestivamente il migliore percorso di presa in carico in grado di rispondere ad uno scenario specifico (Istituto Superiore di Sanità, 2019).

Fra le più recenti pubblicazioni inerenti al “metodo degli indicatori di sospetto”, si evidenzia uno studio olandese di Louwers del 2014, conosciuto come *European Study of Cohorts for Air Pollution Effects* (ESCAPE), che propone uno strumento di screening per il Pronto Soccorso, denominato “*ESCAPE FORM*”, basato su 6 semplici quesiti (Figura 7): una o più risposte barrate nelle caselle scure indicano la possibilità di un incremento del rischio dell’abuso sul minore e ulteriori azioni sono raccomandate. Tra tutti i sistemi di screening attualmente validati, è quello che sembra presentare una più semplice applicazione, una buona sensibilità e un’elevata specificità.

1. La storia è coerente?	Si	No
2. C'è stato un ritardo immotivato nel richiedere aiuto medico?	Si	No
3. Le lesioni sono coerenti con il grado di sviluppo psicomotorio?	Si	No
4. Il comportamento e le interazioni tra bambino e genitori sono appropriati?	Si	No
5. C'è coerenza fra esame obiettivo e anamnesi?	Si	No
6. Ci sono altri segnali che evocano dubbi sulla sicurezza del bambino o di altri membri della famiglia?	Si*	No
*Se sì, descriva gli altri segnali nel box sottostante «altri commenti»		
Altri commenti		

Figura 7: *Escape Form: domande-indicatori di sospetto per l’abuso sui minori che accedono in Pronto Soccorso (Istituto Superiore di Sanità, 2019).*

I punti di forza di questo studio sono rappresentati dalla multicentricità, dall’elevato numero di casi arruolati e dall’incremento dei casi identificati dopo l’introduzione dello screening. Un limite dello studio è rappresentato dall’assenza di follow-up e quindi dalla mancata conferma dei casi sospetti (Istituto Superiore di Sanità, 2019).

4.2 Presa in carico del minore vittima di abuso

Il Servizio Sanitario interviene nelle fasi di rilevazione, diagnosi e cura nei casi di maltrattamento, abuso e incuria a danno di minori. In seguito all'intervento medico e infermieristico immediato, rivolto ad eventuali traumi fisici, alla tutela e messa in sicurezza del minore, occorre avviare un percorso di supporto psicologico, utile all'elaborazione del vissuto connesso alla violenza subita e/o assistita e ad affrontare l'eventuale trauma derivato dalla situazione. Quando si rileva una condizione di potenziale abuso su minore, la segnalazione e la denuncia sono uno strumento fondamentale per prevenire e/o intervenire in situazioni di grave pregiudizio su un minore. L'Articolo 331 del Codice di Procedura Penale stabilisce che "Gli operatori sanitari e sociali hanno l'obbligo, in qualità di pubblici ufficiali di denunciare per iscritto i reati procedibili d'ufficio dei quali vengono a conoscenza nel corso del loro lavoro (...) anche quando non è individuata la persona del presunto reo (...) senza ritardo". È obbligatorio inviare una segnalazione alla Procura Ordinaria e alla Procura presso il Tribunale per i Minorenni (reati procedibili d'ufficio come l'abuso sessuale e il maltrattamento fisico) qualora la violenza sia riferita a fatti che possono costituire ipotesi di reato avvenuti nell'ambito familiare o avvenuti ad opera di persone estranee alla famiglia, ma in presenza di gravi elementi di trascuratezza da parte dei genitori. Nel caso in cui la violenza sia riferita a fatti che, seppur non costituendo reato, evidenziano segnali o situazioni di pregiudizio, grave trascuratezza o maltrattamento, la segnalazione deve essere inviata alla Procura presso il Tribunale dei Minorenni. La comunicazione al Servizio Sociale territoriale, ancorché non obbligatoria, è comunque fortemente raccomandata per consentire una rapida attivazione della "rete" al fine di dare concreti supporti a tutela del minore (Istituto Superiore di Sanità, 2019).

La segnalazione/denuncia è l'atto attraverso il quale si informa l'Autorità Giudiziaria di fatti che, se veri, costituiscono reato e non implica la certezza che il reato sia avvenuto essendo sufficiente un contesto indiziario che vada oltre il semplice sospetto soggettivo. Nella misura in cui è possibile essere precisi, la segnalazione/denuncia deve essere obiettiva e analitica e deve descrivere:

- le condizioni sanitarie della vittima
- la natura delle lesioni

- le dichiarazioni
 - gli atteggiamenti e i comportamenti personali del minore (Commissione Europea, 2012).
- I settori sanitari, sociali e legali hanno ruoli importanti nel processo di presa in carico del minore. Ciascun ente dovrebbe condividere le informazioni raccolte sul caso con le altre strutture. Un intervento che coinvolga una pluralità di settori può essere compromesso se uno solo dei suoi elementi è debole. È quindi importante sviluppare tutti i settori in eguale misura (OMS, 2006).

