

*Ai miei genitori,
Aria, terra e mare. Ali di libertà e radici d'amore.
Ai sacrifici di una vita intera per la mia libertà.
A mia sorella, la mia metà
per me sei l'amore autentico e incondizionato.
Oggi questo traguardo lo dedico a voi.*

INDICE

Capitolo 1: Il maltrattamento	1
1.1: Definizione di maltrattamento e classificazione	1
1.2: Epidemiologia	6
1.3: Fattori di rischio	7
1.4: Cause e conseguenze fisiche e psicofisiche del maltrattamento	10
Capitolo 2: Gestione e riconoscimento del bambino maltrattato in pronto soccorso	12
2.1: In triage	12
2.2: Il codice rosa	14
2.3: Competenze e responsabilità infermieristica, approccio al bambino maltrattato ...	16
2.4: La valutazione fisica e psicologica	20
2.5: Interventi infermieristici	25
Capitolo 3: La revisione della letteratura	30
3.1: Introduzione	30
3.2: Obiettivi	32
3.3: Materiali e metodi	32
3.3.1 Disegno di studio	32
3.3.2 Strategie di ricerca	32
3.3.3 Criteri di inclusione ed esclusione	33
3.3.4 Screening degli articoli	34
3.3.5 Prisma	34
3.3.6 Sintesi dei dati	34
3.4: Risultati	35
3.4.1 Caratteristiche degli studi inclusi	45
3.5: Discussioni	47
3.6: Conclusioni	50
3.6.1. Implicazioni alla pratica clinica	50
Bibliografia	52
Ringraziamenti	55

Introduzione

«Per maltrattamento all'infanzia si intendono tutte le forme di cattiva cura fisica e affettiva, di abusi sessuali, di trascuratezza o di trattamento trascurante, di sfruttamento commerciale o altre, che comportano un pregiudizio reale o potenziale per la salute del bambino, per la sua sopravvivenza, il suo sviluppo o la sua dignità nel contesto di una relazione di responsabilità, di fiducia o di potere». (OMS,1999). Il maltrattamento infantile è un problema reale e nascosto che non sempre viene provocato da estranei, bensì avviene prevalentemente in modo continuo e impercettibile all'interno delle case e gli autori dell'evento sono proprio i genitori o comunque persone care al bambino. Questi fatti solitamente non vengono divulgati, l'aggressore o il responsabile preferisce occultarli, quindi anche in caso di necessità mediche il minore viene portato tardivamente alla visita e la storia raccontata non coincide con la realtà alla quale ci si trova di fronte. Per questo motivo l'identificazione del maltrattamento e la rilevazione dei segni e sintomi correlati non sono facili da effettuare e di conseguenza il dubbio spesso non sorge e la segnalazione non avviene. Ogni evento di natura maltrattante, specialmente se sperimentato precocemente e ripetutamente nelle relazioni primarie di cura, cioè con le figure che dovrebbero garantire sicurezza, affidabilità, stabilità, contenimento affettivo ed emotivo, in carenza o assenza di fattori protettivi e di "resilienza" nel bambino, produce trauma psichico/interpersonale, che colpisce e danneggia le principali funzioni dello sviluppo, provoca una grave deprivazione del potere e del controllo personale, una rilevante distorsione dell'immagine di sé e del mondo circostante (Courtois e Ford, 2009; Malacrea, 2002; Van der Kolk, 2005). L'obiettivo del presente studio è quello di revisionare gli studi pubblicati relativi alla presa in carico e conseguente gestione assistenziale, da parte del personale infermieristico, del bambino vittima di maltrattamento che giunge in pronto soccorso.

Capitolo 1: Il maltrattamento

1.1: Definizione di maltrattamento e classificazione

Per maltrattamento sui bambini e gli adolescenti s'intendono "tutte le forme di cattiva salute fisica e/o emozionale, abuso sessuale, trascuratezza o negligenza o sfruttamento commerciale o altro che comportano un pregiudizio reale o potenziale per la salute del bambino, per la sua sopravvivenza, per il suo sviluppo o per la sua dignità nell'ambito di una relazione caratterizzata da responsabilità, fiducia o potere" (WHO, 2002). La storia dei diritti dei minori e della loro rappresentanza nella società è piuttosto recente, legata a mutamenti culturali e allo sviluppo delle scienze psicologiche; prende corpo a partire da una maggiore considerazione del bambino come persona, dal conseguente mutamento della sua rappresentazione nel mondo adulto e dal ruolo assegnatogli nella società (Bianchin M. et al, 2013). Nello stesso tempo si è consolidata una conoscenza scientifica sugli effetti del maltrattamento in età evolutiva, fino alle ricerche più recenti delle neuroscienze che ne evidenziano le dannose implicazioni a livello neurologico e le alterazioni sullo sviluppo cerebrale (Courtois & Ford, 2009; Felitti et al., 2012). Ogni evento di natura maltrattante specialmente se sperimentato precocemente e ripetutamente nelle relazioni primarie di cura, cioè con le figure che dovrebbero garantire sicurezza, affidabilità, stabilità, contenimento affettivo ed emotivo, in carenza o assenza di fattori protettivi e di "resilienza" nel bambino, produce trauma psichico/interpersonale, che colpisce e danneggia le principali funzioni dello sviluppo provoca una grave deprivazione del potere e del controllo personale, una rilevante distorsione dell'immagine di sé e del mondo circostante. In ogni caso costituisce sempre un attacco confusivo e destabilizzante alla personalità in formazione (Courtois e Ford, 2009; Malacrea, 2002; Van der Kolk, 2005).

Classificare le varie forme di maltrattamento all'infanzia (Montecchi, 2002; WHO, 2006; SINPIA, 2007) è utile per fini esemplificativi, ma è opportuno ribadire che il minore è più frequentemente vittima di "costellazioni" maltrattanti multiformi.

Il maltrattamento può esprimersi in:

- maltrattamento fisico
- maltrattamento psicologico

- violenza assistita
- abuso sessuale
- abuso “on line”
- patologie delle cure (incuria/trascuratezza grave, discuria, ipercura)
- bullismo e cyber bullismo.

Maltrattamento fisico:

Per maltrattamento fisico s'intende il ricorso sistematico alla violenza fisica come aggressioni, punizioni corporali o gravi attentati all'integrità fisica, alla vita del bambino/adolescente e alla sua dignità (WHO, 2006). Non sempre il maltrattamento fisico lascia segni evidenti sul corpo del bambino e anche quando questi sono presenti, possono non essere facilmente visibili o immediatamente interpretabili in maniera corretta. Le lesioni possono essere a carico di diversi organi e apparati configurando quadri clinici diversi (fratture, lesioni cutanee, concussione cranica e “sindrome dello Shaken baby”, danni profondi viscerali) (Baronciani et al, 2013).

Maltrattamento psicologico:

Per maltrattamento psicologico s'intendono i comportamenti e le frasi che si configurano come pressioni psicologiche, ricatti affettivi, minacce, intimidazioni, discriminazioni, indifferenza, rifiuto volti a provocare umiliazione, denigrazione e svalutazione in modo continuato e duraturo nel tempo. E'una forma molto insidiosa di violenza perché difficilmente rilevabile e può essere associata ad altre forme di maltrattamento. Rientra in tale categoria anche il coinvolgimento del figlio minore nelle separazioni coniugali altamente conflittuali, che comportano il suo attivo coinvolgimento in strategie volte a denigrare, svalutare, alienare, rifiutare un genitore (Montecchi, 2005). Il maltrattamento psicologico, nel tempo, mina profondamente la struttura di personalità in formazione, il senso di autostima del bambino e dell'adolescente, le sue competenze sociali e, più in generale, la sua rappresentazione del mondo (Bianchin M. et al, 2013).

Violenza assistita:

Per violenza assistita s'intende l'attuare, da parte del bambino, qualsiasi forma di maltrattamento compiuto attraverso atti di violenza fisica, verbale, psicologica, sessuale ed economica su figure di riferimento o su altre figure affettivamente significative adulte e minori. S'includono le violenze messe in atto da minori su minori o su altri membri della famiglia, gli abbandoni e i maltrattamenti ai danni di animali domestici. Il bambino può fare esperienza di tali atti direttamente (quando avvengono nel suo campo percettivo) oppure indirettamente quando ne è a conoscenza o ne percepisce gli effetti (CISMAI, 2003). La violenza assistita rappresenta un fattore di rischio altamente predittivo per le altre forme di maltrattamento. Nelle situazioni più gravi, le madri e i figli possono venire uccisi, anche per la tendenza del fenomeno a prefigurarsi come un'escalation in termini di danno prodotto e pericolosità (Bertotti, 2005).

Abuso sessuale:

Per abuso sessuale s'intende qualsiasi approccio o azione di natura sessuale che coinvolga un bambino o un adolescente e/o che causi in lui disagio o sofferenza psicologica, incluse le più sfumate manifestazioni seduttive ed erotizzate che il bambino non può comprendere e decodificare. A seconda del rapporto esistente tra il bambino e l'abusante, l'abuso sessuale può suddividersi in (Bianchin M. et al, 2013):

In base al rapporto esistente tra il minore e l'abusante, l'abuso sessuale può suddividersi in:

- intra-familiare, attuato da membri della famiglia nucleare o allargata
- peri-familiare, attuato da persone conosciute dal minore, comprese quelle a cui è affidato per ragioni di cura/educazione.
- extra-familiare, se l'abusante è una figura estranea all'ambiente familiare e al minore. L'abuso sessuale è raramente un atto violento che lascia segni fisici.

La valutazione medica rappresenta solo un aspetto di questo complesso percorso diagnostico che deve necessariamente essere multidisciplinare (Bianchin M. et al, 2013).

Abuso “on line”:

Per abuso “on line” si intende ogni forma di abuso sessuale su minori perpetrata attraverso internet e la documentazione di immagini, video, registrazioni di attività sessuali esplicite, reali o simulate. L'utilizzo abituale da parte dei bambini e dei ragazzi delle nuove tecnologie e di internet in particolare, se da una parte rappresenta un'opportunità di ampliare le possibilità di esperienza e di relazione, dall'altra ha modificato le modalità di comunicare e si è rivelato lo scenario di possibili forme di violenza anche molto gravi come l'abuso sessuale (Wolak, Mitchell, & Finkelhor, 2006).

Patologia delle cure:

Per patologia delle cure s'intendono quelle condizioni in cui i genitori o le persone legalmente responsabili del bambino/adolescente non provvedono adeguatamente ai suoi bisogni fisici, psichici e affettivi, in rapporto alla fase evolutiva (Bianchin M. et al, 2013).
Comprende:

- Incuria/Trascuratezza grave:

Per incuria/trascuratezza grave s'intende qualsiasi atto omissivo prodotto da una grave incapacità del genitore nel provvedere ai bisogni del figlio, che comporta un rischio 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. E' spesso non rilevata e scarsamente riconosciuta, frequentemente associata ad altre forme di maltrattamento. Tuttora scarsi sono i protocolli e le raccomandazioni prodotte per il contrasto del fenomeno, nonostante sia ormai condiviso e riconosciuto dalla letteratura scientifica che la trascuratezza grave può essere non meno dannosa di altre forme di maltrattamento (Bianchin M. et al, 2013).

- Discuria:

Si realizza quando le cure vengono fornite in modo distorto, non appropriato o congruo al momento evolutivo, tali da indurre un anacronismo delle cure, l'imposizione di ritmi di acquisizione precoci, aspettative irrazionali, eccessiva iperprotettività (Bianchin M. et al, 2013).

-Ipercure:

Si realizza quando le cure fisiche sono caratterizzate da una persistente ed eccessiva medicalizzazione da parte di un genitore, generalmente la madre e si distinguono le seguenti (Bianchin M. et al, 2013):

- il “Medical Shopping per procura”: è una condizione nella quale uno o entrambi i genitori, molto preoccupati per lo stato di salute del bambino a causa di segni/sintomi modesti, lo sottopongono a inutili ed eccessivi consulti medici;
- “Chemical Abuse”: vengono somministrate al bambino dai genitori, di propria iniziativa, sostanze o farmaci che possono essere dannose allo scopo di provocare sintomi che richiamino l’attenzione dei sanitari;
- “Sindrome di Münchausen per procura (MPS)”: un genitore, generalmente la madre, attribuisce al figlio malattie inesistenti, frutto di una convinzione distorta circa la propria salute, poi trasferita sul bambino che tende successivamente a colludere con questo atteggiamento simulando i sintomi di malattie. La diagnosi è spesso difficile e tardiva, complice la frequente incredulità e la involontaria collusione dei medici, ed elevata la mortalità

Bullismo e cyberbullismo:

Con il termine “bullismo” si intende: “quei comportamenti offensivi e/o aggressivi che un singolo individuo o più persone mettono in atto, ripetutamente nel corso del tempo, ai danni di una o più persone con lo scopo di esercitare un potere o un dominio sulla vittima.” (Fonzi, 1997). In questa definizione è implicito il concetto di intenzionalità da parte dell'autore delle offese, vere e proprie forme di abuso che creano disagio e un danno fisico o psicologico nelle vittime. “La differenza tra le normali dispute tra bambini o adolescenti e gli atti di bullismo veri e propri consiste nella predeterminazione e nell'intenzionalità che caratterizzano questi ultimi, nella ripetitività nel tempo, nonché nella soddisfazione che gli autori di tali abusi ne traggono, nello squilibrio di potere tra il bullo e la vittima, con l’affermazione della supremazia del bullo sulla vittima (in termini di età, forza fisica, numerosità, ecc.)” (Cullingford e Morrison, 1995).

Inoltre l’uso improprio delle nuove tecnologie per colpire intenzionalmente persone indifese è stato definito “cyberbullismo”. Esso descrive un atto aggressivo, intenzionale condotto da un individuo o un gruppo usando varie forme di contatto elettronico, ripetuto nel tempo contro una vittima che non può facilmente difendersi. L’aggressore può agire

nell'anonimato e può diffondere le offese attraverso il web raggiungendo un pubblico potenzialmente illimitato (Smith et al., 2008).

1.2: Epidemiologia

Nel 1962 il dottor Henry Kempe, pediatra statunitense precursore del movimento di tutela dei minori, coniò la definizione di **Battered Child Syndrome** per indicare una particolare condizione clinica tipica di bambini piccoli, di solito di età inferiore ai 3 anni, che mostrano fratture multiple in diverso stadio di consolidamento, ematomi subdurali e lesioni dei tessuti molli, per le quali i genitori non riescono a dare che spiegazioni inconsistenti e inadeguate, facendo quindi emergere il sospetto di maltrattamento. Nel 1972 lo stesso Kempe sostituì la definizione di Battered Child con quella di Children Abuse And Neglect, che meglio e più completamente raccoglieva i vari aspetti del maltrattamento, non limitandosi solo a quelli di natura fisica (Di Renzo E, 2012). In Italia è possibile rilevare in modo ufficiale solo l'abuso e lo sfruttamento sessuale dei minori, ma attualmente non si riesce a quantificare altre forme di maltrattamento quali, ad esempio, l'incuria e la violenza psicologica, per la mancanza di registri di monitoraggio. Emerge dunque solo la punta di un iceberg, la cui parte sommersa tende a rimanere tale per una serie di motivi, primi tra tutti il legame affettivo che spesso lega l'abusante all'abusato. La maggior parte delle violenze, di qualunque natura esse siano, si verificano nell'ambito della famiglia e il timore da parte degli operatori sanitari di commettere un errore di giudizio, con le conseguenze che ciò comporterebbe nel caso in cui il sospetto si rivelasse infondato. Ancora, tra le altre cause di sottostima ricordiamo gli errori diagnostici, ad esempio nei casi di trauma cranico lieve; la riluttanza a riferire di un sospetto abuso; l'idea soggettiva e sociale di abuso; la possibilità che danni meno evidenti e quindi non tali da richiedere un intervento medico possano rimanere misconosciuti e non identificati. Nella realtà il maltrattamento del bambino dovrebbe essere considerato a tutti gli effetti un problema di salute pubblica, dal momento che esso rappresenta la seconda causa di morte nei bambini di età compresa tra 1 e 6 mesi (dopo la SIDS) e la seconda causa di morte di quelli di età compresa tra 1 e 5 anni (dopo gli incidenti). Nel 2004 negli USA sono stati 152.250 i casi di bambini e adolescenti vittime di abuso fisico¹. Le vittime sono tutte di sesso femminile, hanno un'età compresa tra 2 e 17 anni, sono prevalentemente di nazionalità italiana e in 10 casi su 15 l'abusante era un familiare o un conoscente: i luoghi in cui si verifica un abuso sessuale sono infatti, in primo luogo, la

famiglia o comunque un contesto sociale conosciuto dal minore. Dati emergenti evidenziano che l'età media delle vittime è scesa da 10-12 anni a 5-6 anni, che si tratta soprattutto di bambine e che spesso ci sono precedenti familiari (ad esempio fratelli maggiori già abusati) (V. Tromba, C. Moretti, 2012).

1.3: Fattori di rischio

Nessun fattore singolo di per sé può spiegare perché alcuni individui abbiano comportamenti violenti verso i minori o perché il maltrattamento sui minori appaia essere prevalente in certe comunità rispetto ad altre. Così come accade per altre forme di violenza, il maltrattamento sui minori viene compreso meglio se si analizzano le complesse interazioni di diversi fattori a differenti livelli, un passaggio che è essenziale per affrontare efficacemente il problema del maltrattamento sui minori. Il primo livello del modello, relativo ai fattori individuali, si concentra sulle variabili biologiche come età e sesso, associate a fattori della storia personale che possano influenzare la suscettibilità individuale al maltrattamento sui minori (WHO,2006).

Fattori individuali

Un maggiore rischio di maltrattamento sui minori è associato alla presenza di alcuni fattori di rischio individuali. Questi fattori includono genitori o persone che si prendono cura dei minori che (WHO,2006):

- hanno difficoltà a costruire il legame affettivo con il neonato, conseguentemente, per esempio ad una gravidanza difficile, a complicazioni alla nascita o a un senso di delusione nei confronti del bambino;
- non dimostrano qualità educative verso il bambino;
- sono stati maltrattati da bambini;
- mostrano una mancanza di consapevolezza dello sviluppo del bambino o che hanno aspettative irrealistiche che impediscono la comprensione dei bisogni e dei comportamenti del bambino – per esempio, interpretando il comportamento scorretto del bambino come intenzionale, invece che come uno stadio del suo sviluppo;
- rispondono a un comportamento ritenuto scorretto con punizioni o azioni inappropriate, eccessive o violente;

- approvano punizioni corporali, quali mezzi di disciplina per i minori o credono nella loro efficacia;
- usano la punizione corporale per insegnare ai figli la disciplina;
- soffrono di problemi fisici o psicologici o sono affetti da disabilità cognitive che interferiscono con la loro capacità di crescere i figli;
- evidenziano una mancanza di auto controllo quando sono tristi o arrabbiati;
- abusano di alcool e droga, anche durante la gravidanza, il che incide negativamente sulla capacità di accudire i figli;
- sono coinvolti in attività criminali che danneggiano la relazione genitori e figli;
- sono socialmente isolati;
- sono depressi o evidenziano sentimenti di bassa stima di sé o inadeguatezza, sentimenti che possono essere acuiti dal non essere in grado di rispondere completamente ai bisogni del bambino e della famiglia

Fattori di rischio nel bambino

Affermando che alcuni fattori di rischio siano riconducibili al bambino, non significa che il bambino sia responsabile per il maltrattamento che subisce, ma piuttosto che potrebbe essere più difficile da crescere poiché (WHO, 2006):

- non è stato un bambino desiderato o non è stato in grado di soddisfare le aspettative o i desideri dei genitori, in termini per esempio, di sesso, aspetto fisico, temperamento o anomalie congenite;
- ha bisogni elevati, un bambino, ad esempio nato prematuramente, che piange costantemente, che ha una disabilità fisica o mentale, o una malattia cronica;
- piange in continuazione e non si è in grado di calmarlo e consolarlo facilmente;
- ha lineamenti fisici, come anomalie al viso, per i quali il genitore sente un'avversione e reagisce abbandonandolo;
- mostra sintomi di problemi di salute mentale

Fattori relazionali

Il secondo livello riguarda la composizione delle famiglie, la quale può variare ampiamente in relazione a circostanze singolari e alle norme della società locale. In molte comunità, il nucleo familiare “tradizionale”. I fattori di rischio per il maltrattamento sui minori che possono ricondursi alle relazioni con la famiglia, gli amici, i partner e i pari includono (WHO, 2006):

- mancanza della relazione padre-figlio e impossibilità ad instaurare un legame;
- separazioni, come problemi legati a un matrimonio o a una relazione intima, che sfociano in disturbi mentali del bambino o dell'adulto, tristezza, solitudine, tensione o controversie in ordine alla custodia;
- violenza nella famiglia tra genitori, tra bambini, o tra genitori e bambini;
- ruoli di genere e ruoli nelle relazioni intime, come il matrimonio, irrispettose di una o più persone all'interno della famiglia;
- discriminazione della famiglia in ragione dell'etnia, della religione, del genere, dell'età, dell'orientamento sessuale, della disabilità o dello stile di vita

Fattori di rischio relativi alla comunità

Le caratteristiche degli ambienti di comunità che sono associati ad un maggiore rischio di maltrattamento sui minori includono (WHO, 2006):

- mancanza di un alloggio o alloggio inadeguato;
- mancanza di servizi che supportino la famiglia e le istituzioni e che rispondano a bisogni particolari;
- alti livelli di disoccupazione;
- povertà

Fattori relativi alla società

I fattori, in una società, che possono contribuire all'incidenza del maltrattamento sui minori includono (WHO, 2006):

- politiche economiche, sociali sanitarie ed educative che danno luogo a standard di vita poveri, a disuguaglianze o instabilità socioeconomiche;
- norme sociali e culturali che promuovono o esaltano la violenza verso gli altri, compresa la punizione corporale, così come presentata dai media, nelle musiche popolari o nei videogiochi;
- norme sociali e culturali che richiedono ruoli di genere rigidi per gli uomini e per le donne

1.4: Cause e conseguenze fisiche e psicofisiche del maltrattamento

Le avversità infantili, caratterizzate da abusi, abbandono e disfunzioni familiari, sono un problema che esercita un impatto significativo sugli individui, sulle famiglie e sulla società. Prove crescenti suggeriscono che le esperienze infantili avverse (ACE) sono associate al declino della salute nell'età adulta. (Shaoyong Su et al, 2015).

Le conseguenze di natura fisica maggiormente riscontrate riguardano:

- Malattie sessualmente trasmesse
- Disturbi cardiaci: è stato dimostrato che l'esposizione a ripetuti eventi stressanti gravi e cronici (ad es. conflitto tra genitori) nella prima infanzia può provocare comportamenti anormali nei bambini e negli adolescenti, che possono cercare di ridurre la tensione o lo stress attraverso comportamenti evitanti, automedicativi (p. es., fumo o abuso di alcol), compulsivi (p. es., eccesso di cibo). Vi sono prove crescenti che i fattori della prima infanzia possono contribuire allo sviluppo delle malattie cardiovascolari, come i risultati di lesioni aterosclerotiche precoci negli adolescenti e nei giovani adulti, sviluppo di fattori di rischio CVD come obesità, pressione sanguigna e colesterolo nei neonati e nei bambini e prove che i marcatori della prima infanzia come il peso alla nascita e lo stato socioeconomico dell'infanzia (SES) possono essere marker di rischio. (Shaoyong Su et al, 2015).
- Disturbi respiratori cronici
- Disturbi epatici
- Danni cerebrali

Per quanto riguarda la sfera psicologica, ciò che caratterizza un evento di abuso perpetrato nelle prime fasi evolutive è l'irruzione, durante il percorso di crescita di fattori nocivi ed intrusivi, che possono influenzare profondamente e negativamente la strutturazione della personalità del bambino o dell'adolescente, provocando nel minore una condizione di estrema vulnerabilità emotiva e di confusione, che nel tempo può associarsi ad una molteplicità di manifestazioni sintomatologiche, come uno stato di ansia, bassa autostima, depressione, difficoltà scolastiche, problemi di somatizzazione. (Micalizzi C, 2017).

Le conseguenze psicologiche del maltrattamento infantile sono complesse, di entità differente in ciascun caso, e variano in relazione all'età del bambino, alla tipologia, alla durata, alla gravità degli episodi di abuso, al grado di familiarità tra la vittima e l'abusante e al tipo di supporto che riceve dalle figure di riferimento (Fish & Scott, 1999).

Per quanto riguarda le conseguenze comportamentali alcuni bambini vittime di abusi manifestano, in adolescenza, forme di delinquenza, comportamenti antisociali, gravidanze indesiderate e uso di droghe. I minori vittime di abusi in aggiunta sembrano manifestare facilmente idee di suicidio. Le manifestazioni psichiatriche/psicologiche che presentano un'associazione con la violenza sessuale subita durante la minore età comprendono il disturbo borderline di personalità, stati dissociativi, depressione, anomalie della condotta alimentare e disturbi d'ansia. In alcuni soggetti lo stress causato dagli abusi cronici ed intra familiari sembra portare ad una risposta di ipereccitazione in alcune aree cerebrali causando iperattività, disturbi del sonno, ansia, difficoltà di concentrazione e memoria ed una maggior vulnerabilità al disturbo post-traumatico da stress (Bisson JI et al, 2015).

Il disturbo post-traumatico da stress (PTSD) è associato a sindromi somatiche "mal definite" o "non spiegate dal punto di vista medico", ad esempio vertigini inspiegabili, acufeni e visione offuscata, e sindromi che possono essere classificate come disturbi somatoformi (DSM-IV -TR); e una serie di condizioni mediche, con una preponderanza di disturbi cardiovascolari, respiratori, muscolo-scheletrici, neurologici e gastrointestinali, diabete, dolore cronico, disturbi del sonno e altri disturbi immuno-mediati in vari studi. Il disturbo da stress post-traumatico è associato a instabilità limbica e alterazioni sia dell'asse ipotalamo-ipofisi-surrene che simpatico-midollare surrenale, che interessano le funzioni neuroendocrine e immunitarie, hanno effetti sul sistema

nervoso centrale che provocano sintomi pseudo-neurologici e disturbi della regolazione sonno-veglia e provocano una disregolazione del sistema nervoso autonomo. L'ipervigilanza, una caratteristica centrale del disturbo da stress post-traumatico, può portare a "sonno locale" o stati di eccitazione regionale, quando il paziente è parzialmente addormentato e parzialmente sveglio, e si manifesta come comportamenti motori e/o verbali complessi in uno stato parzialmente cosciente (Gupta M. A. 2013).

Capitolo 2: Gestione e riconoscimento del bambino maltrattato in pronto soccorso

2.1: In triage

E' abbastanza rara la denuncia di un minore che abbia subito maltrattamenti o peggiori abusi sessuali, ed è ancora più difficoltoso ottenere una deposizione della vittima che sia chiara, coerente e particolareggiata come richiede l'esigenza processuale e, contemporaneamente, affidabile, completa e priva di qualsiasi condizionamento come si prefiggono gli psicologi giuridici (Mancini M, 2007). Il contesto sanitario è spesso il primo luogo in cui la vittima di violenza entra in contatto con figure professionali e dove, a seconda delle capacità e sensibilità degli operatori, è possibile far emergere per la prima volta il fenomeno e prendere in carico la persona. L'emersione della violenza al Pronto soccorso, l'assistenza alle vittime e la loro presa in carico, sono quindi azioni fondamentali che necessitano di essere sistematizzate in un modello d'intervento che faccia riferimento ai principi, alle linee guida, alle raccomandazioni della convenzione di Istanbul e dell'OMS, alla normativa regionale e nazionale (Agostini A. et al, 2017). Sebbene il Pronto Soccorso rappresenti il bacino di prima accoglienza per le vittime di abuso, è facile comprendere che la natura stessa della struttura, dedicata alle urgenze, sovraccarica di lavoro e caratterizzata da necessità di rapidità nei processi decisionali, faccia sì che una diagnosi di sospetto abuso possa non essere intercettata (van Haeringen et al., 1998). Oltre all'elevata affluenza di pazienti, altri motivi di sottostima in Pronto Soccorso risultano essere: l'insufficiente formazione dei medici (anche pediatri), l'assenza del rapporto di fiducia tra il Personale Sanitario con il bambino e i suoi genitori, la carenza di privacy. Il mascheramento da parte degli aggressori, della famiglia o della stessa vittima rappresenta un altro ostacolo riscontrabile nell'abuso sui minori, così come

la resistenza psicologica ad ammettere un fenomeno ritenuto aberrante e lo scetticismo sull'efficacia degli interventi. Ultima, ma non per questo meno importante, l'inosservanza dei doveri di legge, che impongono l'obbligo di referto giudiziario ogniqualvolta un esercente la professione sanitaria sospetti un caso di abuso (Pitidis A. et al, 2019).

La figura che accoglie l'accesso e valuta il paziente per stabilire la priorità della visita medica, è l'infermiere di triage. La vittima di maltrattamento verrà accolta, con la massima tempestività e con la professionalità adeguata alla drammaticità e delicatezza della situazione, garantendo attenzione empatica, riservatezza, attenzione alla sicurezza della persona (Agostini A. et al, 2017).