La legge 19 luglio 2019 n. 69, recante “modifiche al codice penale, al codice di procedura penale e altre disposizioni in materia di tutela delle vittime di violenza domestica e di genere” ha inteso consentire una migliore tutela penale delle vittime di violenza domestica e di genere. Si parla di Codice Rosso poiché prevede che denunce e indagini riguardanti i casi di violenza contro donne e minori siano gestiti con urgenza e dunque in tempi brevi e celeri, in considerazione dell’allarme sociale e della tragicità degli esiti di tali forme di violenza. Proceduralmente la polizia giudiziaria, acquisita la notizia di reato, provvede a riferire immediatamente al pubblico ministero, anche in forma orale.

Se il livello di intervento relativo a segnalazione, protezione e valutazione delle vittime può essere ritenuto sufficientemente adeguato, non è così per la presa in carico terapeutica. I servizi territoriali riescono a farsi carico della prima parte di intervento di valutazione e protezione della vittima; molto meno riescono a far fronte alla presa in carico terapeutica. In alcuni casi la cura è delegata a centri convenzionati (del privato sociale) oppure a professionisti privati; soltanto una piccola parte riesce a essere presa in carico dal servizio pubblico (Save the Children Italia Onlus, 2017).

4.3 Codice Rosa

Il Codice Rosa nasce a Grosseto nel 2009 dalla collaborazione tra l’Azienda Sanitaria Locale (ASL) 9 e la Procura della Repubblica, con formazione congiunta del personale sociosanitario e della Procura. Nel 2015 viene approvata la Legge di Stabilità per il 2016, il cui articolo 1 contiene alcune novità in materia di contrasto alla violenza e si ispira all’esperienza di Codice Rosa di Grosseto, prevedendone la diffusione nazionale istituzionale, al fine di ridurre i tempi di indagine e di attivare tempestivamente la rete territoriale per la presa in carico successiva all’intervento di Pronto Soccorso. Il Codice Rosa, negli anni, ha permesso di far venire alla luce casi di violenza che avrebbero altrimenti rischiato di restare nell’ombra. Relativamente all’ambito sanitario, consiste in

un percorso di accesso e presa in carico da parte delle strutture del Sistema Sanitario, più spesso un Pronto Soccorso, riservato a vittime di maltrattamento e abuso quali donne, bambini, anziani e soggetti fragili in senso lato che hanno maggiori difficoltà a uscire da situazioni di violenza, a denunciare e talora anche a rendersi conto di essere vittime. Il Codice Rosa è un codice virtuale che si aggiunge ai normali codici di triage assegnati in Pronto Soccorso: viene assegnato, unitamente al codice di gravità, da personale addestrato a riconoscere segnali non sempre evidenti di una violenza subita, anche se non dichiarata. Il codice è visibile ai soli operatori sanitari e nel momento in cui viene attribuito rende operativa una équipe multidisciplinare (medici, infermieri, psicologi, assistenti sociali), avviando la presa in carico della vittima, secondo una sequenza di azioni e comportamenti da adottare con tempestività, rispetto della privacy, scandite da protocolli operativi locali. Tutti gli assistiti per cui si attiva il Codice Rosa vanno accompagnati nella stanza loro dedicata: le cure devono essere prestate in ambiente riservato (“stanza codice rosa”); a queste persone vengono garantiti immediate cure sanitarie, protezione e sostegno psicologico, mettendole in sicurezza tramite la rete delle strutture preposte (Servizio Sociale Comune, Centri Antiviolenza, Forze dell’ordine). È dunque fondamentale il ruolo dei professionisti sanitari, in special modo nei Pronto Soccorso, sia dal punto di vista dell’assistenza clinico-assistenziale ma anche dal punto di vista emotivo, per il supporto psicologico e per la presa di coscienza e lo svelamento della situazione di violenza (supporto, raccolta prove di natura forense e medico legale) (Istituto Superiore di Sanità, 2019).