Obiettivo del triage sarà, quindi, quello di riconoscere, filtrare, individuare. Il triage in questo particolare gruppo di pazienti non è solo "valutazione alla porta, valutazione soggettiva e oggettiva", ma l'osservazione critica legata all'identificazione degli accompagnatori, la valutazione delle reazioni parentali del bambino in presenza degli accompagnatori e l'identificazione e la valutazione di eventuali comportamenti anomali del paziente o dei suoi accompagnatori, acquisisce notevole importanza. La valutazione soggettiva modifica il suo classico metodo espositivo, lasciando maggiore spazio alla raccolta dati effettuata spontaneamente dal minore, qualora questi espliciti il racconto. Inoltre non viene effettuata nessuna forzatura e non debbono essere dati suggerimenti. Esistono alcuni indicatori che indirizzano il professionista nella rilevazione di parametri "sentinella", tuttavia tali indicatori non sono produttori se non contestualizzati in professionisti con formazione specifica in tema di maltrattamento ai minori e dove sussista una completa presa in carico collegiale del bambino all'interno della struttura di emergenza. Relativamente agli indicatori, quello che trova maggior sensibilità e specificità in ambito di Pronto Soccorso, è ESCAPE Form dello European Study of Cohorts for Air Pollution Effects (CORDIS UE, ESCAPE, 2008). Questo indicatore prende origine da un lavoro di ricerca sperimentato in 3 ospedali olandesi (Louwers et al., 2014). L'ESCAPE form (Pitidis A. et al, 2019) è composto da 6 domande che l'infermiere di triage si pone durante la procedura di accettazione, su tutti i pazienti che afferiscono alla struttura di Pronto Soccorso.

– La storia dichiarata è consistente?

- Vi è stato un ritardo alla richiesta di prestazione medica, in relazione allo stato clinico del paziente?
- Le lesioni riscontrate sul paziente sono compatibili con la storia e con lo sviluppo psico emotivo del bambino?
- I comportamenti tra il bambino e i suoi accompagnatori, sono adeguati?
- La valutazione “testa piedi” concorda con l’evento dichiarato?
- C’è qualche altra manifestazione che mette in dubbio la sicurezza del bambino o della famiglia?
 - In seguito la scelta del codice colore, deve essere fatta tenendo conto: innanzitutto della tipologia di accesso ovvero (violenza o maltrattamento) assegnando il codice rosa, e poi delle effettive condizioni cliniche della persona assegnando il codice colore appropriato; nell’assegnazione del codice colore però, è necessario tenere conto di alcune necessità legate alla condizione di “violenza” (Agostini A. et al, 2017):
 - Mettere in sicurezza la persona. In caso di minori, cercare di allontanare i familiari e se possibile rimanere soli con la vittima
 - Considerare la situazione psicologica della vittima (paura, ansia, colpevolizzazione)
 - La necessità, nel caso di violenza sessuale, di effettuare i prelievi di materiale biologico nell’intervallo più breve possibile da quando è stata commessa la violenza
 - L’eventuale profilassi contro l’HIV deve essere effettuata entro 1-4 ore
 - Predisporre la contraccezione d’urgenza, se necessario

2.2: Il codice rosa

Il Codice Rosa nasce nel 2010 nell’Azienda USL 9 di Grosseto come progetto pilota con la finalità di assicurare un più efficace coordinamento tra le diverse istituzioni e competenze per dare una risposta efficace già dall’arrivo della vittima di violenza in Pronto soccorso. Denominato Codice Rosa, dove il termine “rosa” non indica il colore, ma il fiore (“rosa bianca”) quale simbolo di persona, donna o uomo, vulnerabile alla violenza per le sue caratteristiche (handicap, età, genere, ecc) (Lorenzi L. et al, 2022).

Nel 2011 con la sottoscrizione del protocollo d'intesa tra la Regione Toscana e la Procura Generale della Repubblica di Firenze, diventa progetto regionale. Il Progetto regionale Codice Rosa, prevede percorsi gender sensitive di accoglienza, cura e tutela delle persone vittime di violenze e abusi. Nel gennaio 2014 si completa la diffusione a livello regionale con l'estensione della sperimentazione a tutte le Aziende sanitarie toscane. Il modello regionale toscano è stato poi esportato su tutto il territorio italiano al fine di promuovere una omogeneità di tutela delle vittime di violenza ed inserito in una norma apposita (Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 24 novembre 2017 “Linee guida nazionali per le Aziende sanitarie e le Aziende ospedaliere in tema di soccorso e assistenza socio-sanitaria alle donne vittime di violenza (GU Serie Generale n.24 del 30-01-2018) (Lorenzi L. et al, 2022). Il Codice Rosa identifica un percorso di accesso al pronto soccorso riservato a tutte le vittime di violenze che, a causa di particolari condizioni di fragilità, più facilmente possono diventare vittime di violenza e discriminazioni sessuali: donne, uomini, adulti e minori che hanno subito maltrattamenti e/o abusi. Il Codice Rosa non sostituisce quello di gravità, ma viene assegnato insieme a questo da personale addestrato a riconoscere segnali non sempre evidenti di una violenza subita anche se non esplicitamente dichiarata. Quando viene assegnato un Codice Rosa si attiva il gruppo operativo composto da personale sanitario (medici, infermieri e psicologi) e dalle forze dell'ordine (Busolin S. et al, 2016). L'intervento congiunto di questa task force permette di prestare immediate cure mediche e sostegno psicologico a chi subisce violenza, nel fondamentale rispetto della riservatezza. Questa attività congiunta avviene nella più ampia tutela della privacy e dei "tempi dei silenzi" delle vittime e nel rispetto della loro scelta sul tipo di percorso da seguire dopo le prime cure. Il compito principale del gruppo l'assistenza socio-sanitaria e giudiziaria alle vittime di violenza, con un'attenzione particolare a far emergere quei episodi di violenza in cui le vittime hanno difficoltà a raccontare di essere state oggetto di violenza da parte di terzi: una reticenza dovuta spesso alla paura di ritorsioni (Zambelli L, 2014).

Il codice rosa parte da una stanza dedicata all'interno del Pronto Soccorso, la Stanza Rosa, che non deve essere identificata come tale per ovvi motivi di riservatezza, è una sala visita riservata per i controlli e le consulenze mediche (saranno gli specialisti a raggiungere il/paziente), alla quale può accedere in alcuni casi specifici o su richiesta della vittima stessa, anche il personale di polizia giudiziaria delegato alle attività di indagine. Nella

Stanza vi sono kit già predisposti per esami biologici, refertamento fotografico, cartelle cliniche guidate, in grado di fornire dati utili anche per l’Autorità Giudiziaria, e supporti informatici accessibili alle Forze dell’Ordine. L’intervento congiunto di questa Task Force Interistituzionale permette di prestare immediate cure mediche e sostegno psicologico a chi subisce violenza, nel fondamentale rispetto della riservatezza. Repubblica con lo scopo di valorizzare la collaborazione interistituzionale. Il gruppo interforze nel “Percorso rosa” è anche in grado, attraverso procedure condivise (ASL, Procura, Forze dell’Ordine), di attuare sostegno, cura e contemporaneamente di assicurare un corretto repertamento degli elementi di prova, nel rispetto della vittima e con estrema tutela della sua privacy, ciò garantisce anche un’estrema riduzione dei tempi di indagine e processuali. In questo modo si riducono i tempi di indagine e si attiva la rete territoriale per la presa in carico successiva all’intervento di Pronto Soccorso. Per avere un corretto svolgimento della procedura però, bisogna dare uno sguardo alla formazione del personale, il quale ha avuto sin da subito un ruolo centrale nel Progetto. La formazione viene sempre effettuata congiuntamente con gli operatori dei vari enti, istituzioni e associazioni di volontariato che operano in sinergia nella Task Force Codice Rosa (Pitidis A. et al, 2019).

2.3: Competenze e responsabilità infermieristica, approccio al bambino maltrattato

Gli obiettivi dell’infermiere vanno dall’accoglienza e presa in carico del minore di cui vi sia un sospetto e/o dichiarato abuso/maltrattamento sino all’accompagnamento ai servizi socio-territoriali. L’approccio iniziale con il bambino, è finalizzato a (Piccotti E. 2019):

- stabilire una relazione positiva con il/la paziente
- trasmettere accoglienza, fiducia e protezione con una comunicazione empatica

Sebbene molti dettagli della storia debbano essere documentati, un approccio uniforme e graduale può rendere il processo completo e più semplice (Piccotti E. 2019).

La dichiarazione:

Quando si intervista un bambino, bisogna assicurarsi di utilizzare un linguaggio appropriato all’età e fare domande aperte, È importante non forzare mai il bambino nel

racconto e soprattutto quando gli poniamo delle domande ricordare sempre di (Rossi C. 2018):

- non formularle in maniera che contengano parte della risposta (indurrebbero la risposta nel bambino)
- non formulare domande chiuse, cioè la cui risposta sia “sì” o “no”
- non cominciare la domanda con “perché” in quanto, per loro natura, prevedono una capacità di ragionamento astratto che il bambino potrebbe non possedere, oppure implicando la colpevolizzazione o l’identificazione di una specifica persona

La dichiarazione del bambino è fondamentale, va trascritta subito nella cartella del paziente nella lingua del bambino (anche in caso di dialetto), precisando il contesto, e in presenza di quali persone. Inoltre è di vitale importanza che la visita si svolga nella maniera più appropriata, che i professionisti abbiano le conoscenze necessarie, ma che conoscano anche le possibili reazioni da parte del minore. Può essere opportuno, in alcuni casi, preparare il bambino psicologicamente all’accertamento medico. Particolare attenzione va posta da parte dell’infermiere alla suggestionabilità la quale, è stata definita come “il fenomeno per cui gli individui giungono ad accettare e successivamente ad incorporare informazioni post-evento all’interno del loro sistema mnestico” (Gudjonsson, 1986). Il processo di memorizzazione, usualmente composto dalle fasi di codifica, immagazzinamento, recupero dell’informazione, può essere influenzato da una vasta gamma di fattori esterni e stati interni dell’individuo; la maggiore suggestionabilità dei bambini può essere spiegata in base alle loro minori capacità mnestiche, al loro minore bagaglio di conoscenze, alle insufficienti abilità linguistiche e alla loro difficoltà nel distinguere la fonte delle informazioni (Ceci, 1994). Oltre a ciò è importante che, ad intervalli di tempo, venga proposta anche a genitori e tutor una valutazione psicosociale. Quest’ultima restituisce informazioni estremamente funzionali all’individuazione del maltrattamento. La valutazione psicosociale in questo caso va ad indagare, se ci sono cambiamenti e/o modifiche nel contesto familiare o in casa, che potrebbero coinvolgere il minore (LG SINPIA, 2007).

Il ruolo degli operatori sanitari è quello di agevolare un'indagine approfondita sul caso, trattare le esigenze mediche ed infermieristiche e soprattutto proteggere il minore. E' opportuno inoltre che le eventuali valutazioni consulenziali in ambito psichiatrico-forense, penale e civile si svolgano in maniera coordinata con gli interventi psicosociali posti in atto dai Servizi Sociosanitari (LG SINPIA, 2007).

Secondo le Linee Guida SINPIA 2007 gli aspetti da tenere in considerazione al momento dell'anamnesi e dell'esame obiettivo sono:

- Elementi anamnestici:

- ritardo nel ricorso delle cure rispetto all'evento dichiarato nell'accesso in PS
- anamnesi incerta o contraddittoria: dinamica dell'evento vaga, povera di dettagli o versioni contrastanti fornite dai familiari
- anamnesi contrastante con l'obiettività: descrizione della dinamica dell'incidente non compatibile con tipologia, sede, estensione e gravità della lesione o con l'età del minore
- ripetizione degli eventi con tendenza a progressivo aggravamento: precedenti e ricorrenti accessi e/o ricoveri del bambino per eventi dichiarati accidentali
- violenza intra-familiare già segnalata ai servizi sociali

- Elementi clinici:

- lesioni multiple e/o di diverso tipo e/o di diversa cronologia
- aspetto tipico di lesione provocata: morsi, graffi, ecchimosi e lesioni figurate (dita, oggetti), alopecia traumatica, ustioni a margini netti o da immersione o contatto forzati, segni di strangolamento
- sede atipica di lesione accidentale: glutei, genitali, superficie interna cosce, tronco, collo, guance, dorso mani
- entità delle lesioni proporzionata alla dinamica riferita: fratture multiple, gravi, in sedi diverse

- Elementi comportamentali:

- atteggiamento dei familiari: indifferenza rispetto a situazioni serie, minimizzazione/negazione dell'evidenza; attribuzione della colpa dell'evento ad altri, aggressività ingiustificata dei genitori nei confronti dei sanitari,
- comportamento del bambino: pianto non consolabile dal genitore, paura, reticenza, passività, apatia, violenza, aggressività, iperattività, attaccamento indiscriminato ad estranei

La narrazione fornita dal minore è da ritenersi maggiormente credibile se:

- la denuncia è offerta spontaneamente;
- il bambino appare agitato, ansioso (specialmente nel caso dei bambini piccoli)
- il discorso è spontaneo, esitante, a tratti confuso, spesso seguito da ritrattazioni, timori e paura;
- il racconto si presenta complessivamente costante, la trama base resta la stessa; il bambino fornisce una storia poco alla volta piuttosto che tutta in un'unica soluzione; fornisce correzioni spontanee o che dica di non ricordare alcune cose, a volte offre risposte di diniego per ostacolare l'intervista;
- si osservano cambiamenti obiettivi dell'umore in corrispondenza di domande specifiche; c'è congruenza tra il racconto ed alcuni particolari
- la terminologia usata è adatta all'età del minore, spesso sbagliata (almeno per i più piccoli), compatibile con la terminologia sessuale tipicamente infantile

L'anamnesi deve essere condivisa con l'equipe e dopo aver ascoltato e trascritto la dichiarazione bisogna procedere con la visita e le procedure d'urgenza (esami di laboratorio, strumentali, radiologici, consulenze); il colloquio con assistente sociale, ed infine procedere con l'avvio di un piano di aiuto specifico da condividere con gli operatori di diverse professionalità (LG SINPIA, 2007).

2.4: La valutazione fisica e psicologica

La valutazione psicologica

La pratica dell'intervista conoscitiva trae origine dalla ricerca sullo sviluppo della conoscenza, già Piaget (1926) ha evidenziato la possibilità di utilizzare le risposte dei bambini a domande dirette come fonte attendibile per lo studio della mentalità infantile. I test psicologici vengono somministrati per ottenere dei campioni di comportamento motorio, verbale, percettivo, cognitivo all'interno di una situazione standardizzata e dinamica riducendo gli aspetti di transfert e controtransfert ed in tempi più brevi rispetto all'osservazione, esistono però dei casi in cui non è possibile somministrare dei test psicologici, in questi casi la raccolta delle osservazioni dirette diviene prioritaria e fondamentale, con i bambini più piccoli, il cui linguaggio logico-formale non è ancora organizzato, si utilizzano delle prove grafiche riconosciute dalla comunità scientifica. Questi test descrivono la tipologia psicologica della personalità, immaturità affettiva, meccanismi difensivi, identificazione di genere, relazioni sociali; indicano quindi la presenza di eventuali alterazioni psichiche attraverso medie e percentuali. Ultimamente, sono state elaborate delle linee guida dall'ordine degli psicologi per l'utilizzo dei test in ambito forense, con l'intento di far utilizzare i test agli operatori sanitari, secondo la loro metodologia specifica e corretta ed a fornire maggiori elementi scientifici di valutazione (Emanuele S. 2007).

Per quanto riguarda invece le caratteristiche emotive e psicologiche presenti che possiamo cogliere ad occhio nudo, troviamo:

- maggiore irritabilità
- difficoltà nel sonno (difficoltà di addormentamento, mantenimento del sonno e incubi)
- difficoltà nell'alimentazione (disappetenza, rifiuto del cibo ecc...)
- eccessi di aggressività (riportati anche nel gioco oppure con i coetanei o i fratelli)
- comportamenti sessualizzati (solo in caso di abusi sessuali)
- comportamenti regressivanti (perdere abilità già acquisite oppure comportarsi in modo più immaturo rispetto alla fase di sviluppo di appartenenza es. bambini che

avevano raggiunto il controllo sfinterico potrebbero manifestare episodi di enuresi notturna e diurna)

- tendenza a rivivere il trauma attraverso delle modalità di gioco ripetitive (inscenare ripetutamente scene ludiche come picchiare una bambola oppure imboccarla con la forza ecc...)
- innalzamento del livello di vigilanza per i pericoli in generale e verso l'ambiente circostante (es. paura eccessiva e immotivata nei confronti di una figura non familiare, rifiuto contatto fisico ecc..)
- i bambini possono mostrarsi timidi, remissivi e paurosi in ambienti estranei, ma al rientro nel loro contesto diventare aggressivi e sfogare la loro rabbia con i bambini più piccoli o con modalità violente di gioco. Per questi bambini l'aggressività rischia di diventare l'unica via di comunicazione percorribile e, man mano che crescono, tali bambini finiscono per considerare normale tale modello di comunicazione.
- Atti di autolesionismo
- Depressione e isolamento
- sintomi fisici, come mal di pancia e mal di testa (Rossi C. 2018).

La valutazione fisica

Le lesioni cutanee sono la presentazione più comune di abuso fisico e l'identificazione precoce è il modo migliore per prevenire danni futuri. Non sempre sono presenti segni evidenti ma ciò non esclude l'assenza di un abuso, anzi, la maggior parte dei pazienti non riporta tracce evidenti perché l'accertamento avviene tardi rispetto al momento dell'abuso e le prove durano poco o vengono rimosse direttamente dalla vittima (lavaggio o medicazione per esempio) (Jackson Allison M. 2015).

Dopo l'anamnesi è necessario eseguire un esame fisico completo, i segni fisici del maltrattamento sono in genere costituiti da:

- esperienze di traumi contusivi: alcune contusioni hanno la caratteristica di riprodurre "a stampo" la morfologia del corpo contundente che le ha provocate (mano, corda, cinghia).

- abrasioni/escoriazioni;
- escoriazioni;
- ecchimosi/ematomi: le ecchimosi, frequenti nei bambini, devono far sorgere il sospetto di abuso quando sono presenti in un bambino molto piccolo che ancora non cammina o nei bambini più grandi quando sono localizzate all'addome o al torace. Lividi sospetti richiedono un'anamnesi completa e un esame fisico con esami di laboratorio e radiologici ausiliari per indagare su possibili abusi. Un piccolo livido può essere l'unico segno di una frattura sottostante in via di guarigione che non è stata portata all'attenzione del medico al momento della lesione. Occorre quindi osservare le dimensioni, la posizione, la quantità di gonfiore e il colore del livido. In genere, il colore può aiutare a determinare l'età di un livido. Un livido è tenero, gonfio e nello spettro da rossastro/viola a nero/blu nei giorni 1-4, diventa più verde nei giorni 5-7, diventa giallo nei giorni 7-10, poi diventa marrone e ha una risoluzione che si verifica in 2 giorni a 4 settimane. I lividi "modellati" non sono comuni, ma sono un forte indicatore di abuso. Gli esempi includono segni di cappio da una corda o una corda piegata, segni di cintura e fibbia, impronte di mani / dita da schiaffi, abrasioni agli angoli della bocca e lividi circolari intorno ai polsi e alle caviglie da un infortunio legato. E' importante accertarsi che il bambino non soffra di malattie emorragiche e differenziare le ecchimosi dalle macchie mongoliche che sono localizzate a livello del sacro e talvolta lateralmente alla colonna vertebrale (Jain Anita M. 1999).
- ferite laceratocontuse o lacere;
- morsi: I morsi si differenziano, infatti il morso può essere stato inferto da un adulto o da un altro bambino, in quest'ultima evenienza la distanza tra i canini è inferiore ai 3 cm;
- vibige (frustate);
- lesioni scheletriche: fratture multiple di diverso stadio di evoluzione. Le fratture nel lattante sono più sospette quando si trovano al livello delle coste, delle ossa lunghe, metafisarie ed epifisarie. Oltre alla sede, un altro fattore molto importante è la presenza di fratture multiple; in media i bambini maltrattati ne presentano 3. Le fratture a spirale possono far sorgere il sospetto di maltrattamento in quanto vengono causate da un forte movimento di torsione

- lesioni viscerali (fegato, reni e milza)
- esiti cicatriziali;
- le ustioni: le scottature da maltrattamento sono localizzate soprattutto su mani, sui piedi o nella zona anogenitale; sedi dove il bambino non può procurarsi le lesioni senza l'intervento di una terza persona, tranne eventualmente ai piedi e alle mani, ma in questo caso la configurazione sarebbe del tutto differente. Un esempio di scottatura da maltrattamento è quella da immersione forzata: si va a creare una lesione a “calzino” o a “guanto” esclusivamente nelle zone accennate precedentemente. Tra le ustioni da maltrattamento troviamo anche quelle procurate dalla sigaretta: la lesione da sigaretta è più profonda interessa il derma ed è perfettamente circolare, o ancora troviamo le ustioni da schizzi derivanti dal lancio di un liquido caldo su una vittima sono possibili ma non comuni nei bambini (Peck & Priolo-Kapel, 2002). Le ustioni da schizzi inflitte sono difficili da differenziare dalle ustioni da schizzi accidentali, ma le ustioni da schizzi accidentali tendono a coinvolgere le estremità superiori, il viso e il tronco. (LG SINPIA, 2017).
- traumi cranici: gli abusi sui minori sono la causa più comune di grave trauma cranico e nei neonati il trauma cranico è la causa più comune di mortalità. I segni di trauma cranico nel bambino possono essere aspecifici: pianto eccessivo, scarsa alimentazione, irritabilità, letargia, convulsioni, coma, stati variabili di insensibilità, ipertonicità o ipotonicità, bradicardia, apnea o arresto cardiorespiratorio. Potrebbero esserci o meno prove esterne di trauma cranico, ma si dovrebbero cercare: emotimpano, rinorrea del liquido cerebrospinale, otorrea e segno di Battle. In assenza di traumi gravi, ovviamente accidentali, un'indagine sugli abusi sui minori dovrebbe essere presa in considerazione attivamente in caso di trauma cranico perché, a parte traumi gravi, la maggior parte dei traumi accidentali, come una caduta da un letto o da una piccola rampa di scale, non produce forza sufficiente per causare una patologia intracranica significativa. Le fratture del cranio dovute ad abuso, tuttavia, hanno maggiori probabilità di essere bilaterali, sminuzzate, depresse, più larghe di 1 mm. Gli ematomi subdurali sono fortemente correlati a traumi intenzionali; molto raramente si vedono in altre situazioni tranne che per traumi gravi. Ciò è coerente con il meccanismo della lesione (Jain Anita M. 1999).

- l'espressione Sindrome del "bambino scosso": Nel 1972, Caffey scrisse di un'associazione di emorragie retiniche, ematomi subdurali e minimi segni esterni di trauma nei bambini. La sindrome del bambino scosso ha una morbilità (30%) e una mortalità (30%) molto elevate. La presentazione iniziale può essere molto vaga: svogliatezza, scarsa alimentazione e irritabilità, spesso diagnosticate come sindrome virale o coliche. La lesione si verifica quando un bambino è trattenuto dal torace e scosso vigorosamente. La testa frusta in avanti, fermata dal mento che colpisce il torace, e poi la testa gira indietro, fermata dall'occipite che colpisce la schiena. Potrebbe esserci anche una componente di "sbattimento" quando il bambino viene sbattuto contro un letto morbido o un divano, che genera una forza tremenda nell'improvvisa decelerazione della testa del bambino ma non provoca danni esterni. Queste forze di accelerazione/decelerazione causano il taglio delle vene ponte intracraniche e dei nervi corticali non completamente mielinizzati, portando a ematomi subdurali, contusioni cerebrali, edema ed ematomi del rachide cervicale. Anche emorragie retiniche, fratture e lussazioni spinali, lesioni del midollo spinale, fratture costali e fratture metafisarie delle ossa lunghe possono verificarsi da questo meccanismo di scuotimento (Jain Anita M. 1999).

- Intossicazioni: Un bambino che presenta una alterazione di coscienza o riscontri neurologici deve far pensare alla possibile presenza di sostanze psicotrope o di medicinali. Queste sostanze sono riscontrabili nel sangue e/o nelle urine

- altre manifestazioni cliniche: distacchi retinici, emorragie retiniche e preretiniche, perforazione della membrana timpanica (da schiaffo) (LG SINPIA, 2007).

Segni fisici da abuso sessuale:

La grande maggioranza dei bambini abusati sessualmente non ha reperti fisici anormali. L'esame obiettivo deve essere eseguito solo dopo una spiegazione approfondita e con il permesso del bambino. Il suo scopo principale è la valutazione dell'area anogenitale. Poiché i tessuti di quest'area sono capaci di una rigenerazione rapida e solitamente completa, le lesioni fisiche causate dall'abuso diventano meno evidenti nel tempo; questo spiega la rarità dei risultati positivi. Il tempo trascorso tra l'evento abusivo e l'esame fisico è un pezzo importante della storia. I risultati anogenitali negli abusi sessuali su minori sono molto variabili e dipendono dal tipo e dalla frequenza dell'abuso. Sono influenzati dagli oggetti usati (se presenti), dal grado di forza applicata,

dall'età della vittima e dall'intensità dell'autodifesa. Gli unici fattori che sono significativamente correlati con la diagnosi dei risultati associati all'abuso sui minori sono

- dolore riportato
- sanguinamento vaginale
- tempo trascorso dall'ultimo evento traumatico (Herrmann B. et al, 2014)

2.5: Interventi infermieristici

L'individuazione e presa in carico delle situazioni di maltrattamento all'infanzia non può che implementarsi in un'attiva e diffusa politica di "riduzione del rischio" mirata ad impedire la cronicizzazione del disagio incrementando con interventi specifici di "empowerment" le buone competenze genitoriali in particolare nelle fasce più deboli della popolazione. Per garantire un efficace intervento di tutela e cura sia delle vittime che di coloro che agiscono, occorre che vengano attivati, alcune azioni organizzate in un articolata sequenza logica prima che temporale (Sfogliarini R. et al, 2016).

La prevenzione

Le strategie per la prevenzione del maltrattamento sui minori hanno lo scopo di ridurre le cause fondamentali e i fattori di rischio rafforzando i fattori di protezione per prevenire il verificarsi di nuovi casi di maltrattamento. Quando si parla di comunità ci si riferisce ai contesti nei quali si sviluppano le relazioni sociali, come il vicinato, le scuole, i posti di lavoro e altre istituzioni. In questi contesti, fattori come la concentrazione della povertà, la mobilità abitativa, la disoccupazione, il sovraffollamento e bassi livelli di capitale sociale, sembrano tutti aumentare il rischio di maltrattamento. Il potenziale delle strategie di prevenzione a livello di comunità può essere intensificato correlando i programmi di prevenzione con altri programmi comunitari dedicati a gruppi ad "alto rischio". Tra questi programmi vi sono i servizi di riabilitazione da alcool e droga, i programmi dedicati ai minori con disabilità e i servizi di salute mentale (Sfogliarini R. et al, 2016).

Strategie a livello di società e di comunità

I fattori di rischio che creano ambienti favorevoli al maltrattamento possono essere i seguenti (WHO, 2006):

- politiche economiche, sociali, sanitarie e educative che preservino o accrescano le disuguaglianze economiche e sociali;
- norme sociali e culturali che incentivino l'uso della violenza;
- politiche rivolte ai minori e alle loro famiglie, inesistenti o inefficaci;
- medicina preventiva insufficiente
- sistemi deboli di giustizia penale

Strategie relazionali

Al contrario, diverse strategie che promuovono un legame precoce e sicuro genitore figlio e metodi di disciplina non violenti e che creano le condizioni all'interno della famiglia, per un positivo sviluppo mentale del minore, si sono dimostrati efficaci nella prevenzione del maltrattamento sui minori. E' confermato che programmi aventi come obiettivo il miglioramento e il supporto delle capacità genitoriali siano efficaci nella prevenzione del maltrattamento sui minori. I due modelli di implementazione di queste strategie, che sono stati più largamente valutati e applicati sono i programmi di visite domiciliari e la formazione alla genitorialità. Le visite domiciliari ad esempio, sono programmi che sembrano essere promettenti anche nella prevenzione della violenza giovanile. Durante le visite domiciliari, vengono offerte informazioni e supporto così come altri servizi con lo scopo di migliorare la vita della famiglia. Sono stati sviluppati e studiati un discreto numero di modelli di visite domiciliari. In alcuni, le visite domiciliari sono effettuate su tutte le famiglie, indipendentemente dal loro stato di rischio. Altri si dedicano a famiglie a rischio di violenza, come i neogenitori o genitori single o adolescenti che vivono in comunità povere (WHO, 2006).

Strategie individuali

Le strategie a livello individuale per prevenire il maltrattamento sui minori sono finalizzate a modificare direttamente gli atteggiamenti individuali, le convinzioni e i comportamenti e possono essere sviluppate in ogni contesto. Un esempio può essere la riduzione delle gravidanze involontarie. Le gravidanze involontarie sono state associate a un'assistenza prenatale al di sotto della media, basso peso alla nascita, maggior rischio di mortalità infantile, e deficit di sviluppo del neonato e del bambino. Gli sforzi profusi

per ridurre le gravidanze involontarie possono aiutare a ridurre il maltrattamento sui minori, sebbene questi programmi non siano stati adeguatamente valutati in termini di riduzione effettiva del maltrattamento sui minori. Per quanto riguarda la prevenzione verso i bambini, c'è la necessità di mettere in atto interventi di prevenzione primaria per potenziare le capacità autoprotettive e di resilienza, individuare e sostenere i casi a rischio sociale e psicologico, imparando ad individuarli per fasce di età, lavorare su gruppi di minorenni violenti o tendenti al bullismo. E' prioritario anche prevenire, per esempio in ambiente scolastico tramite l'apposito infermiere, gli abusi sessuali insegnando al bambino ad essere padroni del proprio corpo, a conoscere la differenza tra un contatto fisico giusto e uno sbagliato, riconoscere le situazioni di abuso e saper dire di no ed insegnargli a confidarsi con un adulto fidato ed a rivelare l'eventuale abuso (WHO, 2006).