5. DISCUSSIONE E CONCLUSIONI

Secondo le indicazioni dell'OMS è essenziale che chi si rivolge ad una struttura sanitaria incontri operatori competenti e in grado di riconoscere, accogliere e gestire le vittime di violenze e abusi. I professionisti sanitari svolgono un ruolo significativo nell'identificazione e nella segnalazione degli abusi sui minori; tuttavia diversi studi hanno evidenziato comportamenti di mancata segnalazione tra questi operatori, evidenziando difficoltà nell'identificazione e nella segnalazione di casi sospetti. Gli infermieri costituiscono il gruppo più numeroso di professionisti sanitari, ed operando in molteplici ambiti professionali possono più frequentemente entrare in contatto con bambini che sono a maggior rischio di abuso.

La violenza sui minori, nelle diverse forme di espressione, è purtroppo molto diffusa ed in crescita a livello globale, ma è nello stesso tempo difficilmente rilevabile sia per meccanismi culturali di minimizzazione e negazione, sia perché si verifica prevalentemente nel contesto familiare, con il rischio di restare inespresa e invisibile, ampliando e cronicizzando i danni sul piano fisico e psicologico delle vittime. La letteratura scientifica evidenzia come l'esposizione quanto più prolungata a condizioni di maltrattamento, abuso e incuria, caratterizzate spesso da brutalità e crudeltà, possano far aumentare drammaticamente la probabilità di insorgenza di disturbi psicologici quali inquietudine, malessere, depressione, autolesionismo, ideazione suicidaria; talvolta le vittime si rifugiano in illusorie vie di fuga rappresentate da alcool e sostanze stupefacenti, con gravi ripercussioni sul piano fisico. Gli abusi sul minore costituiscono quindi un grave problema di salute pubblica i cui esiti di morbilità e mortalità sono difficili da stimare nella loro reale portata; tutti i tipi di abuso sono dannosi per i bambini, fisicamente, emotivamente e psicologicamente. I professionisti sanitari devono pertanto essere consapevoli della portata del problema e attenti agli indicatori di abuso sui minori, così da poter fornire appropriati interventi per migliorare i risultati di salute psico-fisica e sociale per questi bambini.

La Convenzione ONU sui diritti dell'infanzia e dell'adolescenza, approvata dall'Assemblea Generale delle Nazioni Unite il 20 novembre 1989 e ratificata dall'Italia il 27 maggio 1991 con la Legge 176, riconosce ad ogni bambino e adolescente il diritto alla protezione da ogni tipo di abuso, sfruttamento e violenza. Occorre quindi implementare la prevenzione primaria del fenomeno attraverso azioni e campagne di

informazione, formazione e sensibilizzazione indirizzate ai minori ed agli adulti, alle scuole, alle istituzioni, alle comunità locali, alle associazioni del terzo settore. A questo proposito gli organismi internazionali insistono sulla necessità della prevenzione dell'abuso all'infanzia, raccomandando un'implementazione del sistema di monitoraggio del fenomeno per trarne una conoscenza rigorosa, necessaria alla predisposizione di programmi di prevenzione mirati.

Allo stesso tempo, considerate le dimensioni quantitative e qualitative dell'abuso sui minori e considerandone anche la forte sottostima, occorre agire a livello di prevenzione secondaria per intervenire precocemente quando si manifestano e intercettano i primi segni di abuso e traumatismo ed a livello di prevenzione terziaria per ridurre il danno prodotto dalla violenza interpersonale, tramite la presa in carico del sistema relazionale abusante. In questi due ultimi livelli è preponderante il contributo dei professionisti sanitari che devono pertanto essere dotati degli strumenti che la specifica letteratura ha indicato come efficaci ed efficienti.

Ogni episodio di maltrattamento infantile costituisce uno scenario a sé, con le proprie peculiarità, problematiche e ripercussioni: per questo, è necessario adottare trattamenti ed interventi personalizzati e congrui alla storia che lo caratterizza. Le diverse istituzioni devono pertanto essere in grado di adeguare ed adattare i provvedimenti richiesti alla singolarità di ogni scenario, assicurandosi che sia i minori che le figure che circondano la vittima ricevano un sostegno pertinente alle circostanze.

La ricerca inerente all'abuso e maltrattamento sui minori è in continuo progresso e di pari passo dovrebbe procedere l'azione volta a formare ed aggiornare i professionisti sanitari inclusi nel percorso di riconoscimento e presa in carico del caso: i governi, le istituzioni e le aziende sanitarie devono investire nella formazione continua di chi svolge la propria professione a stretto contatto con i minori e con il nucleo familiare.