La rivelazione

Per rilevazione si intende, il percorso di approfondimento che trae spunto da osservazioni compiute nell'ambito della loro funzione istituzionale da insegnanti, operatori sanitari, educatori, familiari o cittadini preoccupati di fronte a comportamenti di disagio e sofferenza vissuti da un minore. L'accuratezza e tempestività degli elementi raccolti in questa prima fase dell'intervento determinano in modo significativo la possibile attivazione di un precoce intervento di tutela, protezione, valutazione, presa in carico. L'attivazione di una funzione di ascolto dei segnali di disagio che si manifestano in modo parziale, frammentato, a volte apparentemente incoerente, nelle condotte di un bambino richiede una grande competenza nella gestione delle emozioni da parte degli operatori: se da una parte è necessario non lasciarsi coinvolgere in allarmismi ingiustificati è altresì cruciale che nella mente degli adulti esista uno spazio di accettazione e di disponibilità a lavorare su confusione, dubbi, emozioni e pensieri a volte contraddittori che questo tipo di problemi facilmente evocano (Sfogliarini R. et al, 2016).

Vengono individuati 2 livelli della rete sensibili all'infanzia:

1. un livello primario dove normalmente si incontrano i minori a scopo della loro crescita educativo (Sfogliarini R. et al, 2016):

- nidi e scuola;
- associazioni religiose, culturali, del tempo libero, sport;

- servizi sanitari di base: pediatri, medici di base, consultori, medicina scolastica;
- ospedali (PS, pediatria, ginecologia..).

2. un secondo livello di soggetti istituzionali che incontrano minori o famiglia che già hanno fatto richiesta di aiuto di tipo socio-assistenziale o educativo (Sfogliarini R. et al, 2016):

- servizi sociali territoriali;
- neuropsichiatra infantile;
- consultori familiari;
- servizi educativi domiciliari;
- case-famiglia, comunità;
- forze dell'ordine

La segnalazione ed il referto

La segnalazione è l'atto attraverso il quale si rende pubblica la preoccupazione per le condizioni di un bambino connessa alle relazioni familiari e si chiede all'organo giudiziario (Procura/Tribunale per i minorenni) di attivare idonee misure di protezione e di predisporre una valutazione approfondita della situazione. La segnalazione non presuppone necessariamente una conoscenza esaustiva della situazione, ma deve riferire gli elementi che sono stati individuati e che fanno fondatamente ritenere che sussistano le condizioni di pregiudizio per il minore, determinate da comportamenti degli adulti che svolgono nei suoi confronti azioni educative. Quando nelle condotte degli adulti si rilevano fatti potenzialmente costituenti reato, oltre alla segnalazione alla procura presso il Tribunale per i minorenni vi è un obbligo di segnalare alla Procura della Repubblica presso il Tribunale Ordinario i fatti di cui si è avuta notizia nell'esercizio delle proprie funzioni. Quando nelle condotte degli adulti si configura un'ipotesi di reato procedibile d'ufficio, oltre alla segnalazione alla Procura presso il Tribunale per i minorenni vi è un obbligo di "denuncia" alla Procura della Repubblica presso il Tribunale Ordinario dei fatti di cui si è avuta notizia nell'esercizio delle proprie funzioni (art. 331 c.p.p.). La denuncia è l'atto attraverso il quale si informa l'Autorità Giudiziaria penale 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 mero sospetto soggettivo; essa attiva un procedimento giudiziario finalizzato a stabilire la sussistenza di un reato accertandone le responsabilità individuali, inoltre può essere inoltrata anche quando le notizie che pervengono all'incaricato di pubblico servizio non sono dirette ma "de relato" cioè apprese da altra persona (Sfogliarini R. et al, 2016).

Art. 365 c.p. "Chiunque, avendo nell'esercizio di una professione sanitaria prestato la propria assistenza od opera in casi che possono presentare i caratteri di un delitto per il quale si debba procedere d'ufficio, omette o ritarda di riferirne all'autorità indicata nell'articolo 361, è punito con la multa fino a euro 516... Questa disposizione non si applica quando il referto esporrebbe la persona assistita a procedimento penale."

Il referto è quindi l'atto scritto attraverso il quale un professionista sanitario riferisce all'Autorità giudiziaria di avere prestato assistenza in casi che possono avere i caratteri di un delitto perseguibile d'ufficio. Il referto deve essere presentato entro le 48 ore al Pubblico Ministero, alla Polizia Giudiziaria o anche semplicemente al sindaco del comune (Art 334 c.p.p.) (Fava P. 2018).

Circa i contenuti e le modalità di trasmissione del referto è importante ricordare che:

- può essere consegnato personalmente o fatto pervenire in busta chiusa per mezzo di terzi, assumendosi però la responsabilità in caso di ritardo o di mancato recapito (art. 334 c.p.p.).
- deve contenere il nome della persona alla quale è stata prestata assistenza, il luogo dove si trova attualmente oltre al luogo, al tempo e alle altre circostanze dell'intervento;
- deve contenere ogni notizia atta a stabilire le circostanze, le cause del delitto, i mezzi con i quali questo è stato commesso e gli effetti che ha causato o può causare (Fava P. 2018).

La protezione

Le azioni protettive non devono solamente essere orientate alla protezione, ma anche alla protezione mentale per evitare tutti quei comportamenti stigmatizzanti e colpevolizzanti,

nonché pressioni psicologiche nei confronti del minore. Gli interventi di protezione devono essere modulati in relazione alla gravità ed alla presenza o meno di risorse protettive nel contesto familiare. In questo senso nei casi meno gravi si possono attuare forme di vigilanza sulla famiglia con l'affidamento ai servizi sociali, tramite progetti mirati a rafforzare e supportare le competenze genitoriali. Nelle situazioni più gravi è invece necessario collocare il bambino in un contesto diverso da quello familiare, sia per interrompere la sua esposizione agli atti dannosi sia per impostare un efficace percorso di diagnosi e cura (Sfogliarini R. et al, 2016).

Il trattamento

Questa fase si esegue attraverso i protocolli operativi metodologici, basati su procedure standard, che definiscono quale equipe specialistica, all'interno di ciascuna Asl, effettua la presa in carico e si accorda con il servizio sociale dell'Ente Locale. Questi protocolli stabiliscono:

- modalità di integrazione professionale per la presa in carico socio-sanitaria;
- modalità di raccordo con l'Autorità giudiziaria civile e penale;
- strumenti e metodologie da utilizzare nelle varie fasi

L'efficacia del trattamento è, in queste situazioni, legata alla capacità degli operatori di utilizzare in modo costruttivo il contesto di controllo definito dall'Autorità giudiziaria minorile, mantenendo una buona coerenza tra gli interventi di vigilanza e quelli psico-sociali ed educativi (Sfogliarini R. et al, 2016).

Capitolo 3: La revisione della letteratura

3.1: Introduzione

Molti bambini che hanno riportato ferite gravi al momento della diagnosi di abuso fisico hanno precedentemente presentato lesioni meno gravi e l'abuso fisico è stato trascurato (Gail Hornor MS, 2005). Gli infermieri del pronto soccorso sono spesso i primi membri del personale a interagire con i pazienti e le famiglie mentre aspettano di vedere il medico (Powell, 1997). Il personale infermieristico è perfettamente posizionato per rilevare i segni che un bambino potrebbe essere a rischio di abuso (Joughin, 2003). Tuttavia, è essenziale che gli infermieri del pronto soccorso abbiano le conoscenze e le abilità

necessarie per identificare un bambino a rischio (Sanders e Cobley, 2005). La mancata considerazione della possibilità di abuso significherà che non viene fatta la diagnosi appropriata e il bambino viene riportato in un ambiente abusivo (Joughin, 2003). Poiché il riconoscimento degli abusi sui minori è un'abilità essenziale per gli infermieri di emergenza, sono stati pubblicati numerosi articoli sugli abusi sui minori rivolti agli infermieri di emergenza (Joughin, 2003 , Mulryan et al., 2004 , Spencer, 2002).

Gli infermieri hanno frequenti rapporti professionali con i bambini, che implicano la loro intrinseca opportunità di osservare le lesioni subite da un bambino in un'occasione isolata o per un periodo di tempo, e persino di ottenere prove evidenti sulla natura di tali lesioni (ad esempio, se c'è buona ragione per ritenere che siano accidentali, o se il resoconto dei genitori sulle lesioni non è convincente e non è coerente con le lesioni) (Fraser Jennifer A, 2010).

La formazione per i professionisti per migliorare la segnalazione di abusi e negligenza sui minori è una parte essenziale di una risposta globale di salute pubblica. Tutti i professionisti che hanno un contatto diretto con i bambini e le famiglie richiedono questa formazione per dotarli delle conoscenze, attitudini e abilità necessarie per denunciare casi di abuso e abbandono di minori ed evitare di fare segnalazioni ingiustificate (Eggins E. 2022).

3.2: Obiettivi

L'obiettivo del presente studio è quello di revisionare gli studi pubblicati relativi riconoscimento del bambino maltrattato che giunge in PS.

La seguente domanda di ricerca ha guidato la revisione:

- *Una buona preparazione teorico/pratica degli infermieri può rendere più veloce ed efficace il riconoscimento del bambino maltrattato?*

P (Paziente/popolazione/ problema)	Bambini maltrattati
I (Intervento)	Riconoscimento del problema
C (Confronto)	/
O (Outcome)	Infermieri adeguatamente preparati nel riconoscimento del problema

3.3: Materiali e metodi

3.3.1 Disegno di studio

È stata effettuata una revisione narrativa della letteratura degli studi primari indicizzati.

3.3.2 Strategie di ricerca

Per la strategia di ricerca è stato interrogato il database MEDLINE (attraverso PubMed, Cochrane, Library e Cinahl), i termini utilizzati per la ricerca sono stati: **child abuse, emergency room nurse, recognition, education.**

Tali termini sono stati utilizzati sia per la ricerca libera che per termini MeSH, sia singolarmente che in combinazione con l'operatore booleano "And" e "Or" per formulare le seguenti stringhe di ricerca:

- Child Abuse OR Neglect AND emergency room nurse

- Child Abuse AND emergency room nurse AND recognition
- Child Abuse AND education

BANCHE DATI	STRINGHE DI RICERCA	RISULTATI OTTENUTI
Cinahl	Child Abuse AND Emergency room nurse AND recognition	57
PubMed	Child Abuse AND Emergency room nurse AND recognition	114
PubMed	Child Abuse AND education	17
PubMed	Child Abuse AND emergency room nurse	43
Cochrane Library	Child Abuse AND Emergency room nurse AND recognition	8
Cochrane Library	Child Abuse AND education	2

Nella tabella sono elencati i risultati ottenuti mediante stringhe di ricerca

3.3.3 Criteri di inclusione ed esclusione

I criteri di inclusione sono stati i seguenti:

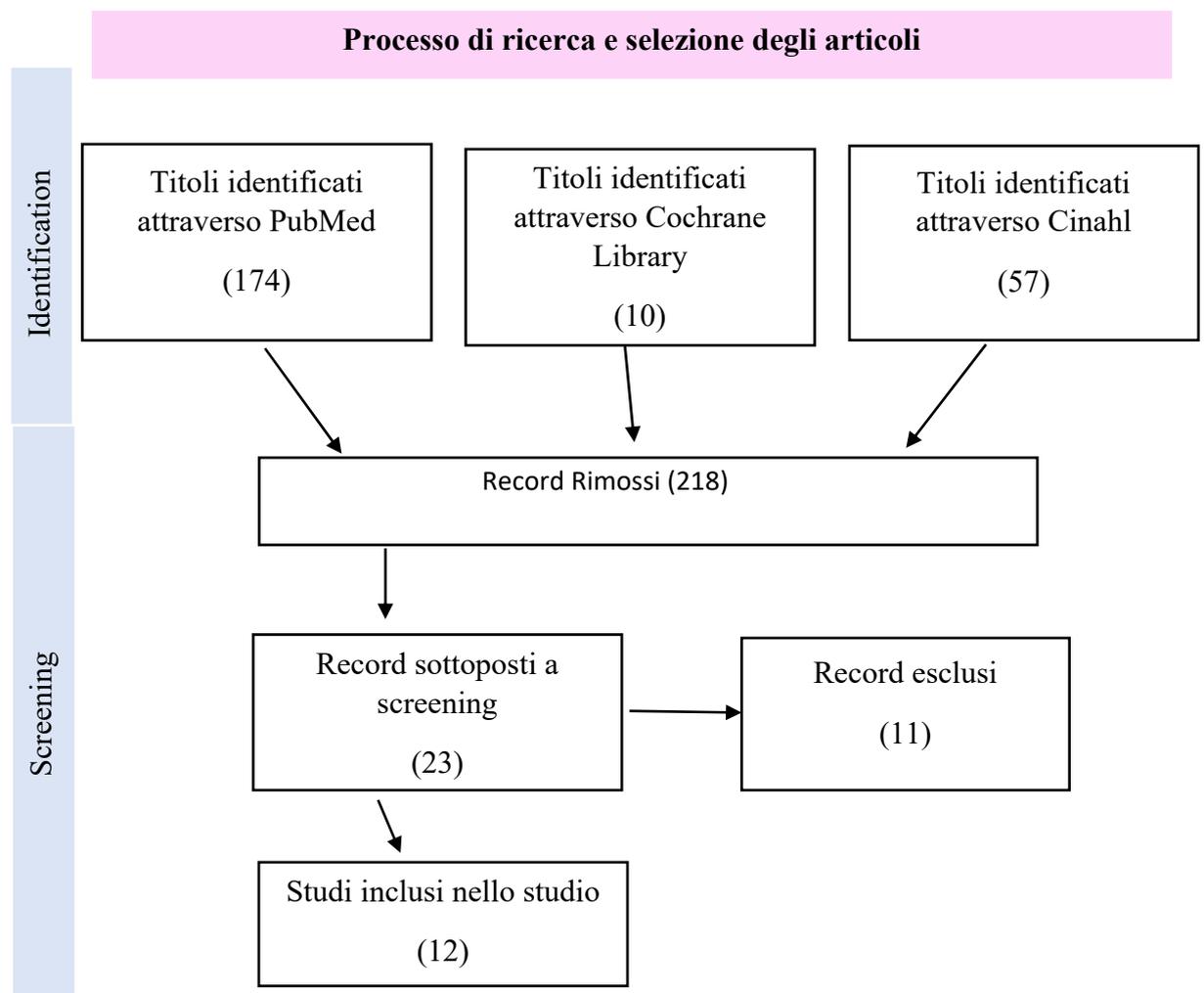
- Campioni che includevano solo pazienti pediatrici
- Afferenti all'UU.OO di pronto soccorso

Sono stati esclusi dallo studio pazienti maggiori di 18 anni e articoli che non includevano i professionisti infermieri.

3.3.4 Screening degli articoli

La selezione degli studi è stata condotta attraverso lo screening iniziale dei titoli e degli abstract, al fine di identificare i potenziali articoli rilevanti. Successivamente, è stato effettuato uno screening di tutti gli articoli in full text identificati come rilevanti dalla selezione iniziale. La scelta degli articoli per la revisione è emersa dai titoli e dagli abstract di 241 studi, di questi ne sono stati selezionati 12 i quali hanno risposto ai criteri di inclusione.

3.3.5 Prisma



3.3.6 Sintesi dei dati

Le caratteristiche degli articoli sono state inserite in unica tabella, prima di presentare i risultati attinenti lo scopo del presente studio, al fine di esplicitare: titolo, autore/i, anno di

pubblicazione, rivista, disegno di studio, campione/setting, risultati principali, conclusioni/limiti.

3.4: Risultati

Dai titoli e dagli abstract dei 241 studi selezionati 23 articoli sono stati considerati eleggibili per la revisione, in quanto conformi ai criteri di inclusione. Con la successiva consultazione in full text, ne sono stati eliminati 11, poiché non rispondevano alla domanda guida del presente studio; pertanto sono stati inclusi 12 articoli. Tutti gli articoli sono in lingua inglese.

Titolo, autore, anno e disegno di studio	Obiettivo/i	Campione e setting di studio	Risultati
<p>“Child abuse and neglect: the knowledge and practice of the A & E nurse”</p> <p>Fagan D. (1998)</p> <p>Ricerca quantitativa</p>	<p>L’articolo promuove alla presa di consapevolezza delle abilità e delle conoscenze da mettere in atto, nel caso in cui si individua un possibile abuso sui minori. Inoltre, esplicita per gli infermieri, le linee guida da seguire e sostiene una formazione e un’educazione utili</p>	<p>Gli intervistati erano un gruppo di infermieri del Pronto Soccorso, di St. Helens and Knowsley Hospital Trust, Whiston Hospital, Prescott, Merseyside, Regno Unito.</p> <p>Per garantire il completamento dello studio, è stato ideato uno strumento di ricerca multiuso.</p>	<p>Lo studio si può ritenere soddisfacente perché ha dimostrato che gli intervistati hanno buone conoscenze e capacità riguardo l’argomento e la sua l’identificazione grazie solamente all’esperienza avuta nel pronto soccorso.</p> <p>Tuttavia, gli intervistati presentano carenze riguardanti la conoscenza delle politiche attuali, delle</p>

	<p>per prendere una decisione multidisciplinare all'interno del contesto degli abusi sui minori.</p>	<p>Le domande che dovevano essere poste nell'intervista sono state scritte allo stesso modo in un questionario, il quale è stato poi trasformato in un libretto che è stato distribuito a tutti gli intervistati.</p>	<p>linee guida e della legislazione.</p> <p>Nell'articolo viene sottolineato che la maggior parte degli intervistati considerano il proprio ruolo in termini di identificazione e protezione ma non di prevenzione, poiché questo compito si pensa sia destinato solamente agli infermieri di comunità. A questo si aggiunge la loro scarsa attitudine al cambiamento del proprio ruolo.</p>
<p>“Simple intervention to improve detection of child abuse in emergency departments” Benger J. et al, (2002) Studio osservazionale</p>	<p>Tra gli obiettivi di questo articolo troviamo l'inserimento di un diagramma di flusso di promemoria per la valutazione del danno intenzionale e registrare i risultati della verifica nel</p>	<p>Audit in due fasi su 1000 bambini, del dipartimento di emergenza di Bristol (Inghilterra), prima e dopo l'introduzione del diagramma di flusso dei promemoria.</p>	<p>l'inclusione di un semplice diagramma di flusso di promemoria nelle note dei bambini in età prescolare feriti che frequentano il pronto soccorso aumenta la consapevolezza, la considerazione e la documentazione di lesioni</p>

	registro di protezione per l'infanzia.		intenzionali. Aumentano anche i tassi di riferimento per ulteriori valutazioni.
<p>“Factors associated with nurses’ intention to report child abuse: A national survey of Taiwanese nurses”</p> <p>Feng Y. Et al (2005)</p> <p>Studio quantitativo.</p>	<p>Gli obiettivi erano di determinare le esperienze degli infermieri taiwanesi con una nuova legge sulla denuncia degli abusi sui minori e di valutare le correlazioni attitudinali dell'intenzione degli infermieri di denunciare.</p>	<p>Sono stati utilizzati un totale di 1400 questionari (tasso di ritorno 88%) da somministrare a 1617 infermieri che lavorano nei dipartimenti di emergenza in Taiwan.</p>	<p>La maggior parte degli infermieri (86%) ha affermato di non aver mai segnalato un caso di abuso su minori. La maggior parte (80%) non aveva mai ricevuto alcuna educazione sugli abusi sui minori. Circa il 75% ha ritenuto che la propria formazione infermieristica e la formazione in servizio fossero inadeguate o assenti. La maggior parte aveva una conoscenza inadeguata della legge sulla segnalazione (punteggio medio: 60% corretto). Gli infermieri hanno risposto correttamente solo al 17-43% delle domande relative alla legge.</p>
<p>“Identifying non-accidental</p>	<p>In questo documento, si</p>	<p>Per la ricerca bibliografica sono</p>	<p>È risultato che sono necessari cambiamenti</p>

<p>injury in children presenting to A&E departments: An overview of the literature”</p> <p>Sanders T. et al (2005)</p> <p>È stata condotta una Review.</p>	<p>esaminano le principali problematiche che i medici e gli infermieri devono affrontare nell'identificazione dei bambini a rischio di NAI (lesioni non accidentali) e discutiamo le implicazioni politiche che interessano i dipartimenti di pronto soccorso. In particolare ci poniamo la domanda: quali sono i fattori che influenzano l'identificazione e la segnalazione di sospette NAI nei bambini piccoli e come si può migliorare il sotto-riconoscimento delle NAI?</p>	<p>stati utilizzati i seguenti criteri di selezione: documenti di ricerca, revisioni e documenti politici nei settori dell'epidemiologia, della pediatria, della ricerca sui servizi sanitari, della psicologia clinica e dell'istruzione, documenti di ricerca e documenti basati su professionisti riguardanti la NAI nei bambini.</p>	<p>organizzativi, come la creazione di un database nazionale condiviso e una migliore formazione per il personale di pronto soccorso in modo che sia consapevole dei fattori di rischio sociali e clinici, per affrontare la sotto-segnalazione di lesioni non accidentali nei giovani figli.</p>
---	---	--	---

<p>“Factors influencing child abuse and neglect recognition and reporting by nurses: a multivariate analysis”</p> <p>Fraser Jennifer A. et al, (2010).</p> <p>Studio osservazionale (è stata condotta un'indagine trasversale)</p>	<p>Lo scopo di questo studio era di esaminare la relazione tra le caratteristiche dell'infermiere, la formazione, la conoscenza del dovere di segnalazione legislativa e i fattori attitudinali sulla segnalazione da parte degli infermieri di diversi tipi di abuso e abbandono di minori.</p>	<p>È stata condotta un'indagine trasversale utilizzando il Child Abuse and Neglect Nurses' Questionnaire (CANNQ). Gli intervistati erano 930 infermieri registrati (RN) che attualmente lavorano in località metropolitane, rurali e remote in tutto lo stato del Queensland, in Australia.</p>	<p>Gli infermieri erano fiduciosi e consapevoli del loro obbligo di denunciare abusi fisici e sessuali. Erano meno sicuri e informati sull'abuso emotivo e sull'abbandono. Il riconoscimento dell'entità del danno ai bambini maltrattati e trascurati è stato scarso. Gli atteggiamenti positivi nei confronti della segnalazione obbligatoria hanno influenzato un migliore riconoscimento di tutte le forme di abuso e abbandono e la probabilità di denuncia.</p>
<p>“Successful e-learning programme on the detection of child abuse in Emergency Departments: a randomised</p>	<p>Valutare l'efficacia di un programma di apprendimento elettronico (e-learning) sulle prestazioni degli infermieri nel riconoscimento degli abusi sui</p>	<p>Sono stati inclusi 38 infermieri del pronto soccorso di Utrecht, Paesi Bassi; in totale sono stati analizzati 25 infermieri.</p>	<p>Gli infermieri del gruppo di intervento hanno ottenuto risultati significativamente migliori durante la simulazione rispetto al gruppo di controllo e hanno riportato una maggiore autoefficacia.</p>

<p>controlled trial”</p> <p>Smekeens A. et al (2011)</p> <p>Studio controllato randomizzato in cieco utilizzando un design pre e post-intervento.</p>	<p>minori in un caso simulato in Pronto Soccorso (ED).</p>	<p>La metà dei partecipanti ha seguito un programma di e-learning di 2 ore incentrato sul riconoscimento degli abusi sui minori, gli altri hanno agito come gruppo di controllo.</p>	<p>Le prestazioni nel rilevamento degli abusi sui minori sono correlate positivamente con il punteggio di autoefficacia. Il confronto separato tra i risultati post e pre-test per l'intervento e il gruppo di controllo ha mostrato un aumento significativo delle prestazioni nel gruppo di intervento.</p>
<p>“Facilitators and barriers to screening for child abuse in the emergency department”</p> <p>Louwens E. et al (2012)</p> <p>Studio qualitativo</p>	<p>Nel presente studio, i professionisti del PS negli ospedali olandesi sono stati intervistati sulla qualità del rilevamento degli abusi sui minori nei PS, con l'obiettivo di definire facilitatori/barriere allo screening per gli abusi sui minori e di formulare</p>	<p>Questo studio qualitativo si basa su interviste semi-strutturate con 27 professionisti di sette ospedali olandesi. L'elenco risultante di facilitatori/barriere è stato successivamente discusso con cinque esperti di abusi sui minori e un esperto di attuazione.</p>	<p>La mancanza di conoscenza degli abusi sui minori, la comunicazione con i genitori in caso di sospetto abuso e la mancanza di tempo per lo sviluppo di politiche e casi sono ostacoli per il personale di PS per lo screening degli abusi sui minori. Lo screening può essere promosso formando il personale del dipartimento di emergenza per riconoscere meglio gli</p>

	raccomandazioni per ottimizzare lo screening per gli abusi sui minori nei PS.		abusi sui minori, migliorando le capacità di comunicazione, nominando un assistente specifico per gli abusi sui minori, supportando esplicitamente la politica di screening da parte della direzione e implementando a livello nazionale un protocollo approvato e uno strumento di screening convalidato.
<p>“Building workforce capacity to detect and respond to child abuse and neglect cases: A training intervention for staff working in emergency settings in Vietnam”</p> <p>Flemington T. et al (2017)</p>	Questo documento riporta la valutazione di un programma di formazione clinica volto a migliorare la conoscenza del personale di emergenza, gli atteggiamenti e la segnalazione di comportamenti riguardanti le presentazioni di abusi sui minori nell'ambito delle cure di emergenza.	Hanno partecipato allo studio infermieri, medici e personale sanitario (n=116) in tre strutture di pronto soccorso di un ospedale pediatrico terziario in Vietnam. I partecipanti avevano tra i 22 e i 55 anni.	Il programma "Safe Children Vietnam" è stato efficace nel migliorare la conoscenza del personale di emergenza sugli abusi e l'abbandono dei minori. Potrebbe essere necessario un approccio a livello di sistema per incidere sull'atteggiamento del personale di emergenza nei confronti della denuncia dei casi di abuso.

Studio di coorte prospettico			
<p>“Educating Early Childhood Care and Education Service Providers to Improve Knowledge and Attitudes About Reporting Child Maltreatment: A Randomized Controlled Trial.”</p> <p>Mathews B. et al (2017)</p> <p>Studio randomizzato controllato</p>	<p>L'obiettivo generale dell'esperimento era esplorare se un programma educativo multidisciplinare online potesse migliorare la conoscenza e l'atteggiamento di questi professionisti nei confronti della denuncia di maltrattamento sui minori.</p>	<p>Sono stati reclutati 763 partecipanti: Tra i criteri di ammissibilità troviamo quello di: lavorare come personale retribuito o volontario presso una struttura autorizzata per l'infanzia (commerciale, non commerciale, a domicilio o altro).</p> <p>374 partecipanti sono stati assegnati al gruppo di controllo e 388 al gruppo di intervento.</p> <p>Lo studio è stato approvato dall'Institutional Review Board della Penn State University e registrato presso il National Institutes</p>	<p>risultati post-test hanno mostrato che dopo aver sperimentato <i>iLookOut</i>, il punteggio di conoscenza totale nel gruppo di intervento è aumentato da 13,54 a 16,19 su 21, mentre il punteggio totale del gruppo di controllo era quasi identico da 13,54 a 13,59. I risultati di questo studio supportano gli sforzi per fornire un'istruzione multidisciplinare personalizzata ai professionisti come parte della più ampia risposta della società al maltrattamento sui minori. Professionisti dell'infanzia che hanno sperimentato <i>iLookOut</i>, un programma educativo online personalizzato progettato per migliorare la</p>

		of Health degli Stati Uniti.	conoscenza del dovere legale di denunciare abusi e negligenza sui minori e degli atteggiamenti nei confronti del dovere, ha dimostrato risultati sostanzialmente migliorati sia in termini di conoscenza che di atteggiamenti.
<p>“A Qualitative Study Examining Stakeholder Perspectives of a Local Child Abuse Program in Community Emergency Departments”</p> <p>Schaeffer P. et al (2019)</p> <p>Studio qualitativo con interviste strutturate</p>	<p>Per migliorare il riconoscimento e la segnalazione, abbiamo progettato il programma comunitario ED CAN, in cui squadre di (infermieri, medici, assistenti medici) hanno ricevuto una formazione in CAN. Gli obiettivi di questo studio erano di comprendere i punti di forza e le sfide del</p>	<p>Sono state intervistate 27 parti interessate in 3 ospedali comunitari e 1 centro medico accademico, situati in diverse regioni del Connecticut. L'età media dei partecipanti era di 49 anni e il numero medio di anni nei loro ruoli attuali era di 14,5 anni.</p>	<p>Un programma comunitario ED CAN ha il potenziale per migliorare il riconoscimento e la rendicontazione della CAN . I risultati verranno utilizzati per migliorare in modo iterativo i programmi attuali e informare lo sviluppo e la diffusione di programmi aggiuntivi.</p>

	programma e di esplorare i fattori che hanno influenzato l'attuazione.		
<p>“A survey on the perception and attitude change of first-line healthcare providers after child abuse education in South Korea”</p> <p>Young Ho K. et al (2019)</p> <p>Studio quantitativo, si tratta di un'indagine per la valutazione di un programma operativo per operatori sanitari</p>	Lo scopo dello studio era di valutare l'efficacia del programma educativo per gli operatori sanitari come studio pilota.	Hanno educato 1103 partecipanti in 15 ospedali in Corea del Sud. Tra questi, 846 partecipanti hanno completato 2 questionari prima e subito dopo l'istruzione e 633 partecipanti hanno completato il questionario finale tre mesi dopo l'istruzione.	Il punteggio sulla conoscenza è migliorato da 5,28 punti prima a 8,03 dopo il programma educativo ed era 7,1 dopo 3 mesi ($P < .001$), utilizzando una scala Likert a 10 punti. Il programma educativo sulla valutazione degli abusi sui minori e sui metodi di denuncia ha accresciuto la conoscenza e la fiducia degli operatori sanitari e ha migliorato la loro disponibilità a denunciare sospetti abusi sui minori in un ambiente a bassa percezione.
<p>“Evaluation of the efficacy and impact of</p>	Verificare se uno strumento di previsione clinica	Il campione era di 2443 bambini (età media 2 anni), che	Infermieri e medici in formazione hanno principalmente