Ogni bambino che proteggiamo oggi è una speranza che accendiamo per il domani. Non possiamo permettere che l'indifferenza o le scarse conoscenze spengano la luce che può illuminare il futuro, cambiando il percorso di una vita ed il destino del mondo intero.

BIBLIOGRAFIA

- Berchtold, M. B., Wüthrich, C., Garcia, D., Berger, S., & Löllgen, R. M. (2023). Nurses' and physicians' reported difficulties and enablers to recognising and reporting child abuse in Swiss paediatric emergency and paediatric surgery departments - an observational study. *Swiss medical weekly*, 153, 40017. <https://doi.org/10.57187/smw.2023.40017> -
- Bragança-Souza, K. K., Lopes de Lisboa, J., Silva-Oliveira, F., Soares Nunes, L., Ferreira E Ferreira, E., Gomes, V. E., & Zarzar, P. M. P. A. (2024). Health Professionals: Identifying and Reporting Child Physical Abuse-a Scoping Review. *Trauma, violence & abuse*, 25(1), 327–340. <https://doi.org/10.1177/15248380221150949>
- Chen, C. J., Chen, Y. W., Chang, H. Y., & Feng, J. Y. (2022). Screening Tools for Child Abuse Used by Healthcare Providers: A Systematic Review. *The journal of nursing research: JNR*, 30(1), e193. <https://doi.org/10.1097/JNR.0000000000000475>
- Chiesa, A., & Goldson, E. (2017). Child Sexual Abuse. *Pediatrics in review*, 38(3), 105–118. <https://doi.org/10.1542/pir.2016-0113>
- Christian, C. W., & Committee on Child Abuse and Neglect, American Academy of Pediatrics (2015). The evaluation of suspected child physical abuse. *Pediatrics*, 135(5), e1337–e1354. <https://doi.org/10.1542/peds.2015-0356>
- Cismai, Commissione scientifica Violenza Assistita. (2000). Il Raccordo, bollettino del Coordinamento italiano dei servizi contro il maltrattamento e l'abuso all'infanzia, n. 6, maggio 2000. <https://cismai.it/documento/archivio-cismai-tutti-i-numeri-del-bollettino-il-raccordo-dal-1998-al-2003/>
- European Commission. 2012. "Protecting infants and toddlers from domestic violence: Development of a diagnostic protocol for infant and toddler abuse and neglect and its implementation to public health system". <https://www.intovian.eu/>
- Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards, V., Koss, M. P., & Marks, J. S. (2019). REPRINT OF: Relationship of Childhood Abuse and Household Dysfunction to Many of the Leading Causes of Death in Adults: The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *American journal of preventive medicine*, 56(6), 774–786. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2019.04.001>
- Gonzalez, D., Bethencourt Mirabal, A., & McCall, J. D. (2023). Child Abuse and Neglect. In StatPearls. StatPearls Publishing. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29083602/>
- Istituto Superiore di Sanità. (2019). Rapporti Istisan 19/29. Violenza e abuso su minore: modelli di intervento sanitario in Pronto Soccorso <https://www.iss.it/documents/20126/0/19-29+web.pdf/e622fca9-4c92-930c-1bf9-6f23c390f77e?t=1585917277528>
- Herold, B., St Claire, K., Snider, S., & Narayan, A.(2018). Integration of the Nurse Practitioner Into Your Child Abuse Team. *Journal of pediatric health care: official publication of National Association of Pediatric Nurse Associates & Practitioners*, 32(3), 313-318. <https://doi.org/10.1016/j.pedhc.2018.01.005>