<p>a clinical prediction tool to identify maltreatment associated with children's burns"</p> <p>Hollen L. et al (2021)</p> <p>Studio prospettico</p>	<p>(Burns Risk assesment for Neglect or abuse Tool; BuRN-Tool)</p> <p>ha migliorato il riconoscimento del maltrattamento e aumentato il rinvio dei bambini ad alto rischio ai servizi di salvaguardia per la valutazione.</p>	<p>presentano ustioni, in quattro ospedali del Regno Unito (2015–2018).</p>	<p>completato il BuRN-Tool e un punteggio BT era disponibile per il 90,8% dei casi. Dopo l'intervento, il 28,4% aveva un punteggio BT ≥ 3 ed era quasi cinque volte più probabile che venisse discusso con un medico senior rispetto a quelli con un punteggio BT < 3. Un punteggio BT ≥ 3 ha incoraggiato la discussione dei casi di preoccupazione con i colleghi senior e ha aumentato il rinvio di bambini di età inferiore a 5 anni con preoccupazioni di tutela all'assistenza sociale dei bambini.</p>
---	---	---	---

3.4.1 Caratteristiche degli studi inclusi

Gli studi inclusi sono riassunti nella Tabella precedente; di questi n.3 sono Studi Quantitativi (Young Ho K. Et al, 2019; Feng Y. Et al, 2005; Fagan D. 1998), n.1 è uno Studio Prospettico (Hollen L. et al 2021), n.2 sono Studi Qualitativi (Schaeffer P. et al, 2019; Louwers E. et al, 2012), n.2 sono RCT (Mathews B. et al, 2017; Smekeens A. et al, 2011); n.1 è uno Studio di Coorte Prospettico (Flemington T. et al, 2017); n.2 sono Studi Osservazionali (Fraser Jennifer A. et al, 2010, Bengner J. et al, 2002); n.1 è una Review (Sanders T. et al, 2005).

Gli studi descritti vanno ad indagare:

- Le conoscenze e le abilità degli infermieri di pronto soccorso, nel caso in cui si individua un possibile abuso su minori (Fagan D. 1998);
- Come un intervento semplice attraverso l'inserimento di un diagramma di flusso, può migliorare il rilevamento degli abusi su minori nei reparti di emergenza (Benger J. et al, 2002);
- Come gli infermieri si approcciano alla denuncia degli abusi su minori con l'inserimento di una nuova legge e valutare l'intenzione che essi hanno di denunciare (Feng Y. et al 2005);
- Quali sono i fattori che influenzano l'identificazione e la segnalazione di sospette NAI (lesioni non accidentali) nei bambini in pronto soccorso e come si può migliorare il riconoscimento (Sanders T. et al, 2005);
- La relazione tra: le caratteristiche dell'infermiere, la formazione, la conoscenza del dovere di segnalazione legislativa (Fraser Jennifer A. et al, 2010);
- L'efficacia di un programma di apprendimento elettronico (e-learning) (Smeekens A. et al, 2011);
- Formulare raccomandazioni per ottimizzare lo screening per gli abusi sui minori nei PS (Louwers E. et al, 2012);
- La valutazione di un programma di formazione clinica volto a migliorare la conoscenza del personale di emergenza (Flemington T. et al, 2017);
- Se un programma educativo multidisciplinare online potesse migliorare la conoscenza e l'atteggiamento di questi professionisti (Mathews B. et al, 2017);
- Se la progettazione di un programma comunitario ha il potenziale per migliorare il riconoscimento degli abusi su minori nei dipartimenti d'emergenza (Schaeffer P. et al, 2019);
- Il cambiamento dell'atteggiamento degli operatori sanitari di prima linea dopo l'educazione agli abusi sui minori (Young Ho K. et al, 2019);
- Se uno strumento di previsione clinica (Burns Risk assesment for Neglect or abuse Tool; BuRN-Tool) ha migliorato il riconoscimento del maltrattamento (Hollen L. et al, 2021).

Gli studi sono stati condotti in diverse aree geografiche, infatti sono stati intrapresi in: Regno Unito, Taiwan, Australia, Paesi Bassi, Vietnam, Stati Uniti d'America e Corea del Sud.

La pubblicazione degli studi inclusi copre un periodo che va dal 1998 al 2021.

I risultati delle ricerche ci forniscono informazioni riguardo:

- L'utilizzo anche solo di un semplice diagramma di flusso di promemoria nelle note dei bambini, aumenta la consapevolezza, la considerazione e la documentazione di lesioni intenzionali;
- È risultato che sono necessari cambiamenti organizzativi, come la creazione di un database nazionale condiviso e una migliore formazione per il personale di pronto soccorso in modo che sia consapevole dei fattori di rischio sociali e clinici;
- L'utilizzo di un programma di apprendimento elettronico (e-learning) sulle prestazioni infermieristiche nel riconoscimento degli abusi sui minori, ha mostrato maggiore autoefficacia e un aumento significativo delle prestazioni;
- Il riconoscimento può essere promosso formando del personale di dipartimento d'emergenza nominando anche un'assistente specifico.

3.5: Discussioni

Lo studio di Fagan D. (1998), ha dimostrato che gli intervistati hanno buone conoscenze e capacità riguardo l'argomento e la sua identificazione grazie solamente all'esperienza avuta nel pronto soccorso. Tuttavia, gli intervistati presentano carenze riguardanti la conoscenza delle politiche attuali, delle linee guida e della legislazione. Nell'articolo viene sottolineato che la maggior parte degli intervistati considerano il proprio ruolo in termini di identificazione e protezione ma non di prevenzione, poiché questo compito si pensa sia destinato solamente agli infermieri di comunità. A questo si aggiunge la loro scarsa attitudine al cambiamento del proprio ruolo.

Lo studio di Benger J. et al (2002), ha dimostrato come l'inclusione di un semplice diagramma di flusso di promemoria nelle note dei bambini in età prescolare feriti che frequentano il pronto soccorso aumenta la consapevolezza, la considerazione e la

documentazione di lesioni intenzionali. Aumentano anche i tassi di riferimento per ulteriori valutazioni.

Feng Y. Et al (2005), ha dimostrato che la maggior parte degli infermieri (86%) ha affermato di non aver mai segnalato un caso di abuso su minori. La maggior parte (80%) non aveva mai ricevuto alcuna educazione sugli abusi sui minori. Circa il 75% ha ritenuto che la propria formazione infermieristica e la formazione in servizio fossero inadeguate o assenti. La maggior parte aveva una conoscenza inadeguata della legge sulla segnalazione (punteggio medio: 60% corretto).

Lo studio di Sanders T. et al, (2005), mette in luce il fatto che sono necessari cambiamenti organizzativi, come la creazione di un database nazionale condiviso e una migliore formazione per il personale di pronto soccorso in modo che sia consapevole dei fattori di rischio sociali e clinici, per affrontare la sotto-segnalazione di lesioni non accidentali nei giovani figli.

Lo studio di Fraser Jennifer A. et al, (2010), mostra infermieri fiduciosi e consapevoli del loro obbligo di denunciare abusi fisici e sessuali, ma meno sicuri e informati sull'abuso emotivo e sull'abbandono. Il riconoscimento dell'entità del danno ai bambini maltrattati e trascurati è stato scarso. Gli atteggiamenti positivi nei confronti della segnalazione obbligatoria hanno influenzato un migliore riconoscimento di tutte le forme di abuso e abbandono e la probabilità di denuncia.

Smeeckens A. et al, (2011), palesa il fatto che gli infermieri del gruppo di intervento (ovvero la metà che prima del test ha partecipato alla lezione in e-learning di 2 ore) hanno ottenuto risultati significativamente migliori rispetto al gruppo di controllo e hanno riportato una maggiore autoefficacia. Le prestazioni nel rilevamento degli abusi sui minori sono correlate positivamente con il punteggio di autoefficacia. Il confronto separato tra i risultati post e pre-test per l'intervento e il gruppo di controllo ha mostrato un aumento significativo delle prestazioni nel gruppo di intervento.

Louwers E. et al, (2012), afferma che lo screening può essere promosso formando il personale del dipartimento di emergenza per riconoscere meglio gli abusi sui minori, migliorando le capacità di comunicazione, nominando un assistente specifico per gli abusi sui minori, supportando esplicitamente la politica di screening da parte della direzione e

implementando a livello nazionale un protocollo approvato e uno strumento di screening convalidato.

Flemington T. et al, (2017), dimostra che il programma "Safe Children Vietnam" è stato efficace nel migliorare la conoscenza del personale di emergenza sugli abusi e l'abbandono dei minori. Potrebbe essere necessario un approccio a livello di sistema per incidere sull'atteggiamento del personale di emergenza nei confronti della denuncia dei casi di abuso.

Mathews B. et al, (2017), dichiara che i risultati post-test hanno mostrato che dopo aver sperimentato iLookOut (un programma educativo multidisciplinare online), il punteggio di conoscenza totale nel gruppo di intervento è aumentato da 13,54 a 16,19 su 21, mentre il punteggio totale del gruppo di controllo era quasi identico da 13,54 a 13,59. I risultati di questo studio supportano gli sforzi per fornire un'istruzione multidisciplinare personalizzata ai professionisti come parte della più ampia risposta della società al maltrattamento sui minori. Professionisti dell'infanzia che hanno sperimentato iLookOut, un programma educativo online personalizzato progettato per migliorare la conoscenza del dovere legale di denunciare abusi e negligenza sui minori e degli atteggiamenti nei confronti del dovere, ha dimostrato risultati sostanzialmente migliorati sia in termini di conoscenza che di atteggiamenti.

Lo studio di Schaeffer P. et al, (2019), dimostra che un programma comunitario ED CAN ha il potenziale per migliorare il riconoscimento e la rendicontazione della CAN . I risultati verranno utilizzati per migliorare in modo iterativo i programmi attuali e informare lo sviluppo e la diffusione di programmi aggiuntivi.

Young Ho K. et al (2019), studia nel Sud della Corea l'efficacia di un programma operativo per operatori sanitari, e infatti: il punteggio sulla conoscenza è migliorato da 5,28 punti prima a 8,03 dopo il programma educativo ed era 7,1 dopo 3 mesi ($P < .001$), utilizzando una scala Likert a 10 punti. Il programma educativo sulla valutazione degli abusi sui minori e sui metodi di denuncia ha accresciuto la conoscenza e la fiducia degli operatori sanitari e ha migliorato la loro disponibilità a denunciare sospetti abusi sui minori in un ambiente a bassa percezione.

Lo studio di Hollen L. et al, (2021), prevedeva la verifica di uno strumento di previsione clinica (Burns Risk assesment for Neglect or abuse Tool; BuRN-Tool); infermieri e medici in formazione hanno principalmente completato il BuRN-Tool e un punteggio BT era disponibile per il 90,8% dei casi. Dopo l'intervento, il 28,4% aveva un punteggio BT ≥ 3 . Un punteggio BT ≥ 3 ha incoraggiato la discussione dei casi di preoccupazione con i colleghi senior e ha aumentato il rinvio di bambini di età inferiore a 5 anni con preoccupazioni di tutela all'assistenza sociale dei bambini.

3.6: Conclusioni

L'elaborato ha preso in considerazione la relazione tra gli abusi subiti durante la minor età e il riconoscimento da parte dei professionisti infermieri durante l'accesso al pronto soccorso. Gli studi che si sono interessati a questa relazione negli ultimi 24 anni sono risultati pochi, facendo emergere come questo argomento possa essere ulteriormente indagato. Dall'analisi della letteratura è emerso che, c'è bisogno di una modificazione del sistema formativo per far fronte all'atteggiamento del personale di emergenza. Nello studio condotto infatti, sono emersi gruppi di Operatori Sanitari, formati e no, dove abbiamo riscontrato un effettivo cambiamento nell'approccio al bambino giunto in Pronto Soccorso che potrebbe essere una potenziale vittima. Abbiamo inoltre riscontrato, un cambiamento sulla volontà di denuncia e una maggiore fiducia nel sistema giuridico. In conclusione, questi tipi di programmi non solo aumenteranno la conoscenza, la fiducia e l'autoefficacia degli infermieri di emergenza nello screening e nel riconoscimento degli abusi fisici sui minori, ma possono anche comportare un migliore rilevamento delle lesioni infantili non accidentali nell'ambiente del PS. In definitiva, queste implicazioni possono essere di vasta portata, posizionando gli infermieri di emergenza in prima linea nella diagnosi precoce e nel trattamento degli abusi fisici sui minori.

3.6.1. Implicazioni alla pratica clinica

Il Pronto Soccorso rappresenta la maggiore opportunità di riconoscimento dei casi di abuso nell'infanzia. Sebbene il pronto Soccorso rappresenti il punto principale nel riconoscimento di questo problema, molti casi vengono surclassati dalla natura della struttura stessa, la quale è sovraccarica di lavoro, affollata da pazienti, dedicata alle urgenze e caratterizzata in particolar modo da processi decisionali rapidi. Oltre a questi problemi

si aggiunge il fatto che vi è una formazione insufficiente da parte degli Operatori Sanitari (Pitidis A. et al, 2019).

Per i motivi sopra elencati è evidente la necessità di creare di strumenti di ausilio per il personale sanitario al fine di fornire una maggiore efficienza in tema di riconoscimento di abuso. Gli studi effettuati hanno dimostrato come anche un semplice programma di 2 ore in e-learning possa migliorare di gran lunga le conoscenze degli operatori sanitari. Il maltrattamento minorile è quindi un problema ormai molto diffuso anche in seguito all'instabilità che ci ha lasciato la pandemia mondiale, per questo motivo propongo un programma che sia costantemente aggiornato, da inserire nella formazione annuale degli operatori sanitari. Questo programma dovrà avere: una formazione teorica più dettagliata, (che riguardi anche una formazione con psicologi specializzati nel campo e con professionisti della legge al fine di essere sempre informati riguardo le norme ed essere quindi più propensi e fiduciosi nella denuncia); infine dovrà tenere conto anche di una formazione pratica, in quanto, come abbiamo appreso, il riconoscimento delle vittime ha successo quando si fa attenzione a dei dettagli che superficialmente possono rimanere indifferenti o sfuggire ai nostri occhi.