- Hoytema van Konijnenburg, E. M., Vrolijk-Bosschaart, T. F., Bakx, R., & Van Rijn, R. R. (2016). Paediatric femur fractures at the emergency department: accidental or not?. *The British journal of radiology*, 89(1061), 20150822. <https://doi.org/10.1259/bjr.20150822>
- Jackson, A. M., Kissoon, N., & Greene, C. (2015). Aspects of abuse: Recognizing and responding to child maltreatment. *Current Problems in Pediatric and Adolescent Health Care*, 45(3), 58–70. <https://doi.org/10.1016/j.cppeds.2015.02.001>
- Lee, P. Y., & Lee, B. O. (2022). Effectiveness of simulation-based education on nursing students' professional knowledge, attitude and self-confidence in handling child abuse cases. *Nurse education in practice*, 65, 103480
<https://doi.org/10.1016/j.nepr.2022.103480>
- Lines, L. E., Grant, J. M., & Hutton, A. (2020). Nurses' perceptions of systems and hierarchies shaping their responses to child abuse and neglect. *Nursing inquiry*, 27(2), e12342. <https://doi.org/10.1111/nin.12342>
- Manan, M. R., Rahman, S., Komer, L., Manan, H., & Iftikhar, S. (2022). A Multispecialty Approach to the Identification and Diagnosis of Nonaccidental Trauma in Children. *Cureus*, 14(7), e27276. <https://doi.org/10.7759/cureus.27276>
- Martinelli L., Giannotta F., Soavi G., Briganti R., Crippa A., Patrizio M. (2021). Indagine nazionale sul maltrattamento dei bambini e degli adolescenti in Italia - Risultati e prospettive. Autorità Garante per l'Infanzia e l'Adolescenza - Cismai - Fondazione Terre des Hommes Italia. <https://www.garanteinfanzia.org/sites/default/files/ii-indagine-nazionale-maltrattamento-2021.pdf>
- Milano GP, Vianello FA, Cantoni B et al., (2016). New program for identification of child maltreatment in emergency department: preliminary data, *Italian Journal of Pediatrics*, 42:66. <https://doi.org/10.1186/s13052-016-0275-2>.
- Organizzazione Mondiale della Sanità. (2006). “Preventing Child Maltreatment: a guide to taking action and generating evidence”.
https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/43499/9241594365_ita.pdf?sequence=3&isAllowed=y
- Organizzazione Mondiale della Sanità. (2014). Rapporto sullo stato globale della prevenzione della violenza. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241564793>
- Polizia Postale e delle Comunicazioni e dei Centri Operativi Sicurezza Cibernetica. (2023). Resoconto attività 2023.
https://www.commissariatodips.it/docs/RESOCONTO_ATTIVITA_2023.pd
- Provincia Autonoma di Trento. (2018). Il maltrattamento in età evolutiva. Definizione, cause, diffusione, prevenzione. A cura di: Diana Manuela Gurgu, Federica Rottaris, Laura Battisti, Pirous Fateh-Moghadam.
<https://www.trentinosalute.net/content/download/18185/280018/file/maltrattamentiWEB.pdf>
- Regione Emilia-Romagna. (2013). Linee di indirizzo regionali per l'accoglienza e la cura di bambini e adolescenti vittime di maltrattamento/abuso.

[https://www.minori.gov.it/sites/default/files/linee di indirizzo maltrattamento abuso.pdf](https://www.minori.gov.it/sites/default/files/linee_di_indirizzo_maltrattamento_abuso.pdf)

- Save the Children Italia Onlus. (2017). Le relazioni pericolose. Indagine sullo stato del maltrattamento e dell'abuso intrafamiliare. Testo redatto da: Valeria Confalonieri Francesca Romana Marta.

<https://retezerosei.savethechildren.it/wp-content/uploads/2017/07/rapporto-violenza-DEF-5-digit-low.pdf>

- Schönbucher, V., Maier, T., Held, L., Mohler-Kuo, M., Schnyder, U., & Landolt, M. A. (2011). Prevalence of child sexual abuse in Switzerland: A systematic review. *Swiss Medical Weekly*, 140, w13123. <https://doi.org/10.4414/smw.2011.13123>

- Shekdar K. (2016). Imaging of Abusive Trauma. *Indian journal of pediatrics*, 83(6), 578–588. <https://doi.org/10.1007/s12098-016-2043-0>

- Società Italiana di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza S.I.N.P.I.A. (2007). Gruppo di lavoro sugli abusi in età evolutiva, *linee guida in tema di abuso sui minori*. https://sinpia.eu/wp-content/uploads/2019/02/2007_1.pdf

- Suniega, E. A., Krenek, L., & Stewart, G. (2022). Child Abuse: Approach and Management. *American family physician*, 105(5), 521–528.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35559624/>

- Terre des Hommes Italia. (2024). Dossier InDifesa.

https://terredeshommes.it/indifesa/pdf/Dossier_indifesa_tdh_2024.pdf

- Walsh, K., Eggins, E., Hine, L., Mathews, B., Kenny, M. C., Howard, S., Ayling, N., Dallaston, E., Pink, E., & Vagenas, D. (2022). Child protection training for professionals to improve reporting of child abuse and neglect. *The Cochrane database of systematic reviews*, 7(7), CD011775. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD011775.pub2>

- Zusman, N., & Saporta-Sorozon, K. (2022). Organizational factors affecting nurses' tendency to report child abuse and neglect. *Public health nursing (Boston, Mass.)*, 39(3), 601–608. <https://doi.org/10.1111/phn.13030>