Bibliografia

Archives of Disease in Childhood 2011;**96**:330-334.
<https://adc.bmj.com/content/96/4/330.citation-tools>

ASST Crema, 2016, Protocollo per la presa in carico multidisciplinare dei minori vittime di maltrattamento ed abuso, https://www.albopretorio.com/allegati/eccbc87e4b5ce2fe28308fd9f2a7baf3/729db3e07a09db3a41dc1734e04ce44e/Allegato_1.pdf, 29 ottobre 2020

Bisson JJ., Cosgrove S., Lewis C., Roberts NP., (2015), Post-traumatic stress disorder, *British Medical Journal*, 351: h6161

BMJ Paediatrics Open 2021;**5**:e000796. doi: 10.1136/bmjpo-2020-000796

BMJ 2002;324:780 doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.324.7340.780>

Botrugno.,2018, Bambini maltrattati: i segnali da cogliere per aiutarli, Bambini maltrattati: i segnali da cogliere per aiutarli • Centro Il Grillo Parlante • Pisa (centroigp.it), 02 novembre 2020

CISMAI, 2014, linee di indirizzo regionali per l'accoglienza e la cura di bambini e adolescenti vittime di maltrattamento/abuso, <http://cismai.it/wp-content/uploads/2014/03/DOCUMENTOregionale-15-7-13-2.pdf>, 25 agosto 2020

Fagan D. (1998). Child abuse and neglect: the knowledge and practice of the A & E nurse. *Accident and emergency nursing*, 6(1), 30–35. [https://doi-org.ezproxy.cad.univpm.it/10.1016/s0965-2302\(98\)90056-x](https://doi-org.ezproxy.cad.univpm.it/10.1016/s0965-2302(98)90056-x)

Fava P., 2018, Il referto e il rapporto: facciamo chiarezza, <https://www.nursetimes.org/il-referto-e-ilrapporto-facciamo-chiarezza/51521/amp>, 29 ottobre 2020

Flemington, T., & Fraser, J. (2017). Building workforce capacity to detect and respond to child abuse and neglect cases: A training intervention for staff working in emergency settings in Vietnam. *International emergency nursing*, 34, 29–35. <https://doi-org.ezproxy.cad.univpm.it/10.1016/j.ienj.2017.03.004>

Fraser JA, Mathews B, Walsh K, Chen L, Dunne M. Factors influencing child abuse and neglect recognition and reporting by nurses: a multivariate analysis. *Int J Nurs Stud*. 2010 Feb;47(2):146-53. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2009.05.015. Epub 2009 Jun 21. PMID: 19540493.

Gupta M. A. (2013). Review of somatic symptoms in post-traumatic stress disorder. *International review of psychiatry (Abingdon, England)*, 25(1), 86–99.

Herrmann, B., Banaschak, S., Csorba, R., Navratil, F., & Dettmeyer, R. (2014). Physical Examination in Child Sexual Abuse: Approaches and Current Evidence. *Deutsches Ärzteblatt International*, 111(41), 692–703. <https://doi.org/10.3238/arztebl.2014.0692>

Hollen L, Bennett V, Nuttall D, *et al.* Evaluation of the efficacy and impact of a clinical prediction tool to identify maltreatment associated with children’s burns

<https://bmjpaedsopen.bmj.com/content/5/1/e000796.citation-tools>

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>

Kellog ND and the Committee on Child Abuse and Neglect. Evaluation of Suspected Child Physical Abuse. *Pediatrics* 2007;119:1232-41.

Linee di indirizzo: la cura e la presa in carico della persona che ha subito violenza, Asur Marche, 2017.

[Linee ind. ASUR 27.09.2017 decreto 560DG - all.pdf](#)

Longo E., Progetto REVAMP, ISS, 2017, Riconoscere, accogliere e accompagnare le persone vittime di violenza relazionale donne e minori in particolare, http://old.iss.it/binary/casa/cont/Manuale_Revamp_2.pdf, 9 novembre 2020

Mancini M., 2017, I segni dell’abuso sui minori Come si riconoscono, cosa guardare, come interpretare, <https://www.diritto.it/i-segni-dell-abuso-sui-minoricome-si-riconoscono-cosa-guardare-come-interpretare/>, 8 ottobre 2020

Mathews B, Yang C, Lehman EB, Mincemoyer C, Verdiglione N, Levi BH (2017) Educating early childhood care and education providers to improve knowledge and

attitudes about reporting child maltreatment: A randomized controlled trial. PLoS ONE 12(5): e0177777. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0177777>

Micalizzi C., 2017, Le conseguenze a breve e a lungo termine prodotte dalle esperienze violente: il mondo delle rappresentazioni mentali della vittima di maltrattamento infantile, <https://www.stateofmind.it/2017/02/maltrattamento-infantile-conseguenze/>, 23 ottobre 2020

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>

Regione Toscana, 2020, Codice Rosa Pronto Soccorso per le vittime della violenza, <https://www.regione.toscana.it/-/codice-rosa>, 9 novembre 2020

SINPIA, 2017, linee guida in tema di abuso sui minori, https://www.sinpia.eu/wp-content/uploads/2019/02/2007_1.pdf, 28 settembre 2020

Smeekens AEFN, Broekhuijsen-van Henten DM, Sittig JS, *et al*

Su, S., Jimenez, M. P., Roberts, C. T., & Loucks, E. B. (2015). The role of adverse childhood experiences in cardiovascular disease risk: a review with emphasis on plausible mechanisms. *Current cardiology reports*, 17(10), 88

Successful e-learning programme on the detection of child abuse in Emergency Departments: a randomised controlled trial

Tiyyagura, G., Schaeffer, P., Gawel, M., Leventhal, J. M., Auerbach, M., & Asnes, A. G. (2019). A Qualitative Study Examining Stakeholder Perspectives of a Local Child Abuse Program in Community Emergency Departments. *Academic pediatrics*, 19(4), 438–445. <https://doi-org.ezproxy.cad.univpm.it/10.1016/j.acap.2019.01.006>

TomSandersBA, MSc, PhD((Research Fellow))^aCathyCobleyLLB, LLM((Senior Lecturer)). Identifying non-accidental injury in children presenting to A&E departments: An overview of the literature.

Tromba V. Il ruolo della pediatria nella gestione in emergenza dell'abuso. 9° Rapporto Nazionale sulla Condizione dell'Infanzia e dell'Adolescenza.

WHO, 2006, Preventing child maltreatment: a guide to taking action and generating evidence, https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43499/9241594365_eng.pdf

Zambelli L., 2014, Codice Rosa ora operativo in tutta la Toscana, <https://www.toscana-notizie.it/-/codicerosa-ora-operativo-in-tutta-la-toscana> , 9 novembre 2020

Ringraziamenti

Prima di tutto desidero ringraziare la mia relatrice la *Professoressa Marida Andreucci*. Per i confronti costruttivi, gli approfondimenti, gli stimoli, gli spunti forniti alla mia tesi, oltre che per la sua disponibilità, le indicazioni e il prezioso sostegno che mi ha dimostrato in tutto il mio percorso accademico e in particolar modo in questa fase più importante. Ed infine volevo ringraziarla anche per la sua pazienza, e per la fiducia in me e l'entusiasmo che mi ha trasmesso.

Un ringraziamento speciale va ai miei genitori, per avermi amato e sostenuto, per avermi permesso di scegliere la mia strada. Questa laurea è anche vostra, che avete combattuto e stretto i denti al mio fianco, spero che oggi possiate essere felici.

A mia madre, la persona più spettacolare del mondo, voglio dire grazie per avermi indicato la strada giusta da seguire anche quando il mio unico desiderio era quello di mollare tutto. Grazie per avermi insegnato ad essere indipendente e soprattutto per non avermi mai lasciato la mano in questo lungo percorso. Grazie per avermi trasmesso l'amore, per le parole e i silenzi. Ti ringrazio inoltre per avermi supportato e sopportato nei miei momenti di tristezza, stanchezza, frustrazione e felicità. Non sarei la persona che sono oggi senza di te. Ti amo mamma.

A mio padre, altro pilastro della mia vita, uomo grande e determinato, ma dal cuore buono. Grazie per avermi insegnato ad essere razionale, per avermi trasmesso quel grande ottimismo che c'è sempre in te, e soprattutto per avermi insegnato che ad ogni problema c'è sempre una soluzione. Mi sono salvata molte volte grazie a te.

Un ringraziamento speciale va ad un mio desiderio che avevo da bambina e che si è avverato. Grazie a te *Ilaria* perché mi hai fatto conoscere l'amore puro e sincero, grazie perché sei una piccola grande donna che mi ha aiutato nei momenti più bui, strappandomi

un bel sorriso. Grazie perché, con i tuoi piccoli gesti sei riuscita a darmi la forza per andare avanti e ad alleviare ogni brutto pensiero. Spero di poter essere un esempio da seguire per te, spero anche di continuare a portarti gioia, e non temere, qualsiasi cosa accada sarò sempre accanto a te.

Volevo ringraziare poi tre persone che purtroppo non sono qui presenti: *nonna Mimma, nonno Dario e nonno Enzo*. Non siete più con me, ma siete ugualmente sempre presenti: posso sentire la vostra presenza, udire la vostra voce e percepire il calore delle vostre carezze, ancora oggi. Dovete sapere che vi sento vicini, ad ogni passo, so che ci siete, e so che per tutto questo tempo mi avete spiato dal cielo e vi siete fatti in quattro per essere i miei angeli custodi e proteggermi sempre. Vi assicuro che farò del mio meglio per rendervi fieri di me. Grazie perché voi sarete luce per me. Sempre.

Grazie a *nonna Gabriella*, grazie per essere stata sempre presente con le tue chiamate, grazie per avermi incoraggiato e aver avuto sempre una buona parola per me.

Grazie a te *Beatrice*, a te che sei stata la scoperta migliore in questi tre anni, a te che in così poco sei diventata un punto fermo nella mia vita, a te che non mi hai mai lasciata sola ad affrontare una notte insonne, a te che non mi hai mai giudicata per le mie decisioni a volte infelici, e grazie per tutto ciò che mi hai insegnato. A te Beatrice, anima pura e bella, dedico questo percorso condiviso, perché senza non sarebbe mai stato lo stesso. Non potevo immaginare conclusione migliore, Grazie per il bagaglio di ricordi che mi hai lasciato, che rimarrà nostro per sempre e indistruttibile.

Grazie a mia cugina *Erica*, la sorella maggiore di cui ho sempre avuto bisogno, la mia spalla destra, e la persona che più di tutte rappresenta la mia casa. Quando ero felice e spensierata tu c'eri, quando ero triste o arrabbiata c'eri e ci sarai e per questo te ne sarò grata per tutta la vita. Sei stata la parte fondamentale di questo percorso, grazie a te ho creduto in me stessa e superato molte sfide che in quel momento sembravano impossibili. Grazie anche per non avermi mai ignorata, e ogni volta che ne avevo bisogno correvi fisicamente da me facendoti tutti quei chilometri portandoti dietro il tuo cuscino e dormendo con me. Hai reso possibile la realizzazione di questo primo grande traguardo della mia vita. Ti voglio tanto bene Eri.

Grazie ad *Ilaria* la mia amica di una vita. Siamo cresciute insieme, abbiamo condiviso insieme ogni prima esperienza che la vita ci ha offerto, ci siamo sempre sostenute a vicenda ed è questo che ci ha fatto diventare ciò che siamo oggi. Grazie perché hai lottato al mio fianco durante ogni battaglia della mia vita, per la tua enorme dolcezza nei miei confronti, per la tua infinita gioia e la grande sensibilità che mi hai trasmesso. Grazie per essermi stata accanto anche quando le nostre strade si sono divise, e non ti nego che in certi momenti, mi sei mancata così tanto da sentire un enorme vuoto, ma indipendentemente dalla lontananza eri lì, con il cuore e con la testa pronta ad aiutarmi. Sappi che a prescindere da cosa ci riserverà il futuro, tu sarai sempre il mio porto sicuro.

Grazie a *Valentina*, la mia unica e sola coinquilina. Sei stata la prima persona che mi ha accolta e fatto sentire subito a casa. Quando tre anni fa ho iniziato questo percorso ero una persona totalmente diversa, molto timorosa, chiusa in me stessa e incerta su ciò che sarebbe accaduto. Nonostante ciò sei saputa entrare velocemente nella mia vita, facendomi vivere le esperienze più belle che una persona possa portare con se. Grazie per avermi spronato e supportato, per le nostre chiacchierate in cucina fino a notte fonda e i tanti discorsi d'incoraggiamento che mi hai fatto. Grazie perché quello che sono oggi lo devo anche a te.

Grazie infinite ad *Elsa, Manu, Ele, Marti e Sara*. Grazie perché voi siete la mia piccola isola felice, dove posso trovare solo tanta allegria e felicità. Grazie perché con piccoli gesti e i vostri sorrisi non mi avete mai lasciata sola.

Grazie a *Chiara*, compagna di mille avventure da una vita, per il sostegno e la gioia avuta durante tutto questo percorso.

Un grazie speciale va a tutte le mie amiche: *Elisa, Giulia, Sara, Alessia*. Alle amiche che porto nel mio cuore sin dall'infanzia, e a quelle che ho incontrato nel mio cammino e hanno deciso di camminare al mio fianco e portarmi fin qui. A tutte voi, così diverse ma così importanti, ognuna per ragioni uniche e speciali, voglio esprimere la mia più assoluta gratitudine. Questa tesi e questa giornata per me splendida non esisterebbero senza di voi.

Grazie a tutti i miei zii: *Ernesto, Luciana, Francesco e Francesca*, per aver sempre creduto in me ed aver avuto anche parole piene di saggezza e affetto nei miei confronti. Vi voglio bene.

Grazie a tutti i miei *amici ascolani*, siete stati spettacolari, mi avete accolto sin da subito con tanta gioia e tanto amore e per questo ve ne sono grata. Vi porterò per sempre con me, nei miei ricordi più preziosi.

Grazie a *Francesca e Martina*, vi ringrazio per aver condiviso insieme a me questo percorso, senza il vostro aiuto non sarebbe stato lo stesso. Grazie per la vostra energia, la positività e la vostra capacità di averla saputa trasmettere a me.

Infine volevo dire che sono fiera di me! Grazie a me stessa, alla mia tenacia e determinazione. Ricordati, ogni volta che penserai di non essere abbastanza, voltati, ce l'hai fatta una volta, puoi farcela di nuovo!